



Hamburger Still-Empfehlungen

herausgegeben von der Zielpatenschaft Stillförderung
der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)

Hamburger

Still-Empfehlungen

herausgegeben von der Zielpatenschaft Stillförderung
der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)

Grußworte der Herausgeberinnen und Herausgeber

Liebe Leserin, lieber Leser, die Schwangerschaft oder die Geburt eines Kindes sind ganz besondere Abschnitte im Leben junger Eltern. Sie wollen ihren Kindern einen gesunden Start ins Leben ermöglichen. Gerade Mütter stehen dabei vor vielen Fragen oder Herausforderungen.

Ein wesentlicher Punkt ist dabei immer wieder das Stillen, das auf ganz natürliche Weise hilft, die so wichtige Beziehung zwischen Mutter und Kind zu entwickeln. Es ist ein besonderes Erlebnis für beide. Doch wengleich das Stillen in der Natur des Menschen liegt, tauchen immer wieder Fragen auf: Worauf sollte ich achten? Welche Probleme kann es geben?

Nicht nur hier setzen unsere Hamburger Stillempfehlungen an. Ich freue mich, dass es erstmals gelungen ist, den Sachverstand verschiedener Berufsgruppen rund um Geburt und Wochenbett auf besondere Weise zusammenzuführen. Die damit vorliegenden berufsgruppenübergreifenden Qualitätsstandards bilden eine wichtige Grundlage für die Förderung des Stillens im Krankenhaus, in der ambulanten wie auch in der häuslichen Betreuung und bieten dadurch Unterstützung für einen gesunden Start ins Leben. Ich bin sicher, dass die Stillempfehlungen dabei helfen, Frauen die bestmögliche Unterstützung beim Stillen und bei der Überwindung von eventuellen Stillproblemen zu geben.

Dr. Angelika Kempfert, Staatsrätin für Gesundheit, Familie und Jugend (BSG)

Stillen unterstützt den guten Start ins Leben, ist Nahrung für Körper und Seele und hilft auf ganz einfache Weise die Bindung zwischen Mutter und Kind zu entwickeln, die für den weiteren Lebensweg so wichtig ist. Somit ist Stillen ein entscheidender Beitrag zur Gesundheitsförderung! Seit vielen Jahren koordiniert die Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG) die Zielpatenschaft Stillförderung und bietet Professionellen aus unterschiedlichen Berufsfeldern und -verbänden ein Austauschforum „rund ums Stillen“. Wir freuen uns, dass im Rahmen der Zielpatenschaft Stillförderung die Hamburger Berufsverbände der Frauenärzte/innen, der Kinder- und Jugendärzte/innen, der Hebammen und der Still- und Laktationsberaterinnen Stillempfehlungen erarbeitet haben – das ist auf Bundesebene einmalig! Diese Empfehlungen unterstützen stillfördernde Beratung und Behandlung, geben Orientierung, ermöglichen ein abgestimmtes Vorgehen und fördern somit ein gesundes Aufwachsen.
Susanne Wehowsky, Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. (HAG)

Schwangerschaft, Gebären und Stillen gehören untrennbar zusammen. So hat es die Natur vorgesehen. Die Muttermilch ist die beste und optimalste Ernährung für das Neugeborene und immer vorhanden, frisch und warm. Aber der Instinkt allein hilft der Mutter nicht immer den optimalen Stilleffekt zu erreichen. Deshalb ist die Erfahrung der Stillberaterinnen und -berater unbezahlbar. Deren gesammelte theoretische und vor allem praktische Tipps finden sich in diesen Empfehlungen, für deren Auflistung wir den Autoren außerordentlich dankbar sind.
Dr. med. Christian Albring, Berufsverband der Frauenärzte e.V.

Wir, die Hamburger Kinder- und Jugendärzte sind sehr glücklich und froh, dass es nun gelungen ist, gemeinsam mit den anderen beteiligten Fachgruppen diese Stillempfehlungen zu erarbeiten und hoffen sehr, dass sie allen, die stillende Mütter und deren Säuglinge betreuen, als Ratgeber und kleines Nachschlagewerk dienen.

Dr. Hans Ullrich Neumann, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Landesverband Hamburg

In der Vergangenheit ist von ratsuchenden stillenden Müttern immer wieder beklagt worden, dass sie sehr unterschiedliche Auskünfte und Ratschläge vom medizinischen Fachpersonal bekommen. Dem möchte die Zielpatenschaft Stillförderung mit der Veröffentlichung dieser Empfehlungen für die Beratung stillender Frauen und die Behandlung von Stillproblemen abhelfen. Mir bleibt zu wünschen, dass diese Broschüre breite fachliche Diskussionen in den beteiligten Berufsverbänden anstößt und die Kolleginnen und Kollegen zur Reflektion ihrer praktischen Stillberatung anregt. Stillende Frauen sollen zu jeder Zeit den bestmöglichen Rat zur Überwindung von Stillproblemen bekommen können!

Susanne Lohmann, Hebammenverband Hamburg e.V.

La Leche Liga Deutschland e.V. ist Teil einer weltweiten Organisation, der La Leche League International. Seit mehr als 50 Jahren helfen hier Mütter Müttern beim erfolgreichen Stillen, sei es durch persönliche Beratung, durch regelmäßige Stillgruppentreffen oder auch am Telefon, per E-Mail oder via Internet. Über 9000 Stillberaterinnen weltweit, davon fast 300 hier in Deutschland, helfen ehrenamtlich durch ihre eigene Still Erfahrung

und die Ausbildung zur Stillberaterin Müttern und ihren Babys, den Weg zum eigenen Stillen zu finden.

Wir freuen uns, dass es aufgrund der interdisziplinären Arbeit hier in Hamburg gelungen ist, einheitliche Stillempfehlungen aufzustellen und wünschen uns zusammen mit den anderen Beteiligten, dass unser „Baby“ in der Fachwelt und darüber hinaus Anerkennung und Anwendung findet.

Christel Opitz-Lüders, La Leche Liga Deutschland e.V.

Um die nachgewiesenen Vorteile des Stillens nutzen zu können, erfordert es gute Voraussetzungen sowie individuelle Beratung und Begleitung, damit Stillen die Mutter-Kind-Bindung unterstützen kann und so vor Vernachlässigung und häuslicher Gewalt schützt.

Nur gemeinsam können wir erreichen, dass das Stillen in unserer Gesellschaft wieder selbstverständlich und das Wissen darüber wie früher von einer auf die nächste Generation weitergegeben wird. Keine der mit Schwangeren, Müttern und Säuglingen arbeitenden Berufsgruppen, Verbände und Organisationen kann diese Aufgabe allein leisten, wir alle können uns im Interesse der betroffenen Familien ergänzen. In diesem Sinne begrüßen wir als Berufsverband Deutscher Laktationsberaterinnen IBCLC e.V. (BDL) die Hamburger Initiative Zielpatenschaft Stillförderung und die gemeinsam erstellte Broschüre „Hamburger Stillempfehlungen.“

Gudrun von der Ohe, Berufsverband Deutscher Laktationsberaterinnen e.V.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|--------------|
| 1. Stilldauer | 7 |
| 2. Gewichtsentwicklung gestillter Säuglinge | 8 |
| 3. Zu wenig Milch in der Stillzeit: Ursachen – Prävention – Empfehlungen | 9–11 |
| 4. Wunde Brustwarzen in der Stillzeit – Ursachen, Prävention und Therapie | 11–13 |
| 5. Initiale Brustdrüsenanschwellung, Milchstau, Mastitis puerperalis und Abszess der laktierenden Brust | 14–17 |
| 6. Stillen und Neugeborenenikterus | 18–19 |
| 7. Zufütterungstechniken für gestillte Säuglinge | 20–25 |
| 8. Literaturliste | 26 |
| 9. Beratungskontakte und Adressen | 30 |
| Impressum | 31 |

1. // Stilldauer

(In Anlehnung an die Empfehlung der Nationalen Stillkommission am BfR (Bundesinstitut für Risikobewertung) vom 1. März 2004)

Die Nationale Stillkommission gibt für Deutschland die folgenden Empfehlungen zur Stilldauer. Sie hat dabei die Stellungnahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die 2000 eine Expertengruppe zur wissenschaftlichen Ableitung der optimalen Dauer des ausschließlichen Stillens eingesetzt hatte (WHO, 2001), und der 54. Weltgesundheitsversammlung (WHA) (2001) berücksichtigt. Der Ernährungsplan für das erste Lebensjahr des Forschungsinstituts für Kinderernährung in Dortmund (Kersting, 2001) wird nach wie vor ausdrücklich unterstützt.

Dauer des ausschließlichen Stillens

Muttermilch ist die beste Nahrung für nahezu alle Säuglinge. **Ausschließliches Stillen in den ersten sechs Monaten ist für die Mehrzahl der Säuglinge die physiologische Ernährung.** Ab wann ein Säugling zusätzlich Beikost benötigt, ergibt sich individuell in Abhängigkeit vom Gedeihen und der Essfähigkeit des Kindes. **Beikost** sollte in der Regel nicht später als **zu Beginn des siebten Lebensmonats** und keinesfalls vor dem Beginn des fünften Monats gegeben werden. **Beikosteinführung bedeutet nicht Abstillen, sondern eine langsame Verminderung der Muttermilchmengen und Stillmahlzeiten.** Mutter und Kind bestimmen gemeinsam, wann abgestillt wird. Diese Empfehlungen geben einen Rahmen vor. Sie sollten nicht schematisch angewendet werden.

Die Nationale Stillkommission gebraucht „ausschließliches“ Stillen weiterhin in dem engen ursprünglich von der WHO (WHO, 1991) definierten Sinn (ausschließlich Muttermilch ohne Gabe von Flüssigkeiten oder anderer Nahrung) (Springer et al., 1999). In ihrer Stellungnahme „Zufütterung von gestillten Säuglingen“ hat die Stillkommission (2001) ausführlich dargelegt, dass **eine routinemäßige Zufütterung von Flüssigkeiten beim gestillten Säugling überflüssig ist und daher auch nicht empfohlen wird.**

Kurzes oder teilweises Stillen

Die Stillkommission hält auch kürzeres ausschließliches Stillen als sechs Monate oder teilweises Stillen für sehr sinnvoll.

Wenn sechsmonatiges ausschließliches Stillen für Mütter nicht durchführbar ist, sollte dies keinesfalls ein Grund sein, gar nicht erst mit dem Stillen zu beginnen. Auch kürzeres ausschließliches Stillen oder teilweises Stillen nützen dem Kind und sind erfreulich für Mutter und Kind.

Das Wissen um die Vorteile des Stillens sollte als Verpflichtung verstanden werden, stillwilligen Müttern bei der Lösung von Stillproblemen zu helfen, so dass sie nicht früher mit dem Stillen aufhören müssen, als sie es eigentlich wollen (siehe auch Service-Teil). Die Stillkommission hat hierzu eine Stellungnahme zu „Stillen und Berufstätigkeit“ (2003) herausgegeben.

Abstillen

Die Stillkommission betont, dass Beikosteinführung nicht mit Abstillen gleichzusetzen ist. Der endgültige Zeitpunkt des Abstillens ist eine individuelle Entscheidung, die gemeinsam von Mutter und Kind getroffen wird.

Idealerweise wird weiter teilgestillt, auch wenn das Kind die Fertigkeit entwickelt hat, aus dem Becher oder der Tasse zu trinken. Mit zunehmendem Verzehr von Beikost bzw. modifizierter Familienkost am Ende des ersten und im Laufe des zweiten Lebensjahres nimmt die quantitative Bedeutung der Muttermilch als Lebensmittel entsprechend ab. Unter hiesigen Bedingungen, wo Beikost vernünftiger Zusammensetzung allgemein verfügbar ist, wird gegen Ende des ersten Lebensjahres in den meisten Fällen das Trinken an der Brust eher durch das Bedürfnis nach Nähe und Zuwendung als durch Hunger bestimmt werden.

Die Stillkommission gibt keine ausdrückliche Empfehlung, wann endgültig abgestillt werden sollte, weil sich für Deutschland hierzu keine wissenschaftlich begründete Basis finden lässt.

2. //

Gewichtsentwicklung gestillter Säuglinge

(In Anlehnung an die Empfehlung der Nationalen Stillkommission vom 25. März 2008)

Gewichtsverlauf und Wachstum sind wichtige Indikatoren zur Beurteilung von Gedeih und körperlicher Entwicklung von Säuglingen. Die Nationale Stillkommission hat Empfehlungen zur Gewichtsentwicklung von gestillten Säuglingen veröffentlicht. Die Gewichtsentwicklung sollte entlang der im Jahr 2006 aktualisierten WHO-Referenzkurven für Gewicht, Länge, Body Mass Index (BMI) und Kopfumfang gestillter Säuglinge verlaufen. Sämtliche Referenzkurven können als Anhänge 1 bis 4 zu dieser Empfehlung von der Internetseite der Nationalen Stillkommission am BfR (www.bfr.bund.de) oder direkt bei der WHO (http://www.who.int/childgrowth/standards/chart_catalogue/en/index.html) heruntergeladen werden.

Ein gesundes Neugeborenes nimmt in den ersten Tagen nach der Geburt normalerweise ab (Gartner et al., 2005; Macdonald et al., 2003, Wright und Parkinson, 2004). Das liegt sowohl daran, dass es seinen Stoffwechsel und seinen Wasserhaushalt auf eine orale Nahrungsaufnahme umstellen muss als auch daran, dass die Milchbildung bei der Mutter erst beginnt. Probleme können entstehen, wenn die Laktation nicht richtig in Gang kommt, oder das Neugeborene sich nicht gut adaptiert. Eine sorgfältige Betreuung der stillenden Mutter und die Beobachtung des Neugeborenen können Adaptationsprobleme rechtzeitig erkennen und vermeiden helfen (Gartner et al., 2005; van Dommelen et al., 2007). **Als objektiver Marker hilft dabei die tägliche Gewichtskontrolle, wobei darauf geachtet werden soll, dass sie unter gleichen Bedingungen (Tageszeit, Kleidung) und mit derselben Waage vorgenommen wird.** Das Gewicht des Neugeborenen nach der Geburt (im Kreißsaal) ist aber die Bezugsgröße, obwohl kurz danach auf der Wochenstation oder zu Hause häufig andere Werte abgelesen werden.

Der Ablauf des physiologischen Adaptationsprozesses des Neugeborenen spricht bei Mensch und Tier

eindeutig gegen eine routinemäßige Zufütterung bei gestillten Kindern. Alle Untersuchungen für oder wider eine Zufütterung konnten keinen Vorteil für diese Maßnahme belegen, wenn man davon absieht, dass der durchschnittliche postnatale Gewichtsverlust um etwa 1 % geringer ausfällt. Auf der anderen Seite kann eine großzügige Zufütterung vor allem bei unentschlossenen und weniger informierten Müttern die Stillrate und Stilldauer signifikant reduzieren. Auch wenn über 90 % aller Frauen ihre Kinder erfolgreich zu stillen vermögen, kann in Einzelfällen ein unzureichender Milchfluss in den ersten Tagen auftreten oder auch aus anderen Gründen eine Zufütterung notwendig sein. Schon immer haben die Menschen in solchen Fällen je nach Wissensstand nach einem Ausweg gesucht. *Es ist also selbstverständlich, dass bei Hypogalaktorrhoe (Gewichtsabnahme > 10 %) oder Risikokindern mit unzureichenden Energiereserven (z.B. Frühgeborene, Hypotrophie, diabetische Fetopathie, Hypoxie, Atemnot, Sepsis) eine frühzeitige und ausreichende Zufütterung notwendig ist.* Vieles spricht heute dafür, dass zur Zufütterung nicht Wasser oder Glukoselösung genügen, sondern eine geeignete Milchnahrung mit allen Nährstoffen grundsätzlich besser ist.

Gesunde, ausschließlich gestillte Neugeborene (ohne Zufütterung) verlieren bei optimalem Stillmanagement in den ersten drei Lebenstagen höchstens 7 % ihres Geburtsgewichtes (Gartner et al., 2005; Macdonald et al., 2003). Ist der Gewichtsverlust größer, muss das Stillverhalten überprüft und korrigiert werden (Gartner et al., 2005). Ein Gewichtsverlust von 10 % oder mehr in den ersten Tagen, Ikterus, Dehydratationszeichen (wie schlabbe Haut, wenig Urin oder Stuhl) oder Krankheitssymptome erfordern bereits eine Therapie, z.B. Zufüttern von abgepumpter Muttermilch oder einer Säuglingsanfangsnahrung (Prä-Nahrung) möglichst nicht mit der Flasche.

Im Alter von sieben Tagen, spätestens nach 14 Tagen, haben gesunde, gut gestillte Neugeborene ihr Geburtsgewicht wieder erreicht. Im Alter

zwischen zwei und acht Wochen sollten sie wöchentlich mindestens 150 Gramm zunehmen (Nelson et al., 1989). Für unterernährte Neugeborene gelten eigene Interventionsgrenzwerte.

Die Gewichtsentwicklung im ersten Lebensjahr sollte entlang der WHO-Referenzkurven für Gewicht, Länge, Body Mass Index (BMI) und Kopfumfang gestillter Säuglinge verlaufen (WHO Multicentre Growth Reference Study Group, 2006). **Bei optima-**

lem Stillmanagement haben ausschließlich gestillte Säuglinge nach sechs Monaten ihr Gewicht verdoppelt. Dieses Wachstumsmuster wird durch die Selbstregulation der Nahrungsaufnahme gestillter Säuglinge begünstigt. Eine fehlende oder zu geringe Gewichtszunahme, sowie eine rapide Abweichung vom eigenen Wachstumspfad nach unten (Gedeihstörung) müssen diagnostisch abgeklärt und gezielt behandelt werden.

3. //

Zu wenig Milch in der Stillzeit: Ursachen – Prävention – Empfehlungen

Zu wenig Milch für das Kind bilden zu können ist einer der Hauptgründe, die Frauen bewegen, abzustillen. Wenn das Grundbedürfnis des Kindes nicht erfüllt werden kann, fühlen sich Frauen unwohl und inkompetent in ihrer neuen Rolle und geben ohne Unterstützung und Klärung der Ursachen dann das Ziel ihr Kind mit Muttermilch zu ernähren auf.

Ursachen können sein:

- Fehlendes Wissen (Tradition) über die Laktation (Milchbildung);
- Fehlendes Wissen über ein normales Stillverhalten eines Neugeborenen;
- Unsicherheit im Eltersein;
- Fehlende Unterstützung durch das soziale Umfeld.

Fehlende Informationen und Kenntnisse zum normalen Stillverhalten eines Neugeborenen werden häufig mit zu wenig Milch in Verbindung gebracht:

- Häufiges Stillen -> normal sind acht bis zwölf Stillzeiten und mehr in 24 Stunden;
- Kurze oder lange Stillzeiten können nicht eingeschätzt werden;
- Unruhe und Weinen des Babys;
- Langes Wachsein des Kindes;
- Weiche Brüste nach ca. sechs bis acht Wochen werden fehl eingeschätzt;

- Milch läuft nicht mehr aus oder kann nicht ausgestrichen werden.....

Ausreichende Milchproduktion und ein gutes Gedeihen liegt vor wenn:

- Häufiges Stillen in 24 Stunden, mind. achtmal;.....
- Die Brust fühlt sich nach dem Stillen weicher an;
- Mindestens sechs nasse Windeln in 24 Stunden;
- Mindestens drei- bis viermal Stuhlgang in 24 Stunden in den ersten vier Wochen pp;
- Gewichtszunahme Minimum von 140 Gramm/ Woche;
- Das Geburtsgewicht ist nach acht bis zehn Tagen erreicht, nach drei bis vier Monaten verdoppelt;
- Satte Kinder können Unruhe zeigen, Ursache dafür sind häufig Reizüberflutung und keine Möglichkeit, sich an das Leben zu adaptieren.....

Faktoren, die Einfluss haben können auf die Milchbildung und den Transfer:

- Reglementierte Stillzeiten (zu kurz, zu selten);
- Kein nächtliches Stillen, zu lange Pausen;
- Zusätzlich Flüssigkeitsgaben: Tee, Säuglingsnahrung;
- Große Zufüttermengen;
- Schnuller und Sauger;
- Still- oder Saughütchen;
- Saugprobleme des Kindes;
- Falsche Anlegetechnik;

Zu wenig Milch in der Stillzeit:

Ursachen für zu geringe Milchbildung vonseiten der Frau:

- Komplikationsreicher Geburtsverlauf;.....
- Placenta Reste;.....
- Verzögerter Stillbeginn;.....
- Zu geringe Stillfrequenz;.....
- Schmerzen an den Mamillen und dem Brustgewebe;
- Unsicherheit und Zweifel der Frau;.....
- Familiäre Konstellationen;.....
- Nikotin- und Alkoholkonsum;.....
- Müdigkeit;.....
- Medikamente z.B. Methergin;.....
- Ernährungsdefizit der Frau.....

Ursachen vonseiten des Kindes:

- Geburtsverlauf – Geburtstrauma;.....
- Gestationsalter;.....
- Gewichtsabnahme pp;.....
- Schläfriges Baby;.....
- Anatomische Ursachen(Zungenbändchen, LKG, Gotischer Gaumen);
- Krankes Kind (FG, Stoffwechselerkrankungen, Trisomie 21);.....
- Neurologische Erkrankungen, die Trinkstörungen hervorrufen können;.....
- Saugschwierigkeiten.....

Empfehlungen für das Stillmanagement:

- Mütter – Eltern informieren;.....
- Möglichkeiten der Intervention aufzeigen;.....
- Laktation intensivieren
- Stillfrequenz erhöhen.....
- Milchpumpe verordnen (mit Doppelpumpset);.....
- Unterstützung durch Hebammenhilfe.....
- Hebammenliste für Hamburg;.....
- Unterstützung durch Laktationsberaterin IBCLC.....
- Hamburger Laktationsberaterinnen.....
- Stillfrequenz erhöhen;.....
- Stillpositionen variieren;.....
- Schnuller und / oder Flasche vermeiden;.....
- Bonding-Hautkontakt fördern;.....
- Gewichtszunahme absichern.....

Unterstützung durch pharmakologische Stimuli bei Bedarf Empfehlungen in:

(Schäfer / Spielmann 7. Auflage 2006, Arzneimittelverordnung in Schwangerschaft und Stillzeit)

Galaktogogum (Milchbildende Mittel)

- Phenum Grecum (Bockshornkleesamen),.....
- Malzbier,.....
- Geißbraute Tee,.....
- Vitamin-B-haltige Kohlenhydrate,.....
- Oleum Laktogogum zum Einreiben der Brüste.....

Informationen zur Verordnung einer elektrischen Intervall Milchpumpe

Folgende Firmen bieten zeitgemäße, wissenschaftlich evaluierte und druckbegrenzte elektrische Intervall Milchpumpen an: z.B.

Firma Ardo:..... Elite, Lactaline.....
Firma Medela:..... Symphony Lactina.....

Hilfsmittel Nummer liegt vor für:

Medela Milchpumpen:

Milchpumpe Symphony: ..01.35.01.1003.....
 Milchpumpe Lactina:..... 01.35.01.1002.....

Ardo Milchpumpen:

Milchpumpe Elite:..... 01.35.01.1006.....
 Milchpumpe Lactaline..... 01.35.01.1004.....

Was muss auf dem Rezept stehen?

- unbedingt Hilfsmittel ankreuzen;.....
- Intervall Milchpumpe mit Zubehör (idealerweise Einfach- oder Doppelpumpset angeben);.....
- genaue Diagnose bzw. Indikation – siehe gegenüber;.....
- voraussichtliche Dauer der Vermietung angeben.....

Die Gültigkeit einer Heilmittelverordnung beträgt generell vier Wochen. Eine nahtlose Folgeverordnung ist erforderlich!

 Diese Hilfsmittelverordnungen werden nicht über Ihr Budget abgerechnet! Dafür stehen den Krankenkassen gesonderte Finanzmittel zur Verfügung – ein sogenannter Extratopf – ausschließlich für Hilfsmittel.

Eine medizinische Indikation liegt bei folgenden Diagnosen vor:

Mutter

- Brustentzündung (Mastitis);.....
- Hohl- oder Flachwarzen;.....
- Hypogalaktie bei Trink- und Saugschwäche des Kindes unterschiedlicher Genese.....
- Medikamenteneinnahme von Arzneien, die nicht in den Blutkreislauf des Säuglings übergehen dürfen.
- nach operativen Eingriffen.....

Säugling

- Frühgeburt;.....
- Hypo-Hypertonie der orofazialen Muskulatur (z.B. Morbus down-Hyperglossie);.....
- Anomalien im Rachen- / Kieferbereich (z.B. Lippen-Kiefer-Gaumenspalte);.....
- Organische Erkrankungen (z.B. Herzerkrankungen, Lungendysfunktionen);.....
- allgemeine neurologisch-celebrale Erkrankungen;.....
- Stoffwechselerkrankungen (z.B. Galactosämie);.....
- Trink- und Saugschwäche anderer Genese.....

4. //

Wunde Brustwarzen in der Stillzeit – Ursachen, Prävention und Therapie

Schmerzen beim Stillen sind eine häufige Ursache für frühzeitiges Abstillen. Daher ist es wichtig, Ursachen, Prophylaxe und Therapie von wunden Brustwarzen zu kennen. Zu Beginn der Stillzeit klagten etwa 96 % der Frauen über Schmerzen im Bereich der Brustwarzen.

Als Ursache wird eine erhöhte Empfindlichkeit der Brustwarzen infolge verstärkter Durchblutung durch die mechanische Belastung des Gewebes vermutet. Außerdem spielen wahrscheinlich die Dehnung des Areola- und Mamillengewebes beim Einsaugen sowie der negative Druck in den Milchgängen während des Saugens bis zum Einsetzen des Milchflusses eine Rolle. **Mit zunehmender Elastizität des Gewebes und rasch einsetzendem Milchspendereflex verschwinden diese Schmerzen innerhalb weniger Tage weitgehend.** Länger anhaltende Schmerzen beim Anlegen vor allem, wenn sie während des Stillens und danach fortbestehen, sollten Anlass zur Klärung der Ursache sein.

Empfehlungen zur Prävention und Therapie von wunden Brustwarzen während der Stillzeit

(in Anlehnung an die Empfehlungen der Nationalen Stillkommission 2007)

Häufigkeit

Etwa ein Drittel stillender Frauen hat in den ersten Wochen nach der Geburt wunde Brustwarzen.

Symptomatik

- Schmerzen,.....
- Rötung,.....
- Schwellung,.....
- Hautabschürfungen,.....
- Tiefe Rhagaden.....
- Krustige Beläge,.....
- Bläschen.....

Prävention

Die einzig wirksame Prävention ist im korrekten Anlegen und korrekten Saugen des Kindes zu sehen. Weder Haut- oder Haarfarbe, eine Vorbereitung („Abhärtung“) der normalen Brustwarzen in der Schwangerschaft, noch eine Begrenzung der Anlegezeiten am Beginn der Stillbeziehung haben einen nachweisbaren Einfluss auf die Häufigkeit des Auftretens von wunden Brustwarzen.

Ursachen

Nicht korrektes Positionieren des Kindes beim Stillen und nicht korrektes Saugen des Kindes.

Mechanische Gründe:

a) Das Kind erzeugt einen starken Unterdruck.

- Wenn wenig Milch in die Milchgänge fließt (vor Einsetzen des Milchspendereflexes, oder wenn dieser z.B. durch Schmerzen, Stress, Nikotin etc. vermindert ist).
- Bei behindertem Milchfluss, wie er z.B. durch die Schwellung im Rahmen des initialen Milcheinschusses vorübergehend auftreten kann.
- Wenn das Kind sehr gierig saugt. Daher bei „frühen Hungerzeichen“ das Kind anlegen.

b) Das Brustwarzengewebe wird komprimiert.

Bei unkorrektem Anlegen werden Brustwarzen, Areola und Brustgewebe nicht richtig in den Mund des Kindes aufgenommen. Die Brustwarze wird dadurch verzerrt und verformt. Sie wird zwischen den Kieferleisten des Kindes eingeklemmt. Infolge dessen wird sie an einzelnen Stellen mechanisch stark belastet, oft sichtbar an Druckstreifen auf der Oberfläche der Brustwarze. Die so entstehende Behinderung des Milchflusses hat wiederum stärkeres Saugen des Kindes mit noch stärkerem Unterdruck zur Folge (s.o.). Weitere Ursachen, die ebenfalls zu einer Kompression des Brustwarzengewebes führen können:

- Das Kind öffnet den Mund nicht weit genug und „kaut“ mit den Kieferleisten auf der Brustwarze.
- Anatomische Besonderheiten, wie z.B. die Ankyloglossie (= zu kurzes Zungenbändchen). Die Zunge kann infolge dessen die untere Kieferleiste nicht bedecken, so dass diese das Brustwarzengewebe einkerbt.

- Besondere Formen des kindlichen Gaumens, z.B. „Glockengaumen“ oder Gaumenfurchen.
- Nach langdauernder Intubation.
- Anatomische Besonderheiten der Brustwarze (z.B. bei Hohlwarzen) können dazu führen, dass das Kind diese nicht korrekt in den Mund platzieren kann.
- Der verstärkte initiale Milcheinschuss kann durch ödematöse Anschwellung der Areola dazu führen, dass das Kind nicht korrekt an der Brust anliegen (andocken) kann.
- Ein zu starker Milchfluss kann sehr selten dazu beitragen, dass das Kind sich vor dem Verschlucken durch mechanisches Zusammendrücken der Brustwarze schützt. Das Kind sollte in diesem Fall auf dem Bauch der Mutter mit dem Gesicht nach unten liegend angelegt werden („Australia-Position“).

c) Beim abrupten Lösen des Kindes von der Brust kann die Brustwarze mechanisch geschädigt werden.

Andere (auch seltene) Ursachen

Neben den oben genannten mechanischen Ursachen treten wunde Brustwarzen auch häufiger bei Müttern mit depressiver Stimmungslage und unsicherem Stillwunsch als **Ausdruck einer psychosomatischen Störung** auf.

Infizierte wunde Brustwarzen (Hauptkeim: Staphylococcus aureus) – erkennbar an gelblichen, eitrigen Belägen („Impetigo“) – sollten Anlass für eine orale Therapie der Mutter mit einem **staphylokokkenwirksamen Antibiotikum** (Cephalosporin der 2. und 3. Generation) sein. **Diese Behandlung ist kein Grund zum Abstillen.**

Wunde Brustwarzen stellen ein hohes Infektionsrisiko dar und führen sehr oft zur Mastitis. Daher sind eine sorgfältige Händereinigung der Mutter und eine hygienische Händedesinfektion des Betreuungspersonals unabdingbar.

Auch an seltenere Infektionen der Brustwarze muss gedacht werden. **Pilzinfektionen, vor allem mit Candida (Soor)**, führen an der Brustwarze meist nicht zu der starken Rötung und zu den weißlichen Belägen, die bei Befall von Schleimhäuten charakteristisch sind. Die Mamillen- und Areolahaut ist allenfalls etwas gerötet oder pinkfarben verändert, gelegentlich fällt sie nur durch einen besonderen Glanz auf. Aber auch hier können die typischen weißlichen Beläge auftreten. Die Infektion der Milchgänge ist meistens **sehr schmerzhaft**. Sie wird vor allem klinisch, seltener durch kulturellen Nachweis diagnostiziert. Aufgrund des Laktoferringehaltes der Muttermilch wachsen Pilze auf den üblichen Nährböden kaum.

Es sollten daher **eisengepufferte Nährböden** verwendet werden. Die Mundschleimhaut des Kindes ist bei entsprechendem Verdacht zu untersuchen, da sich hier meist typische Anzeichen für eine Soorinfektion finden. **Risikofaktoren**, wie eine Antibiotikatherapie der Mutter, sind zu ermitteln. Eine lokale fungizide Therapie behandelt die Brustwarze der Mutter und den Mund des Kindes gleichermaßen.

Weitere **seltenere Differentialdiagnosen bei wunden Brustwarzen** können in Frage kommen: Kontakt-Allergie, Psoriasis, Morbus Paget und Mammakarzinom sowie beim älteren Kind Probleme durch Beikost (z.B. Brotkrümel) und Beißen.

➔ Therapie

Die wirksamste Therapie besteht darin, die Ursache für die wunden Brustwarzen zu ermitteln und zu beseitigen.

- Das korrekte Positionieren und Abnehmen des Kindes ist nicht nur die wichtigste Prophylaxe, sondern auch die Therapie der Wahl. Von Anfang an, also schon beim ersten Anlegen im Kreißaal, muss darauf geachtet werden, da einmal unkorrektes Saugen des Kindes die Brustwarze erheblich schädigen kann.

- Zur lokalen Behandlung einer wunden Brustwarze ist der erste Schritt die Reinigung der Brustwarze mit physiologischer Kochsalzlösung oder ph-neutraler Seifenlösung nach gründlicher Händedesinfektion mit Wasser und Seife. Anschließend ist das Antrocknenlassen eines Tropfens von der Hintermilch Mittel der ersten Wahl. Danach reichlich hoch gereinigtes Wollwachs (Purelan oder Lansinoh) lokal auftragen, das vor dem nächsten Stillen nicht entfernt wird. Die Anwendung von Hydrogeldressings auf Polyurethanbasis kann bei entsprechend hygienischer Anwendung zur Schmerzlinderung beitragen. Das Anwenden von anderen Salben unterschiedlichster Art und von anderen Substanzen ist nicht nur unwirksam, sondern für das Brustwarzengewebe oder für das Kind (z.B. paraffinhaltige Salben) schädlich und sollte daher unterlassen werden.

Checkliste zur Zusammenfassung:

- **Händedesinfektion**,
- **Reinigung der Brustwarze**,
- **Tropfen Muttermilch**,
- **Wollwachs**,
- **Trockene saubere Stilleinlagen**,
- Ziel ist es, trotz wunden Brustwarzen das Kind weiter korrekt zu positionieren und **weiter zu stillen**, ggf. zuvor Muttermilch mit der Hand zu entleeren, um zu erreichen, dass das Mamillen- und Areolagewebe elastischer und somit für den Säugling besser fassbar wird. Häufiges Wechseln der Anlegeposition belastet das Gewebe gleichmäßiger. Bei der Verwendung von Pumpen und Stillhilfen ist zu beachten, dass auch diese, unkorrekt positioniert, das Mamillen- und Areolagewebe beschädigen können.
- Sehr heftige Schmerzen können gelegentlich zu einer **Anlegepause** an der betroffenen Seite zwingen. In diesem Fall ist es wichtig, die Brust so häufig – wie sonst gestillt würde – manuell oder mechanisch zu leeren. Bluthaltige Milch ist kein Grund für eine Stillpause.
- **Saugtraining** unterstützt das Kind beim korrekten Saugen (z.B. den Mund weit genug zu öffnen und nicht auf der Brustwarze zu kauen).

5. // Initiale Brustdrüsenanschwellung, Milchstau, Mastitis puerperalis und Abszess der laktierenden Brust

(In Anlehnung an die Empfehlung der Nationalen Stillkommission 2008 und an M. Abou-Dakn, A. Woeckel: Artikel mit identischer Überschrift in GebFra 67, 1166ff., 2007)

Wesentliche Ursachen für die frühzeitige Beendigung der Stillbeziehung sind Schmerzen beim Stillen und die Brustdrüsenentzündung.

Die Kenntnisse um die Brusterkrankungen in der Stillzeit sind also wichtig, um Strategien zur Vermeidung zu entwickeln bzw. um den betroffenen Frauen effizient zu helfen und somit möglicherweise eine frühzeitige Beendigung der Stillbeziehung zu vermeiden.

Die meisten Mastitisfälle (74 %–95 %) treten innerhalb der ersten 12 Wochen post partum auf mit einem Häufigkeitsgipfel in der zweiten und dritten Woche post partum.

In den meisten prospektiven Studien wird eine Inzidenz der Mastitis puerperalis von 25 % aller Entbindungen angegeben. Im Vergleich der Studien ist auffällig, dass eine sehr breite Varianz der Inzidenzen zu beobachten ist. So finden sich Angaben von 0,66 % bei Klinikkollektiven bis zu 50 % in Risikokollektiven. Die starke Varianz der **Inzidenz** deutet auf unterschiedliche Definitionen der Erkrankung hin.

Klinische Unterteilung der Brustentzündungen in der Stillzeit

1. Initiale Brustdrüsenanschwellung (IBDS)

Die initiale Brustdrüsenanschwellung tritt in den ersten Tagen nach der Geburt auf. Als Ursachen wird eine Störung der physiologischen Laktogenese II

angenommen. Wenn die Alveolen nicht entleert wurden, kann es somit zu einem venösen und lymphatischen Stau mit ödematöser Schwellung der Brustwarze und des gesamten Brustgewebes kommen. Gefährdeter für eine solche Ödembildung sind Multiparae. Als weitere Ursachen konnten das fehlende frühzeitige und seltenere Anlegen der Kinder, das frühzeitige Zufüttern und die zeitliche Begrenzung des Stillens, ggf. auch mit dem zu frühzeitigem Wechsel der Brustseite ermittelt werden. Auch Mütter mit Brustimplantaten neigen zu einer überschießenden initialen Brustdrüsenanschwellung mit ödematöser Schwellung des Brustgewebes.

Symptome:

- ödematös geschwollene Brust;.....
- flach ausgezogene Areola;
- kein Milchfluss;
- diffuse Rötung;
- gelegentlich kurzfristiges Fieber.

☞ Therapie

- **Rasches Eingreifen!**
- **Kühlung zur Unterdrückung des Ödems und zur Schmerzlinderung.** Zur Kühlung sind Coolpacks, die moderat im Kühlschranks gekühlt wurden, Quarkauflagen (unter Freihaltung der Areola – am besten durch Tücher von der Brusthaut getrennt) und Weißkohlaufagerungen gleichermaßen geeignet.
- **Tiefdruckmassage** (d.h. Ausdrücken des Ödems im Sinne einer Lymphmassage in Richtung der Lymphabflusswege). Insbesondere im Areolabereich sollte die Schwellung vorsichtig zurückgedrückt werden, um so das Positionieren des Kindes ohne Brustwarzenverletzungen zu ermöglichen.
- **Wechsel mit Wärmeanwendung und Versuch, das Kind anzulegen bzw. abzupumpen.**

2. Milchstau

Der Milchstau tritt in den ersten Wochen, aber auch jederzeit in der Stillbeziehung auf.

Als Ursachen können drei Gruppen unterschieden werden:

- **Der fehlende Milchspendereflex (z.B. durch Stress oder Schlafentzug):**

Die Katecholamine führen zentral zu einer Hemmung der Oxytozinausschüttung und peripher zu einer Verengung der Gefäße, was wiederum zu einer mangelnden Oxytozinmenge an den Rezeptoren der Alveolen führt. Hierdurch wird die oxytozinvermittelte Kontraktion der Alveolen und der Milchgänge verhindert (fehlender Milchspendereflex). Durch die gleichzeitige catecholaminvermittelte Prolaktinausschüttung kommt es zu einer zusätzlichen Milchbildung, was die Stausymptomatik verstärkt.

- **Die mechanische Behinderung der Milchentleerung einzelner Bereiche:**

Die mangelnde Entleerung der Brust oder von Brustarealen oder der Verschluss einzelner Milchgänge führt zu einem Stau in diesen Bereichen. So kann es nach Stoß- oder Druckeinwirkung auf einzelne Milchgänge oder Verstopfung der Milchgänge zu einer fehlenden Entleerung des proximalen Milchganges kommen.

Als Ursache findet sich häufig eine unzureichende Stilltechnik, die nicht zur Entleerung aller Quadranten führt (Anlegefehler) und eine zu kurze oder zu seltene Stillperiode. Auch kann ein zu enger Still-BH oder eine andere abklemmende Ursache (z.B. ein Rucksack oder Tragetücher) den Milchgang einengen.

- **Sehr selten ist eine übermäßige Milchproduktion die Ursache für den Stau.**

Symptome:

- Schmerzhaftige Schwellung und Verdichtungen der Brust;
- Rötung eines oder mehrerer Areale der Brust;
- Fieber („Milchfieber“) ist durch die lokale pyrogene Reaktion der Milch bedingt, die durch Zerstörung der Zellen in den Interzellularraum gelangt.

☞ Therapie:

Ziel: Möglichst häufiges und vollständiges Entleeren der Brust

Praktisches Vorgehen: Grund beseitigen!

- Vor dem Anlegen oder einer Manipulationen sollten Analgetika z.B. Paracetamol (500–1500 mg/die) ggf. mit antiphlogistischer Potenz, z.B. Ibuprofen (800–1600 mg/die) gegeben werden.

- Ausstreichen der verstopften Gänge, ggf. Eröffnung eines verschlossenen Milchganges an der Mamille (weißes Bläschen) mit einer sterilen Kanüle.
- fünf Minuten feuchte Wärme
→ vorsichtige Massage (oberflächige Lockerung des Gewebes) → Stillen (Anlegen des Kindes möglichst mit dem Kinn auf die gestaute Stelle)
→ Pumpen bis zu fünf bis zehn Minuten nach Milchspendereflex → auf der anderen Seite anlegen → Kühlen.....

Therapeutische Maßnahmen:

Der Effekt der Homöopathie konnte in unterschiedliche Studien nachgewiesen werden. So wurden insbesondere in der Veterinärmedizin diverse Untersuchungen durchgeführt, die den Effekt nachweisen konnten. Auch konnten für die Akupunktur positive Effekte nachgewiesen werden. Durch pflanzliche Mittel z.B. Tees mit Phytoöstrogenen kann die Milchmenge reguliert werden, wenn auch die hauptsächliche Milchmengenregulation durch die Häufigkeit der Brustentleerung bestimmt wird.

Prophylaxe:

Auch bei dem Milchstau ist die Vermeidung der eigentlichen Erkrankung die wesentliche Maßnahme. So führen **die korrekte Anlegetechnik, das Stillen nach Bedarf sowie das Erlernen von Entspannungstechniken zu einer nachweisbaren Reduktion der Häufigkeit eines Milchstaus**. Auch der Verzicht auf einen Beruhigungssauger ging in Studien mit einer geringeren Milchstauhäufigkeit einher.

3. Mastitis puerperalis

In der Laktationszeit auftretende infektiöse Brustdrüsenentzündung. Auftreten zu 98 % in den ersten drei Monaten mit einem Häufigkeitsgipfel in der zweiten bis dritten Woche post partum.

Als Erreger wird mit 94 % am häufigsten der Staphylococcus aureus gefunden. In 7 % konnte ein Staphylococcus epidermis nachgewiesen und mit 12 % fanden sich Mischkeime. E. coli (unter 1 %), Corneybakt., Streptokokken (3 %) und Tuberkulose (wird aus den typischen Endemiegebieten unter 1 % der dort auftretenden Mastitisfälle beschrieben) werden sehr selten beschrieben.

Als Infektionsweg wird in aller Regel eine interstitielle Ausbreitung über Schründen und Rhagaden der Mamille entlang den Lymphspalten vermutet. Seltener findet sich die kanalikuläre Form. Hierbei wird von der Mamille die Infektion in den Milchgängen fortgeleitet. Von hier wird die Infektion in das Drüsenparenchym und umgehende Stroma weitergeleitet. Hämatogene Ausbreitungen wurde ebenfalls in Einzelfällen berichtet.

Pathophysiologie

Bei ca. 30 % aller Frauen kommt es in den ersten Tagen post partum zu einer Verletzung der Brustwarze, diese führen sechsmal häufiger zu einer Mastitis. Auch bei Candidainfektionen der Brustwarzen wurden deutlich häufiger Mastitiden berichtet. Auch hier scheint die Schädigung der Cutis die pathognomonische Ursache zu sein, da die Pilzsprossen durch spezifische Enzyme die Cutis schädigen, um so in tiefere Schichten zu gelangen. Über diese Spalten kommt es dann zu einer Superinfektion mit den typischen Keimen und somit zu einer Mastitis.

Als Infektionsursache des Staphylococcus aureus wird in der Regel der Rachen-Nasenraum des medizinischen Personals oder anderer Angehöriger vermutet. Über entsprechende fehlende Händehygiene erfolgt dann die Besiedelung der Brustwarze oder des Rachenraumes des Kindes. Die Mutter ist seltener die Überträgerin ihrer Keime, da sie dem Kind präpartal ihre spezifischen Antikörper als Nestschutz überträgt. Außerdem ist dies mit der spezifischen sowie unspezifischen Immunologie der Muttermilch zu erklären.

Symptome:

- Lokale schmerzhaftere Areale der Brust mit Rötung und Überwärmung, oftmals scharf abgegrenzt;
- Fieber;
- Abgeschlagenheit und ein meist starkes Krankheitsgefühl.

Lokalisation:

Meist einseitig (2/3 der Fälle). Die linke und rechte Brust gleichermaßen betroffen, häufigste Lokalisation ist der obere und untere äußere Quadrant der Brust.

☞ Therapie:

- **Bettruhe**, ggf. mit stationärer Überwachung.
- **Ausreichende Flüssigkeitszufuhr** für die Mutter, ... ggf. per Infusionen.
- Konservative Maßnahmen wie bei Milchstau mit dem Ziel, **die Brust in allen Arealen optimal zu entleeren.**
- **Kein Abstillen zum akuten Zeitpunkt, da hierdurch die Gefahr für weitere Stauungsbereiche steigt!** ...

Medikamentöse Therapie

- Vor Manipulationen oder Anlegen Analgetika: z.B. Ibuprofen (800–1600 mg/die) oder Paracetamol (500–1500 mg/die)
- **Eine Antibiotikatherapie sollte so frühzeitig wie möglich begonnen werden**, da eine später einsetzende Behandlung, d.h. jenseits des zweiten Tages nach Auftreten der ersten Symptome, mit einer höheren Gefahr der Abszessbildung einhergeht.

- Verletzungen der Brustwarze werden bei bestehendem Fieber von einzelnen Autoren bereits als Indikation zur Antibiotikatherapie genannt.

• **Antibiose für mindestens sieben bis zehn Tage.**

Einzelne Autoren haben allerdings bei kurzer Therapiedauer höhere Rezidivraten beobachtet und empfehlen daher für 14 Tage eine adäquate Antibiose durchzuführen. **Beispielsweise:**

- _ Cephazolin 2 g /die
- _ Cephacloclor 250–500 mg x 3 / die
- _ Flucloxacillin 250–500 mg x 4 / die
- _ Dicloxacillin 500 mg x 4 /die
- _ Amoxicillin plus Clavulansäure 500 mg x 3 / die (nicht Amoxicillin allein!)
- _ Clarithromycin 500 mg x 2–4 / die
- _ Erythromycin 250 mg x 4 / die
- _ Clindamycin 300 mg x 3 / die

Wie kann die infektiöse Mastitis puerperalis von dem Milchstau unterschieden werden?

Theoretisch kann durch Leukozyten- und Keimzählung der Milch die bakterielle Mastitis ($> 10^4$ kolonienbildende Keime/ml und $> 10^6$ Leukozyten/ml Milch) von dem Milchstau unterschieden werden. Praktisch ergibt sich nach dem Versuch, den Stau durch o. g. Maßnahmen zu beseitigen, nach 12 bis 24 Std. ohne Trend der Verbesserung oder weiter bestehenden Fieber, der klinische Verdacht auf eine infektiöse Ursache und damit die Notwendigkeit einer zusätzlichen medikamentösen Maßnahme. Da der Keimnachweis in der Muttermilch in der Regel länger dauert als 24 bis 48 Stunden, wird diese zumeist nicht für eine Therapieentscheidung hinzugezogen. An den übrigen, üblichen Laborparametern konnten nach einer schwedischen Untersuchung keine wesentlichen Unterschiede beobachtet werden. Lediglich die maternale Leukozytenzahl war in der Gruppe der bakteriellen Mastitis erhöht. Ein Abstillen bzw. eine Stillpause wird heute nicht mehr empfohlen, da die meisten Keime für das Neugeborene unkritisch sind, da diese zum Zeitpunkt der maternalen Infektion bereits beim Kind nachweisbar sind. Auch deshalb sollten die immunologischen Vorteile der Mutter weiter genutzt werden.

Wann sollte eine Stillpause durchgeführt werden?

Eine der wenigen Ausnahmen ist die extrem seltene akute bilaterale Mastitis puerperalis (eine wirklich gleichzeitig – nicht nacheinander – auftretende beiderseitige Symptomatik!). Bei dieser muss von aggressiveren Keimen ausgegangen werden (z.B. β -häm. Streptokokken der Gruppe B). **In diesen sehr seltenen Fällen sollte eine Stillpause (Abpumpen und Verwerfen der Muttermilch) für ein bis zwei Tage unter adäquater Antibiose durchgeführt werden.** Eine simultane Therapie des Neugeborenen ist ggf. erforderlich. Nach dem Rückgang des Fiebers oder der klinischen Symptome kann dann weiter gestillt werden.

4. Abszess der laktierenden Brust

Die Entwicklung eines Abszesses nach einer Mastitis ist mit 4%–11% der Mastitisfälle ein seltenes Ereignis. Die **Lokalisation** des Abszesses kann sich in allen Arealen der Brust befinden. Es finden sich häufiger subcutane und oberflächlich gelegene Abszesse, oft in der Nähe der Areola. Gelegentlich treten aber auch Prozesse in der Tiefe des Brustdrüsenparenchyms, bis hin zu submammären, also auf dem Pektoralismuskel gelegenen Abszessen auf. Häufig finden sich in der Anamnese Wunde Brustwarzen, rezidivierende Milchstaus oder Mastitiden, die nur mit unbefriedigendem Erfolg behandelt wurden. Oft besteht schon längere Zeit kein Fieber mehr, aber eine „Verhärtung“ in der Brust mit Beschwerden. **Die Sonografie ist in diesen Fällen für die Diagnose wegweisend und sollte in unklaren Situationen großzügig durchgeführt werden.**

☞ Therapie:

Die Patientin muss während der Abszessbehandlung nicht zwangsläufig abstillen! Das Kind ist der Überträger der Erreger gewesen und war somit schon lange vorher mit den Keimen konfrontiert. Die verwendeten Antibiotika sind nahezu alle mit dem Stillen vereinbar! Das Kind „trinkt auch keinen Eiter“, da dieser ja im Abszess eingeschlossen ist und sich nicht entleeren kann.

Punktion der Abszesshöhle unter Ultraschallsicht

Bereits in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts gab es Beschreibungen von Abszesspunktionen bei der Mastitis non puerperalis. In der Literatur mehren sich die Berichte von erfolgreicher **Punktion der Abszesse in der Laktationszeit**, so dass diese heute bei vielen puerperalen Abszessen die **Therapie der ersten Wahl** darstellt. Man kann aus der Erfahrung keine Größenangabe für Abszesse machen, bei denen sich die Punktion von vornherein verbietet. Dies ist eher eine klinische Entscheidung.

Es handelt sich hierbei um ein ambulantes Vorgehen. Unter Lokalanästhesie und Desinfektion des Areals erfolgt die Punktion mit einer 14 G-Kanüle unter sonografischer Sicht. Einige Autoren verwenden auch Sonden und Drainagen. Bei hoher Viskosität kann ggf. mit Kochsalz Lösung oder Antibiotikallösungen gespült werden. Dies ist aber nicht obligat. **Jodlösungen sollten wegen des Eiweißfehlers** (Ausflocken des Jods bei Proteinbindung) **nicht mehr verwendet werden.** Die Punktion sollte möglichst von der Areola entfernt erfolgen, allerdings darf die Strecke zwischen Abszess und Haut nicht zu weit sein (mögliche Keimverschleppung). **Obligat ist die begleitende systemische Antibiotikatherapie** mit den bei der Mastitistherapie empfohlenen Mitteln. Eine Resistenzprüfung im Punktat ist möglich.

Die Punktion wird je nach Befund, meist im Abstand von ein bis drei Tagen, wiederholt bis sonografisch kein Befund mehr vorhanden ist, der eine Entleerung durch Punktion erwarten lässt. Die Antibiotikatherapie muss lange genug (meist zehn Tage und länger) fortgeführt werden. **In ca. 70 % der Fälle kann eine operative Abszessinzision so verhindert werden.** Im Durchschnitt sind mehrfache (zwei bis neun) Punktionen notwendig. Der Vorteil der Abszesspunktion ist im Wesentlichen das deutlich reduzierte Krankheitsgefühl der Frau durch die in aller Regel fehlende Hospitalisierung. Der Nachteil ist die schlechte Möglichkeit, eine effektive Analgesie im akuten Stadium durchzuführen. Bei klinischer Verschlechterung trotz dieses Vorgehens kann jederzeit auf das operative Vorgehen umgeschaltet werden.

Klassisches Vorgehen: Abszessinzision

Hierbei erfolgt in Vollnarkose die Operation der Brust mit dem **Ziel der Entleerung und Ausräumung der Abszesshöhle** (Zerstörung von Septen) durch Inzision ggf. mit Drainage und Gegeninzision. Die Wunde wird dann täglich mit steriler Kochsalzlösung (s.o.) gespült, bis das Wundsekret reduziert und sauber erscheint. **Eine begleitende systemische Antibiotikatherapie ist zu empfehlen**, da das der Abszesshöhle benachbarte Brustgewebe häufig entzündlich infiltriert ist, feststellbar an der umgebenden Verhärtung.

Der Schnitt sollte möglichst nicht im Areola Bereich erfolgen, um ein Weiterstillen zu ermöglichen und auch nicht das spätere Stillen zu gefährden. Die Abszesshöhle granuliert meist problemlos innerhalb der nächsten vier Wochen zu. In dieser Zeit entleert sich häufig noch Muttermilch aus der Wunde. Die **Gefahr einer Fistelbildung besteht nicht, da die Muttermilch einen epithelisierenden Faktor enthält!** Die vollständige Rückentwicklung des Befundes, vor allem der tastbaren Verhärtung, dauert in aller Regel viele Wochen. Es besteht nach Abszessinzision die Gefahr eines Abszessrezidives vor allem bei stark gekammerten Abszessen. In diesem Fall kann eine Entleerung des Abszessrezidives unter begleitender systemischer Antibiotikatherapie vor einer erneuten Inzision erfolgreich sein.

6. //

Stillen und

Neugeborenenikterus

(In Anlehnung an die 2008 aktualisierte Empfehlung der Nationalen Stillkommission vom 10. September 2001)

Eine sich in den ersten Lebenstagen entwickelnde Hyperbilirubinämie ist ein häufiges, in den meisten Fällen als physiologisch anzusehendes Anpassungsphänomen. Bei einem exzessiven Anstieg des Bilirubins kann es jedoch – unabhängig von der Ätiologie des Bilirubinanstiegs – zu einer Schädigung von Nervenzellen im Gehirn (Bilirubin-Enzephalopathie) kommen, die zu bleibenden neurologischen Schäden führen kann (Kernikterus). Das klinische Bild des Kernikterus umfasst Innenohrschädigung, Blickstörungen, mentale Retardierung und choreoathetoide Zerebralparese und bedeutet für die Betroffenen eine schwere, lebenslange Behinderung.

Ein Kernikterus lässt sich durch rechtzeitige und konsequente Behandlung verhindern. Eine Untersuchung der Erhebungseinheit für seltene pädiatrische Erkrankungen in Deutschland (ESPED) beziffert für 2005 die Inzidenz der dennoch in Deutschland zu beobachtenden Fälle von Kernikterus auf 6,3 pro 1 Millionen Geburten (ESPED, 2006). Die Inzidenz liegt in anderen westlichen Ländern (Dänemark, Großbritannien, Kanada) in einer ähnlichen Größenordnung (Ebbesen, 2000; Ebbesen et al., 2005; Sgro et al., 2006; Manning et al., 2007).

Vor Einführung der systematisch gegebenen Anti-D-Prophylaxe spielte der durch Alloimmun-Antikörper vermittelte Morbus haemolyticus neonatorum eine herausragende Rolle beim Zustandekommen von schwer verlaufenden Hyperbilirubinämien.

Heutzutage verläuft die Mehrzahl der beobachteten Fälle ohne antikörpervermittelte Hämolyse (Johnson et al., 2002, Sgro et al., 2006). Eine Schädigung des Gehirns durch Bilirubin ist jedoch nicht an eine gleichzeitige Hämolyse gebunden (Maisels & Newman, 1995), sondern beruht auf der direkt toxischen Wirkung sehr hoher Bilirubinkonzentrationen.

Gestillte Neugeborene weisen gegenüber Formulanährten Kindern im Mittel höhere Bilirubin-Spitzenkonzentrationen auf (Schneider, 1986; Maisels & Gifford, 1986) (sog. Stillikterus), und die Dauer des Ikterus ist bei gestillten Kindern länger (Arias et al., 1964) (sog. Muttermilchikterus). Diese Phänomene sind möglicherweise auf einen stärkeren enterohepatischen Kreislauf des Bilirubins zurückzuführen. Die dafür notwendige β -Glukuronidase im Darm wird durch Eiweißkomponenten in Formulanahrung gehemmt (Gourley et al., 2005). Bei einer kleinen Untergruppe gestillter Neugeborener werden klinisch bedeutsame Erhöhungen der Bilirubinkonzentrationen mit der Muttermilch in Verbindung gebracht (Bertini et al., 2001). Es wird von einem familiär gehäuften Auftreten mit einem Wiederholungsrisiko bei weiteren Kindern von bis zu 70 % berichtet (Grunebaum et al., 1991). Testverfahren zur Vorhersage eines Muttermilch-assoziierten Ikterus bestehen nicht.

Bei den meisten Fällen von Kernikterus und Bilirubin-Enzephalopathie sind keine oder nur sehr unspezifische Risikofaktoren vorhanden (Gestationsalter unter 38 Schwangerschaftswochen, Kephalhämatoeme, stärkerer postnataler Gewichtsverlust, frühe Entlassung aus der Entbindungsklinik). Fast alle Fälle

hätten vermieden werden können, wenn die Serum-bilirubinkonzentrationen rechtzeitig apparativ bestimmt und die Messwerte richtig interpretiert worden wären. Mangelnde Aufklärung der Eltern und eine Verharmlosung der Gefahren einer Hyperbilirubinämie können sich verhängnisvoll auswirken. Die Bilirubinbestimmung kann blutig oder zunächst (bei Messwerten bis 250 μm bzw. 15 mg/dl) zweckmäßigerweise transkutan erfolgen (Grohmann et al., 2006). **Innerhalb der ersten fünf Lebensstage ist ein Eintrag des Messwertes in ein altersabhängiges Nomogramm sinnvoll, um den Zeitpunkt einer erneuten Bestimmung festzulegen.** Bei Betreuung außerhalb des Krankenhauses ist zudem mit den Eltern konkret zu besprechen, wo und wann die erneute Kontrolle durchgeführt wird.

Details zu Messverfahren sowie Indikationsstellungen für Phototherapie und Austauschtransfusion (selten) sind den Leitlinien einschlägiger Fachgesellschaften zu entnehmen (Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI), 2003; Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie (SGN 2006), American Academy of Pediatrics (AAP), 2004; Canadian Paediatric Society (CPS), 2007).

Eine Hyperbilirubinämie kann durch Flüssigkeits- und Energiemangel verstärkt werden – erkennbar am Ausmaß des postnatalen Gewichtsverlusts (Bertini et al., 2001). Gleichzeitig beeinflusst eine Hyperbilirubinämie die Trinklust des Neugeborenen negativ. **Trinkt ein Neugeborenes mit Hyperbilirubinämie nicht kräftig genug an der Brust, ist es sinnvoll, abgepumpte Muttermilch nachzufüttern mit alternativen Fütterungsmethoden, möglichst nicht mit der Flasche.** Muttermilch in ausreichender

Menge wirkt einem Ikterus eher entgegen, als ihn zu fördern. Ob häufiges Anlegen gegenüber einer Fütterung *on demand* sich günstig auf den Bilirubinanstieg auswirkt, ist umstritten (Maisels et al., 1994).

Bei einer behandlungsbedürftigen Hyperbilirubinämie kann die zusätzliche enterale Zufuhr – aber **nicht** von Glucoselösung, Wasser oder Tee (de Carvalho et al., 1981) – über das Stillen hinaus helfen, den enterohepatischen Kreislauf des Bilirubins zu durchbrechen und damit die enterale Eliminierung von Bilirubin zu beschleunigen. **Eine Hyperbilirubinämie ist aber stets ein vorübergehendes Problem und nie ein Grund zum Abstillen.** Auch während einer erforderlichen Phototherapie sollte der Mutter weiter ausgiebig Gelegenheit zum Stillen gegeben werden (American Academy of Pediatrics, 2004). Dies ist mit Hilfe mobiler Phototherapieeinheiten im *Rooming-in* in den allermeisten Fällen möglich.

Die Betreuung von Neugeborenen mit Hyperbilirubinämie erfordert die unkomplizierte Zusammenarbeit zwischen stationären Einrichtungen und ambulanten Versorgungsstrukturen. Hebammen und Stillberaterinnen, die Neugeborene zu Hause betreuen, kommt eine besondere Bedeutung in der rechtzeitigen Diagnose eines Neugeborenenikterus zu. Kinderkrankenhäuser können durch organisatorische Maßnahmen dazu beitragen, die Trennung von Mutter und Kind bei einer erforderlichen Phototherapie zu vermeiden und das Stillen gerade in dieser Phase zu fördern.

7. //

Zufütterungstechniken für gestillte Säuglinge

(In Anlehnung an die Empfehlung der Nationalen Stillkommission am BfR vom 8. Januar 2004)

Aus verschiedenen medizinischen Gründen kann bei Säuglingen, die gestillt werden oder die gestillt werden sollen, eine Zufütterung von abgepumpter Muttermilch oder anderer Nahrung notwendig werden. In der Regel wird es sich um Säuglinge handeln, die noch nicht oder nicht ausreichend an der Brust trinken können, um Säuglinge, die kurzzeitig von ihren Müttern getrennt sind, oder um gestillte Säuglinge, die nicht befriedigend an Gewicht zunehmen, weil die Milchproduktion ungenügend ist und erst (wieder) gesteigert werden muss.

Um eine sog. **Saugverwirrung zu vermeiden**, empfiehlt es sich besonders in den ersten Lebenswochen Zufütterungstechniken anzuwenden, die die in dieser Zeit ablaufende Lern- und Prägungsmechanismen nicht stören („alternative Zufütterungstechniken“). Unter Saugverwirrungen werden Schwierigkeiten verstanden, die das Kind haben kann, wenn es sein Saugverhalten an die abwechselnde Fütterung an der Brust und mit der Flasche anzupassen muss.

Zufüttern kann erfolgen:

1. mit Becher, Löffel, Medikamentenschiffchen, Pipette, Spezialtrinkflasche mit einem weichen löffelförmigen Mundstück (SoftCup).

2. mit Fingerfütterung mittels Spritze mit Nahrungssonde (am Finger fixiert) oder Fingerfütteraufsatz (Silikonfütteraufsatz).

3. an der Brust

- a) durch Spritze mit Nahrungssonde (auf der Brust fixiert);
- b) mit Brusternährungsset.

- Die eingesetzte Fütterungstechnik muss von den Eltern erlernt werden. Die Anleitung kann von einer entsprechend geschulten Fachkraft durchgeführt werden.

- Wichtig ist, das gut gestützte Kind leicht aufrecht auf dem Schoß oder frontal zu halten, um einem Verschlucken vorzubeugen. Kissen und eventuell eine Fußbank sorgen für die Bequemlichkeit der fütternden Person.

- Jegliche Zufütterung muss auf ihre Wirksamkeit kontrolliert werden. In der Regel wird das eine bessere oder „normale“ Gewichtszunahme sein.



Abbildung 1: Becherfütterung

1. Becher, Löffel, Medikamentenschiffchen, Pipette, Spezialtrinkflasche mit einem weichen löffelförmigen Mundstück (SoftCup)

Diese Technik ist sowohl für reif geborene als auch für zu früh geborene Kinder geeignet, dazu schnell und einfach zu erlernen. Anwendbar ist sie auch bei saugschwachen Kindern und Kindern mit Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten. Gut geeignet ist diese Technik auch zur Überbrückung einer Brustverweigerung bzw. eines „Stillstreiks“.

Zufüttern mit dem Löffel, einem Medikamentenschiffchen, einer Spritze oder Pipette ist ratsam bei gering vorhandener Menge an Kolostrum bzw. Muttermilch. Das Baby bestimmt das Tempo, in dem gefüttert wird, und sein Geschmackssinn ist beteiligt – gute Voraussetzungen zur Vorbereitung auf das Stillen. Beim Zufüttern mit einer Pipette oder Spritze (ohne Fingerfeederaufsatz oder Nahrungssonde) ist darauf zu achten, dass die Nahrungsmenge auf die Zunge getropft und keinesfalls in den Mund gepresst wird, insbesondere wenn das Baby nicht zum Schlucken bereit ist.

Für das Füttern mit dem Becher eignet sich jeder kleine Becher, der keinen scharfen Rand hat oder die im Handel erhältlichen kleinen Becher mit

abgerundetem Rand und Deckel bzw. Becher mit einem vorgezogenen Rand (Abb. 1).

Der Becher ist preiswert und einfach zu reinigen. Muttermilch kann portionsweise im geschlossenen Becher eingefroren werden.

Vorgehen:

- Der Becher wird etwa zur Hälfte gefüllt und sanft und ohne Druck auf der Unterlippe angesetzt, so dass der Becherrand die Mundwinkel des Kindes berührt.
- Einige Nahrungstropfen werden auf die Zunge gegeben und das Schlucken abgewartet.
- Während der gesamten Fütterungsdauer bleibt der Becher auf der Unterlippe. Das Baby leckt und schlürft die Nahrungsmenge mittels seiner Zungenbewegungen und ist damit aktiv an der Nahrungsaufnahme beteiligt.

Säuglinge sollten in der Phase des Zufütterns mit dem Becher immer wieder ermuntert werden, an der Brust zu trinken.

Zu beachten ist, dass mit diesen genannten Fütterungstechniken das Saugbedürfnis des Säuglings nicht befriedigt wird.



Abbildung 2: Fingerfütterung

2. Fingerfütterung mittels Spritze mit Nahrungssonde (am Finger fixiert) oder Fingerfeederaufsatz (Silikonfütteraufsatz)

Die Technik des Fingerfütterns hat sich als effektiv, preiswert und schnell zu erlernen erwiesen. Nach Anleitung durch das Pflegepersonal beherrschen die Eltern rasch diese Technik. Der Säugling übt Kiefer- und Zungenbewegungen wie beim Trinken an der Brust; Hauttextur, Hautgefühl und -geschmack erleichtern den Übergang zum Stillen. Das Baby lernt korrektes Saugen, und seine Zungenlage lässt sich günstig beeinflussen (Abb. 2).

Fingerfüttern eignet sich für Säuglinge mit Lippen-, Kiefer- und/oder Gaumenspalten ebenso wie für zu früh geborene Kinder (sobald sie in der Lage sind, Saugen, Schlucken und Atmen zu koordinieren). Für Säuglinge mit Beißreflex oder falschen Zungenbewegungen, bei zu hohem Gaumen usw. für Säuglinge mit Trisomie 21 und Pierre-Robin-Syndrom bedeutet diese Füttertechnik ein gutes Training der orofacialen Muskulatur.

Ist die Mamille im Verhältnis zum Mund des Neugeborenen zu groß, kann mit dieser Fütterungs-

technik die Zeit bis zum Erlernen des Stillens überbrückt werden.

Fingerfüttern ist ungeeignet für Mütter mit Flach- oder Hohlwarzen.

Während auf diese Weise gefüttert wird, sollte das korrekte Saugmuster von Zeit zu Zeit von geschultem Fachpersonal überprüft werden.

Vorgehen:

1. Vor dem Füttern werden die Hände gründlich unter fließendem Wasser und mit Seife gereinigt. Werden Desinfektionslösungen benutzt, sollten die Hände unter fließendem Wasser wieder abgespült werden, da der Geruch und Geschmack viele Neugeborene irritiert. Kurz geschnittene und rund gefeilte Fingernägel sind Voraussetzung. In manchen Kliniken ist es Pflicht, einen Fingerling überzuziehen; es sei denn, Mutter oder Vater übernehmen die Fingerfütterung. Allerdings akzeptieren einige Babys keinen Fingerling. Dann empfiehlt es sich, den Fingerling mit Wasser abzuspülen und einige Tropfen der Nahrung darauf zu geben. Die Nationale Stillkommission ist der Ansicht, dass konsequente Einhaltung der Handhygiene ausreicht.

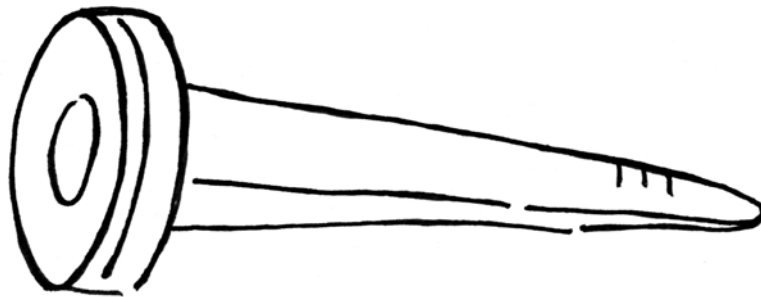


Abbildung 3: Fingerfeederaufsatz

- 2.** Eine oder mehrere Spritzen (10 oder 20 ml) werden direkt vor der Fütterung mit der erforderlichen Nahrungsmenge aufgezogen.
- 3.** Der im Fachhandel erhältliche „Fingerfeederaufsatz“ (Silikonfütteraufsatz) oder eine Nahrungssonde wird auf die Spritze gesteckt (**Abb. 3**).
- 4.** Die Wangen des Kindes werden sanft in Richtung Mund gestreichelt und seine Lippen stimuliert. Das Kind öffnet den Mund.
- 5.** Die Mutter/Pflegeperson führt den Finger so in den Mund des Kindes ein, dass die Fingerkuppe in Richtung Gaumen und der Fingernagel in Richtung Zunge zeigt.
- 6.** Durch die Saugbewegungen des Kindes wird der Finger tief in den Mund zum „Saugpunkt“ am Übergang harter/weicher Gaumen hineingezogen.
- 7.** Saug-, Kiefer- und Schluckbewegungen verlaufen rhythmisch mit Pausen, und typische wellenartige Zungenbewegungen von der Zungenspitze zum hinteren Teil der Zunge sind spürbar.
- 8.** In der Regel beginnen die Kinder mit Saug-, Kiefer- und Schluckbewegungen, sobald der vordere Teil der Fingerkuppe den „Saugpunkt“ berührt. Es versteht sich von selbst, umsichtig und vorsichtig vorzugehen, um nicht den Würgereflex auszulösen.
- 9.** Das Kind sollte erst eine bis zwei Minuten am Finger saugen, bevor gefüttert wird, weil auch an der Brust die Milch erst dann fließt, wenn der Milchspendereflex einsetzt.
- 10.** Sobald die Saug-, Kiefer-, Schluckbewegungen zu spüren sind, wird der auf der Spritze befindliche Fingerfeeder sanft neben dem Finger 0,5 cm in den Mundwinkel eingeführt. Wird eine Nahrungssonde verwendet, ist diese seitlich am Mittelglied des Fingers mit einem zirkulären Pflaster fixiert.
- 11.** Es werden mit der Spritze nur kleine Nahrungsmengen in Portionen von ca. 0,5 ml gegeben – das entspricht etwa einem Schluck bei einem Neugeborenen. Durch den im Mund befindlichen Finger ergibt sich eine gute Kontrolle über das Saug- und Schluckverhalten des Kindes.



Abbildung 4: Zufüttern an der Brust

3. Zufüttern an der Brust

Beim Zufüttern an der Brust wird dem Kind während des Stillens zusätzliche Nahrung zugeführt, ohne die Bewegungsabläufe beim Stillen zu stören. Es wird die Trinkschwäche/Trinkschwierigkeit von Kindern kompensiert oder ein Muttermilchmangel ausgeglichen. Alle Vorteile des Stillens für Mutter und Kind bleiben erhalten.

Das Zufüttern an der Brust ist nicht anstrengender als das Trinken aus der Flasche. Das Saugmuster, die transkutane Sauerstoffsättigung und die Herzfrequenz der Frühgeborenen sind beim Stillen stabiler als bei Flaschenernährung (Meier, 1996; Rocha, 2002).

a) Spritze mit Nahrungssonde (auf der Brust fixiert)

Solange die Saugleistung noch unzureichend ist, wird abgepumpte Muttermilch oder andere Nahrung über eine an der Brust befestigte Nahrungssonde, die an der Mamillenspitze endet, zugefüttert (Abb. 4).

Vorgehen:

1. Eine Nahrungssonde wird mit zwei Pflasterstreifen so auf der Brust befestigt, dass die Sondenspitze an der Mamillenspitze endet. Die Pflasterstreifen befinden sich außerhalb der Areola; der Mund des Kindes berührt sie nicht.
2. Während das Kind an der Brust saugt, gibt ihm seine Mutter kleine Mengen aus der Nahrungsspritze in den Mund.

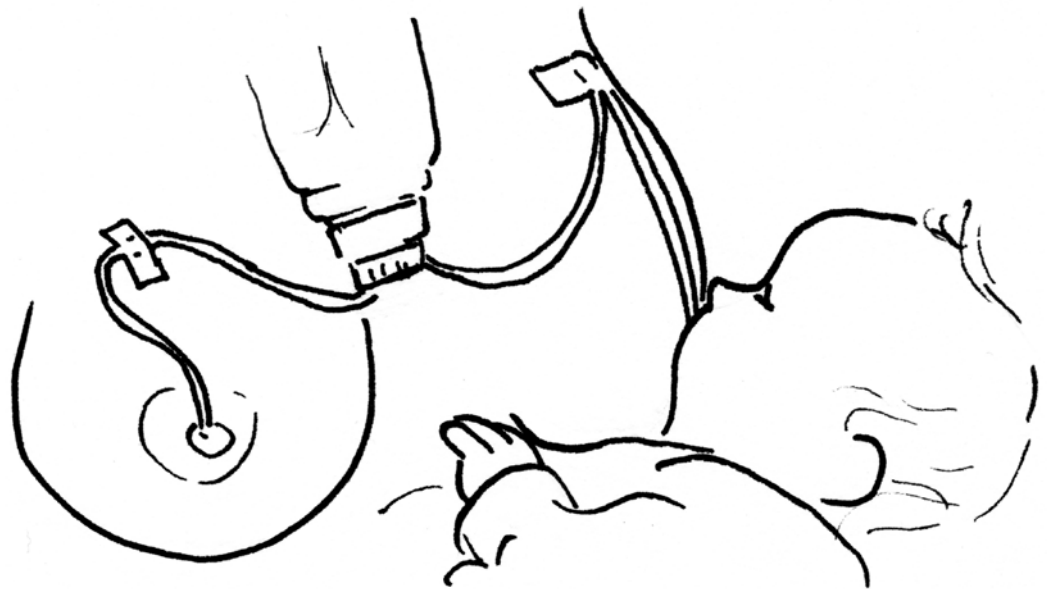


Abbildung 5: Stillen mit dem Brusternährungsset

b) Brusternährungsset

Das Prinzip des Zufütterns ist ähnlich dem Zufüttern an der Brust mit der fixierten Nahrungssonde.

Diese Stillhilfe ist, weil die Stimulation der Mamilen gefördert wird, **besonders geeignet bei Milchmangel, zur Relaktation, nach Brustreduktion oder zum Stillen eines Adoptivkindes.** Das Brusternährungsset ist während der gesamten Stillphase einsetzbar. Mutter und Kind erfahren alle Vorteile wie beim Stillen. Das Brusternährungsset kann nicht bei Kindern eingesetzt werden, die die Brust verweigern.

Das Brusternährungsset besteht aus Kordel, Fläschchen, Ring mit zwei Schläuchen (drei verschiedene Durchmesser), Halteplättchen, Haltering, Schutzkappe und hautfreundlichem Pflaster (**Abb. 5**). Da Handhabung und Reinigung des Brusternährungssets aufwendiger sind als das Zufüttern an der Brust mit einer Nahrungssonde, wird das Bruster-

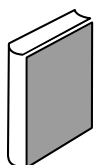
nährungsset insbesondere von Müttern bevorzugt, die über längere Zeit (vor allem zu Hause) zufüttern müssen.

Vorgehen:

1. Zum Stillen hängt die Mutter die gefüllte Flasche mit einer Kordel um den Hals. Die Trinktemperatur wird durch die Körpertemperatur gehalten.
2. Die Flasche dient als äußerer „Milchspeicher“ und die jeweils zur Brust führenden Schläuche als äußere „Milchgänge“.
3. Die Durchmesser der Schläuche werden entsprechend der Konsistenz der zu fütternden Nahrung ausgewählt.
4. Während des Stillens saugt das Kind auch die Nahrung aus der Flasche.

8. //

Literaturliste



Kapitel 1:

Kersting, M (2001). Ernährung des Säuglings. Lebensmittel- und mahlzeitenbezogene Empfehlungen. Monatsschr. Kinderheilkd. 149: 4-10.

Nationale Stillkommission (2001). Zur Frage der Zufütterung von gesunden, gestillten Neugeborenen. Quelle: www.bfr.bund.de/cm/207/zufuetterung_bei_gestillten_neugeborenen.pdf

Nationale Stillkommission (2003). Stillen und Berufstätigkeit. Quelle: www.bfr.bund.de/cm/207/stillen_und_berufstaetigkeit.pdf

Springer, S, Kersting, M, Nehlsen, E, Przyrembel, H (1999). Definitionen zur Säuglingsernährung. Vorschläge der Nationalen Stillkommission – Sagen wir, was wir meinen? Sozialpädiatrie - Kinder- und Jugendheilkunde 21: 39-42

Weltgesundheitsorganisation (WHO) Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control (1991). Indicators for assessing breast-feeding practices. Report of an Informal Meeting 11-12 June 1991, Genf (Dokument WHO/CDD/SER/91.14)

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2001). The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation. Genf, März 2001 (Dokument WHO/NHD/01.09, WHO/FCH/CAH/01.24)

Weltgesundheitsversammlung (WHA). 54. Sitzung (2001). Infant and young child nutrition. (Dokument WHA54.2)

Kapitel 2:

Dewey KG, Peerson JM, Brown KH, Krebs NF, Michaelsen KF, Persson LA, Salmenpera L, Whitehead RG, Yeung DL and the WHO Working Group on Infant Growth (1995). Growth of breast-fed infants deviates from current reference data: a pooled analysis of US, Canadian, and European data sets. Pediatrics. 96: 497-503.

Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig J, Cohen RJ (2003). Risk factors for suboptimal breast feeding behaviour, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. Pediatrics. 112: 607-619.

van Dommelen P, van Wouwe JP, Breuning-Boers JM, van Buuren A, Verkerk PH (2007). Reference chart for relative weight change to detect hypernatraemic dehydration. Arch Dis Child. 92: 490-494.

Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, Eidelman AI; American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding (2005). Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 115: 496-506.

Kramer M, Guo T, Platt RW, Vanilovich I, Sevskovskaja Z, Dzikovich I, Michalson KF, Dewey K for the Promotion of Breastfeeding Intervention Trial Study Group (2004). Feeding effects on growth during infancy. J Pediatr. 145: 600-605.

Macdonald PD, Ross SRM, Grant L, Young D (2003). Neonatal weight loss in breast and formula fed infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 88: F472-6.

Nelson SE, Rogers RR, Ziegler EE, Fomon SJ (1989). Gain in weight and length during early infancy. Early Hum Dev. 19: 223-239.

WHO Multicentre Growth Reference Study Group (2006). WHO Child Growth Standards based on length/height, weight and age. Acta Paediatr Suppl. 450:76-85. Quelle: www.who.int/childgrowth/standards/en/index.html

Wright CM, Parkinson KN (2004). Postnatal weight loss in term infants; what is "normal" and do growth charts allow for it? Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 89: F254-

Kapitel 3:

Akre, J. WHO Bulletin: 1990 AFS, Bundesverband e.V. (1998). Die physiologischen Grundlagen der Säuglingsernährung. Würzburg Citydruck

Bianuzzi, Marie (2005). Stillberatung Mutter und Kind Professionell unterstützen. Urban und Fischer

International Laktation Consultant Association ILCA (2005). Klinische Leitlinien zur Etablierung des ausschließlichen Stillens, Herausgeber Verband der Europäischen Laktationsberaterinnen (VELB) Quelle: www.stillen.org

Journal of Human Lactation (2002). Official Journal of the International Lactation Consultant Association

La Leche League International (Hrsg.), Mohrbacher, Nancy u. Stock, Julie (2002) Handbuch für die Stillberatung. München

Lauwers, Judith; Swiszhher, Anna (o.J.). Counselling the nursing mother – A lactation consultant's guide. 4. Aufl.

Jones and Bartlett (2005). Sudbury, Toronto, London

Lawrence, Ruth (2005). Breastfeeding. A Guide for the Medical Profession. 6. Aufl. Mosby, Inc.: St. Louis

Riordan, Jan (2005). Breastfeeding and Human Lactation. 3. Aufl., Jones and Bartlett, Boston

Scherbaum, V. Perl, F.M.; Kretschmer, U. (2003). Stillen, Frühkindliche Ernährung und reproduktive Gesundheit, Deutscher Ärzte Verlag

Schaefer, Christof; Spielmann, Horst (2006). Arzneiverordnung in Schwangerschaft und Stillzeit. 7. Aufl. München Urban und Fischer

Walker, Marsha (Hrsg.), ILCA (2002). Core Curriculum for lactation consultant practice. Boston u.a.: Jones and Bartlett

Wilson-Clay, Barbara; Hoover, Kay (2005). The Breastfeeding Atlas. 3. Auflage, Lact News Press

Kapitel 4:

American Academy of Pediatrics (1997). Red Book. Report of the committee on infectious diseases. Elk Grove Village IL: AAP;163.

Amir L, Hoover K (2002) Candidiasis and Breastfeeding. Lactation Consultant Series Two, Unit 6 No 1172-19, La Leche International

Amir L (1991). Candida and the lactating breast: predisposing factors. J Hum Lact 7:177-181.

Amir L, Garland, SM, Dennerstein L, Farish SJ (1996) Candida albicans: is it associated with nipple pain in lactating women? Gynecol Obstet Invest 41: 30-34.

- Amir LH** (2003) Breast pain in lactating women – mastitis or something else? *Austral Family Physician* 32: 141-145
- Ballard, J.L.; Auer CE, Khoury JC** (2002). Ankyloglossia: assessment, incidence and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics* 110: (5); e53.
- Bodley V, Powers D** (1997). Long-term treatment of a breastfeeding mother with Fluconazole resolved nipple pain caused by yeast: a case study. *J Hum Lact* 13: 307-311.
- Brent N, Rudy SJ, Redd B, Rudy TE, Roth LA** (1998). Sore nipples in breastfeeding women. *Arch Pediatr Adolesc Med* 152:1077-1082.
- Cable B, Stewart M, Davis J** (1997). Nipple wound care: a new approach to an old problem. *J Hum Lact* 13: 313-318.
- Coates M.-M.** Nipple pain related to vasospasm in the nipple? *J Hum Lact* 8: 153
- Dodd V, Chalmers C** (2003). Comparing the use of hydrogel dressings to lanolin ointment with lactating mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 32(4): 486-94
- Enkin M et al.** (2002). A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford university press: 439-456
- Foxman B, D'Arcy H, Gillespie B, Bobo JK, Schwartz K** (2002). Lactation mastitis: occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States. *Am J Epidemiol* 15: 103-114.
- Hazelbaker AK** (1993). The assessment tool for lingual frenulum function (ATLFF) : Use in a lactation consultant private practice. Master's Thesis, Pacific Oaks College, Pasadena, Kalifornien.
- Huggins KE, Billon SF** (1993). Twenty cases of persistent sore nipples: collaboration between lactation consultant and dermatologist. *J Hum Lact* 9(3) : 155-160.
- Lawrence RA** (2005). Breastfeeding. A guide for the medical profession. CV Mosby, St. Louis, Missouri.
- Livingstone N, Stringer J** (1999). The treatment of *Staphylococcus aureus* infected sore nipples. A randomized ,comparative study. *J Hum. Lact* 15(3) : 241-246.
- Marmet C, Shell E, Marmet R** (1990). Neonatal frenotomy may be necessary to correct breastfeeding problems. *J Hum Lact* 6: 117-121.
- Mohammadzadeh A, Farhat A, Esmaily H** (2005). The effect of breast milk and lanolin on sore nipples. *Saudi Med J* 26: 1231-1234.
- Morrill JF, Pappagianic D, Heinig MJ, Lonnerdal B, Dewey KG** (2003). Detecting *Candida albicans* in human milk. *J Clin Microbiol* 41: 475-478.
- Spangler A, Hildebrand E** (1993). The effect of modified lanolin on nipple pain damage during the first 10 days of breastfeeding. *Int J Childbirth* 8: 15-18.
- Springer S** (2000). Kurzes Zungenbändchen und Still Schwierigkeiten. *Monatsschr Kinderheilk* 148: 642-643.
- Tamminen TM, Salmelin RK** (1991). Psychosomatic interaction between mother and infant during breastfeeding. *Psychother Psychosom* 56: 78-84.
- Wilson-Clay B, Hoover K** (2002). The Breastfeeding Atlas. AP Publishers, Lactation News Press, Manchaca, Texas.
- Wolf L, Glass RP** (1992). Feeding and swallowing disorders in infancy: Assessment and Management. Tucson, AZ: Therapie Skill Builders, pp. 85-157.2
- Woolridge MW** (1986). Aetiology of sore nipples. *Midwifery* 2: 172-176.
- Ziemer M** (1990). Methods to prevent and manage nipple pain in breastfeeding women. *West J Nurs Res* 12: 732-744
- Berna, J.D., et al.** (1996). Percutaneous catheter drainage of breast abscesses. *Eur J Radiol.* 21(3): p. 217-9.
- Castro, M.** (1999). Homeopathy. A theoretical framework and clinical application. *J Nurse Midwifery.* 44(3): p. 280-90.
- Centuori, S., et al.** (1999). Nipple care, sore nipples, and breastfeeding: a randomized trial. *J Hum Lact.* 15(2): p. 125-30.
- Cotterman, K.J.** (2004). Reverse pressure softening: a simple tool to prepare areola for easier latching during engorgement. *J Hum Lact.* 20(2): p. 227-37.
- Dener, C. and A. Inan** (2003). Breast abscesses in lactating women. *World J Surg.* 27(2): p. 130-3.
- Dinger, J., et al.** (2002). Neonatale b-Streptokokkensepsis und -meningitis durch infizierte Muttermilch. *Gyn.* 7: p. 253-255.
- Dixon, J.M.** (1988). Repeated aspiration of breast abscesses in lactating women. *Bmj.* 297(6662): p. 1517-8.
- Dulon, M. and M. Kersting** (2000). Stillen und Säuglingsernährung in Deutschland- die „SuSe“-Studie, in Ernährungsbericht, D.G.f. Ernährung, Editor. 2000: Frkf.a. M. p. 81-95.
- Fetherston, C.** (2001). Mastitis in lactating women: physiology or pathology? *Breastfeed Rev.* 9(1): p. 5-12.
- Fetherston, C.**, Management of lactation mastitis in a Western Australian cohort. *Breastfeed Rev.* 5(2): p. 13-9.
- Flores, M. and S. Filteau** (2002). Effect of lactation counselling on subclinical mastitis among Bangladeshi women. *Ann Trop Paediatr.* 22(1): p. 85-8.
- Foxman, B., K. Schwartz, and S.J. Looman** (1994). Breastfeeding practices and lactation mastitis. *Soc Sci Med.* 38(5): p. 755-61.
- Gao, D.K., et al.** (1986). Efficacy of acupuncture the jianjing point in 393 cases of acute mastitis. *J Tradit Chin Med.* 6(1): p. 19-20.
- Hanson, L.A., et al.** (2003). The transfer of immunity from mother to child. *Ann N Y Acad Sci.* 987: p. 199-206.

Kapitel 5:

- Hanson, L.A., et al.** (2002). Immune system modulation by human milk. *Adv Exp Med Biol.*, 503: p. 99-106.
- Heinig, M.J., J. Francis, and D. Pappagianis,** Mammary candidosis in lactating women. *J Hum Lact.* 15(4): p. 281-8.
- Humenick, S.S., P.D. Hill, and M.A. Anderson** (1994). Breast engorgement: patterns and selected outcomes. *J Hum Lact.* 10(2): p. 87-93.
- Inch, S. and C. Fisher** (1995). Mastitis: infection or inflammation? *Practitioner.* 239(1553): p. 472-6.
- Kaufmann, R. and B. Foxman** (1991). Mastitis among lactating women: occurrence and risk factors. *Soc Sci Med.* 33(6): p. 701-5.
- Kinlay, J.R., D.L. O'Connell, and S. Kinlay** (1998). Incidence of mastitis in breastfeeding women during the six months after delivery: a prospective cohort study. *Med J Aust.* 169(6): p. 310-2.
- Kotiw, M., et al.** (1999). Late-onset and recurrent neonatal Group B streptococcal disease associated with breast-milk transmission. *Pediatr Dev Pathol.* 2003. 6(3): p. 251-6.
- Lawson, K. and M.I. Tulloch** (1995). Breastfeeding duration: prenatal intentions and postnatal practices. *J Adv Nurs.* 22(5): p. 841-9.
- Lawrence, R.** (1999). Breastfeeding – a guide for the medical profession. Vol. 5., St. Louis, Missouri: Baxter, S.
- Lawrence, R.A.** (2002). Mastitis while breastfeeding: old theories and new evidence. *Am J Epidemiol.* 155(2): p. 115-6.
- Leborgne, F. and F. Leborgne** (2003). Treatment of breast abscesses with sonographically guided aspiration, irrigation, and instillation of antibiotics. *AJR Am J Roentgenol.* 181(4): p. 1089-91.
- Livingstone, V. and L.J. Stringer** (1999). The treatment of *Staphylococcus aureus* infected sore nipples: a randomized comparative study. *J Hum Lact.* 15(3): p. 241-6.
- Matheson, I., et al.** (1988). Bacteriological findings and clinical symptoms in relation to clinical outcome in puerperal mastitis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 67(8): p. 723-6.
- Moon, J.L. and S.S. Humenick** (1989). Breast engorgement: contributing variables and variables amenable to nursing intervention. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 18(4): p. 309-15.
- Neifert, M.R.,** Clinical aspects of lactation. Promoting breastfeeding success. *Clin Perinatol.* 26(2): p. 281-306, v-vi.
- Neville, M.C., et al.** (1984). Studies on human lactation. I. Within-feed and between-breast variation in selected components of human milk. *Am J Clin Nutr.* 40(3): p. 635-46.
- Osterman, K.L. and V.A. Rahm** (2000). Lactation mastitis: bacterial cultivation of breast milk, symptoms, treatment, and outcome. *J Hum Lact.* 16(4): p. 297-302.
- Peters, F., D. Flick-Fillies, and S. Ebel** (1992). [Hand disinfection as the central factor in prevention of puerperal mastitis. Clinical study and results of a survey]. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1992. 52(2): p. 117-20.
- Peters, F. and M. Breckwoldt** (1977). [New aspects in the treatment of puerperal mastitis (author's transl)]. *Dtsch Med Wochenschr.* 102(48): p. 1754-8.
- Peterson, A.E., et al.** (2000). Multicenter study of the lactational amenorrhea method (LAM) III: effectiveness, duration, and satisfaction with reduced client-provider contact. *Contraception.* 62(5): p. 221-30.
- Perl, M. and S.v. Xylander** (2003). Laktationsmastitis, in Stillen, U. Kretschmer, Editor, Deutscher Ärzteverlag: Köln. p. 139 – 146.
- Peters, F. and D. Flick-Fillies** (1991). Hand disinfection to prevent puerperal mastitis. *Lancet.* 338(8770): p. 831
- Peters, F. and T. Sedlmayr** (2001). Puerperale Mastitis. *Gynäkologe.* 34: p. 925-92.
- Rageth, C.J., et al.** (2004). [Conservative treatment of breast abscesses in lactating women with sonographically guided aspiration and oral antibiotics]. *Z Geburtshilfe Neonatol.* 208(5): p. 170-3.
- Riordan, J.** (2005). breastfeeding an human lactation. Vol. 3. , Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett. 815.
- Riordan, J.M. and F.H. Nichols** (1990). A descriptive study of lactation mastitis in long-term breastfeeding women. *J Hum Lact.* 1990. 6(2): p. 53-8.
- Roberts, K.L.** (1995). A comparison of chilled cabbage leaves and chilled gelpaks in reducing breast engorgement. *J Hum Lact.* 11(1): p. 17-20.
- Salamon, C.W., et al.** (2000). [Seven years of experience at a specialized breast feeding clinic. Incorrect breast feeding technique and milk stasis are the most common problems]. *Lakartidningen.* . 97(43): p. 4838-42.
- Scheele, M.** (2001). Stillen bei Erkrankungen der Mutter aus frauenärztlicher Sicht, in Stillen und Muttermilchernährung, H. Przyrembel, Editor., BzGA: Köln. p. 87-120.
- Schwartz, K., et al.** (2002). Factors associated with weaning in the first 3 months postpartum. *J Fam Pract.* 51(5): p. 439-44
- Scott-Conner, C.E.H.** (1997). Diagnosing and Managing Breast Disease During Pregnancy and Lactation. *Medscape Womens Health.* 2(5): p. 1.
- Sedlmayr, T., et al.** (1993). [Clarithromycin, a new macrolide antibiotic. Effectiveness in puerperal infections and pharmacokinetics in breast milk]. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 53(7): p. 488-91.
- Snowden, H.M., M.J. Renfrew, and M.W. Woolridge** (2001). Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database Syst Rev.* (2): p. CD000046.
- Thomsen, A.C., T.** (1984). Espersen, and S. Maigaard, Course and treatment of milk stasis, noninfectious inflammation of the breast, and infectious mastitis in nursing women. *Am J Obstet Gynecol.* 149(5): p. 492-5.
- Vogel, A., B.L. Hutchison, and E.A. Mitchell** (1999). Mastitis in the first year postpartum. *Birth.* 1999. 26(4): p. 218-25.
- Waldenfels von, H.-A. and C. Felixmüller** (2001). Therapie des purperalen Mammaabzesses durch Punktion. *Frauenarzt.* 23(4): p. 414 – 416.

WHO (1997). Breastfeeding counseling: A training course. 1993: Geneva.

WHO (1999). Mastitis - Causes and Management, in WHO / FCH/CAH/00.13. 2000: Geneva. p. 45.

Wilks, C. (2002). The efficacy of homeopathic treatment of bovine mastitis. Aust Vet J. 80(3): p. 130-1.

Wright, A., S. Rice, and S. Wells (1996). Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. Pediatrics. 97(5): p. 669-75.

Kapitel 6:

American Academy of Pediatrics (AAP) (2004). Subcommittee on Hyperbilirubinemia: Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant ≥ 35 weeks of gestation. Clinical Practice Guideline. Pediatrics 114: 297-316.

Arias IM, Gartner LM, Seifter S, Furman M (1964). Prolonged neonatal unconjugated hyperbilirubinemia associated with breast feeding and a steroid, pregnane-3 (alpha), 20(beta)-diol, in maternal milk that inhibits glucuronide formation in vitro. J Clin Invest 43: 2037-2047.

Bertini G, Dani C, Tronchin M, Rubaltelli FF (2001). Is breastfeeding really favoring early neonatal jaundice? Pediatrics 107: E41.

Canadian Paediatric Society (2007). Guidelines for the detection, management and prevention of hyperbilirubinemia in term and late term newborn infants (35 or more weeks' gestation). Paediatr Child Health 12: 1B-12B.

De Carvalho M, Hall M, Harvey D (1981). Effects of water supplementation on physiological jaundice in breast-fed babies. Arch Dis Child 56: 568-569.

Ebbesen F (2000). Recurrence of kernicterus in term and near-term infants in Denmark. Acta Paediatr 89: 1213-1217.

Ebbesen F, Andersson C, Verder H, Grytter C, Pedersen-Bjergaard L, Petersen JR, Schaa-rup J (2005). Extreme hyperbilirubinaemia in term and near-term infants in Denmark. Acta Paediatr 94: 59-64.

ESPED (Erhebungseinheit für seltene pädiatrische Erkrankungen in Deutschland) (2006). ESPED-Jahresbericht 2005. Quelle: www.esped.uni-duesseldorf.de/jabe2005.pdf. Stand: 07.01.08.

Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI) (2003). Leitlinie 24/007. Hyperbilirubinämie: Diagnostik und Therapie bei reifen gesunden Neugeborenen. Quelle: www.awmf.org

Gourley GR, Li Z, Kremer BL, Kosorok MR (2005). A controlled, randomized, double-blind trial of prophylaxis against jaundice among breastfed newborns. Pediatrics 116: 385-391.

Grohmann K, Roser M, Rolinski B, Kadow I, Müller C, Goerlach-Graw A, Nauck M, Küster H, (2006). Bilirubin measurement for neonates: comparison of 9 frequently used methods. Pediatrics 117: 1174-1183.

Grunebaum E, Amir J, Merlob P, Mirmouni M, Varsano I (1991). Breast milk jaundice: natural history, familial incidence and late neurodevelopmental outcome of the infant. Eur J Pediatr 150: 267-270.

Johnson LH, Bhutani VK, Brown AK (2002). System-based approach to management of neo-natal jaundice and prevention of kernicterus. J Pediatr 140: 396-403.

Maisels MJ, Gifford K (1986). Normal serum bilirubin levels in the newborn and the effect of breast-feeding. Pediatrics 78: 837-843.

Maisels MJ, Newman TB (1995). Kernicterus in otherwise healthy, breast-fed term newborns. Pediatrics 96: 730-733.

Maisels MJ, Vain N, Acquavita AM, de Blanco NV, Cohen A, DiGregorio J (1994). The effect of breast-feeding frequency on serum bilirubin levels. Am J Obstet Gynecol 170: 880-883.

Manning DJ, Maxwell MJ, Todd PJ, Platt MJ (2007). Prospective surveillance study of severe hyperbilirubinaemia in the newborn in the United Kingdom and Ireland. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 92: F342-F346.

Schneider AP 2nd (1986). Breast milk jaundice in the newborn. A real entity. JAMA 255: 3270-3274.

Schweizerische Gesellschaft für Neonatologie (SGN) (2006). Abklärung und Behandlung von ikterischen Neugeborenen ab 35 0/7 Schwangerschaftswochen. Paediatrica 17: 26-29. (www.neonet.ch/assets/pdf/Paediatrica_d.pdf) Stand: 07.01.08.

Sgro M, Campbell D, Shah V (2006). Incidence and causes of severe neonatal hyperbilirubinemia in Canada. CMAJ 175: 587-590.

Kapitel 7:

Meier P (1996). Suck-breathe patterning during bottle and breastfeeding for preterm infants. International Congress and Symposium Series David, T.J. (Ed). Royal Society of Medicine, Press Limited 215: 9-20.

Rocha NM, Martinez FE, Jorge SM (2002). Cup or bottle for preterm infants: Effects on oxygen saturation, weight gain and breastfeeding. J Hum Lact 18: 132-138.

Bildquellen:

Guóth-Gumberger M (1992). Stillen mit dem Brusternährungsset. La Leche Liga Deutschland, München.

ILCA/VELB (2000). Leitlinien für das Stillmanagement während der ersten 14 Lebenstage auf wissenschaftlichen Grundlagen (www.velb.org).

Lauwers J, Shinskie D (2000). Counseling the Nursing Mother. 3. Auflage, Jones and Bartlett, Publ, Boston.

Lawrence R, Lawrence R M (1999). Breastfeeding - A Guide for the Medical Profession. Mosby, St. Louis, 5. Aufl.

Mohrbacher N, Stock J (2000). Handbuch für die Stillberatung. La Leche Liga Deutschland, München.

Riordan J, Auerbach K (1999). Breastfeeding and Human Lactation. Jones and Bartlett Publ., Boston, 2. Aufl.

9. // Beratungskontakte und Adressen

**Berufsverband Deutscher
Laktationsberaterinnen IBCLC e. V.**
Hildesheimer Straße 124 E
30880 Laatzen
Sekretariat
Tel. Nr. 0511-87649860
E-Mail: sekretariat@bdl-stillen.de
www.bdl-stillen.de

Hebammenverband Hamburg e.V.
Seewartenstraße 10, Haus 2
20459 Hamburg
Stillberatung
Tel. Nr. 040-48 54 31
Fax 040-51315444
E-Mail: post@hebammen.info
www.hebammen.info

La Leche Liga
Christel Opitz-Lüders
Kiesberg 45 a
21149 Hamburg
Stillberatung
Tel. Nr. 040-701 55 79
E-Mail: Christel.Opitz-Lueders@lalecheliga.de
www.lalecheliga.de

**WHO/UNICEF ausgezeichnete Babyfreundliche
Krankenhäuser in Hamburg**

Amalie Sieveking Krankenhaus
Haselkamp 33
22359 Hamburg
Stillberatung
Tel. Nr. 040-64411-8116
E-Mail: a.renning@amalie.de

Asklepios Klinik Nord Heidberg
Tangstedter Landstraße 400
22417 Hamburg
Stillberatung
Tel. Nr. 040-1818879432
E-Mail: t.juppe@asklepios.com
www.AsklepiosKlinikNord.com

Asklepios Klinik Harburg
Eißendorfer Pferdeweg 52
21075 Hamburg
Stillberatung
Tel. Nr. 040-181886-2744
E-Mail: ren.meyer@asklepios.com
www.asklepiosharburg.com

Impressum

Zielpatenschaft Stillförderung in der
Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für
Gesundheitsförderung e.V. (HAG)
Repsoldstr. 4, 20097 Hamburg
Telefon: 040-632 22 20, Fax: 040-632 58 48
buero@hag-gesundheit.de, www.hag-gesundheit.de

Redaktion: Petra Hofrichter
Texte: Dr. Michael Scheele, Susanne Lohmann,
Thea Juppe-Schütz, Dr. Corinna Grobien-Siemssen
und Petra Affeldt
Gestaltungskonzept und Umsetzung: MedienMélange
Tel: 040-854 19 890, www.medienmelange.de
Fotos: Kerstin Pukall, Künstlerische Fotografie,
In und um Hamburg, Hagedornsweg 14, 23845
Borstel, Tel: 04537-701605, www.pukall.de
Zufütterungsskizzen: Annika Sporleder

Hamburg, Oktober 2009

Die Broschüre ist online verfügbar unter
www.hag-gesundheit.de.

Die Zielpatenschaft Stillförderung wird von der
Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesund-
heitsförderung e.V. (HAG) koordiniert.

Die HAG macht sich für Gesundheitsförderung und
Prävention stark. Sie ist eine landesweit arbeitende
Vereinigung und verbindet Akteure aus allen
entscheidenden Sektoren und Arbeitsfeldern
miteinander. Die HAG will die Gesundheitschancen
von sozial Benachteiligten fördern, das Ernährungs-
und Bewegungsverhalten verbessern und die
psychische Gesundheit stärken. Dazu koordiniert
und vernetzt sie gesundheitsfördernde Aktivitäten
und Projekte.

Die HAG ist unabhängig und gemeinnützig. Sie wird
gefördert von der Behörde für Soziales, Familie,
Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) und von
den Hamburger Krankenkassen (GKV).

Die Mitgliedseinrichtungen der Zielpatenschaft Stillförderung der HAG haben berufsgruppenübergreifend Behandlungsempfehlungen für Stillende erarbeitet. Hiermit finden Frauenärztinnen und -ärzte, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, Hebammen und Still- und Laktationsberaterinnen aktuelle Empfehlungen zur Behandlung beim Auftreten von Problemen während der Stillzeit.

Die Broschüre wurde unterstützt von
der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg -
Abteilung Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung
der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAG)
dem Berufsverband der Frauenärzte e. V. - Landesverband Hamburg
dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. - Landesverband Hamburg
und dem Hebammenverband Hamburg e. V.