

Beratungsanlass „Fragen zum Stillen“ – was jeder Hausarzt wissen sollte

Questions Related to Breastfeeding – What Every Family Physician Should Know

Christine Bruni¹, Jost Steinhäuser²

Zusammenfassung: Beratungsanlässe rund um das Thema Stillen gehören in den Kompetenzbereich der Allgemeinmedizin. Das Stillen, ein natürliches Gesundheitsverhalten, fördert Infektionsschutz und Gedeihen des Säuglings. Kompetente Stillberatung durch Ärzte fördert die Stillrate und Stilldauer. Zur Beratung gehört ein grundlegendes Wissen über die Physiologie des Stillens sowie praxisrelevante Handlungskompetenz bezüglich der Kontraindikationen, Medikamentenverordnung, Milchmenge und Behandlung häufiger Brustsymptome. Ein Hausarzt kann sich bei seiner Laktationsberatung verschiedener Informationsquellen bedienen. Da positive Gesundheitswirkungen während der ganzen Stillperiode zu erwarten sind, sollte unnötiges Abstillen vermieden werden.

Schlüsselwörter: Stillen; Allgemeinmedizin; Laktationsberatung

Summary: Questions related to breastfeeding may be a reason for consulting a family doctor and belong in family medicine's spectrum of competence. Breastfeeding, a natural health behavior, protects the infant from infection and promotes development. Competent advice on lactation given by physicians promotes breastfeeding rates and duration. Lactation counselling includes a basic understanding of the physiology of lactation, as well as practice related skills pertaining to contraindications, prescription of medications, milk supply and treatment of common breast symptoms. A family doctor can resort to many sources of information for support. Since positive health effects continue throughout the breastfeeding period, unnecessary weaning should be avoided.

Keywords: Breastfeeding; Family Medicine, Lactation Counselling

Einleitung

Familienmedizin, die generationsübergreifende Betreuung und Gesundheitsfürsorge von Familien, ist eine „besondere Chance und Verantwortung“ der Allgemeinmedizin [1]. Als Allgemeinarzt ist man „spezialisiert auf den ganzen Menschen“ und ist erster ärztlicher Ansprechpartner für Patienten aller Altersgruppen [1]. Die International Classification of Primary Care (ICPC) listet von der dadurch entstehenden Vielfalt an Beratungsanlässen solche auf, die eine Prävalenz von mindestens 1 % aufweisen. Unter „W19“ werden solche zu Brust-/Stillbeschwerden subsumiert [2]. Da mit künstlicher Säuglingsnahrung ernährte Kinder häufiger Infektionserkrankungen haben als gestillte Kinder, sollte Stillen als

Präventionsmaßnahme eine bedeutende Rolle in der Hausarztpraxis einnehmen [3, 4]. Die WHO-Richtlinie „International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes“ hat die Förderung des Stillens als Ziel und empfiehlt die Beschränkung der direkten Werbung über künstliche Säuglingsnahrung, Flaschen und Sauger an werdende Eltern [5].

Frauen in Deutschland interessieren sich in den letzten Jahren zunehmend für das Stillen. Die Tendenz geht zudem in Richtung einer längeren Stillzeit [6]. Kompetente Stillberatung durch Ärzte erhöht die Stillrate und Stilldauer [7]. Daher gehört das Thema Stillen mit zu dem Kompetenzfeld eines Allgemeinarztes.

Ziel dieses Beitrages ist es, das grundlegende Wissen über die Physiologie des Stillens zu vermitteln und zu ausgewähl-

ten Beratungsanlässen des Themas Stillen praxisnahe Informationen zu geben (s. Textkasten 1).

Gesundheit und Stillen

Muttermilch ist genau an die Bedürfnisse des neuen menschlichen Lebewesens angepasst und unterstützt Infektionsschutz und Gedeihen [8: 117–161]. Gegenüber künstlicher Säuglingsnahrung gibt es folgende Unterschiede:

- Muttermilch enthält lebende Immunzellen z.B. Makrophagen und Lymphozyten [8: 117–161]. Sie enthält mehr als 200 Bestandteile, einschließlich Wachstumshormone, Enzyme und entzündungshemmender Komponenten [9: 91].

¹ Angestellte Ärztin in einer allgemeinmedizinischen Praxis in Mannheim

² Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

Peer reviewed article eingereicht: 23.05.2014, akzeptiert: 09.07.2014

DOI 10.3238/zfa.2014.0424-0427

- Künstliche Säuglingsnahrung enthält spezie fremde Eiweiße, die Allergien auslösen können, wenn sie die unreife Magen-Darm-Wand passieren [9: 175–176].
- Flaschennahrung wird oft ohne den entwicklungsfördernden Haut-zu-Hautkontakt gegeben [8: 222].
- Künstliche Nahrung über die Flasche erschwert selbstbestimmtes Essen und birgt die Gefahr der Überfütterung [10].

Evidenzberichte der „American Academy of Pediatrics“ und der „US Agency for Healthcare Research and Quality“ zeigen, dass Säuglinge, die künstlich ernährt werden, ein höheres Krankheitsrisiko haben (s. Textkasten 2) [3, 4].

Bekannt ist zudem, dass eine längere Stilldauer länger schützt. Das Risiko an einer Pneumonie zu erkranken erhöht sich um das Vierfache, wenn ein Kind vier Monate statt sechs Monate ausschließlich gestillt wird [3]. Der zusätzliche Schutz des Stillens bei gastrointestinalen Infekten wirkt zwei Monate über den Abstillzeitpunkt hinaus [3].

Auch Frauen gehen ein höheres Gesundheitsrisiko ein, wenn sie nicht stillen [3]:

- Sie haben einen höheren Blutverlust durch die langsamere Rückbildung der Gebärmutter nach der Geburt.
- Sie entwickeln häufiger einen Diabetes mellitus Typ II.
- Sie erleben eine höhere Inzidenz an postpartaler Depression.
- Sie haben ein höheres Risiko, an Brustkrebs oder einem Ovarialkarzinom zu erkranken [3].

Neben den dargestellten positiven körperlichen Gesundheitswirkungen entstehen durch das Stillen auch bindungsfördernde Interaktionen zwischen Mutter und Kind. Diese werden durch die regelmäßige Ausschüttung des „bindungsförderlichen“ Hormons Oxytozin und die entspannende Wirkung von Prolaktin unterstützt [11].

Stilldauer und Beikost

Es gibt keinen Zeitpunkt, zu dem abgestillt werden muss. Die Nationale Stillkommission in Deutschland vertritt folgenden Standpunkt: „Der endgültige Zeitpunkt des Abstillens ist eine individuelle Entscheidung, die gemeinsam von Mutter und Kind getroffen wird“ [12]. Diese Sicht wird

Im Rahmen der Verbundweiterbildung^{plus} werden für die teilnehmenden Ärzte in Weiterbildung begleitend über die gesamte Zeit der Weiterbildung pro Jahr sechs Schulungstage zu hausarztrelevanten Themen angeboten. An einem Schulungstag können aus 9–12 Seminaren drei ausgewählt werden. Hierbei gehört zum Konzept, dass auch Teilnehmer für andere Teilnehmer Seminare erarbeiten und durchführen. Eines dieser Seminare im Jahr 2013 behandelte den „Beratungsanlass Stillen“ und stellt die Grundlage dieses Beitrages dar.

Textkasten 1 Seminar „Beratungsanlass Stillen“

auch von der „American Academy of Family Physicians“ geteilt: *„Breastfeeding beyond the first year offers considerable benefits for both mother and child and should continue as long as mutually desired. [...] If the child is younger than two years of age, the child is at increased risk of illness if weaned“* [13].

Das heißt nicht, dass Kleinkinder genauso oft gestillt werden wie Neugeborene. Mit der Einführung der Beikost in der Mitte des ersten Lebensjahres und der Entwicklung der Mobilität verringern sich die Mahlzeiten mit der Zeit ganz von alleine. Wie sollten Ärzte Beikost empfehlen? Die WHO/UNICEF-Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“ hat hierzu eine Empfehlung veröffentlicht [14]. Beikost Einführung erfolgt parallel zum Stillen ohne die Mahlzeiten zu ersetzen und bedeutet nicht das Ende der Stillzeit. Muttermilch ist die Hauptkalorienquelle im ersten Lebensjahr. So wird die Beikost ohne Druck oder Zwang und entwicklungsgerecht dem Kind vorgestellt.

Häufige Beratungsanlässe

Wann ist das Stillen kontraindiziert?

Es gibt nur wenige Situationen, bei denen nicht gestillt werden sollte. Die „American Academy of Pediatrics“ hat eine Liste der Kontraindikationen veröffentlicht [3]. Vor allem wenn die Mutter eine Chemotherapie erhalten muss, bei mütterlicher Drogenabhängigkeit von Kokain oder Heroin, bei der seltenen Galaktosämie des Neugeborenen und, in Industrieländern, bei HIV-Infektion der Mutter ist Stillen kontraindiziert.

Infektiöse Herpesläsionen an der Brust sowie eine Varizellenerkrankung der Mutter perinatal sind ebenfalls ein Grund, um den direkten Kontakt (mit

den Viren der Haut) zu vermeiden. Auch eine aktive Tuberkulose bedarf einer vorübergehenden Trennung von Mutter und Kind wegen des Risikos einer respiratorischen Übertragung. Die Muttermilch kann dennoch gegeben werden, da sie nicht infektiös ist. Bei radioaktiven Diagnostika kann, je nach Halbwertszeit des Mittels, eine Unterbrechung des Stillens notwendig werden. Die Mutter kann vorübergehend ihre Muttermilch abpumpen und werfen, um die Milchbildung in Gang zu halten und kann später wieder weiterstillen. Es gibt nur wenige Medikamentengruppen, die beim Stillen kontraindiziert sind (z.B. Amphetamine, Ergotamine und Statine).

Sofern eine Kontraindikation bereits während der Schwangerschaft bekannt ist, wird initial vom Stillen abgeraten. Ein medikamentöses Abstillen wird wegen schwerwiegender Nebenwirkungen nicht mehr empfohlen. Abstillen, wenn medizinisch notwendig, erfolgt ansonsten durch eine Reduktion der Stillhäufigkeit und Einführung von künstlicher Säuglingsnahrung.

Bei welchen Medikamenten kann weiter gestillt werden?

Für die meisten häufig in der Allgemeinarztpraxis verordneten Medikamentengruppen können Therapeutika gefunden werden, die mit dem Stillen vereinbar sind. Um konkrete Fragestellungen zu klären, bieten sich Nachschlagwerke für die tägliche Arbeit in der Praxis an, beispielsweise „Arzneiverordnung in der Schwangerschaft und Stillzeit“ von Schaefer et al. [15]. Im Kapitel „Spezielle Arzneimitteltherapie in der Stillzeit“ findet der Arzt für jede Medikamentengruppe in kurzen Zusammenfassungen eine Empfehlung für die Praxis. Unter Antinfektiva z.B. steht: „Penicillinderivate und Cephalosporine gehören zu den Antibiotika

Die „US Agency for Healthcare Research and Quality“ und die „American Academy of Pediatrics“ haben Evidenzberichte veröffentlicht, die zeigen, dass nicht nur in sogenannten Entwicklungsländern, sondern auch in den USA und Europa mit künstlicher Säuglingsnahrung ernährte Kinder häufiger erkranken [3, 4]. Im Vergleich zu gestillten Kindern, haben sie z.B. häufiger:

- Bronchitis/Pneumonie (72 %)
- Respiratory-Syncytial-Virus Bronchiolitis (74 %)
- Gastrointestinale Infekte (64 %)
- Nekrotisierende Enterokolitis bei Frühchen (58 %)
- Gluteninduzierte Enteropathien bei Säuglingen die bei Gluteneinführung nicht gestillt wurden (52 %)
- Otitis media (50 %)
- Plötzlicher Kindstod (36 %)
- Diabetes mellitus Typ I (30 %) und Diabetes mellitus Typ II (40 %)
- Entzündliche Darmerkrankungen in der Kindheit (31 %)
- Leukämie (15–20 %)

Textkasten 2 Vergleich künstlich ernährte Kinder vs. gestillte Kinder

der Wahl in der Stillzeit“ [15: 612]. Auch Analgetika können während des Stillens verordnet werden: „Paracetamol gehört mit Ibuprofen zu den Analgetika der Wahl in der Stillzeit“ [15: 579]. Unter www.embryo.tox.de (Tel.: 030 30308–111) können sich Ärzte zudem direkt informieren. Eine weitere Informationsquelle ist die „National Library of Medicine/National Institutes of Health bei LactMed“ (<http://toxnet.nlm.nih.gov>). Diese Datenbank ist besonders aktuell und umfassend [3]. Stillen verzögert den Eisprung und das Einsetzen der Monatsblutungen, verhütet aber nicht hundertprozentig, daher gibt es in der „International Lactation Consultant Association (ILCA)-Leitlinie“ Empfehlungen zu wirksamen Verhütungsmitteln, die während der Stillzeit eingesetzt werden können [18].

Nicht genug Milch?

Die meisten Frauen können genug Milch bilden. Auch Zwillinge können ausschließlich gestillt werden [8: 276]. Zu den Differenzialdiagnosen der seltenen Ursachen einer unzureichenden Milchmenge gehören eine nicht behandelte Unterfunktion der Schilddrüse, Plazentaresten, polyzystische Ovarien oder eine vorangegangene milchgangverletzende Brustoperation [8: 339]. Die Milchmenge wird durch die Trinkmenge der Mutter nicht beeinflusst, daher wird allgemein empfohlen, nach eigenem Wunsch zu trinken. Die normale Milchbildung kommt durch eine bindungsfördernde

Stillkultur in Gang: frühes Anlegen nach der Geburt, häufiges Stillen ohne Einschränkung, nach Bedarf und nicht nach Zeitplan („Watch the baby, not the clock“ [8: 221]) und Vermeidung von künstlichen Saugern in den ersten 5 Wochen. Da die Physiologie der Brust so ausgelegt ist, dass sich die Milchmenge auf Nachfrage des Säuglings steigert, führt das Zufüttern zum Milchrückgang in der Brust [8: 265–267]. Daher wird in der ILCA-Leitlinie empfohlen, „den Gebrauch von Beruhigungssaugern, Flaschensaugern und Zufüttern [zu] vermeiden, es sei denn, er ist medizinisch indiziert“ [18]. „Frühes Zufüttern sowie der frühzeitige Einsatz von Beruhigungssaugern stehen in Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko des vorzeitigen Abstillens“ [18]. Bei den vorhersagbaren Wachstumsschüben des Säuglings (meist 2.–3. Lebenswoche, 6. Lebenswoche, 3. Monat und 6. Monat) ist eine Häufung des Stillens zu erwarten [16]. Dies bedeutet nicht, dass die Milchmenge nicht reicht. Im Gegenteil, die Wachstumsschübe führen zu einer Milchsteigerung. Bis zur 5. Lebenswoche sind mindestens 3 Stuhlgänge und 5–6 nasse Windeln in 24 Std. ein Indiz, dass das Neugeborene genug Milch bekommt. Die Gewichtszunahme sollte vom niedrigsten Gewicht nach der Geburt berechnet werden. Ein Säugling nimmt bei den Stillmahlzeiten unterschiedliche Mengen an Milch zu sich, sodass ein Wiegen vor und nach dem Stillen nicht empfohlen wird. Damit nicht unnötig Druck auf die Mutter ausgeübt wird, sollte das Wiegen auf das Notwendigste

beschränkt werden, um die Gewichtsentwicklung zu dokumentieren. Bei der Gewichtsentwicklung sollten die WHO-Wachstumskurven für Stillkinder herangezogen werden [17, 18, 19].

Wunde Brustwarzen

Durch schmerzfreies Anlegen können wunde Brustwarzen vorgebeugt werden. Übliche Empfehlungen gehen dahin, dass dafür der Säugling seine Zunge unter die Brustwarze legen und mit weit geöffnetem Mund (ca. 120° am Mundwinkel) den ganzen Warzenhof umschließen soll. Die Lippen sollten dabei nach außen gerichtet und nicht eingerollt sein. Grundvoraussetzung ist eine frei bewegliche Zunge. Allerdings ist nur selten ein zu kurzes Zungenbändchen für wunde Brustwarzen verantwortlich. Dieses muss dann gegebenenfalls durchtrennt werden [8: 259–261, 100].

Manchmal können der kindliche Mund und die Brust von Soor befallen sein. Soortypische Symptome bei der Mutter sind rote, schuppige, juckende oder brennende Brustwarzen. Die Ursache, *Candida albicans*, kann durch eine lokale, antimykotische Therapie (z.B. Clotrimazol zweimal täglich) behandelt werden. Zeitgleich wird der Säugling mit antimykotischem Mundgel behandelt. Die Behandlung sollte noch einige Tage nach Abklingen der Symptome erfolgen, um einen Rückfall zu verhindern. Wenn keine Besserung bei der Mutter erfolgt, wird Fluconazol eingesetzt (400 mg an Tag 1, dann 100 mg zweimal täglich, bis mindestens 1 Woche nach Abklingen der Symptome) [20; 8: 300–305].

Milchstau und Mastitis

Eine unzureichende Entleerung der Brust durch zu lange Stillpausen oder Stillen nach Zeitplan kann zu einem Milchstau oder Mastitis führen. Rötung, Überwärmung und Schmerzen an einer Stelle der Brust, bei Mastitis zusätzlich einhergehend mit Fieber, können die Folge sein. Die Mutter sollte ermutigt werden, häufig an der betroffenen Brust zu stillen, denn eine effektive Milchentleerung ist wichtig. Ruhe und Schonung der Mutter sollten empfohlen werden. Ein Kühlen des Brustgewebes zwischen dem Stillen hilft gegen die Entzündung. Falls sich das Fieber durch diese Maßnahmen nicht bessert, wird mit Flucloxacillin 500 mg vier-

mal tägl. begonnen. Ibuprofen kann gegen Schmerzen gegeben werden [8: 293–299].

Weitere Informationsquellen für den Hausarzt

Hebammen sind oft eine niedrigschwellige Informationsquelle, wenn sie eine formelle Ausbildung in der Stillberatung haben. In Deutschland gibt es ausgebildete Stillberaterinnen (International Board Certified Lactation Consultant = IBCLC), an die Allgemeinärzte ihre stillenden Patientinnen verweisen können. Diese Stillberaterinnen durchlaufen eine anerkannte Ausbildung und Zertifizierung. Auch Stillgruppen, z.B. von der La Leche Liga, die sich regelmäßig treffen, können Müttern wertvolle Informationen geben. Die „Academy of Breastfeeding Medicine“ (www.bfmed.org), eine internationale fachübergreifende Organisation von Ärzten der Laktationsmedizin, veröffentlicht Protokolle im Internet für spezielle Fragestellungen und Stillsituationen. Juristische Informationen können im Gesetz zum Schutz der erwerbstätigen Mutter

Christine Bruni, MD MPH IBCLC ...



... ist seit 2014 Fachärztin für Allgemeinmedizin; seit 2008 Academy of Breastfeeding Medicine Ethics Committee; Zertifizierung als International Board Certified Lactation Consultant (IBCLC); ehrenamtliche Stillberatung und Leitung einer Stillgruppe; Master of Public Health, University of Illinois at Chicago.

(Mutterschutzgesetz – MuSchG), im speziellen unter § 7 „Stillzeit“ eingesehen werden.

Schlussfolgerung

Ziel einer einfühlsamen Stillberatung ist gemeinsam mit der Mutter den besten Weg für das jeweilige Mutter-Kind-Paar zu finden. Wie in der Allgemeinmedizin üblich, sollte jede Beratung eine gemeinsame Entscheidungsfindung beinhalten und die Selbstwirksamkeit der Mutter wahren.

Stillen hat einen großen Stellenwert in der Gesundheitsförderung des Säuglings. Frauen brauchen hier evidenzbasiertes Rat und emotionale Unterstüt-

zung. Unnötiges Abstillen birgt medizinische Risiken und sollte vermieden werden, denn ein erhöhtes Risiko für Infektionen und der Verlust der bindungsfördernden Stillhormone ist die Folge. Stillen ist ein natürliches Gesundheitsverhalten, dessen Auswirkungen für Mutter und Kind weit in die Zukunft hineinreichen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Christine Bruni, MD MPH IBCLC
Traubenweg 8
69493 Hirschberg
Tel.: 06201 959176
CBruni@alice.de

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. DEGAM-Zukunftspositionen 2012: 13. http://www.degam.de/files/Inhalte/De-gam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapire/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf (letzter Zugriff am 20.05.14)
2. WONCA. International classification of primary care, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1998
3. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012; 115: 496. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2012/02/22/peds.2011-3552> (letzter Zugriff am 24.02.14)
4. Ip S, Chung M, Raman G, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Rockville(MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2007
5. World Health Organization. International code of marketing of breast-milk substitutes. Geneva: WHO, 1981
6. Lange C, Schenk L, Bergmann R. Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Bundesgesundhbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2007; 50: 624–33
7. Feldman-Winter L, Barone L, Milcarek B, et al. Residency curriculum improves breastfeeding care. Pediatrics 2010; 126: 298–297
8. Riordan J, Wambach K (Hrsg.). Breastfeeding and human lactation, 4th ed. Boston: Jones and Bartlett, 2005
9. Lawrence RA. Breastfeeding: A guide for the medical profession, 4th ed. New York: Mosby, 1994
10. Fisher JO, Birch LL, Smiciklas-Wright H, Picciano MF. Breast-feeding through the first year predicts maternal control in feeding and subsequent toddler energy intakes. J Am Diet Assoc 2000; 100: 641–646
11. Uvnas-Moberg K. Neuroendocrinology of the mother-child interaction. Trends Endocrinol Metab 1996; 7: 126–31
12. Empfehlung der Nationalen Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung vom 1. März 2004. http://www.bfr.bund.de/cm/343/still_dauer.pdf (letzter Zugriff am 24.02.14)
13. American Academy of Family Practice. Breastfeeding, family physicians supporting (position paper). <http://www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding-support.html> (letzter Zugriff am 24.02.14)
14. WHO/UNICEF-Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“. Beikostempfehlung. 2013. http://www.babyfreundlich.org/fileadmin/user_upload/download/info_material/Empfehlungen/Empfehlung_Beikost_Eltern.pdf (letzter Zugriff am 20.05.14)
15. Schaefer C, Spielmann H, Vetter K. Arzneiverordnung in Schwangerschaft und Stillzeit. München: Urban & Fischer, 2011
16. La Leche League International. The womanly art of breastfeeding, 8th ed. New York: Ballantine Books; 2010: 139
17. Guoth-Gumberger M, Hemmelmayr A. Das gestillte Kind auf der Waage – Teil 1. 2010. <http://www.springermedizin.at/artikel/16773-das-gestillte-kind-auf-der-waage-teil-1> (letzter Zugriff am 24.02.14)
18. International Lactation Consultant Association ILCA, Verband Europäischer Laktationsberaterinnen VELB (Hrsg.): Klinische Leitlinie zur Etablierung des ausschließlichen Stillens. 2005. <http://www.stillen-institut.com/de/leitlinien.html> (letzter Zugriff am 24.02.14)
19. DeOnis M, Garza C, Onyango AW, Roland-Cachera MF. WHO growth standards for infants and young children. Arch Pediatr 2009; 16: 47–53
20. Abou-Dakn M. Stillen. In: Kainer F (Hrsg.). Facharzt Geburtsgynäkologie. München: Urban & Fischer, 2006: 1091–111