Stillförderung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis

Stillen ist nicht nur die beste Säuglingsernährung von Geburt an, sondern auch eine primäre Präventionsmaßnahme mit langfristigen positiven Auswirkungen auf die Gesundheit von Mutter und Kind. KinderärztInnen nehmen bei der Stillunterstützung gemeinsam mit den FrauenärztInnen und den Hebammen eine Schlüsselrolle ein. Sie werden von den Eltern als Experten wahrgenommen und konsultiert, und sie haben einen wichtigen Präventionsauftrag.

Dr. Thomas Kauth

Bedeutung des Stillens

Stillen ist die natürliche und beste Form der Säuglingsernährung und weltweit als primäre Präventionsmaßnahme zur Sicherung von Gesundheit und Entwicklung der Kinder anerkannt. Auch für die Gesundheit der Mutter ist Stillen von Bedeutung (Victora et al. 2016). Muttermilch ist auf die Ernährungsbedürfnisse des Säuglings optimal abgestimmt. Sie enthält antimikrobielle, antientzündliche und immunmodulierende Faktoren, die das Kind passiv schützen, aktiv die Entwicklung des eigenen Abwehrsystems unterstützen und dieses Abwehrsystem so prägen können, dass das Kind im späteren Leben einen Schutz vor immunologisch ausgelösten chronischen Erkrankungen haben kann. Hinzu kommen prä- und probiotisch wirksame Substanzen, die das Mikrobiom und damit die von diesem ausgehenden Gesundheitseffekte beeinflussen (Nationale Stillkommission 2012). Das Risiko für Übergewicht und Adipositas wird durch längeres Stillen um 26 % gesenkt (Victora et al. 2016). Das Risiko für den plötzlichen Kindstod (SIDS) ist bei nicht gestillten Kindern mehr als doppelt so hoch im Vergleich zu gestillten Kindern (Hauck et al. 2011). Für Vitamin K, Vitamin D und Fluor ist die Zufuhr durch die Muttermilch nicht ausreichend. Daher bekommen die Neugeborenen zur Vermeidung von Blutungen in den ersten 4 Wochen 3 x 2 mg Vitamin K und die Säuglinge im ganzen ersten Lebensjahr eine Kombination aus 500 IE Vitamin D und 0,25 mg Fluorid.

Stillen ist mehr als Muttermilchernährung. Dazu gehören auch die entsprechenden Verhaltensweisen von Mutter und Kind, die Interaktion beim Stillen, der Hautkontakt und das Saugen an der Brust. Daher sollte unmittelbar nach der Geburt der Hautkontakt zwischen Mutter und Neugeborenem hergestellt werden. Der Hautkontakt beim Stillen und das Saugen an der Brust senken die Spiegel der Stresshormone bei der Mutter (Handlin et al. 2009, Heinrichs et al. 2001). Die beim Stillen ausgeschütteten Hormone Oxytocin und Prolaktin begünstigen und verstärken die mütterliche Zuwendung und damit die Bindung zwischen Mutter und Kind (Uvnäs-Moberg 2003).

Babys können an der Brust ihre Nahrungsaufnahme sehr gut selbst steuern (Dewey et al. 1986). Säuglinge, die im ersten halben Jahr häufig die Flasche bekommen hatten, zeigten später eine stärkere Tendenz, ihren Becher oder ihre Flasche ganz leer zu trinken, als Kinder, die ganz oder überwiegend gestillt worden waren. Dies war unabhängig davon, ob Muttermilch oder künstliche Säuglingsnahrung in der Flasche war (Li et al. 2010). Mit der Flasche gefütterte Kinder zeigten im Alter von 3 bis 6 Jahren eine schlechtere Sättigungsregulierung als gestillte Kinder (DiSantis et al. 2011). Beim Stillen wird die Mundmuskulatur der Kinder in physiologischer Weise aktiviert (França et al. 2014) und eine gesunde Kiefer- und Zahnentwicklung gefördert. Fehlstellungen treten bei Flaschenfütterung deutlich häufiger auf (Peres et al. 2015).

Geschichte der ärztlichen Stillempfehlungen

Die Stillempfehlungen sind in den letzten hundert Jahren sozusagen Achterbahn gefahren, von frühem Anlegen und Stillen nach Bedarf auch nachts, über strikte Reglementierung mit spätem Anlegen, festen Mahlzeiten und Nachtpause, und zurück. Die aktuellen Stillempfehlungen stimmen weitgehend mit den vor über hundert Jahren ausgesprochenen überein, weil sich gezeigt hat, dass dies gelingendes Stillen und gutes Gedeihen des Säuglings befördert (Manz et al. 1997). Ähnliches gilt für die Empfehlungen zum Zeitpunkt der Beikosteinführung. Lag diese Empfehlung am Anfang des 20. Jahrhunderts beim Ende des ersten Lebensjahres, sank sie bis in die 50er Jahre auf einen Monat und stieg dann wieder an. Mitursächlich dafür dürfte gewesen sein, dass mit künstlicher Säuglingsnahrung ernährte Kinder schon früh Beikost benötigten, um Mangelerscheinungen vorzubeugen. Die entsprechende Empfehlung wurde dann auf gestillte Kinder ausgedehnt (Gonzales 1999).

2001 hat die WHO ihre Stillempfehlung verabschiedet, die seither mehrfach bestätigt (Kramer et al. 2012) und von vielen Fachgesellschaften übernommen wurde: Sechs Monate ausschließlich

stillen, das heißt keine andere Nahrung oder Flüssigkeit außer Muttermilch, und danach neben angemessener Beikost weiter stillen bis zum Alter von zwei Jahren oder darüber hinaus. Mehrere für den Beikostbeginn wichtige Entwicklungsschritte im motorischen Bereich, bei der immunologischen Reifung und bei der Darmreifung scheinen mit ungefähr einem halben Jahr zusammenzulaufen (Naylor et al. 2001). Für den Beginn der Beikost wird in Deutschland ein Zeitfenster zwischen dem Beginn des fünften Lebensmonats und dem Beginn des siebten Lebensmonats empfohlen (Koletzko et al. 2016). Dieses Zeitfenster schließt die WHO-Empfehlung ein. Es gibt allerdings keine gesundheitlichen Vorteile, die Beikost vor dem vollendeten 6. Lebensmonat einzuführen. Im 2. Lebenshalbjahr des Säuglings kann ausschließliches Stillen den Bedarf u. a. an Eisen, Vitamin B6, Zink und Calcium nicht mehr ausreichend decken. Daher wird die Einführung einer Beikost empfohlen (Koletzko et al. 2016).

Dies ist eine allgemeine Empfehlung. Für das einzelne Kind sind die Beikostreifezeichen wichtig – dass das Kind mit Unterstützung sitzen kann, Nahrung mit der Hand zum Mund führen kann, der Zungenstoßreflex zurückgegangen ist und das Kind Interesse am Essen zeigt.

Bedeutung der Stillförderung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis

„Stillerfolg liegt nicht in der alleinigen Verantwortung der Frau – Stillförderung ist eine gesellschaftliche Verantwortung" (Rollins et al. 2016).

Gelingendes Stillen bedarf entsprechender gesellschaftlicher Strukturen und Rahmenbedingungen einschließlich kompetenter Unterstützung durch die medizinischen Fachleute. Kinder- und JugendärztInnen haben hier eine Schlüsselposition. Sie gehören für viele Eltern zu den wichtigsten Ansprechpartnern bei Fragen zum Stillen (Sievers et al. 2008). Mit den Kinder-Früherkennungsuntersuchungen erreichen sie im ersten Lebensjahr fast alle Kinder und deren Eltern, aus allen sozialen Schichten. Durch die Neufassung der Kinderrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind primärpräventive Beratungen zum Bestandteil der Untersuchungen U2 bis U9 geworden. Das ist eine gute Gelegenheit, das Stillen als Primärprävention in die Beratung zu integrieren. Auch bei Fragen der Mütter zur Praxis des Stillens und bei gesundheitlichen Problemen des Kindes wie zum Beispiel mangelnder Gewichtszunahme eines gestillten Kindes kann kompetente Beratung und gegebenenfalls Weiterleitung bzw. Überweisung an andere Fachleute dazu beitragen, verfrühtes Abstillen abzuwenden. Laut Kinder- und Jugendgesundheitssurvey beginnen zwar rund 82 % der Mütter nach der Geburt mit dem Stillen, nach ca. fünf Monaten wird jedoch nur noch jedes zweite Kind gestillt (Lippe et al. 2014). Der starke Abfall der Stillraten zeigt, wie nötig Stillbegleitung und -beratung auch durch Kinder-und JugendärztInnen ist.

Wie kann Stillförderung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis aussehen?

Stillförderung in der kinder- und jugendärztlichen Praxis geschieht auf unterschiedlichen Ebenen, verbal und nonverbal. Das erste ist natürlich die ärztliche Beratung als solche.

In der Beratung können präventiv allgemeine Hinweise gegeben werden, zum Stillen nach Bedarf einschließlich nächtlichem Stillen, zum zurückhaltenden Umgang mit künstlichen Saugern, etc.

Wenn wegen unbefriedigender Gewichtszunahme des Säuglings eine Empfehlung zum Zufüttern erwogen wird, ist es hilfreich, vorher oder zumindest gleichzeitig die Stillhandhabung zu überprüfen: Wie oft und wie lange wird gestillt? Gibt es Anzeichen für wirksames Saugen und Trinken? Werden Schnuller verwendet? Wird Tee zugefüttert? In welcher Haltung stillt die Mutter? Hat sie Schmerzen beim Stillen? Wie viel Stress ist in der häuslichen Situation? Stillschwierigkeiten können auch kindliche Ursachen haben, zum Beispiel latente Unreife oder ein zu kurzes Zungenbändchen.

Bei Stillproblemen ist eine Vernetzung in der Region mit Weiterleitung oder Überweisung an Stillfachleute oder Stillambulanzen äußerst hilfreich. Fortbildung zum Stillen für die medizinischen Fachangestellten ermöglicht die Beantwortung mancher alltäglicher Fragen schon im Vorfeld. Empfehlenswert ist eine industrieunabhängige Stillfortbildung (http://www.stillen-info.de/info/info.html).

Die Ausstattung der Praxis kann ebenfalls unter dem Gesichtspunkt der Stillförderung betrachtet werden. Gibt es Stühle, auf denen eine Mutter bequem sitzen und stillen kann? Vielleicht auch eine ruhige Ecke, in die sie sich bei Bedarf zurückziehen kann? Gibt es werbefreies Informationsmaterial zum Stillen und zu Anlaufstellen wie regionalen Stillgruppen? Signalisieren Kalender oder Uhren in der Praxis mit dem Logo von Herstellern künstlicher Säuglingsnahrung, Probepäckchen oder Brotdosen oder U-Heft-Umschläge mit dem Logo von Säuglingsnahrungsherstellern den Eltern eine Empfehlung für die Verwendung dieser Produkte? Die Empfehlung der Kinder- und JugendärztInnen und ein stimmiges Umfeld in den Praxen ist für Eltern wichtig.

Bei der Stillförderung geht es darum, gelingendes Stillen zu ermöglichen, und nicht darum, Mütter zum Stillen zu drängen. Das Stillen als solches und die individuelle Stilldauer hängen von den Wünschen und den Umständen der jeweiligen Familie ab. Die Haltung des Vaters ist dabei mit ausschlaggebend (Kohlhuber et al. 2008). Unabhängige, klare Informationen auf aktuellem Wissensstand für Mütter und für Väter und Gespräche auf Augenhöhe ermöglichen den Eltern informierte Entscheidungen und im weiteren Verlauf eine gute Begleitung auf dem für die jeweilige Familie bestmöglichen Weg.

Zusammenfassung

Stillen ist die beste Säuglingsernährung und hat vielfältige und langfristige positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Säuglinge und der stillenden Frauen. Beim Konzept der positiven frühkindlichen Prägung (erste tausend Tage) spielen die Muttermilch und das Stillen eine herausragende Rolle. Die von den Eltern als Experten sehr geschätzten FrauenäztInnen, Hebammen und Kinder- und JugendärztInnen müssen bei der Stillförderung eng zusammenarbeiten. Hierzu haben sich diese Berufsgruppen im Netzwerk Junge Familie (Gesund ins Leben) bundesweit auf gemeinsame Handlungsempfehlungen verständigt, welche die gemeinsame Stillförderung einschließen.

Dieser Beitrag beschreibt die besondere Aufgabe der Kinder- und JugendärztInnen in den Praxen für die Stillförderung und resultiert aus dem Engagement des Ausschusses für Prävention und Frühtherapie des BVKJ am bundesweiten „Runden Tisch Stillförderung". Der Selbsttest „Ist meine Praxis stillfreundlich?" weist den Weg zu einer Umsetzung der Stillförderung in der Praxis.

Literatur bei den Autoren

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Thomas Kauth
Ausschuss für Prävention und Frühtherapie BVKJ
71638 Ludwigsburg
E-Mail: dr.t.kauth@kinderjugendarztpraxis.de

In Zusammenarbeit mit
Utta Reich-Schottky
DAIS – Deutsches Ausbildungsinstitut für Stillbegleitung gUG, 53757 Sankt Augustin
E-Mail: utta@reich-schottky.de

Beide aktiv im bundesweiten „Runden Tisch Stillförderung"

Red.: WH

Selbsttest: Ist meine Praxis stillfreundlich?

1. Ausstattung/Praxisräumlichkeiten (max. 8 Punkte)
1.1. Keine Babynahrung in der Praxis sichtbar (1)
1.2. Keine Abgabe von Nahrungsproben an Eltern (1)
1.3. Unterstützung des Stillens in den Praxisräumen mit geeigneten Sitzgelegenheiten und der Möglichkeit, sich bei Bedarf in einen ruhigen Raum zurück zu ziehen (1)
1.4. Informationswand zur Stillförderung (1)
1.5. Auslage zum Mitnehmen zur Stillförderung (1)
1.6. Keine Werbematerialien für Säuglingsnahrung (1) (z. B. werbefreie Hülle von U-Heft, Vesperdose ohne Werbung, neutrale Kalender an der Wand, etc...)
1.7. Informationen des „Netzwerk Junge Familie – Gesund ins Leben" (1)
1.8. anderes Infomaterial zur Säuglingsernährung ohne Werbung/ohne Firmenlogo (1)

2. Stillberatung (max. 8 Punkte)
2.1. Kooperation mit zum Stillen fortgebildeter Hebamme und oder anderer geschulter Stillberaterin (2)
2.2. Stillberatung in der Kinderarztpraxis durch geschulte Stillberaterin (Hebamme oder anderer Grundberuf) möglich (3)
2.3. Geburtsvorbereitungskurs gemeinsam mit zum Stillen fortgebildeter Hebamme (2)
2.4. Liste mit Hebammen und Stillberaterinnen zur Mitgabe (1)

3. Informationen über Stillgruppen in der Praxis (2 Punkte)
z. B. in Form von Plakaten, als Flyer oder auf der Homepage der Praxis

4. Praxishomepage mit Informationen zur Stillförderung (2 Punkte)

5. Qualifizierung von Praxismitarbeitern (max. 10 Punkte)
MFA als Paediatrice (1), Präventionsassistentin (2)
MFA mit Kurs zur Stillberatung (3)
Arzt/Ärztin mit Fortbildung zum Stillen (4)

6. Besondere Beratungskonzepte zur Stillförderung (3 Punkte)
z. B. Durchführung von 9+12-Beratungen (peb) in der Praxis, Durchführungen von Stillberatungen mit standardisierten Medien (Materialien von Netzwerk Junge Familie) in der Praxis (Arzt + MFA)

7. Unabhängigkeit von der Säuglingsnahrungsindustrie (3 Punkte)
In der Praxis keine Geschenke, Einladungen, Gutscheine etc. von Herstellern und Händlern von Muttermilchersatzprodukten, Flaschen und Saugern annehmen

Auswertung:

24-36 Punkte:	Gratulation: Sie leiten eine stillfreundliche Kinder- und Jugendarztpraxis
12-23 Punkte:	Sie sind auf einem guten Weg zur stillfreundlichen Praxis
00-11 Punkte:	Sie sollten sich noch deutlich mehr für das Stillen engagieren