

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

Band: 94 (1996)

Heft: 2

Artikel: Saugverwirrung : ein vermeidbares Leid

Autor: Pepe-Truffer, Marliese

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950591>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 06.10.2024

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

Saugverwirrung – ein vermeidbares Leid

Eine Untersuchung von: Marliese Pepe-Truffer, AKP, Still- und Laktationsberaterin, IBCLC

unter Mitarbeit der Still- und Laktationsberaterinnen IBCLC:

aus Deutschland: Eberhardt Petra, Friedrich Christiane, Käser Anne, Marquardt Karla, Sporleder Elke
 aus Österreich: Dohr Beate, Flaschberger Gabi, Kern Anne-Marie, Rauscher Elisabeth, Dr. med. Birgit Streiter
 aus der Schweiz: Cinzia Valetta, Demierre Monique, Messner Monika, Müller Esther

Ziel dieser Untersuchung ist zu zeigen, welcher Anteil die saugverwirrten Babies an der Gesamtzahl der durch Still- und Laktationsberaterinnen IBCLC betreuten Babies ausmacht. Um diese Anzahl zu eruieren, wurden 15 selbständig arbeitende Stillberaterinnen IBCLC in der Schweiz, in Deutschland und in Österreich schriftlich befragt (n=1285). 42% der Babies zeigten eine Saugverwirrung.

1. Einführung

Kann ein Baby aufgrund der angewandten Saugtechnik nicht oder nicht mehr effizient an der Brust trinken, ist es saugverwirrt.

Vorausschicken möchte ich, dass der Saugreflex angeboren ist, das Saugverhalten vom Baby aber erlernt werden muss.

Die Saugverwirrung kann entstehen durch die Verabreichung eines Künstlichen Saugers, sei es Flasche, Brusthütchen (Saughütchen) oder Schnuller. Selten wird die Saugverwirrung durch intrauterines Saugen an den Lippen, der Zunge oder den Fingern verursacht.

Saugverhalten an der Brust

Das Baby saugt korrekt an der Brust, wenn es den Mund weit öffnet, die Zunge den unteren Teil des Brustwarzenhofes umschliesst und durch effizientes Saugen Milch aus der Brust presst (1). Die Brustwarze verlängert sich um ein Dreifaches, erreicht den Übergang vom harten zum weichen Gaumen (Saugpunkt), und die Zunge massiert mit wellenförmigen Bewegungen Muttermilch aus den Milchseen (2). Die Lippen, Zahnleisten und Zunge schliessen die Mundhöhle des Kindes luftdicht ab, so dass ein Vakuum entstehen kann (3). Der vordere Teil der Zunge befindet sich ausserhalb der unteren Zahnleiste (4). Die Zunge und die Kiefermuskulatur arbeiten koordiniert zusammen (5).

Saugverhalten an der Flasche

Beim Saugen an der Flasche öffnet das Baby den Mund nur wenig. Die Flasche wird in den Mund gesteckt, sie kann nicht hineingesogen werden. Die Zunge kann durch den steifen Flaschen-

sauger die wellenförmigen Bewegungen nicht ausführen und wird nach oben zum Gaumen hin gepresst (4). Der Lippenschluss ist zum Halten der Flasche nicht erforderlich, und die Kiefermuskulatur wird wenig beansprucht. Versucht das Baby die Technik des Flaschensaugens beim Saugen an der Brust anzuwenden, verliert es die Brust aus dem Mund (6) oder trinkt ineffizient.

Diese verschiedenen Saugtechniken können durch das Saugenlassen am Finger der Beraterin sehr gut unterschieden werden (7). Die Saugverwirrung lässt sich also durch diese manuelle Untersuchungsmethode diagnostizieren. Im Gegensatz zu den wellenförmigen Bewegungen, die ein mit Erfolg gestilltes Baby ausführt, ist bei einem durch die Flasche saugverwirrten Baby ein Hochklatschen der Zunge spürbar, die sich hinter der Zahnleiste befindet.

Folgende zwei Beispiele zeigen, wie sich die Saugverwirrung auf die Stillsituation auswirken kann.

Situation 1:

Ein Baby schreit, weil es Hunger hat. Seine Mutter möchte es stillen, sie hat prallvolle Brüste, das Baby riecht die Milch, will sie herausholen, kann aber aufgrund der falschen Saugtechnik nicht mehr an der Brust trinken. Es weiss nicht oder nicht mehr, wie die Milch aus der Brust geholt werden kann. Es schreit verzweifelt und sucht die Brust. Die Mutter hält ihm die Brust hin, zieht das Baby näher an sich, es wölbt sich zurück, dreht den Kopf hin und her, stösst sich weg. Die Mutter versucht es noch einmal, das Baby fasst die Brustwarze, zieht jedoch nur schwach und verliert die Warze wieder.

Die Mutter fühlt sich ohnmächtig. Was macht sie falsch? Sie weiss keinen Rat mehr, fühlt sich von ihrem eigenen Baby abgelehnt, ist enttäuscht und frustriert. Sie hätte doch so gerne gestillt.

Situation 2:

Ein Baby hat Hunger. Es möchte an der Brust trinken, hat aber Mühe, die Brust zu fassen, sie rutscht ihm immer wieder aus dem Mund. Nach einigem Üben saugt es wenige Minuten effizient, wird dann unruhig und lässt die Brust los, schreit, weil es noch Hunger hat, will an der Brust trinken, schafft es aber nicht mehr. Auch an der zweiten Brust saugt es nur wenige Male effizient und weint danach. Die junge Mutter ist verzweifelt, ihr Baby ist stets «quengelig», schläft selten mehr als eine Stunde, will ständig an der Brust saugen, die es dann trotzdem schnell wieder loslässt.

Auch diese Mutter ist verunsichert, enttäuscht und frustriert. Was macht sie falsch? Sie hätte doch so gerne gestillt.

Bei der zweiten Situation hat das Baby zu Beginn der Stillmahlzeit etwas Mühe, die Brust zu fassen, ist aber der Let-down-Reflex (Milchspendereflex) ausgelöst, trinkt es effizient. Sobald die Milch aber nicht mehr reichlich fliesst und das Baby sich beim Saugen vermehrt anstrengen muss, wendet es die Flaschensaugtechnik an. Denn es hat gelernt, dass bei dieser Saugtechnik die Milch schnell fliesst. Was dazu führt, dass es die Brust verliert und/oder nicht mehr korrekt saugt. Es ist also teilweise saugverwirrt, bzw. es beherrscht beide Saugtechniken.

Lassen wir das Baby an unserem Finger saugen, können wir deutlich spüren, wie es zwischen den verschiedenen Saugtechniken wechselt.

Saugverhalten am Brusthütchen

Das Saugverhalten am Brusthütchen unterscheidet sich vom Saugen an der Brust und an der Flasche. Die Brusthütchen ragen weniger tief in die Mundhöhle hinein als die Brust. Das Baby hat beim Entwöhnen sehr grosse Mühe zu lernen, dass es die Brustwarze bis zur Übergangsstelle vom harten zum weichen Gaumen (Saugpunkt) hineinsaugen muss. Im weiteren besteht ein signifikanter Unterschied zwischen der Milchbildung mit Brusthütchen und ohne Brusthütchen, die Milchmenge ist geringer beim Verwenden eines Brusthütchens (8).

Saugverhalten am Schnuller

Auch die Saugtechnik am Schnuller entspricht nicht dem Saugen an der Brust, was ebenfalls zu einer Verweigerung der Brust führen kann. Befriedigt das Baby sein Saugbedürfnis am Schnuller, wird der Warzenhof weniger stimuliert, die Mutter bildet zu wenig Milch, und das Risiko des ungewollten Abstillens ist signifikant höher (9).

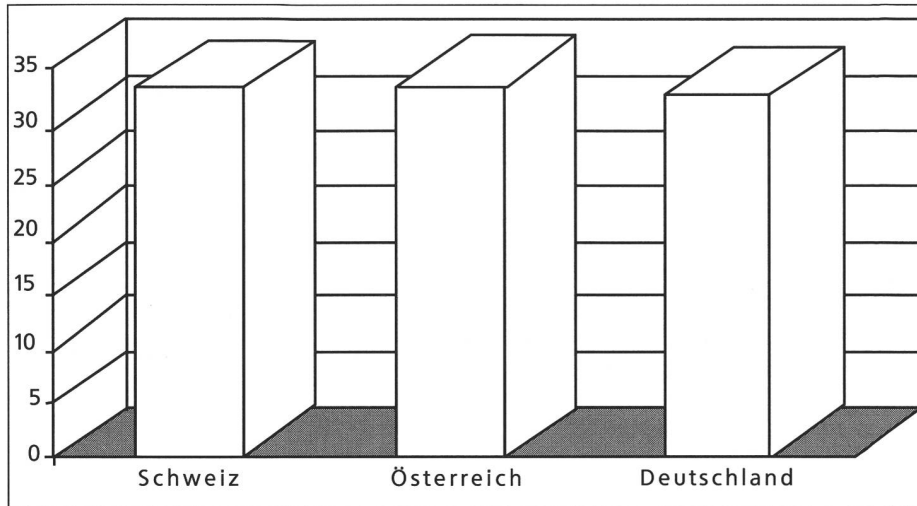


Fig. 1. Anteil der Gesamtberatungen (n=1285) pro Land, Schweiz (n=428), Deutschland (n=422), Österreich (n=435).

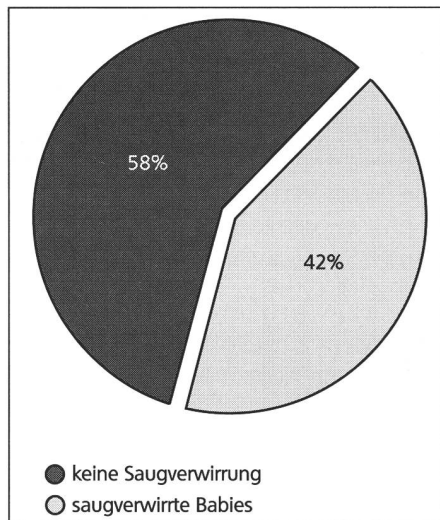


Fig. 2. Prozentualer Anteil der saugverwirrten Babies im Verhältnis zu den Gesamtberatungen.

2. Thematik und Methoden

Um herauszufinden, wie der prozentuale Anteil der saugverwirrten Babies im Verhältnis zu den Gesamtberatungen der dipl. Still- und Laktationsberaterin IBCLC aussieht, wurde ein Fragebogen mit dem Publikationsorgan des Verbandes Europäischer Laktationsberaterinnen (VELB) Nr. 3/4 an die Stillberaterinnen IBCLC der Schweiz, Deutschland und Österreich versandt. 15 selbständig arbeitende Stillberaterinnen haben den Fragebogen retourniert. Sie teilen sich zu je einem Drittel auf die drei verschiedenen Länder auf. Fig. 1 zeigt die Gesamtberatungen (n=1285) der drei Länder.

Die Stillberaterinnen IBCLC beurteilten ihre betreuten Mutter-Kind-Paare retrospektiv. 10 Stillberaterinnen schauten auf ein Jahr, 5 Beraterin-

nen auf zwei Jahre zurück, abhängig von der Dauer ihrer Berufstätigkeit. Die Rücksendungen der Beurteilungen wurden bis 5. Mai 1995 berücksichtigt.

Von den 1285 durch die Still- und Laktationsberaterinnen IBCLC betreuten Babies wiesen 541 eine Saugverwirrung auf. Fig. 2 zeigt den Anteil prozentual auf.

Interessant ist zu beobachten, wieviele dieser 42% saugverwirrten Babies die Flasche, Flasche und Brusthütchen, Brusthütchen, Schnuller oder Fingerfeeder erhalten haben. Fig. 3 illustriert dies in eindrücklicher Weise.

Von den 541 saugverwirrten Babies wurden 379 Babies die Flasche verabreicht, und weitere 81

erhielten sowohl die Flasche als auch ein Saughütchen. Gesamthaft betrachtet, bekamen 85%, d.h. 460 der saugverwirrten Babies, die Flasche. 65 Babies wurden mit einem Brusthütchen (Saughütchen) gestillt. Weitere 11 saugverwirrte Babies wurden mit einem Fingerfeeder gefüttert, und 5 weitere erhielten einen Schnuller. Wieviele der durch Flasche und

- zu wenig Milch
- wunde Brustwarzen
- Milchstau/Mastitis
- vermehrte vaginalen Blutungen
- mangelnde Gewichtszunahme
- Koliken verursacht durch Luftschlucken

Ungewolltes Abstillen

Folgen der Verabreichung künstlicher Sauger

Saughütchen saugverwirrten Babies zusätzlich einen Schnuller erhalten, konnte nicht eruiert werden.

Der prozentuale Anteil der saugverwirrten Babies zeigt eine Variationsbreite von 83% bis 21%, d.h. auch bei der Stillberaterin, die wenig saugverwirrte Babies zu betreuen hatte, betrug der Anteil saugverwirrter Babies immer noch über 20% (Fig. 4). Die Stillberaterin Nr. 7 arbeitet unter anderem im Einzugsgebiet eines von der WHO/UNICEF ausgezeichneten Spitals. Ihre Anzahl saugverwirrter Babies ist deutlich unter dem Durchschnitt.

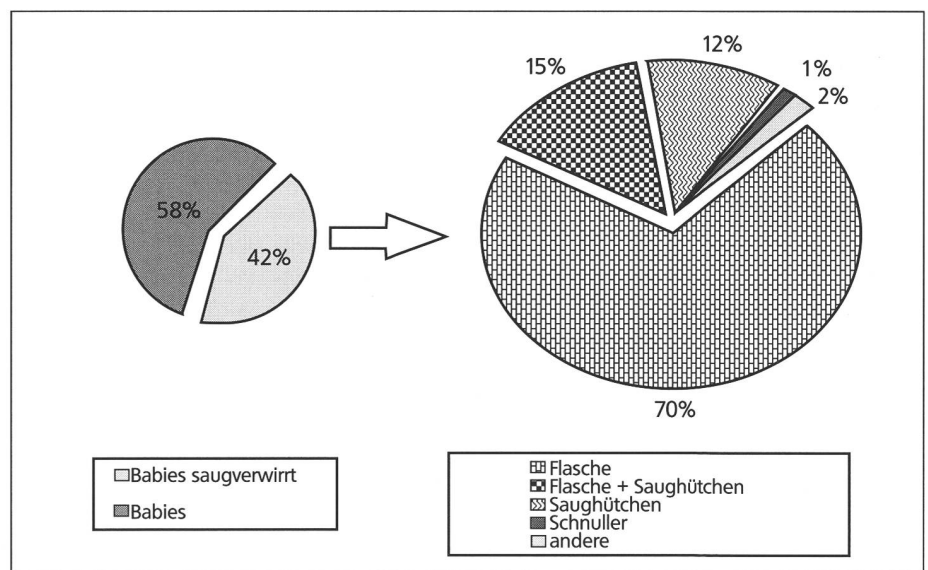


Fig. 3. Prozentualer Anteil der saugverwirrten Babies, aufgeteilt auf die verschiedenen künstlichen Sauger.

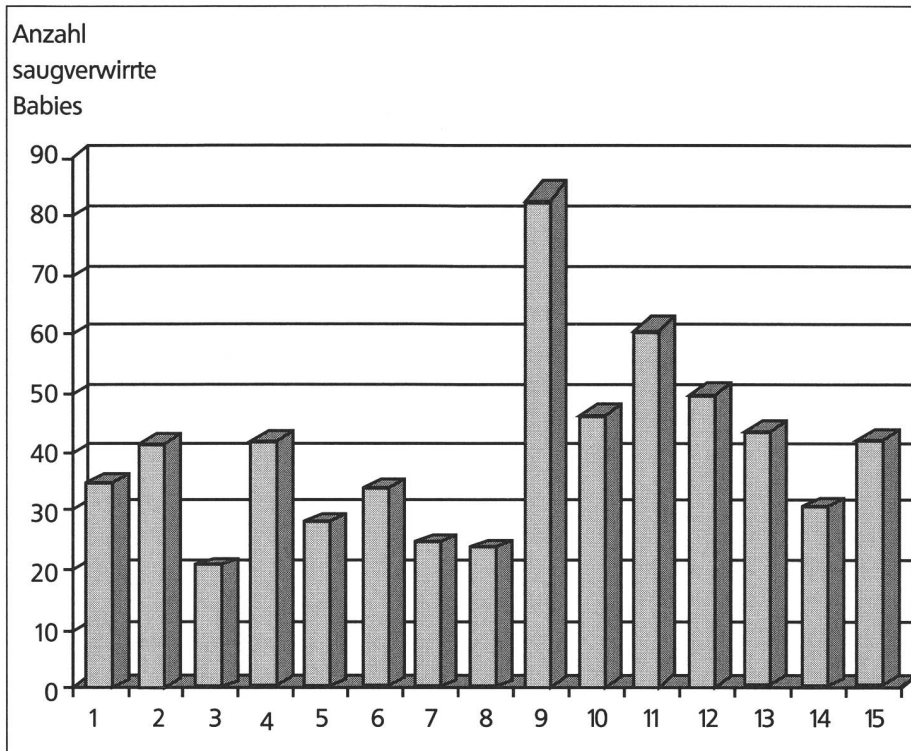


Fig. 4. Prozentualer Anteil der saugverwirrten Babies einer jeden einzelnen Stillberaterin IBCLC.

Jedoch über ein Drittel der von ihr betreuten saugverwirrten Kinder waren saugverwirrte Babies, die mit einem Fingerfeeder gefüttert wurden.

Folgen der Verabreichung künstlicher Sauger

Die Umfrage hat weiter ergeben, dass die Stillberaterinnen in Zusammenhang mit dem Verabreichen künstlicher Sauger folgende (Still-)Probleme beobachten: (Abb. Seite 16)

Schweregrad der Saugverwirrung – Zeitpunkt der Flaschengabe

Verschiedene Stillberaterinnen beobachteten Zusammenhänge zwischen dem Schweregrad der Saugverwirrung und dem Zeitpunkt der Flaschengabe.

Je früher und je öfter die Flasche angewendet wurde, desto schwerer war es, die Babies wieder an die Brust zu gewöhnen. Besonders schwierig gestaltete es sich, wenn die Babies direkt nach der Geburt auf die Flasche geprägt wurden, in den ersten drei Wochen die Flasche erhielten, die Mutter Flach-, Hohlwarzen oder grosse Brustwarzen hatte, oder beide eine schwere Geburt erlebt hatten.

3. Diskussion und Empfehlungen

Die Umfrage zeigt ganz deutlich, dass die Saugverwirrung eine ernstzunehmende Problematik in der Stillberatung darstellt. Der Gebrauch eines Flaschensaugers spielt dabei die zentrale negative Rolle.

Da in den untersuchten Ländern vor allem nur «hoch» stillmotivierte Mütter die Stillberaterinnen IBCLC aufsuchen, muss angenommen werden, dass die 42% saugverwirrten Babies einem geringen Anteil der effektiv saugverwirrten Babies entsprechen. In Anbetracht der geschilderten Problematik ist es nur verständlich, dass viele Mütter abstillen.

Die 42% saugverwirrten Babies sind vergleichbar mit der Spitze eines Eisberges, bei dem der grösste Teil unter Wasser verborgen bleibt.

Andererseits muss gesehen werden, dass der prozentuale Anteil saugverwirrter Babies im Verhältnis zur Gesamtzahl der durch Stillberaterinnen IBCLC betreuten Babies berechnet wurde, nur Mütter und Babies mit Problemen konsultieren die Stillberaterinnen IBCLC, d.h. der prozentuale Anteil der saugverwirrten Babies im Verhältnis zu allen Neugeborenen könnte etwas kleiner ausfallen. Kittie Frantz, Director of the Breastfeeding Infant Clinic for Los Angeles County USC Medical Center, schätzt jedoch, dass 95% aller Babies saugverwirrt werden, wenn sie in den ersten drei bis vier Wochen einen künstlichen Sauger

erhalten (10). Um diese Zahlen zu eruieren, muss eine breitangelegte Studie gestartet werden, die nur allein die Saugtechnik beurteilt.

Inwieweit sich das Verwenden eines Schnullers in Zusammenhang mit der Saugverwirrung durch andere künstliche Sauger auswirkt, konnte bei dieser Untersuchung nicht eruiert werden.

Studien von F.C. Barros (9) und L. Righard (1) zeigen jedoch eindeutig, wie sich der Schnuller negativ auf die Stilldauer auswirkt. Die 5 saugverwirrten Babies, welche den Schnuller bekamen, erhielten ausser dem Schnuller keinen anderen künstlichen Sauger.

Es gibt Babies, bei denen die Saugverwirrung schon nach einer einzigen Flasche auftreten kann. Bei anderen bedarf es mehrerer Flaschengaben, und wiederum andere beherrschen problemlos verschiedene Techniken. Die Problematik besteht jedoch darin, dass niemand vorher weiss, welches Baby zur Saugverwirrung neigt und welches nicht.

Wer jedoch Erfahrung hat in der Betreuung von saugverwirrten Babies, weiss von der Verzweiflung, Frustration, Enttäuschung und den Ohnmachtgefühlen der ganzen Familie und hat nur ein Ziel, nämlich diesem vermeidbaren Leid vorzubeugen. (Verschiedene Erlebnisberichte sind im Bulletin Nr. 3, Mai/Juni 1994, «Saugverwirrung, ein unnötiges Leid» der La Leche Liga nachzulesen.)

Eine nicht zu vernachlässigende Thematik besteht darin, dass sich die Mütter durch das Verhalten ihrer Babies abgelehnt fühlen können. Dies kann sich unter ungünstigen Verhältnissen langfristig negativ auf die Mutter-Kind-Beziehung auswirken. Vor allem, wenn wir in Betracht ziehen, wie sensibel die Mütter während dieser Zeit sind und wie lange die erlebten Ereignisse in Erinnerung bleiben.

Die grösste Gefahr einer Saugverwirrung besteht in den ersten 4–6 Lebenswochen (10 11). Je häufiger ein Baby korrekt an der Brust getrunken hat, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine Saugverwirrung auftritt.

Righard hat in seiner Studie (1) beobachtet, dass es möglich ist, eine falsche Saugtechnik zu erkennen und sie zu korrigieren, und damit die Chancen einer Mutter, erfolgreich ihr Kind zu stillen, signifikant zu verbessern.

Vermeiden der Saugverwirrung

Um ein korrektes Saugverhalten zu gewährleisten, ist es wichtig, natürlich und ohne oder nur

mit wenigen Medikamenten zu gebären und das Baby bis zum ersten Stillen in ungestörtem Hautkontakt mit der Mutter zu belassen (12).

Gutes Stillmanagement

- korrekte Ansetztechnik
- gute Stillposition
- stillen nach Bedarf bei Rooming-in
- restriktive orale Zufuhr von zusätzlicher Flüssigkeit

Keine Flasche, kein Hütchen, kein Schnuller in den ersten 4–6 Wochen (17).

Muss das Baby zugefüttert werden, bietet sich eine natürliche, bewährte und verblüffend einfache Alternative – die Ernährung mit dem AMEDA Trinkbecher (13) – an. Der AMEDA Trinkbecher wird wie folgt angewendet.

1. Das Baby wird in aufrechsitzender Position auf dem Schoß gehalten. Unruhige Babies können eingewickelt werden. Der Becher wird (wenn möglich) mindestens zur Hälfte gefüllt.
2. Der untere Rand des Bechers wird an die Mundwinkel des Babys und mit ruhiger, sanfter Berührung auf die Unterlippe gelegt. Es darf kein **Druck ausgeübt werden!**
3. Der AMEDA Trinkbecher wird so geneigt, dass die Milch die Oberlippe des Babys berührt. Das Baby schlürft oder leckt **die Muttermilch daraus. Die Muttermilch darf NIE direkt in den Mund geleert werden!** Der Becher ruht auch auf den Lippen, wenn das Baby eine Trinkpause macht (13).

Zum Verabreichen sehr kleiner Mengen Muttermilch ist auch ein Löffel oder eine Pipette geeignet.

Brusthütchen werden vor allem bei wunden Brustwarzen verabreicht, oder wenn das Baby die Brust nicht fassen kann, weil sie prallvoll ist. Bei wunden Brustwarzen sollte die Ursache, z.B. eingezogene Oberlippen, herausgefunden und die Brustwarzen mit Lansinoh® behandelt werden. Bei prallvollen Brüsten ist es ratsam, vorgängig ein wenig abzupumpen, damit das Baby den Warzenhof gut fassen kann.

Es ist wichtig, den Eltern einige Alternativen zum Schnuller aufzuzeigen. Diese können sein:

- das Baby am Erwachsenenfinger saugen lassen
- eine Wiege oder einen Schaukelstuhl anschaffen
- tragen im Snuggi oder Tuch
- usw.

Es ist aber auch notwendig, den Eltern die natürlichen, lebensnotwendigen Bedürfnisse – z.B. Körperkontakt (14) – des Babys zu erklären und ihr Verständnis dafür zu wecken.

Therapie

Wichtig: keine Flasche, kein Schnuller, kein Brusthütchen (Saughütchen)!

- Der Mutter erklären, warum das Baby die Brust verweigert!
- Das Baby in Rückenhaltung mit weit offenem Mund zackig, aber sanft ansetzen.
- Evtl. vorgängig den Gaumen sanft mit dem Finger stimulieren.
- Ein paar Tropfen Muttermilch auf der Brustwarze ausmassieren, stimulieren das Baby.
- Beginnt das Baby zu saugen, kann es hilfreich sein, etwas Milch auszumassieren, mit einer Spritze einige Tropfen Milch in die Mundwinkel zu geben oder vorgängig anzupumpen, bis der Let-down-Reflex ausgelöst ist. So erhält das Baby ein Erfolgserlebnis und ist motiviert, weiterzusaugen.
- Dem Baby so einführend wie möglich zusprechen und es zum Saugen ermuntern.
- Sobald es einige Male gesogen hat, die Lippen kontrollieren. Sind sie schön nach aussen gestülpt? Wenn nicht, mit der Fingerkuppe herausziehen und gleichzeitig noch näher an die Brust drücken, so dass Kinn und Nase die Brust berühren.
- Mit der Mutter das Ansetzen verschiedene Male üben.
- In halbwachem, nicht sehr hungrigem Zustand trinken die Babies häufig am besten an der Brust.
- Gelingt es nicht, das Baby an die Brust anzusetzen, kann Muttermilch abgepumpt und mit dem AMEDA Trinkbecher gefüttert werden. Dabei sollte immer wieder sanft versucht werden, das Baby an die Brust zu bringen. Dazu braucht es viel Geduld, Durchhalte- und Einfühlungsvermögen. Akzeptiert das Baby die Brust als Trösterin, ist ein wichtiger Schritt erreicht. Häufiger Körper- und Hautkontakt helfen dem Baby über diese schwierige Zeit hinweg.
- Hat die Mutter zu wenig Milch, kann die Milchbildung durch zusätzliches Abpumpen angeregt werden. In dem Masse, wie die Milchmenge steigt, kann die künstliche Babynahrung reduziert werden.
- Manchmal ist ein gezieltes Saugtraining, welches eine Still- und Laktationsberaterin IBCLC ausführen kann, nötig.
- Betreuen wir ein Baby, wie es in der Situation 2 auf Seite 5 beschrieben ist, ist ein Seitenwechsel immer dann hilfreich, wenn das Baby beginnt, das Flaschensaugverhalten anzuwenden

Um ein Baby vom Brusthütchen zu entwöhnen, können folgende Methoden angewendet werden:

- Sobald das Baby den Milchspendereflex ausgelöst und einige Male sichtbar geschluckt hat, das Baby kurz von der Brust lösen, das Brusthütchen schnell wegweisen und das Baby wieder ansetzen.
- Mit einem kleinen Stück Stoff das Brusthütchen verstopfen. Das Baby realisiert dann bald, dass es nur an der Brust ohne Hütchen Milch bekommt (15).

Herzlich danken möchte ich meinen Berufskolleginnen, die bei dieser Untersuchung mitgemacht haben. Ohne ihren Einsatz wäre sie nie zustande gekommen. Auch den anderen Still- und Laktationsberaterinnen IBCLC, die mich emotional unterstützt haben, möchte ich danken.

Marliese Pepe-Truffer
Dipl. Stillberaterin IBCLC,
Zihlstr. 33, 5734 Reinach

Referenzen

- 1 Righard L, Alade M.O.: Sucking Technique and Its Effect on Success of Breastfeeding; BIRTH 1919: 185–89, 1992
- 2 AFS: Stillen und Stillprobleme, Enke Verlag 1993, Stuttgart
- 3 Woolridge M.W.: The 'anatomy' of infant sucking; Midwifery 2/1986: 164–71
- 4 Frantz Kittie: Stilltechniken, die funktionieren, Informationsblatt 1988
- 5 Mohrbach N, Stock J.: La Leche Liga International, The Breastfeeding Answer Book, Franklin Park Illinois, 1991, S. 252
- 6 Lawrence RA: Breastfeeding, A Guide for the medical profession, Mosby, St. Louis, 1994, S. 238
- 7 Minchin Maureen: Breastfeeding matters, Alma publications, Australien, 1985, S. 89
- 8 Auerbach K.G.: Using nipple shields appropriately, Rental Roundup 6: 4–5, 1989
- 9 Barros F.C. et al.: Use of Pacifiers is Associated With Decreased Breast-Feeding Duration, PEDIATRICS Vol. 95, No. 4 (1995)
- 10 Mohrbach N, Stock J.: La Leche Liga International, The Breastfeeding Answer Book, Franklin Park Illinois, 1991, S. 253
- 11 Jozwiak Mary, Nipple confusion: A Common Problem, LEAVEN, Nov.-Dez. 1993, 85–86.
- 12 Righard L, Alade M.O.: Effect of delivery room routines a success of first breast-feed; THE LANCET 1990; 336
- 13 AMEDA AG, CH-Hünenberg/Zug, Ernährung mit dem AMEDA Becher, 1994
- 14 Montagu Ashley, Körperkontakt: die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen, 6. Aufl., 1990 Klett-Cotta, Stuttgart
- 15 Andrea Joan, Mohrbacher Nancy, Nipple Confusion – Overcoming and Avoiding This Problem, La Leche Liga International, 1992
- 16 Meintz Maher, Susan, Lösungsmöglichkeiten für Saug- und Stillprobleme, La Leche Liga International, 1990