Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 87 (1989)

Heft: 11

Artikel: Stillen ist besser als der Schoppen

Autor: Amachter, A.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-951120

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Stillen ist besser als Schoppen

Dr. med. A. Amacher, Oberarzt, Kinderspital Basel

Seit Menschengedenken stillen Mütter ihre Kinder. Stillen und Muttermilch nehmen deshalb im Denken aller Völker einen wichtigen Raum ein. So erstaunt es auch nicht, dass sich Frauen und Männer, sei es als Künstler oder Wissenschafterinnen, immer wieder mit dem Thema Stillen und Muttermilch auseinandersetzen. Es gibt heute eine kaum mehr zu überblickende Anzahl Arbeiten über die medizinischen Aspekte der Muttermilchernährung und – dies sei nicht verschwiegen – viele Arbeiten mit zum Teil konträren Aussagen.

Die Schwierigkeit liegt darin, dass es nicht ausreicht, einen einfachen Zusammenhang zwischen zwei Parametern – so etwa zwischen Stillen und Erkrankungshäufigkeit – herzustellen. Berücksichtigt werden müssen noch eine Vielzahl von Stör- und Cofaktoren, die sich ebenfalls auf das Stillen oder auf die Erkrankungshäufigkeit auswirken können. Trotz zum Teil widersprüchlicher Studienergebnisse gibt es mehr als genug Gründe, das Stillen intensiv zu fördern, denn die Ernährung mit Muttermilch bietet viele Vorteile.

Praktische Vorteile

Muttermilch ist jederzeit bereit, frisch, keimarm, billig und weist die ideale Temperatur auf. Zudem können bei der Zubereitung keine Fehler passieren. Dies spielt natürlich in der Dritten Welt und bei uns für Leute mit niedrigem Einkommen eine nicht unerhebliche Rolle.

Ernährungsphysiologische Vorteile

Sie beruhen auf dem niedrigen, aber artspezifischen Eiweissangebot, welches zusammen mit einer tiefen Salzkonzentration eine geringe Nierenbelastung ergibt. Das Aminosäurespektrum der Muttermilcheiweisse ist optimal auf die Bedürfnisse des wachsenden Kindes abgestimmt. Kuhmilcheiweisse, wie zum Beispiel das Beta-Lactoglobulin, kommen normalerweise in der Muttermilch nicht vor. Das Beta-Lactoglobulin ist ein potentes Nahrungsmittelallergen, das die noch unreife Darmschleimhaut bei Neugeborenen und kleinen Säuglingen relativ ungehindert passieren und so – vor allem bei nicht gestillten Kindern – zur Sensibilisierung führen kann. In neuerer Zeit wurde gezeigt, dass aus Kuhmilch stammendes Beta-Lactoglobulin in kleinen Mengen auch in die Muttermilch übertreten kann[2]. Dies erklärt möglicherweise, warum ein voll gestilltes Kind, das noch nie einen Tropfen Kuhmilch erhielt, bei der ersten Verabreichung mit allergischen Symptomen reagieren kann[12]. Häufiger aber geschieht eine Sensibilisierung durch das frühzeitige und meist unnötige Nachschöppeln mit einem Kuhmilchpräparat in den Gebärkliniken: eine Unsitte, die trotz aller Bemühungen noch weit verbreitet ist[6]. Muttermilch ist besonders reich an Lactose. Die Lactose dient als Energielieferantin und ist unentbehrlich für den Aufbau gewisser Hirnsubstanzen. Sie bewirkt einen optimalen Wassergehalt des Stuhls, weshalb mit Muttermilch ernährte Säuglinge praktisch nie unter Verstopfung leiden. Ein voll gestilltes Kind kann bis zu einer Woche keinen Stuhlgang haben; dies ist absolut normal und keinesfalls mit Verstopfung zu verwechseln. Lactose aus der Muttermilch wird relativ langsam resorbiert, so dass immer auch ein Teil in den Dickdarm gelangt. Dort kommt es durch den Lactose-Abbau zu einem sauren Stuhl-pH und zur Förderung der sogenannten Bifidusflora. Diese wiederum hindert Fäulnisbakterien daran, sich im Dickdarm auszubreiten. Der saure Stuhl-pH ist in einem gewissen Sinne hautfreundlich; jedenfalls haben gestillte Kinder wesentlich seltener einen Ausschlag im Windelbereich.

Frauenmilchfette, verschiedene Mineralien, Spurenelemente und Vitamine werden aus der Muttermilch besser resorbiert als aus Säuglingsmilchpräparaten. Was Vitamine und Spurenelemente anbelangt, trifft dies teilweise nur für voll gestillte Kinder zu, da Beikost die Resorption gewisser Stoffe, wie zum Beispiel des Eisens, vermindern kann. Gestillte Kinder nehmen im Vergleich zu den mit Säuglingsmilch ernährten weniger rasch zu. Wenn man das Gewicht aber in Relation zur Länge setzt, wachsen die mit Muttermilch ernährten Kinder besser. Mit Säuglingsmilch ernährte neigen hingegen deutlich häufiger zu Übergewicht.

Zahnhygienische Vorteile

Je länger ein Kind gestillt wird, desto weniger kommt es zu Zahnfehlstellungen. Dazu einige Erläuterungen, die diese Befunde erklären könnten[7]. Nach dem Zerkauen wird der Nahrungsbrei an den Gaumen gedrückt und von vorne nach hinten zum Schlund befördert. Das gleiche macht der Säugling beim «Ausmelken» der Brust[16]. Bei der Ernährung mit der Flasche braucht es diese Melkbewegung nicht; zudem liegt die Öffnung der Flasche im Mund bereits relativ weit hinten. Durch das Saugen des Kindes fliesst die Milch Richtung Schlund. Um ihn nicht zu verdecken wird die Zunge unter dem Flaschennuggi nach vorne geschoben. Durch ständiges Trainieren dieser falschen Zungenbewegung werden die Zähne nach aussen gedrückt und es kommt zu einer stärkeren Entwicklung gewisser perioraler Muskeln, wodurch die Lippen nach aussen gestülpt werden[1]. Das Ausmass solcher Veränderungen ist selbstverständlich von Kind zu Kind verschieden und hängt davon ab, wie früh und wie häufig die Flasche benutzt wurde. Lang gestillte Kinder brauchen keine Schoppenflasche, da sie nach dem Stillen direkt mit dem Löffel ernährt werden können. Diese Kinder sind weniger in Gefahr, bei jeder passenden und vor allem unpassenden Gelegenheit Tee zu bekommen. Auch wenn die Fertig-Teepräparate heute künstlich gesüsst sind, wird den Kindern ein übermässiges Bedürfnis nach «süss» und ein übermässiges Trinkbedürfnis antrainiert. Als Folge des häufigen Gebrauchs der Schoppenflasche kommt es vermehrt zu Zahnfehlstellungen und zu Karies (8a, 8b).

Immunologische Vorteile

Die Forschung im Bereiche der Immunologie machte in den letzten Jahren riesige Fortschritte (5,13,15). Viele Erkenntnisse sind allerdings in Experimenten gewonnen worden und dürfen deshalb nicht einfach auf den Menschen übertragen werden. Der antiinfektiöse Effekt der Muttermilch beruht auf verschiedenen Faktoren. Im Koran wird die Muttermilch als «weisses Blut» bezeichnet, was angesichts der darin enthaltenen Zellen, Immunglobuline, aktiven Enzyme und Hormone eine erstaunlich zutreffende Feststellung ist[14]. Nebst vielen anderen antiinfektiösen und entzündungshemmenden Substanzen enthält die Muttermilch grosse Mengen an weissen Blutkörperchen, vor allem an Makrophagen (Fresszellen), an Lactoferrin, Lysozym

und sekretorischem Immunglobulin A (SIgA). Immunologisch gesehen besteht ein enger Zusammenhang zwischen der Darmschleimhaut, der Bronchialschleimhaut und der Brustdrüse. So gibt es starke Hinweise, dass Antikörper produzierende Zellen (Lymphozyten) von der Darmschleimhaut in die Brustdrüse wandern und dort sekretorisches IgA bilden[11]. Die IgA-Konzentration ist im Kolostrum am grössten und nimmt im Verlaufe der ersten Lebensmonate kontinuierlich ab. Im Stuhl von gestillten Kindern findet man bereits am zweiten Lebenstag IgA, wogegen 30% der nicht gestillten Kinder im Alter von einem Monat noch kein IgA im Stuhl aufweisen[13]. Auch im Urin von gestillten Kindern findet sich signifikant mehr Immunglobulin A, und zwar unabhängig vom Gehalt der Milch an IgA. Es wird angenommen, dass in der Muttermilch Faktoren vorhanden sind, die Lymphozyten aus der Darmschleimhaut aktivieren und zum Einwandern in die Schleimhaut der Harnwege veranlassen. Dort wird dann lokal IgA produziert[10]. Das Immunglobulin A wirkt nicht direkt gegen die Krankheitserreger, sondern verhindert deren Anhaften an die Schleimhaut. Wahrscheinlich besteht ein Zusammenhang zwischen der erhöhten IgA-Produktion bei gestillten Kindern und dem deutlich selteneren Vorkommen von RS-Virus- und ROTA-Virus-Infektionen. Die RS-Viren sind die hauptsächlichen Verursacher schwerer kindlicher Lungenentzündungen im ersten Lebensjahr; die ROTA-Viren ihrerseits verursachen Säuglingsdurchfälle. Dass gestillte Kinder in den ersten Lebensmonaten deutlich weniger an Darminfektionen und infektiösen Luftwegsproblemen erkranken, zeigt eine grosse Studie von Cunningham aus dem Jahre 1979[4]. Eine Arbeit von Miskelly und Mitarbeitern (9; Tabelle 1) bestätigt die eindrücklichen Ergebnisse von Cunningham.

Häufigkeit von Luftwegsobstruktion, Nasenfluss, Durchfall bei gestillten und nicht gestillten Kindern (9)

	gestillt (189)	nicht gestillt (293)
Luftwegsobstruktion (pfeiffende Atmung)	41 (22%)	125 (43%)
Nasenfluss	72 (39%)	132 (47%)
Durchfall	111 (59%)	224 (76%)

Der antiallergische Effekt beruht auf der Zufuhr von sekretorischen IgA mit der Muttermilch und der Vermeidung von artfremdem Eiweiss. Wahrscheinlich verhindern die IgA das Eindringen fremder Eiweissmoleküle durch die noch unreife und durchlässige Darmschleimhaut. Im gleichen Sinne wirkt natürlich auch die verminderte Zahl von Darminfektionen. Darminfektionen würden nämlich die Schleimhaut schädigen und so zum vermehrten Durchtritt von Fremdeiweissen führen. Eindeutig ist der antiallergische Effekt bei der Verhinderung der Kuhmilchallergie. Auch scheinen bei voll gestillten Kindern, die familiär mit Allergien belastet sind, allergische Manifestationen später oder sogar seltener aufzutreten. Es gibt eine Vielzahl von Studien, die einen antiallergischen Effekt der Muttermilchernährung nachweisen; es gibt aber auch viele, die einen solchen verneinen. Die in Tabelle 2 dargestellten Massnahmen können zum heutigen Zeitpunkt für Kinder aus Allergiker-Familien sicher empfohlen werden[3].

Psychologische Vorteile

Diese sind noch schwerer beweisbar als die bisher besprochenen, doch wir fühlen instinktiv, dass durch das Stillen eine Mutter-Kind-Beziehung geschaffen wird, die bei der Flaschenernährung nur schwer herzustellen ist. In Bildern von Pablo Picasso und Hans Erni findet dieses Gefühl seinen vollendeten Ausdruck.

Stillhindernisse

Nur wenige Prozent der Mütter können aus anatomischen oder physiologischen Gründen nicht stillen. Tatsächlich liegt aber die Zahl derjenigen Mütter, die nicht stillen können, bedeutend höher. Folgende Faktoren spielen meiner Meinung nach eine wichtige Rolle:

- vermeintlicher Gegensatz Mutter-geliebte Partnerin
- «Konkurrenz» Vater-Kind
- falsche Vorstellungen in bezug auf die Veränderungen der Brust während der Stillperiode
- Partnerprobleme
- zu wenig positive Aufmunterung und abwertende Bemerkungen im Wochenbett und in der frühen Säuglingszeit.

Folgende Beispiele stammen von verschiedenen Wochenbettabteilungen:

- Auf die Frage, warum ein bestimmtes Kind weine, antwortete die Schwester: «Ja, er muss fest weinen, *wir* haben halt noch nicht so viel Milch.»
- Arzt zur Mutter: «Ihr Kind hat schon wieder abgenommen. Sie können keinesfalls morgen schon nach Hause. *Ich* kann die Verantwortung nicht übernehmen.»
- Schwester zur Mutter: «Sie können Ihr Kind nicht schon wieder an die Brust nehmen, sonst gewöhnt es sich das an. Lassen Sie den kleinen Terroristen ruhig etwas schreien.»
- Arzt zur Mutter, die noch einen kleineren Eingriff vor sich hat, in tröstendem Sinne: «Ja, dann stillen Sie Ihr Kind doch ab. Heute haben wir ja ausgezeichnete Ersatzpräparate.»

Solche Bemerkungen sind sicher nicht böse gemeint und gäben Stoff ab für eine längere Diskussion. Sie widerspiegeln aber ein wenig überdachtes Verhalten und sind auch Ausdruck eines in bezug auf das Stillen mangelhaften Engagements vieler Ärztinnen und Ärzte sowie einer je nach Klinik kleineren oder grösseren Anzahl von Schwestern und Hebammen. Sie widerspiegeln auch die heute geltenden Wertvorstellungen in unserer Gesellschaft, in der immer mehr machbar wird und in der naturwissenschaftliches und logisches Denken den Vorrang hat vor unseren Gefühlen.

Auch wenn wissenschaftliche Untersuchungen über die Muttermilchernährung zum Teil widersprüchliche Ergebnisse zeitigen, besteht kein Zweifel, dass das Stillen besser ist als die Verabreichung von Flaschennahrung. In dieser Frage müssen wir eben nicht nur auf unseren Kopf, sondern vor allem auch auf unseren Bauch, d.h. auf unsere Gefühle hören. Es gibt nicht wenige Frauen, die aus einer bestimmten Lebenssituation heraus nicht stillen können. Wenn nun solche Frauen aufgrund dieses Artikels ein schlechtes Gewissen bekämen, so hätte er sein Ziel verfehlt.

Die natürliche und ideale Ernährung für alle Säuglinge ist Muttermilch. Das Stillen sollte deshalb von allen zuständigen Kreisen intensiv gefördert werden.
Ernährungskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie 1989.

Literatur:

1. Applebaum R.M.: Die Bedeutung des Stillens. In: Garliner D.: Myofunktionelle Therapie in der Praxis. München (1982).

2. Axelsson I., Jakobsson I., Lindberg T., Benediktsson B.: Bovine β-lactoglobulin in the human milk. Acta Paediatr. Scand. *75*: 702 – 707 (1986).

3. Bauer C.P., Krebs S., Loos W.: Allergiefrüherkennung bei Neugeborenen durch Bestimmung des Immunglobulin E im Nabelschnurblut mit einem Enzymimmunassay. Pädiat. Prax. *33*: 565 – 571 (1986).

4. Cunningham A.S: Morbidity in breast-fed and artificially fed infants. II. J. Pediatr. *95*: 685 – 689 (1979).

5. Goldman A.S., Thorpe L.W., Goldblum R.M., Hanson L.A.: Antiinflammatory properties of human milk. Acta Paediatr. Scand. *75*: 689 – 695 (1986).

6. Grüttner R.: Neues bei Frauenmilchernährung. Monatsschr. Kinderheilkd. *131*: 420 – 423 (1983).

7. Labbok M.H., Hendershot G.E.: Does breast-feeding protect against malocclusion? An analysis of the 1981 child health supplement to the national health interview survey. Am. J. Prev. Med. *3*: 227 – 232 (1987).

8a. Marthaler T.M., Tönz O.: Zahnkaries und Nuckelflasche bei Kleinkindern. Schweiz. Äerztezeitung *66*: 1449 (1985).

8b. Marthaler T.M., Menghini G., Steiner M.: Kariesprävalenz und Fluoride. Schweiz. Rundschau Med. (PRAXIS) *78*: 456 – 458 (1989).

9. Miskelly F.G., Burr M.L., Vaughan-Williams E., Fehily A.M., Butland B.K., Merrett T.G.: Infant feeding and allergy. Arch. Dis. Child. *63*: 388 – 393 (1988).

10. Prentice A.: Breast feeding increases concentrations of IgA in infants' urine. Arch Dis. Child. *62*: 792 – 795 (1987).

11. Rahman M.M., Yamauchi M., Hanada N., Nishikawa K., Morishima T.: Local production of rotavirus specific IgA in breast tissue and transfer to neonates. Arch. Dis. Child. *62*: 401 – 405 (1987).

12. Schwartz R.H., Kubicka M., Dreyfuss E.M., Nikaein A.: Acute urticarial reactions to cows milk in infants previously fed breast milk or soy milk. Pediatric Asthma, Allergy § Immunology *1*: 81 – 93 (1987).

13. Slade H.B., Schwartz S.A.,: Mucosal immunity: the immunology of breast milk. JACI *80*: 348 – 358 (1987).

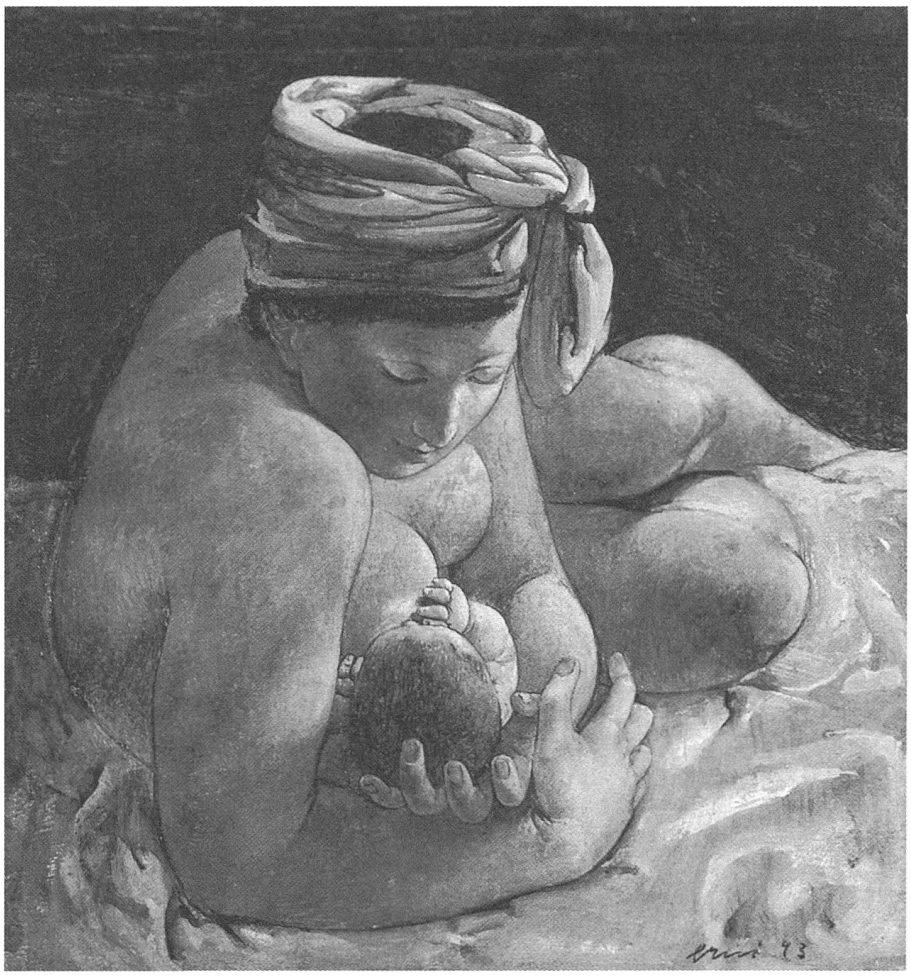
14. Tönz O.: Ernährungsphysiologische und immunologische Vorzüge der Frauenmilchernährung. Therap. Umschau *35*: 610 – 618 (1978).

15. Welsh J.K., May J.T.: Anti-infective properties of breast milk. J. Pediatr. *94*: 1 – 9 (1979).

16. Woolridge M.W.: The «anatomy» of infant sucking. Midwifery *2*: 164 – 171 (1986).

Korrespondenzadresse: Dr. med. A. Amacher, Universitätskinderklinik, 4005 Basel.

Tab. 2
Allergieprophylaxe (3)
(V.a. bei stark gefährdeten Säuglingen)
- Ausschliessliches Stillen während 6 Monaten
- Kein Nachschöppeln mit Kuhmilchpräparaten, auch nicht einmalig
- Beikost frühestens ab 6. Monat
- Vermeidung besonders allergener Nahrungsmittel während 9-12 Monaten
- Keine Haustiere
- Zu Hause nicht rauchen
- Evt. Einschränkung des mütterlichen Milch- und Eierkonsums während der Schwangerschaft und Stillperiode.



Hans Erni, «Junge Mutter» (Photo: Verkehrshaus der Schweiz)