

FACHJOURNAL

für Stillen und Laktation

1 • 2025



Warum Stillen?
Die Bedeutung des Stillens für
Kind, Mutter und Gesellschaft

Langzeitstillen
Überlegungen zur Bedeutung
von Begriffen

Das Ende der Stillzeit begleiten
Zum Stillen gehört auch
das Abstillen

ISSN 2296-3626

13. Jahrgang



BSS Berufsverband Schweizerischer Still- und Laktationsberaterinnen
ASCL Association suisse des consultant·es en lactation et allaitement maternel
ASCA Associazione svizzera consulenti per l'allattamento e per la lattazione
ASCMT Associazion svizra da cussegliadras per mammas che tezzan

Stillkongress

12. und 13. September 2025

Hotel Arte, Olten

Save the Date

Spannende Vorträge
– in Deutsch und Französisch –
mit Simultanübersetzung

- Erhalten der Oralität bei hospitalisierten Neugeborenen mit Julie Champenois
- Sucht und Mutterschaft mit Michaela Canevascini
- Stillen und Smartphone, Entwicklung des Kindes mit Prof. Dr. Agnes von Wyl
- Substanzen und Medikamente, Übergang in die Muttermilch mit Andrea Burch
- Und viele mehr...



Informationen und
Anmeldung:



www.stillen.ch



BSS Berufsverband Schweizerischer Still- und Laktationsberaterinnen
ASCL Association suisse des consultant·es en lactation et allaitement maternel
ASCA Associazione svizzera consulenti per l'allattamento e per la lattazione
ASCMT Associazion svizra da cussegliadras per mammas che tezzan

Inhaltsverzeichnis

Editorial	4
Im Dialog	5
Brennpunkt	6
Cannabis und Stillen	6
Dossier	10
Warum Stillen?	10
Langzeitstillen	14
Das Ende der Stillzeit begleiten	16
Medien/Bücher	22
Das restriktive Zungenband – Eine interdisziplinäre Herausforderung	22
Das große Gynbuch	22
Arzneimittellehre für Pflegeberufe	23
Aus der Presse	24
Wissenschaft	26
Termine	32
Weltstillwoche 2025	34



Warum Stillen?	10
Die Bedeutung des Stillens	



Langzeitstillen	14
Überlegungen zur Bedeutung von Begriffen	



Das Ende der Stillzeit begleiten	16
Zum Stillen gehört auch das Abstillen	

Wichtiger Hinweis: Erkenntnisse und Wissen in der Medizin sind ständigen Veränderungen unterworfen. Die Autorinnen und Autoren der Artikel im „Fachjournal für Stillen und Laktation“ sowie die Redaktion achten mit großer Sorgfalt darauf, dass die Angaben dem aktuellen Wissensstand entsprechen. Dennoch kann keine Gewähr für Therapien, Dosierungsempfehlungen und Anwendungsformen übernommen werden.

Impressum:

Fachjournal für
Stillen und Laktation

Herausgeber:

BSS – Berufsverband Schweizerischer
Still- und Laktationsberaterinnen

Geschäftsstelle

Bahnhofstrasse 7b
CH-6210 Sursee
Tel: +41 41 926 07 83
E-Mail: office@stillen.ch
www.stillen.ch

Administration:

E-Mail: office@stillen.ch

Chefredaktion:

Denise Both
Telefon: +49 (0) 83 62 94 12 78
E-Mail: Redaktion@stillen.ch

Medizinische Beratung:

Dr. med. Sandra Dübendorfer, Ermatingen (CH)
Dr. med. Gabriele Kewitz, Berlin (D)
Dr. med. Franziska Krähenmann, Zürich (CH)
Dr. med. Nicole Ritsch, Morter (I)

Lektorat:

Dr. Kathrin Gorlitt, Dirlwang (D)

Layout:

akart design
Andrea Jentsch
Enzianweg 46
D-87439 Kempten
www.akart.de

Fotos und Abbildungen:

Titelbild | www.freepik.com
Seite 10, 14 | www.freepik.com
Seite 16 | © Kerri Frischknecht

Jahresabonnement:

Mitglieder des BSS haben aktuell die Möglich-
keit das Heft im Rahmen der Mitgliedschaft zu
erhalten.

Aktivmitgliedschaft inkl. Fachjournal: CHF 250,00

Passivmitgliedschaft inkl. Fachjournal: CHF 150,00

Abonnement für Nichtmitglieder:

CHF 50,00 oder Euro 50,00

Das Jahresabonnement verlängert sich auto-
matisch um ein Jahr, wenn nicht bis spätestens
3 Monate vor Ablauf des Bestellzeitraums
gekündigt worden ist.

Abovertrieb:

E-Mail: office@stillen.ch

Anzeigen:

E-Mail: office@stillen.ch

Erscheinungsweise:

2025: Februar, Juni, Oktober

Anzeigenschluss: für Heft 2/2025:

15. April 2025

Druckunterlagen: 30. April 2025

Auflage Heft 1-2025: 500

ISSN 2296-3626

Die Wiedergabe und der Nachdruck von Artikeln
aus dem „Fachjournal für Stillen und Laktation“
sind nur nach Rücksprache und mit Genehmi-
gung der Redaktion erlaubt.

Die Beiträge geben die Meinung der AutorInnen
wieder und stimmen nicht zwingend mit der
Meinung der Redaktion und des BSS überein.

Für unverlangt eingesandte Texte oder Unter-
lagen wird keine Haftung übernommen.

Stand: Januar 2019

Liebe Leserinnen und Leser,



als wir die Themen für 2025 planten, dach-
te ich zuerst „Müssen wir wirklich noch
darüber schreiben, warum gestillt werden
soll?“. Eigentlich sollte es doch inzwischen
allen klar sein, dass Stillen bzw. die Ernäh-
rung mit Muttermilch der Goldstandard
ist und dass kein Muttermilchersatz dazu
in der Lage ist, die Muttermilch zu kopie-
ren. Doch dann bekam ich eine Einladung
für eine Personalschulung einer Klinik und
wurde tatsächlich von einer teilnehmen-
den Pflegefachkraft gefragt „Wieso sollen
Frauen denn überhaupt stillen?“. Zunächst
dachte ich noch, dass die Frage mich pro-
vozieren sollte. Doch im weiteren Verlauf
der Diskussion wurde mir klar, dass sie
ernst gemeint war und es keineswegs so
ist, dass „alle“ wissen, wie wichtig Stillen
und Muttermilch sind und welche Nach-
teile das Nicht-Stillen mit sich bringt.

Ich gehe davon aus, dass es Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, bewusst ist, wie wichtig
Stillförderung ist. Sicher bemühen Sie sich im Alltag Ihrer Beratungs- und Betreuungs-
tätigkeit ständig darum, Frauen in ihrem Stillwunsch zu begleiten. Ebenso sicher, sind
Sie jedoch auch immer wieder damit befasst, das Umfeld der Mütter aufzuklären, um
sie zu unterstützen, wenn ihr Partner oder ihre Partnerin, ihre (Schwieger)Eltern, die
beste Freundin oder wer auch immer, ihr empfiehlt, „sich das doch nicht anzutun“. Mit
dieser Ausgabe des „Fachjournal für Stillen und Laktation“ möchten wir Ihnen Argu-
mente liefern, die Sie in diesem Bemühen unterstützen.

Wir wünschen Ihnen allen einen schönen Frühling und hoffen, dass Sie unser Fach-
journal im neuen elektronischen Gewand weiterhin so gerne lesen werden wie bisher.

Liebe Leserinnen und Leser,

das Stillen ist eine der natürlichsten und gleichzeitig komplexesten Interaktionen zwischen Mutter und Kind. Es bietet nicht nur die ideale Ernährung für Säuglinge, sondern ist auch eine wichtige Grundlage für seine zukünftige Bindungsfähigkeit, Gesundheit und Entwicklung. Dennoch ist die Frage „Wie lange sollte gestillt werden?“ immer wieder Anlass für Diskussionen – in Fachkreisen, in der Gesellschaft und nicht zuletzt auch innerhalb der Familien.

Mit dieser Ausgabe des Fachjournal für Stillen und Laktation widmen wir uns einer der zentralen Fragen der Stillforschung und Praxis. Die empfohlene Stlldauer wird von internationalen Organisationen wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und beispielsweise von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung klar benannt: Sechs Monate ausschließliches Stillen und ergänzendes Stillen bis zum zweiten Geburtstag oder darüber hinaus. Doch die Realität zeigt, dass die Stlldauer oft weit von diesen Empfehlungen abweicht. Weil sie von kulturellen, sozialen und persönlichen Faktoren geprägt wird, Eltern nicht über die weltweit empfohlene Stlldauer und deren Vorteile informiert sind, sowie zu wenig fachkompetente Unterstützung erhalten oder glauben Stillen und Berufstätigkeit ließen sich nicht vereinbaren.

In dieser Ausgabe beleuchten wir die wissenschaftlichen, medizinischen und psychosozialen Aspekte der Stlldauer.

Besonders stolz sind wir darauf, dass das Fachjournal für Stillen und Laktation mit dieser Ausgabe erstmals als reines digitales E-Magazin erscheint. Mit diesem Schritt möchten wir nicht nur einen Beitrag zu mehr Nachhaltigkeit leisten, sondern auch unseren Leserinnen und Lesern eine zeitgemäße, flexible und zugängliche Möglichkeit bieten, die neuesten Erkenntnisse und Diskussionen rund um das Stillen zu verfolgen.

Am Samstag 29. März 2025 findet die Generalversammlung im Careum in Aarau statt. Anschliessend an die Generalversammlung, erfahren wir Lehrreiches in der Weiterbildung zum Thema Brustkrebs in Schwangerschaft und Stillzeit mit Dr. Schönbauer. Die Anmeldung ist über e-Log möglich. Wir freuen uns auf Sie!

Sarah-Lisa Gisi
Vorstandsmitglied des BSS



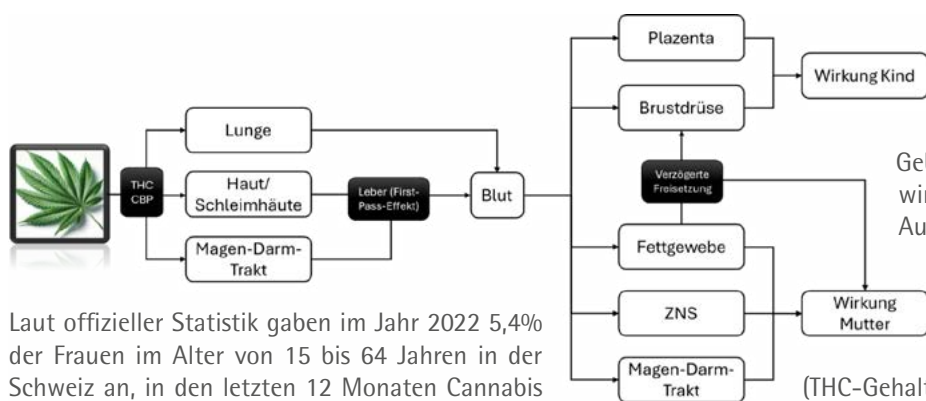
Sarah-Lisa Gisi

Cannabis und Stillen

Was ist bekannt?

PD Dr. med. Verena Boßung, MHBA, IBCLC,
Dr. med. Franziska Krähenmann

Abbildung 1: Aufnahme und Verteilung von Cannabinoiden im Körper



Blütenstände als Haschisch (siehe Tabelle 1). Beides wird häufig mit Tabak vermischt geraucht, aber auch als Tee oder Gebäck konsumiert („Edibles“). In flüssiger Form wird beides per E-Zigarette bzw. Vape geraucht. Auch ein Verdampfen ohne Tabak ist möglich. In fester Form, als sogenannter Dab oder Wachs, können THC und/oder CBD ebenfalls inhaliert werden, hier liegen sehr hohe Wirkstoffkonzentrationen vor

(THC-Gehalt nicht selten >80%). Zudem existieren transdermale Formen (Öle, Lotions) und Suppositorien. Der THC-Gehalt ist in den unterschiedlichen Produkten sehr variabel und in der Regel schlecht kontrolliert, so dass von der Anwenderin kaum kontrolliert werden kann, wieviel Wirkstoff tatsächlich zugeführt wurde. Bei den sogenannten „Edibles“ (z.B. Kekse) setzt die berauschende Wirkung mit Zeitverzug ein, da die Wirkstoffe zunächst im Darm resorbiert werden müssen. Hier kommt es häufiger zu Überdosierungen, da der erwartete Effekt auf sich warten lässt.

Das Verbot von Cannabis zu medizinischen Zwecken ist in der Schweiz seit 2022 aufgehoben. Es handelt sich hauptsächlich um Therapien bei chronischen Schmerzen, Übelkeit unter Chemotherapie und Spastiken bei neurologischen Erkrankungen. Durch die neue Gesetzeslage ist der Anbau, die Verarbeitung, die Herstellung und der Handel mit Cannabis zu medizinischen Zwecken legal. Cannabis ist in der Schweiz in zwei Fertigarzneimitteln zur Therapie spezieller Epilepsieformen (Epidyolex®, nur CBD) und bei Multipler Sklerose (Sativex®, CBD+THC) zugelassen. Zudem können Cannabisarzneimittel verschrieben werden, welche in der Apotheke hergestellt werden (Magistralrezeptur). In diesem Bereich ist der Gehalt an THC bzw. CBD sehr genau kontrolliert. (4)

Im Trend liegen legal zu erwerbende CBD-haltige Produkte wie CBD-Öl, Kosmetika und Lebensmittel. Aufgrund der fehlenden berauschenden Wirkung unterliegen sie in der Schweiz und in Deutschland nicht dem Betäubungsmittelgesetz. Zudem dürfen

Laut offizieller Statistik gaben im Jahr 2022 5,4% der Frauen im Alter von 15 bis 64 Jahren in der Schweiz an, in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert zu haben. Der Anteil ist in der Altersgruppe von 20 bis 24 Jahren mit 15,6% am höchsten und nimmt mit zunehmendem Alter ab. Bei den Männern liegen die Zahlen noch höher. Damit ist Cannabis die am meisten konsumierte illegale Substanz (1). In Deutschland konsumierten 6,8% der 18- bis 64-jährigen Frauen in den letzten 12 Monaten Cannabis, bei den 18 bis 25-Jährigen waren es sogar 19,4% (2). Über den Gebrauch in der Schwangerschaft gibt es weniger Daten. In den USA stieg der Cannabiskonsum in der Schwangerschaft zwischen 2002 und 2017 von 2,2 auf 7% und erlebte im Rahmen der COVID-19 Pandemie nochmals einen Aufschwung auf über 8% (3).

Wirkstoffe und Rechtliches

Die Cannabispflanze ist ein Hanfgewächs (*Cannabis sativa*, *Cannabis indica*), das eine Vielzahl an Wirkstoffen enthält, darunter mehr als 120 Cannabinoide. Cannabinoide können entsprechend ihrer Herkunft in Phytocannabinoide (aus der Hanfpflanze), Endocannabinoide (endogene Neurotransmitter) und synthetische Cannabinoide (künstlich hergestellt) unterteilt werden. Am bekanntesten sind die Cannabinoide THC (Delta-9-Tetrahydrocannabinol), welches für die berauschende Wirkung von Cannabis sorgt, und CBD (Cannabidiol), dem unter anderem eine beruhigende, krampflösende, schmerzlindernde, anti-inflammatorische und antiemetische Wirkung zugeschrieben wird. CBD wirkt nicht berauschend. Die getrockneten Blüten der weiblichen Cannabispflanze werden als Marihuana bezeichnet, das gepresste Harz der

Produkte, die weniger als 1% THC enthalten, in der Schweiz legal verkauft werden und der Besitz von bis zu 10g Cannabis zum Eigengebrauch ist straffrei. Der Verkauf von Haschisch dagegen ist illegal. In Deutschland ist seit 2024 der Besitz von bis zu 25g getrocknetem Cannabis im öffentlichen Raum straffrei, im privaten Raum sogar 50g. Die Teillegalisierung trägt dazu bei, dass Cannabisprodukte von der Bevölkerung teilweise als gesundheitlich unbedenklich oder sogar als gesundheitsfördernd wahrgenommen werden.

Pharmakokinetik

Nach dem Rauchen von Cannabisprodukten werden CBD und THC sehr schnell ins Blut aufgenommen und erreichen bereits nach drei bis zehn Minuten Spitzenspiegel, welche deutlich höher liegen als nach oralem Konsum. Beim Schlucken von Cannabisprodukten werden in der Leber bereits Wirkstoffanteile abgebaut, bevor diese ins Blut gelangen können (First Pass Effekt, siehe auch Abbildung 1). Der Wirkeintritt verzögert sich. Eine Aufnahme über die Haut oder die Schleimhäute umgeht ebenfalls weitestgehend den hepatischen Abbau. THC und CBD sind beide stark lipophile Substanzen mit einem niedrigen Molekulargewicht. Sie werden an low-density Lipoproteine (LDL) gebunden im Blut transportiert, gelangen über den Kreislauf zunächst in gut durchblutete Organe wie Herz, Lunge, Gehirn und Leber, und breiten sich dann überall aus. Die Halbwertszeit von THC beträgt 20–36 Stunden bei gelegentlichem Gebrauch, aber fünf bis sechs Tage bei regelmäßiger Zufuhr. Bei langfristigem Gebrauch können sie aufgrund ihrer Lipophilie besonders gut im Fettgewebe akkumulieren und noch über einen langen Zeitraum nach dem letzten Konsum daraus freigesetzt werden. Ihr Abbau erfolgt hauptsächlich in der Leber über Cytochrom P450 (CYP) Isoenzyme. Die Ausscheidung findet über Urin und Darm statt. Unter anderem aufgrund des Abbaus über das CYP-System kann es zu Wechselwirkungen zwischen THC, CBD und Medikamenten kommen, welche ebenfalls auf diese Enzyme angewiesen sind. (5–7)

Aufgrund ihrer lipophilen Eigenschaften und des geringen Molekulargewichts sind CBD und THC gut plazentagängig und gelangen in die Muttermilch. Auf diese Weise erreichen sie den kindlichen Blutkreislauf und können hier sowohl prä- als auch postnatal ihre Wirkung entfalten. Der Weg über die Plazenta erfolgt per passiver Diffusion. Im Nabelschnurblut von Neugeborenen wurden THC-Spiegel nachgewiesen, welche ca. 2,5- bis sechsfach geringer waren als die der Mutter (8).

Im Trophoblast existieren zudem zahlreiche Rezeptoren, an die Cannabinoide binden können, um so die Plazentafunktion zu beeinflussen (9). Auch die Brustdrüse ist ein fettreiches Gewebe, in dem sich die lipophilen Cannabinoide ansammeln. In den ersten Lebenstagen nach Geburt können sie leicht durch die noch offenen Verbindungen zwischen den Laktozyten hindurch diffundieren, allerdings sind die absoluten Mengen des Kolostrums, die das Neugeborene aufnimmt, zu diesem Zeitpunkt klein. Wenn die Zellverbindungen nach wenigen Tagen eng werden, können die lipophilen Cannabinoide durch die Laktozyten hindurch transportiert werden und so zum Neugeborenen gelangen, was ihnen aufgrund ihrer Eigenschaften leicht gelingt. Ähnlich zur Plazenta finden sich auch in der Brustdrüse Rezeptoren, die mit THC und CBD interagieren (5).

Baker et al. untersuchten acht stillende Frauen, die regelmäßig Cannabis konsumierten (10). Sie baten die Frauen, 24 Stunden auf Cannabis zu verzichten und verabreichten ihnen dann eine standardisierte Cannabis-Inhalationsdosis von 0,1g, welche 23% THC enthält. Im Anschluss wurden mehrere Muttermilchproben zu definierten Zeitpunkten gewonnen. Es gab zwei wichtige Resultate: 1. Der Transfer von THC in Muttermilch wurde nachgewiesen. 2. Es gab eine große Spannbreite zwischen höchstem und tiefstem Wert in der Muttermilch. Die Konzentration in der Milch nach ein bis zwei Stunden betrug durchschnittlich 94ng/ml. Die Spannbreite reichte aber von 12,2 bis 420,3ng/ml. Die relative kindliche Dosis wurde aufgrund aller Parameter wie Milchmenge etc. hochgerechnet auf 2,5% der mütterlichen Dosis, wieder mit einer großen Spannbreite von 0,4 bis 8,7%.

In der Literatur wird die Halbwertszeit von THC in Muttermilch mit 12 bis 39 Stunden angegeben. Spuren können aber bis zu 6 Wochen nachgewiesen werden, was wahrscheinlich auch durch die Speicherung und langsame Freisetzung von THC aus dem Fettgewebe bei langfristigem Konsum zu erklären ist (11). Insgesamt ist es sicher so, dass das gestillte Kind nur einen Bruchteil der mütterlichen THC-Dosis abbekommt.

Wirkmechanismen von Cannabinoiden

THC und CBD interagieren mit Rezeptoren des endogenen Cannabinoid-Systems (ECS) sowie mit weiteren, nicht-cannabinoiden Rezeptoren. Das ECS des menschlichen Körpers ist Teil des Nervensystems und umfasst endogene Cannabinoide wie Anandamid und 2-Arachidonylglycerol sowie ihre entsprechenden CB1- und CB2-Rezeptoren, welche sowohl im Gehirn, als auch im Darm, im Immunsystem und in den Knochen zu finden sind. Zudem ist das ECS entscheidend in die menschliche Reproduktion eingebunden und spielt eine wichtige Rolle bei der Embryonalentwicklung und der Immunregulation in der Schwangerschaft. Entsprechende Rezeptoren befinden sich im Endometrium, an den Ovarien und in der Plazenta (12). Im fetalen ZNS sind bereits ab 14 Schwangerschaftswochen Rezeptoren des ECS nachweisbar. THC bindet direkt als Agonist an CB1- und CB2-Rezeptoren, CBD interagiert wahrscheinlich indirekt bzw. mit CB2-Rezeptoren und hat zum Teil antagonistische Wirkung zum THC. Neben den beiden CB-Rezeptoren des ECS wirken Cannabinoide auch über eine ganze Reihe weiterer nicht-cannabinoider Rezeptoren bzw. Kanäle, wie z.B. Opioid-Rezeptoren, Serotoninrezeptoren oder unspezifische Ionenkanäle. Cannabinoide sowie nicht-cannabinoiden Rezeptoren finden sich nicht nur in mütterlichen und kindlichen Geweben, sondern auch in den Zellen der Plazenta sowie der Brustdrüse (5,9). Zudem gibt es Hinweise, dass epigenetische Effekte eine Rolle bei der Wirkung von Cannabinoiden auf das Nervensystem und das Immunsystem spielen, welche von der Mutter an das Kind weitergegeben werden.

Auswirkungen auf Mutter und Kind

Die Datenlage zu den Effekten von Cannabis auf die Schwangere und ihr Kind sind unzureichend erforscht. In Studien ist das Problem, dass Cannabis häufig gemeinsam mit anderen Substanzen konsumiert wird, wie Tabak, Alkohol oder weiteren Drogen. Bei Häufigkeitsangaben zum Konsum muss man sich zudem auf die Angaben der Schwangeren verlassen, so dass die Daten stör-

Tabelle 1: THC-Gehalt von Cannabisprodukten

Cannabisprodukt	Gewonnen aus	THC-Gehalt, %
Frischcannabis ohne Blüten		1,9
Frischcannabis mit Blüten		7,8
Marihuana	Getrockneten Blüten	12,1
Haschisch	Harz der Blütenstände	29,1
Haschisch-Öl	Extrakt aus dem Harz der Blütenstände	21,5

anfällig sind. Hinzu kommt, dass Frauen mit Cannabiskonsum öfter soziale Risikofaktoren mit sich bringen, wie junges Alter, niedriges Einkommen, niedriges Bildungsniveau oder psychische Belastung. Nicht immer können Studien zur kindlichen Gesundheit für all diese Störfaktoren kontrollieren. Viele Untersuchungen stammen zudem aus den 80er Jahren, wo der THC-Gehalt in Cannabisprodukten oft niedriger war als heute. (13)

Trotz der genannten Einschränkungen muss aufgrund der lipophilen Natur von THC mit Übergang über die Plazenta und in Muttermilch, sowie der wichtigen Rolle des ECS für die Entwicklung des Gehirns und des Immunsystems davon ausgegangen werden, dass ein Cannabiskonsum in Schwangerschaft und Stillzeit Folgen hat. In diese Richtung weisen auch zahlreiche Studien und Metaanalysen, die eine Assoziation eines Cannabiskonsums in der Schwangerschaft mit niedrigem Geburtsgewicht und kleinem Kopfumfang zeigen. Auch das Risiko für eine Frühgeburt und einen IUFT war in einigen Studien erhöht. Ein Risiko für Fehlbildungen scheint hingegen nicht zu bestehen. Alarmierend erscheinen jedoch die Effekte auf die langfristige kindliche Entwicklung. Hier mehren sich die Hinweise, dass eine pränatale Cannabisexposition zu neuromotorischen Defiziten führt, Aufmerksamkeitsstörungen sowie Hyperaktivität fördert und das Risiko für die Entstehung psychiatrischer Erkrankungen inklusive Suchterkrankungen erhöht. Welche Effekte durch THC und welche durch CBD hervorgerufen werden, kann derzeit nicht eindeutig differenziert werden (13,14). Eine aktuelle, sehr große britische Kohortenstudie, welche über 200.000 Mutter-Kind-Paare einschloss, konnte eine signifikante Assoziation zwischen perinatalem Cannabiskonsum und Autismus feststellen. Allerdings lässt sich anhand dieser Daten nicht zwischen Konsum in der Schwangerschaft oder der Stillzeit diskriminieren (15). Eine weitere Studie zeigte ein signifikant erhöhtes Risiko für einen plötzlichen Kindstod im ersten Lebensjahr nach Cannabiskonsum in der Schwangerschaft (1% versus 0,4% (16)).

In der Stillzeit war ein regelmäßiger Cannabiskonsum in Studien mit einer motorischen Entwicklungsverzögerung bei den gestillten Kindern verbunden, Wachstum und Intelligenz waren normal. In anderen Studien mit unregelmäßigem Konsum konnten keine negativen Folgen für die Säuglinge beobachtet werden. Eine sedierende Wirkung auf die gestillten Kinder mit Trinkschwäche wurde beschrieben (11). Beim Einfluss von Cannabis auf das gestillte Kind ist die Abgrenzung vom pränatalen Gebrauch kaum möglich, da die Mehrzahl der Frauen mit Gebrauch in der Stillzeit wahrscheinlich bereits in der Schwangerschaft konsumiert haben. Kontrovers bleibt zudem der Einfluss auf die langfristige kindliche Entwicklung, da die meisten Studien einen relativ kurzen Beobachtungszeitraum von nur einem Jahr haben. Cannabiskonsum scheint auf der maternalen Seite die Zusam-

mensetzung der Muttermilch zu verändern. In einer aktuellen Studie mit 637 Muttermilchproben hatten die 165 Proben mit positivem Cannabispnachweis einen signifikant höheren Protein- sowie einen niedrigeren Fettgehalt (17). Auch geringere IgA Spiegel in Muttermilchproben bei Cannabiskonsum wurden bereits beschrieben (18). Zudem gibt es Berichte von Stillenden, dass unter Cannabiskonsum die Milchbildung abnimmt. Dies wäre durch die Wirkung von Cannabis am ECS erklärlich. Allerdings könnten auch hier das Rauchen an sich (Nikotin) bzw. soziale Risikofaktoren einen Einfluss haben. Auch die Stilldauer ist bei Frauen mit Cannabiskonsum insgesamt kürzer (5).

Empfehlungen internationaler Fachgesellschaften

Die Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) empfiehlt, den Cannabiskonsum während der Stillzeit einzustellen oder zumindest zu reduzieren (19). Falls weiter konsumiert wird, soll nicht grundsätzlich abgestillt, sondern mit der stillenden Frau die Vor- und Nachteile des Stillens unter Cannabisgebrauch besprochen werden. Auch die Art und die Frequenz des Konsums sollen thematisiert werden, da beide einen erheblichen Einfluss auf die zugeführte Dosis an THC und CBD haben.

Das American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) weist in einer Stellungnahme auf fehlende Daten speziell zu Cannabis in der Stillzeit hin, rät aber grundsätzlich vom Gebrauch beim Stillen ab (7).

Die kanadische La Leche Liga hat eine sehr pragmatische Empfehlung herausgegeben, die wir hier – mit kleinen Ergänzungen – als Zusammenfassung wiedergeben möchten (20). Auch hier wird auf eine unzureichende Datenlage zum Cannabiskonsum in der Stillzeit hingewiesen. Die Aufklärung der Frau über die Vorteile des Stillens wird betont. Optimal wäre es, den Cannabiskonsum während der Stillzeit zu beenden, aber wenn konsumiert wird, kommt es maßgeblich auf die Frequenz und die Art des Gebrauchs an. Dies bestimmt die Dosen an THC und CBD, welche in die Muttermilch übergehen. Zudem sollten zusätzliche Risikofaktoren beim Kind (wie Alter, Gewichtszunahme, Neben-

Infobox 1:

Praktische Hinweise an stillende Frauen mit Cannabiskonsum

1. Den Cannabiskonsum so gering wie möglich halten.
2. Cannabis sollte nur im Außenbereich und nicht in der Nähe von Kindern geraucht werden.
3. Eine Stunde nach dem Cannabis-Konsum nicht Stillen (höchste THC/CBD-Konzentration).
4. Es sollte immer eine „nüchterne“ Betreuungsperson für das Kind verfügbar sein.
5. Nach Cannabiskonsum sollte kein Co-Sleeping mit dem Säugling erfolgen. Im Tiefschlaf kann nicht ausreichend Rücksicht auf die Sicherheit des Kindes genommen werden.
6. Bei Sorgen in Bezug auf die Muttermilch als Nahrung für das Kind, unbedingt mit einer medizinischen Fachperson sprechen

diagnosen) und bei der Mutter (Nikotin, andere Medikamente/Drogen) betrachtet werden. Einige praktische Hinweise können an die Stillende weitergegeben werden (siehe Infobox 1).

Cannabis: Screening und Beratung

Alle Schwangeren und Stillenden sollten im Rahmen der Anamnese nach Cannabiskonsum gefragt werden. Häufig besteht bei den Frauen eine Angst vor gesellschaftlicher Verurteilung oder Kindesentzug, wenn sie einen Konsum zugeben. Medizinisches Fachpersonal sollte möglichst neutral auf die Frauen eingehen, um Hilfe dabei leisten zu können, den Konsum zu beenden oder zumindest einzuschränken und psychosoziale Hilfsangebote zu vermitteln. In der Schwangerschaft werden Cannabisprodukte zudem teilweise von Frauen zur Behandlung von Hyperemesis gravidarum und Schmerzen, auch peripartal, eingesetzt. Im Internet kursieren hierzu zahlreiche Erfahrungsberichte. Frauen sollten über wirksame und sichere Alternativen zur Behandlung dieser Symptome beraten und darauf hingewiesen werden, dass über die Effekte der frei zugänglichen Cannabis-Produkte ungenügend Daten existieren, um sie als sicher einzustufen.

Zusammenfassung

Cannabis ist die am meisten konsumierte illegale Droge. Junge Frauen unter 25 Jahren zählen zur Altersgruppe mit den meisten Konsumentinnen. Insbesondere durch die Teillegalisierung von Cannabis in vielen Ländern ist der Konsum angestiegen. THC und CBD sind die beiden wichtigsten Cannabinoide und sind stark lipophile Substanzen mit einem niedrigen Molekulargewicht. Beide sammeln sich besonders gut in fettreichen Geweben an, wozu die Brustdrüse, aber z.B. auch das Gehirn zählen. Über die Plazenta und postpartal über die Muttermilch gelangen THC und CBD zum Kind. Sie wirken an Rezeptoren des ECS sowie an nicht-cannabinoiden Rezeptoren, die sich in vielen Geweben finden. THC ist für die berauschende Wirkung von Cannabis verantwortlich. Die Dosis beim Kind hängt stark von der Häufigkeit und der Art des Konsums der Mutter sowie dem Abstand zum Stillen ab. Die Auswirkungen auf gestillte Kinder fielen in Studien am stärksten bei intensivem Konsum der Mütter aus oder wenn mehrere Substanzen gleichzeitig konsumiert wurden. Die Beurteilung der Wirkung von Cannabinoiden auf gestillte Kinder wird dadurch erschwert, dass Cannabis nicht selten in Kombination mit anderen Substanzen gebraucht wird (Nikotin, Medikamente, Alkohol) und dass betroffene Familien oft weitere psychosoziale Risikofaktoren aufweisen. Zudem liegt häufig ein kombinierter Konsum in der Schwangerschaft und der Stillzeit vor, so dass kaum beurteilt werden kann, wann ein Effekt auf das Kind entstanden ist. Cannabiskonsum ist keine Kontraindikation für das Stillen. Stillberaterinnen sollten möglichst neutral auf Frauen eingehen, um Hilfe dabei leisten zu können, den Cannabiskonsum in der Stillzeit zu beenden oder zumindest einzuschränken und psychosoziale Hilfsangebote zu vermitteln.

Literatur

1. Cannabiskonsum (Alter: 15–64) | MonAM | BAG [Internet]. [cited 2025 Jan 23]. Available from: <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/monam/cannabiskonsum-alter-15-64>
2. Karachaliou K, Neumeier E, Olderbak S, Möckl J, Krowartz EM, Schnei-

der F. Drogen Workbook Drugs DEUTSCHLAND Bericht 2024 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EUDA (Datenjahr 2023 / 2024).

3. Young-Wolff KC, Ray GT, Alexeeff SE, Adams SR, Does MB, Ansley D, et al. Rates of Prenatal Cannabis Use among Pregnant Women before and during the COVID-19 Pandemic. Vol. 326, JAMA - Journal of the American Medical Association. American Medical Association; 2021. p. 1745–7.
4. Bundesamt für Gesundheit. Medizinische Anwendung von Cannabis [Internet]. [cited 2025 Jan 29]. Available from: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/medizin-und-forschung/heilmittel/med-anwend-cannabis.html>
5. Castro-Navarro I, McGuire MA, Williams JE, Holdsworth EA, Meehan CL, McGuire MK. Maternal Cannabis Use during Lactation and Potential Effects on Human Milk Composition and Production: A Narrative Review. *Advances in Nutrition*. 2024 Apr 1;15(4):100196.
6. Lucas CJ, Galettis P, Schneider J. The pharmacokinetics and the pharmacodynamics of cannabinoids. *Br J Clin Pharmacol*. 2018 Nov 1; 84(11):2477.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 722: Marijuana Use During Pregnancy and Lactation. *Obstetrics and gynecology*. 2017 Oct 1;130(4):e205–9.
8. Blackard C, Tennes K. Human placental transfer of cannabinoids. *N Engl J Med*. 1984 Sep 20;311(12):797–797.
9. Rokeby ACE, Natale B V., Natale DRC. Cannabinoids and the placenta: Receptors, signaling and outcomes. *Placenta*. 2023 Apr 1;135:51–61.
10. Baker T, Datta P, Rewers-Felkins K, Thompson H, Kallem RR, Hale TW. Transfer of Inhaled Cannabis Into Human Breast Milk. *Obstetrics and gynecology*. 2018 May 1;131(5):783–8.
11. Cannabis. Drugs and Lactation Database (LactMed) [Internet]. 2024 Dec 15 [cited 2025 Jan 23]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501587/>
12. Dong C, Chen J, Harrington A, Vinod KY, Hegde ML, Hegde VL. Cannabinoid exposure during pregnancy and its impact on immune function. Vol. 76, Cellular and Molecular Life Sciences. NIH Public Access; 2019. p. 729–43.
13. Graves LE, Robert M, Allen VM, Dama S, Gabrys RL, Tanguay RL, et al. Guideline No. 425b: Cannabis Use Throughout Women's Lifespans – Part 2: Pregnancy, the Postnatal Period, and Breastfeeding. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2022 Apr;44(4):436–444.e1.
14. Navarrete F, García-Gutiérrez MS, Gasparyan A, Austrich-Olivares A, Femenía T, Manzanares J. Cannabis Use in Pregnant and Breastfeeding Women: Behavioral and Neurobiological Consequences. *Front Psychiatry*. 2020 Nov 2;11:1056.
15. Tadesse AW, Ayano G, Dachew BA, Betts K, Alati R. Exposure to maternal cannabis use disorder and risk of autism spectrum disorder in offspring: A data linkage cohort study. *Psychiatry Res*. 2024 Jul 1;337.
16. Bandoli G, Delker E, Schumacher BT, Baer RJ, Kelly AE, Chambers CD. Prenatal cannabis use disorder and infant hospitalization and death in the first year of life. *Drug Alcohol Depend*. 2023 Jan 1;242.
17. Narayanan P, Bertrand K, Waalen J, Chambers C, Ferran K, Bandoli G. The Effect of Cannabis Consumption During Lactation on the Macronutrient Concentrations in Breast Milk. *Breastfeed Med*. 2025 Jan 1;20(1).
18. Josan C, Shiplo S, Fusch G, Raha S, Shea AK. Cannabis use during lactation may alter the composition of human breast milk. *Pediatr Res*. 2023 Jun 1;93(7):1959–68.
19. Harris M, Schiff DM, Saia K, Muftu S, Standish KR, Wachman EM. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #21: Breastfeeding in the Setting of Substance Use and Substance Use Disorder (Revised 2023). *Breastfeed Med*. 2023 Oct 1;18(10):715–33.
20. La Leche League Canada – Breastfeeding Support and Information. Cannabis and Breastfeeding [Internet]. [cited 2025 Jan 28]. Available from: <https://www.lllc.ca/cannabis>
21. SGRM Gruppe Forensische Chemie. Statistik 2023: THC [Internet]. [cited 2025 Jan 29]. Available from: <https://www.sgrm.ch/de/forensische-chemie-und-toxikologie/fachgruppe-forensische-chemie/statistiken-thc/>

Warum Stillen?

Die Bedeutung des Stillens für Kind, Mutter und Gesellschaft

Denise Both, IBCLC



Die ersten 1000 Tage (beginnend mit der Zeugung bis zum 2. Geburtstag) sind ein entscheidender Zeitraum, in dem die gesundheitlichen Weichen für den späteren Lebensweg eines Kindes gestellt werden. Denn nicht nur die Gene bestimmen, mit welchen Anlagen ein Mensch in sein Leben startet, sondern es finden innerhalb dieses Zeitfensters eine Vielzahl physiologischer, immunologischer und neurologischer Entwicklungen statt, die grundlegend für sein langfristiges Wohlergehen sind. So spielen der Ernährungsstatus und Lebensstil der Mutter vor und während der Schwangerschaft sowie die Ernährung und das Umfeld des Kindes eine wesentliche Rolle für die Programmierung spezifischer Regulationszentren, deren Reaktionen und Anpassungsfähigkeit das gesamte spätere Leben beeinflussen.

Es herrscht der allgemeine Konsens, dass das Stillen bzw. die Ernährung mit Muttermilch die Default Einstellung für die Ernährung des Säuglings ist und einen wesentlichen Beitrag zu seiner gesunden Ernährung und Entwicklung leistet. Muttermilch ist ein wichtiges Bindeglied zwischen der Gesundheit von Mutter und Kind und kann als einzigartiges biologisches System verstanden werden, das als „vernetzte Triade“ bezeichnet werden

kann. Dieses Dreieck aus Mutter, Muttermilch und Säugling bildet ein dynamisches und voneinander abhängiges System. Jede Veränderung in diesem Dreiklang kann weitreichende Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes und die Gesundheit der Mutter haben. Aus diesem Wissen lässt sich unschwer ableiten, wie wichtig die Förderung des Stillens und der Muttermilchernährung sowohl für die gesunde Entwicklung des Kindes als auch für die Gesundheit der Mutter ist.

Faszination Muttermilch

Eine grobe Analyse der Muttermilch ergibt, dass sie aus 87% Wasser, 7% Kohlenhydrate, 4% Fett, 1,5% Proteinen sowie Spurenelementen besteht. Doch diese chemische Aufschlüsselung wird der Komplexität der Zusammensetzung der Muttermilch absolut nicht gerecht. Neben Makro- und Mikronährstoffen enthält Muttermilch bioaktive Moleküle, Zellen sowie Mikrobiota. Zudem muss berücksichtigt werden, dass sie einer fortwährenden Veränderung unterliegt. Kolostrum, Übergangsmilch und reife Muttermilch unterscheiden sich deutlich voneinander. Auch spielt es neben der mütterlichen Ernährung und Umweltfaktoren eine Rolle, ob die Milch für ein frühgeborenes oder reif geborenes Neugeborenes oder ein älteres Baby oder Kleinkind gebildet wird, welches Geschlecht das Neugeborene hat und zu welcher Tageszeit die Milch produziert wird.

Kohlenhydrate

Beginnen wir den Ausflug in die Biochemie und Molekularbiologie mit den Kohlenhydraten. Das Hauptkohlenhydrat der Muttermilch ist die Laktose, ein Zweifachzucker aus Galaktose und Glukose, die etwa 30 bis 40% der Gesamtenergie der Muttermilch liefert. Galaktose spielt wahrscheinlich eine wichtige Rolle für die schnelle Gehirnentwicklung. Außerdem unterstützt Laktose die Kalziumaufnahme und gemeinsam mit den Oligosacchariden eine gesunde Darmbesiedelung.

Humane Milch-Oligosaccharide (HMOs) stellen nach Laktose und Fetten den dritthäufigsten festen Bestandteil der Mutter-

milch dar. Insgesamt wurden über 200 verschiedene Arten dieser Zuckermoleküle in der Muttermilch identifiziert, wobei die tatsächlich vorkommende Zahl von Frau zu Frau unterschiedlich ist.

Aufgrund ihrer Struktur sind die HMOs kaum verdaulich und spielen daher keine Rolle für die Energieversorgung. Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass sie das Wachstum und den Körperbau in den ersten sechs Lebensmonaten beeinflussen könnte. Der im Gehirn erhöhte Sialinsäurespiegel von gestillten Kindern im Vergleich zu Kindern, die keine Muttermilch erhalten, lässt zudem die Bedeutung der sialysierten HMOs erkennen.

Von besonderer Bedeutung sind die anti-adhäsive antimikrobielle Wirkung und die präbiotischen Eigenschaften der HMOs. Erstere schützt das Kind vor Krankheitserregern und zwar sowohl vor Viren, Bakterien als auch Protozoen. Zweitere unterstützen das Wachstum von Bakterien wie Bifidobakterien und Laktobazillen und damit die Entwicklung einer gesunden Darmflora.

Fett

Muttermilchfett liefert etwa 50 – 60% des vom Säugling benötigten Energiebedarfs.

Der Fettgehalt der Muttermilch ist überaus variabel, sowohl interindividuell von Frau zu Frau als auch während einer Stillmahlzeit. Faktoren mit Einfluss auf den Fettgehalt sind unter anderem die Laktationsphase, ob es sich um eine Erstgebärende oder Mehrgebärende handelt und in welchem Ernährungszustand sie sich befindet.

Wenig überraschend, kann der menschliche Säugling das Muttermilchfett besser aufnehmen und verwerten als das Fett aus der Milch anderer Säugetiere. Es wird davon ausgegangen, dass dies auf die Zusammensetzung des Fettsäurespektrums der Muttermilch sowie das in der Muttermilch enthaltene fettspaltende Enzym gallensalzstimulierte Lipase (BSSL, Bile Salt-stimulated Lipase) zurückzuführen ist.

Die kurz-, mittel- und langkettigen Fettsäuren sowie die Sphingomyeline aus der Membran der Milchfettkügelchen unterstützen die Reifung des Gastrointestinaltraktes und die visuelle und neuronale Entwicklung einschließlich der Myelinisierung des zentralen Nervensystems. Desweiteren haben sie antivirale und antiprotozoische Effekte und wirken modulierend auf das Immunsystem.

Proteine

Im Vergleich zu der Milch anderer Säugetiere enthält die Muttermilch relativ wenig Protein. Doch die Menge von etwa 1% Protein ist absolut ausreichend, um den durchschnittlichen Proteinbedarf eines Kindes in den ersten sechs Monaten vollständig zu decken. Eine höhere Proteinzufuhr ist nicht von Vorteil, sondern wirkt sich langfristig eher negativ aus und kann insbesondere der Entwicklung von Adipositas Vorschub leisten.

Insgesamt konnten in der Muttermilch mehr als 900 verschiedene Proteine nachgewiesen werden, die eine Vielzahl von Auf-

gaben übernehmen. Zu ihnen gehören Immunglobuline, Transportproteine wie Lactoferrin, Wachstumshormone, Enzyme und Immunfaktoren.

Caseine dienen überwiegend der Ernährung und versorgen das Kind mit essenziellen Aminosäuren, Kalzium und Phosphor. Der im Verhältnis zu künstlicher Säuglingsnahrung geringere Caseingehalt sorgt dafür, dass sich im kindlichen Magen ein weicherer Käsebruch (gallertartige Masse aus ausgefälltem Casein) bildet, der im Verdauungstrakt schneller weiter geleitet wird, als dies bei künstlicher Säuglingsnahrung der Fall ist. Verglichen mit anderen Säugetieren deutlich moderatere Wachstumsgeschwindigkeit von Menschenkindern, ist ebenfalls auf den niedrigeren Caseingehalt zurückzuführen.

Die bei der Verdauung von Casein entstehenden Peptide haben über den reinen Ernährungseffekt antimikrobielle, immunmodulatorische, antithrombotische, antihypertone und opioide Wirkungen.

Die Molkeproteine machen den Hauptteil der Muttermilchproteine aus. Die wichtigsten Molkeproteine sind das eisenbindende und indirekt antimikrobiell

wirkende Lactoferrin, das bakteriostatisch, bakterizid wirkende und wachstumsfördernde Lysozym, sekretorisches IgA, das sich als Immunglobulin gezielt gegen Bakterien im mütterlichen Umfeld richtet und antipathogen wirkt, das Zink- und Kalziumbindende, immunprotektiv wirkende sowie die Darmreifung und -entwicklung unterstützende α -Lactalbumin sowie die oben bereits erwähnte gallensalzstimulierte Lipase.

Weitere Proteine sind unter anderem die keimhemmenden Muzine, entzündungshemmende Zytokine und Wachstumsfaktoren.

Außer den bisher aufgeführten immunkompetenten Proteinen wird das Immunsystem eines Säuglings zusätzlich durch kleine RNA-Moleküle, sogenannte Mikro-RNA (miRNA) gestärkt.

Weitere Inhaltstoffe

Neben den Mikronährstoffen, Vitaminen und Hormonen, auf deren Bedeutung hier aber nicht näher eingegangen werden kann, enthält Muttermilch lebensfähige Zellen. So können sich Stammzellen aus der Muttermilch im kindlichen Körper weiter ausdifferenzieren und zum Beispiel dazu beitragen, Infektionen zu bekämpfen.

Die noch keinesfalls vollständige Beschreibung ihrer Zusammensetzung lässt leicht erkennen, dass es sich bei der Muttermilch um eine extrem komplexe lebende und sich stets wandelnde Flüssigkeit handelt, die sich immer wieder neu an die Bedürfnisse des jeweiligen Kindes anpasst. Ihre Zusammensetzung, die Funktionen der einzelnen Bestandteile und deren Wechselwirkungen sind noch lange nicht abschließend erforscht. Was jedoch bisher bekannt ist, zeigt, dass wohl alle Anstrengungen, Muttermilch exakt zu kopieren, letztlich scheitern werden.

Nicht-Stillen führt nicht nur zu einer größeren Gesundheitsbelastung bei Mutter und Kind, sondern auch zu hohen ökonomischen Kosten, die von der Gesellschaft getragen werden müssen

Mehr als nur Ernährung

So faszinierend die Biochemie der Muttermilch ist, so ist das Stillen doch mehr als nur Ernährung. Seine Auswirkungen erstrecken sich in vielfacher Weise auf Kind, Mutter, Familie und Gesellschaft.

Was bedeutet Stillen für das Kind?

- Stillen reduziert das Risiko für Mittelohrentzündungen, Atemwegsinfekte und Durchfallerkrankungen.
- Es vermindert das Risiko, im späteren Leben an Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie, Adipositas und Hypertonie zu erkranken.
- Stillen senkt das Risiko für SIDS
- Gestillte Kinder haben weniger Zahnerkrankungen und kieferorthopädische sowie logopädische Probleme.
- Stillen fördert die kognitive Entwicklung.
- Darüber hinaus bedeutet „Stillen“ auch „Stillung“ des Bedürfnisses nach Nähe und Zuwendung

Was bedeutet Stillen für die Mutter?

- Geringerer Blutverlust nach der Geburt durch schnellere Gebärmutterrückbildung.
- Stillen unterstützt die hormonelle Einstellung auf die Bedürfnisse des Babys.
- Selteneres Auftreten oder milderer Verlauf von postpartaler Depression (Babyblues).
- Weniger Stress, da das Baby schnell beruhigt werden kann und keine zusätzliche Wartezeiten für Zubereitung und richtige Temperatur notwendig werden.
- Stillen mindert die Gefahr für Diabetes Typ 2 und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- Es reduziert das Risiko für Endometriose, Eierstock- oder Brustkrebs.
- Stillen unterstützt die Gewichtsreduktion und verstärkt das positive Körpergefühl der Frau.

Was bedeutet Stillen für die Familie?

- Mobilität und Flexibilität für die Familie – ein Stillkind kann ohne großen Aufwand mitgenommen werden.
- Sicherheit, dass auch in Ausnahmesituationen (z.B. Naturkatastrophen, Stromausfall) die Ernährung des Babys gesichert ist.
- Finanzielle Entlastung

Was bedeutet Stillen für die Gesellschaft?

- Senkung der Kosten des Gesundheitswesens
 - direkte Einsparungen durch weniger Behandlungskosten
 - Förderung der emotionalen kindlichen Basis durch direkte Bedürfnisbefriedigung und häufigen Körperkontakt führen zu emotional stabileren Persönlichkeiten.
- Umweltschutz
 - Gesamtwirtschaftlich müssen die Kosten für den Energieaufwand bei der Produktion und Verarbeitung der Kuhmilch, für den Materialaufwand bei der Verpackung des Milchpulvers, der Flaschen und Sauger sowie die Kosten für den Transport vom Hersteller zum Händler und schließlich zum Kunden berücksichtigt werden.
- Arbeitgeber
 - Eine höhere Stillrate senkt die Fehlzeiten der Eltern aufgrund von Erkrankungen des Kindes und damit die Kosten bzw. erhöht die Produktivität der Eltern.

Auch diese Aufzählung ist sicher noch nicht vollständig.

Warum stillen?

Die bisherigen Ausführungen bestätigen die wissenschaftlich schon lange belegte Bedeutung einer ausgewogenen und guten Ernährung vom Säuglingsalter an, zu der an allererster Stelle das Stillen gehört. Die durch Fehlernährung hervorgerufenen Gesundheitsprobleme wie Essstörungen oder Übergewicht mit den daraus resultierenden Erkrankungen, führen zu rapide steigenden Kosten und Belastungen des Gesundheitssystems. Die Frage nach möglicher Prävention zu diesen Folgeerkrankungen wird deshalb immer drängender.

Stillen schützt und Stillförderung ist primäre Gesundheitsförderung!

Es darf auch nicht vergessen werden, dass eine problemlose Stillzeit von vielen Frauen schlicht als gute Erfahrung erlebt wird, die die Beziehung zu ihrem Kind auf lange Sicht stärkt. Es liegt an uns in der Stillberatung Tätigen, Frauen und Familien dabei zu unterstützen, ihre Stillziele zu erreichen und alle positiven Aspekte des Stillens genießen zu dürfen.

Literatur kann unter <https://www.stillen.ch/fachjournal/zusatzmaterial> abgerufen werden.

Suchen Sie nach einem Geschenk? Verschenken Sie Wissen!

Das Geschenk-Abo des «Fachjournal für Stillen und Laktation» beinhaltet drei Ausgaben und endet nach Ablauf dieser drei Ausgaben automatisch.

Der Preis für ein Abonnement beträgt 50.– CHF oder 50.– Euro

Bestellungen mit dem Vermerk „Geschenk-Abo“ an: E-Mail: office@stillen.ch



Ein Jahr

Stillkongress

12. und 13. September 2025

Hotel Arte, Olten

Programm

Freitag

- **Kindliches Immunsystem – Maternelle Mikrobiome und das Stillen (I)**
Prof. Dr. rer. nat. Stephanie Ganai-Vonarburg
- **Psychopharmaka & Cannabis – klinisches Wissen für die Beratung im Alltag (IV)**
Andrea Burch, klinische Pharmazeutin FPH
- **Analgesie peri- und postpartal – neues Wissen, neue Standards (IV)**
Andrea Burch, klinische Pharmazeutin FPH
- **Bindungsaufbau und Stillen postpartum (V, VI)**
Stephanie Karrer, M. Sc. Psychologie
- **Smartphone-Nutzung durch die Eltern und die Auswirkung auf die Entwicklung des Säuglings (V)**
Prof. Dr. Agnes von Wyl, Psychologie
- **WHO-Kodex, Social Media und Ich (E)**
Brita Boutry-Stadelmann, PhD, Still- und Laktationsberaterin IBCLC, WBTi-Koordinatorin, Beraterin bei GIFA

Samstag

- **Neugeborene im Spital: Prävention von oralen Störungen und Schutz des Stillens (III)***
Julie Champenois
- **Wie wirken sich Störungen des Hormonsystems auf das Stillen aus? (II, III)***
Dr Vilija Snieckuviene, Gynäkologie/Geburtshilfe, IBCLC
- **Stimmen von Müttern mit Suchterkrankung: Stigmatisierung, Herausforderungen und Empfehlungen (V)***
Michaela Canevascini, PhD Anthropologie
- **Wie das Tragen des Stillen unterstützen kann (VII)**
Nora de Staël, Gründerin Trageschule Schweiz
- **Von der Theorie zur Praxis – Neues aus der Forschung (VII)**
Denise Both, IBCLC, Still- und Laktationsberaterin, Chefredakteurin Fachjournal für Stillen und Laktation
- **Wachstumsverzögerung: Wenn die Stillberaterin nicht mehr weiterkommt (I, III)**
Pädiatrisch-Endokrinologisches Zentrum Zürich
- **Primary Results einer umfassenden Stillstudie (VII)**
Dr. Stephanie Rosin, Still- und Laktationsberaterin IBCLC, Filmemacherin, Berlin

* Referat in Französisch, simultan übersetzt

Änderungen vorbehalten!

Viele
spannende
Vorträge warten
auf Dich!



Gelegenheit zum fachlichen Austausch und
Networking

bis zu 12,25 CERPs

Weitere Informationen und Anmeldung:
www.stillen.ch/stillkongress/stillkongress

Langzeitstillen

Überlegungen zur Bedeutung von Begriffen

Dipl. Päd. Christiane Stange, Stilberaterin LLL



Wenn es um das Stillen von Kleinkindern geht, ist in der Regel vom Langzeitstillen die Rede. Betrachten wir den Begriff mit einer gewissen Neutralität, so erscheint er zunächst recht harmlos. Er beschreibt scheinbar einfach eine Art des Stillens, nämlich die, bei der lange gestillt wird. Was auch immer das bedeutet.

Bei einem Blick ins wahre Leben wird aber schnell klar „Langzeitstillen“ ist keineswegs neutral. Es geht offensichtlich um Stilldauer gemessen am Alter des Kindes. Was ist denn dann das Gegenstück zum Langzeitstillen? Vielleicht das Kurzzeitstillen? Diesen Begriff benutzen aber weder Fachleute noch Laien.

Im allgemeinen Sprachgebrauch gibt es nur „Stillen“ und „Langzeitstillen“. Dann könnte ja alles gut sein. Die Begriffe sind vielleicht etwas ungeschickt gewählt, aber sie grenzen einfach zwei Altersgruppen von Stillkindern gegeneinander ab. Oder doch nicht?

Nein, denn diese beiden Begriffe sind nicht neutral. Wie könnten sie auch, wenn doch das Thema Stilldauer sowohl in Fachkreisen als auch gesamtgesellschaftlich hoch emotional und mit vielen Nebenschauplätzen diskutiert wird. Wenn wir ehrlich sind, stehen sich nicht die Begriffe „Stillen“ und „Langzeitstillen“ gegenüber, sondern „normales Stillen“ und „Langzeitstillen“. Es geht eben nicht um eine beschreibende Abgrenzung des Alters, wie es zum Beispiel bei den Begriffen „Baby“ und „Kleinkind“ der Fall ist, sondern um die Einordnung auf einem Spektrum von Normalität.

Und „normal“ ist ein Begriff mit vielen Bedeutungen. Schon eine kurze Internetsuche zu Synonymen zeigt: Normal ist, was üblich, alltäglich, gängig und vertraut ist – also irgendwie bekannt und gut. Berücksichtigen wir dann noch verschiedene Bezugssysteme für diese Norm, wird es noch vielschichtiger und verwirrender. Geht es um Statistik, Kultur, Psychologie, Physiologie oder Medizin? Allen gemein ist die Wertung, die jede Art von Norm (und der Abweichung davon) mit sich bringt.

Es geht also eigentlich um „normales Stillen“ und „zu langes Stillen“.

Für die Frage, wann das sogenannte Langzeitstillen beginnt, gibt es keine allgemeingültige Antwort. Entgegen der oben bereits angebrachten Unterscheidung von Baby und Kleinkind, ist der Einstiegszeitpunkt in das sogenannte Langzeitstillen im besten Fall abhängig von der Fachrichtung beziehungsweise des Bezugssystems. Und naturgemäß unterscheiden sich diese Werte erheblich. Zwei Beispiele: In der World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi) für Deutschland aus dem Jahr 2023 findet sich unter Bezugnahme auf Brettschneider et al. (2018) ein statistischer Median der Gesamtstilldauer von etwas über sechs Monaten. Die vielen Müttern zumindest in Teilen bekannte Veröffentlichung von Dettweiler (1995) mit einem anthropologischen Hintergrund kommt zu ganz anderen Zahlen. Abgeleitet von ihren Untersuchungen an nichtmenschlichen Primaten beschreibt sie eine Mindeststilldauer von 2,5 Jahren mit einem Maximum von bis zu sieben Jahren.

Fragt man Mütter, ab wann sie sich selbst zu den sogenannten Langzeitstillmüttern zählen – so aus dem Bauch heraus – erhält man Altersangaben von rund 12–18 Monaten.

Schauen wir uns einige aktuelle Empfehlungen zur Gesamtstilldauer an. Gibt es hier Aussagen dazu, wann das sogenannte Langzeitstillen beginnt?

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt bekanntermaßen das Stillen bis zum 2. Geburtstag und darüber hinaus. Auch die American Academy of Pediatrics (AAP) unterstützt in ihrer aktuellen Erklärung von 2022 diese Empfehlung.

Die Nationale Stillstrategie in Deutschland macht keine Angabe zur Gesamtstilldauer, sondern überlässt die Entscheidung Mutter und Kind. Damit inhaltlich identisch sind auch die Empfehlung der Stillförderung Schweiz sowie die der Nationalen Ernährungskommission Österreichs.

La Leche League International, und dementsprechend all ihre nationalen Organisationen, unterstützen die Empfehlung der WHO und formulieren in ihren Grundsätzen: „Im Idealfall wird die Stillbeziehung fortgesetzt, bis das Kind ihr erwachsen ist.“

In keiner der Empfehlungen gibt es eine Aussage dazu, wann „Langzeitstillen“ beginnt. Es wird nur zwischen ausschließlichem Stillen und dem Stillen mit Beikostgabe unterschieden. Und Konsens aller Empfehlungen ist, dass es keine Obergrenze für die Gesamtstilldauer gibt.

Warum lasse ich es dann nicht einfach gut sein? Ja, in dem Begriff „Langzeitstillen“ schwingt ein „zu“ mit, aber muss man sich wirklich so darüber aufregen? Ich finde, ja.

Denn wenn das Stillen zu einem Zeitpunkt X als zu langes Stillen und damit nicht mehr als normal, sinnvoll oder sogar als schädlich eingeschätzt wird und diese Einschätzung auch noch individuell und willkürlich erfolgt, ohne klar definierte Bezugspunkte, birgt das erhebliche Risiken für Mütter und Kinder.

Sogenannte Langzeitstillmütter sind im Alltag ohnehin oft Unverständnis, Kritik und Anfeindungen ausgesetzt – sie wenden viel Kraft auf, um aufzuklären, zu informieren und sich zu recht-

fertigen. Nicht zu vergessen die viele emotionale Arbeit, die sie leisten, damit sich andere in ihrer Gegenwart trotz des Stillens wohlfühlen. Das alles sollte nicht ihre Aufgabe sein.

Wirklich kritisch wird es darüber hinaus, wenn Fachleute verschiedener Fachrichtungen die Empfehlungen zur Stilldauer nicht kennen und/oder nicht umsetzen und stattdessen ein unfundiertes Urteil über Normalität, Notwendigkeit oder gar Schädlichkeit fällen: Medizinisches Fachpersonal fokussiert sich vorschnell auf

das Stillen als vermeintliche Hauptursache für gesundheitliche Probleme bei Mutter oder Kind und forschen nicht umfassend nach. Stillende Mütter werden aus Unwissenheit nicht ausreichend medizinisch behandelt (stillverträgliche Medikamente/ Untersuchungen). Die Verantwortung für die Eingewöhnung in die außerfamiliäre Betreuung wird vom Betreuungspersonal auf die Mutter (Schlafen, Bindung) verla-

gert. Berufstätigkeit wird zusätzlich erschwert. Eltern trauen sich nicht, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (Erziehungsberatung). Stillen wird pathologisiert bis hin zur juristischen Bedeutsamkeit (Sorgerecht).

Wir Stillberaterinnen hören Berichte über diese Probleme regelmäßig in unseren Ü1 Stillgruppen*. Natürlich unterstützen, informieren und stärken wir die Mütter. Aber ich wiederhole mich – es sollte nicht die Aufgabe der Mütter und ihrer Familien sein, diese Kämpfe auszufechten. Sie verdienen Unterstützung. Mindestens aber sollte ihnen professionell und offen begegnet werden. Das sogenannte Langzeitstillen darf kein Manko sein. Es darf nicht unnorm sein.

Und deshalb lasse ich es nicht einfach gut sein. Wenn wir eine Normalisierung von Stillen über die gesamte Stillzeit hin erreichen wollen, liegt es in unserer Verantwortung als Stillberaterinnen, als Fachpersonen, als Unterstützerinnen, die Wahrnehmung und Bewertung zu ändern. Sprache ist mächtig, nutzen wir das!

Nur in wenigen Fällen ist es überhaupt nötig, eine Aussage über das Alter des Kindes zu machen. Und wenn, dann haben wir dafür schon Begriffe: Baby, Kleinkind oder einfach das Alter des Kindes. Für alle anderen Situationen können wir einfach einen Begriff nutzen: Stillen.

*Stillgruppe für Mütter mit Kindern über 1 Jahr

Es geht also eigentlich um „normales Stillen“ und „zu langes Stillen“.

Zum Weiterlesen:

- https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2
- (AAP) Pediatrics (2022) 150 (1): e2022057988. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-057988> (7.01.2025)
- <https://www.bmel.de/DE/themen/ernaehrung/gesunde-ernaehrung/schwangerschaft-und-baby/stillstrategie.html>
- <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:a81a5538-c104-4f1c-93f1-0f701ec0fb7e/%C3%96sterreichische%20Stillempfehlung%20BMSGPK%20CD.pdf> (7.01.2025)
- https://www.stillfoerderung.ch/logicio/pmws/stillen_grundlagen__de.html (7.01.2025)
- <https://www.lalecheliga.de/ueber-uns/>

- Becker, Sarah (2017): Langzeitstillen in Deutschland. Erfahrungsberichte von Müttern für Mütter. BoD, Norderstedt
- Brettschneider, AK., von der Lippe, E. & Lange, C. Stillverhalten in Deutschland – Neues aus KiGGS Welle 2. Bundesgesundheitsbl 61, 920–925 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00103-018-2770-7> (5.09.2024)
- Burri, Kathrin (2020): Langes Stillen. Natürlich, gesund, Bedürfnisorientiert. Kösel
- Dettweyler, Katherin A. (1995): A Time to Wean: The Hominid Blueprint for the Natural Age of Weaning in Modern Human Populations. In: Stuart-Macnam, Patricia et.al (Hg.): Breastfeeding. Biocultural perspectives. New York

Das Ende der Stillzeit begleiten

Zum Stillen gehört auch das Abstillen

Denise Both, IBCLC



Die amerikanische Akademie der Kinderärzte (AAP) empfiehlt eine mindestens einjährige Stillzeit für alle Kinder und daran anschließendes Stillen, solange Mutter und Kind es wollen. In der Version dieser Empfehlungen vom Februar 2005 weisen die amerikanischen Kinderärzte zudem ausdrücklich darauf hin, dass es keinen wissenschaftlichen Beleg gibt, der eine Altersobergrenze für das Stillen des Kindes rechtfertigt und dass es keine Hinweise auf psychische Schäden oder Entwicklungsstörungen beim Kind gibt, wenn bis ins dritte Lebensjahr oder noch länger gestillt wird.

Von der European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) wird die Förderung des ausschließlichen Stillens für mindestens vier Monate (17 Wochen, Beginn des 5. Lebensmonats) und ausschließliches oder überwiegendes Stillen für etwa sechs Monate als ein wünschenswertes Ziel erachtet. Beikost (feste Nahrung und Flüssigkeiten außer Muttermilch oder künstlicher Säuglingsnahrung) sollte nicht vor vier Monaten und nicht später als mit sechs Monaten eingeführt werden.

Jede Stillzeit geht irgendwann zu Ende. Doch wie lange sollte gestillt werden und wann ist der richtige Zeitpunkt für die Einführung von Beikost gekommen? Die Frage nach der Stilldauer und dem idealen Zeitpunkt für das Abstillen beschäftigt sowohl Eltern als auch Fachpersonal und wird immer wieder heftig diskutiert.

Empfehlungen zur Stilldauer

Auch die offiziellen Empfehlungen zur Stilldauer sind keineswegs überall gleich. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt, Säuglinge in den ersten sechs Lebensmonaten ausschließlich und – parallel zur Einführung von Beikost – weiter bis zum zweiten Geburtstag zu stillen. Danach kann das Stillen so lange fortgesetzt werden, wie Mutter und Kind es wünschen. Stillen über den zweiten Geburtstag hinaus ist physiologisch und nicht negativ zu bewerten. Dass diese Empfehlung nicht nur für Kinder in Entwicklungsländern gilt, sondern auch für jene in den Industrieländern, kann in der bereits 1990 verabschiedeten Innocenti Deklaration nachgelesen werden.

Aktuell wird an der Erstellung einer AWMF-Leitlinie Stilldauer und Interventionen zur Stillförderung gearbeitet, die zu einer evidenzbasierten Empfehlung für Deutschland führen soll. Bislang weicht die deutsche Empfehlung von der WHO-Empfehlung ab und ist in ihrer Formulierung relativ rigide: Säuglinge sollten mindestens bis zum Beginn des 5. Monats ausschließlich gestillt werden. Auch nach Einführung von Beikost – frühestens mit Beginn des 5. Monats, spätestens mit Beginn des 7. Monats – sollten Säuglinge weiter gestillt werden. Ab wann ein Säugling innerhalb des genannten Zeitfensters zusätzlich Beikost benötigt, ergibt sich individuell in Abhängigkeit vom Gedeihen und der Essfähigkeit des Kindes. Demgegenüber ist die Empfehlung in der Schweiz offener gestaltet: Ausschließliches Stillen bis zum sechsten Lebensmonat ist ein gewünschtes Ziel. Frühestens ab dem fünften Lebensmonat kann und spätestens mit Beginn des siebten Lebensmonats soll Beikost individuell angepasst eingeführt werden. Einigkeit herrscht jedoch in dem Punkt, dass die Stilldauer insgesamt von Mutter und Kind bestimmt wird.

Praxisnah dürfte die Haltung der La Leche Liga sein, die für die Einführung der Beikost auf die Bereitschaft des Kindes abstellt und

einen Zeitraum „etwa in der Mitte des ersten Lebensjahres“ angibt. Zur generellen Stilldauer lautet ihr Grundsatz: Im Idealfall wird die Stillbeziehung fortgesetzt, bis das Kind ihr entwachsen ist. Wobei es sicher diskutiert werden kann, was der Idealfall sein sollte.

Der ideale Abstillzeitpunkt

Wie sich aus den oben aufgeführten Empfehlungen ablesen lässt, gibt es keinen fixen, evidenzbasierten Zeitpunkt, der als idealer Termin für das Abstillen angesehen werden kann. Doch damit ergibt sich insbesondere für Eltern ein Entscheidungskonflikt, der nicht nur durch die sich teilweise widersprechenden Empfehlungen, sondern auch durch den Druck von außen aufgrund der Erwartungen von Familie, Gesellschaft und Arbeitgeber sowie den eigenen Gefühlen noch weiter verschärft. Mütter (Eltern) stehen zudem unter dem immerwährenden Druck „alles richtig machen zu wollen“ und müssen sich zusätzlich zu den Vorgaben von Seiten des medizinischen Fachpersonals auch noch mit den Informationen aus den hochglanzbebilderten Broschüren der Säuglingsnahrungshersteller auseinandersetzen. In diesen wird einerseits betont, wie wichtig das Stillen doch sei, doch gleichzeitig enthalten sie Sätze wie „Jetzt ist ihr Kind vier Monate alt und es wird Zeit für eine Erweiterung des Speiseplanes“ oder „Wenn die Muttermilch nun nicht mehr ausreicht ...“ und führen damit zu einer noch größeren Verunsicherung.

Das Abstillen beginnt mit der ersten Nahrung, die das Kind als Ergänzung oder Ersatz für die Muttermilch erhält und endet, wenn das Kind keine Muttermilch mehr bekommt. Die tatsächliche Stilldauer hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab und kann nur individuell entschieden werden. Den für alle gültigen idealen Zeitpunkt für das Abstillen kann es daher gar nicht geben.

Natürliches Abstillalter

Statistisch gesehen stillen sich die Mehrzahl der Kinder, denen der Zeitpunkt des Abstillens selbst überlassen wird, irgendwann zwischen dem zweiten und vierten Geburtstag ab, wobei es Abweichungen nach unten wie nach oben gibt. Es spricht nichts gegen das selbst bestimmte Abstillen des Kindes, außer die Mutter will es nicht. Muttermilch hat auch nach den ersten sechs Monaten noch unzählige Vorteile, und sowohl die Mutter als auch das Kind profitieren in mehrfacher Hinsicht vom längeren Stillen.

Leider werden jedoch zum Thema Langzeitstillen noch immer eine Reihe von Ammenmärchen und falschen Informationen verbreitet. Eines davon betrifft die angebliche Qualitätsminderung der Muttermilch im Laufe der Stillzeit. Die Qualität der Muttermilch nimmt keineswegs mit zunehmendem Alter des Kindes ab. Muttermilch ist und bleibt ein hochwertiges Nahrungsmittel für Babys und auch für Kleinkinder.

In unseren Breitengraden werden Frauen, die ihr zweijähriges oder noch älteres Kind stillen, leider öfter eher als Exotinnen wahrgenommen. So kann es passieren, dass Mütter schief angesehen werden, wenn sich ihr Sprössling eine Banane in den Mund schiebt und kurz danach an der Brust trinkt – falls sie überhaupt noch in der Öffentlichkeit stillen. Nicht wenige Frauen trauen

sich nicht zu sagen, dass sie „immer noch“ stillen. Dies kann vor allem dann problematisch sein, wenn eine Frau im Krankheitsfall entweder auf ärztliche Hilfe verzichtet oder dem medizinischen Fachpersonal verschweigt, dass sie stillt.

Trotz aller Vorteile, die langes Stillen mit sich bringt, ist es nicht für jede Frau stimmig und nicht immer möglich so lange zu stillen, bis das Kind der Stillbeziehung entwachsen ist. Es kann deshalb keine allgemeinverbindliche Empfehlung für den optimalen Abstillzeitpunkt geben. Jedes Stillpaar sollte seinen Weg finden und jede Frau eine informierte Entscheidung treffen dürfen, wann der richtige und damit ideale Zeitpunkt für sie gekommen ist.

Mutter und Kind haben ein Recht darauf, dass ihre persönliche Entscheidung respektiert wird und sie beim Abstillen einfühlsam und kompetent begleitet werden, ganz gleich, wann das Abstillen stattfindet und ob es allmählich oder aber abrupt verläuft. Ob eine Frau eine „gute Mutter“ ist, hängt keineswegs davon ab, wie lange oder ob sie überhaupt gestillt hat.

Die Mutter-Kind-Beziehung hängt nur mittelbar mit dem Stillen zusammen. Viel wichtiger dafür ist, wie die Eltern mit den Bedürfnissen ihres Kindes umgehen und wie sie die Sprache des Babys und Kleinkindes verstehen und darauf eingehen.

Auch müssen die Bedürfnisse der Mutter berücksichtigt werden. Stillt sie gerne, so kann die Stillbeziehung länger andauern. Hat sie keine Lust mehr, fühlt sie sich eingeengt und unwohl, so hat sie das Recht, ohne schlechtes Gewissen abzustillen.

Stillen ist eine Zweierbeziehung. Nur wenn beide Beteiligten sich wohlfühlen, sollte sie weitergeführt werden. Stillberatung dient dazu, Stillprobleme zu identifizieren und Wege aufzuzeigen, wie sie allenfalls gelöst werden können. Doch die letzte Entscheidung trifft die Frau.

Wann also der richtige Zeitpunkt für das Ende der Stillbeziehung gekommen ist, müssen Mutter und Kind miteinander ausmachen. Ebenso wenig wie eine Mutter kritisiert werden darf, weil sie sich von vorneherein gegen das Stillen oder zum (frühen) Abstillen entscheidet, sollten Frauen, die sich entscheiden, länger zu stillen, als „extrem“ abgestempelt werden.

Allmähliches Abstillen

selbstbestimmt vom Kind

Jedes Kind wird sich irgendwann ohne Zutun von außen abstillen. Doch wann dies der Fall sein wird, ist sehr unterschiedlich und hängt auch vom Temperament und Charakter des Kindes ab. Dem Kind wird neben dem Stillen altersgemäße Beikost angeboten, sobald es seine Bereitschaft dazu signalisiert. Der Zugang zur Brust wird nicht eingeschränkt. Die Beikost ergänzt das Stillen, statt sie zu ersetzen. Das Kind bestimmt das Ende der Stillzeit. Die Stillbeziehung kann schleichend oder plötzlich enden.

von der Mutter gesteuert

Die Mutter ersetzt nach und nach Stillmahlzeiten durch künstliche Säuglingsnahrung und/oder Beikost. Dabei sollten zwischen dem Ersetzen der einzelnen Stillmahlzeiten mindestens drei bis sieben Tage oder mehr liegen. Nach Möglichkeit wird die ein-

zelne Stillmahlzeit nicht sofort vollständig ersetzt, sondern zunächst nur verkürzt, um die Gefahr von Milchstau und Brustentzündung zu verringern. Bei Spannungsgefühl kann die Brust vorsichtig gerade so weit entleert werden, dass die Mutter sich wieder wohlfühlt. Zusätzliches Kühlen kann unterstützend wirken. Nach Möglichkeit sollte die nächste Mahlzeit erst ersetzt werden, wenn die Brust nicht mehr spannt.

Teilweises Abstillen

Unter teilweisem Abstillen wird das Ersetzen von einer oder mehreren Stillmahlzeiten verstanden. Zu den Gründen für ein teilweises Abstillen zählen:

- Stillprobleme
- Überlastung der Mutter (z.B. bei Erkrankung oder Notwendigkeit bestimmter Medikamente)
- Berufstätigkeit der Mutter
- speziellen Erkrankungen des Kindes (PKU)
- zeitweise Trennung von Mutter und Kind (Erkrankung von Mutter oder Kind, getrennt lebende Eltern)

Die Vorgehensweise ist prinzipiell wie beim allmählichen Abstillen. Stillmahlzeiten werden durch künstliche Säuglingsnahrung und/oder altersangepasste Beikost oder besondere Spezialnahrung (PKU) ersetzt.

Teilweises oder vollständiges Abstillen des älteren Kindes

Will eine Mutter ihr älteres Kind ganz oder teilweise abstillen, muss sie sich in Bezug auf ihren Abstillwunsch sicher sein. Ambivalente Gefühle verunsichern das Kind und können zu einem vermehrten Stillbedürfnis und „Klammern“ führen.

Auch wenn das Kind noch wenig oder gar nicht selbst spricht, sollte die Mutter mit ihm darüber sprechen, dass das Stillen eingeschränkt wird bzw. die gemeinsame Stillzeit zu Ende geht, eventuell Vereinbarungen treffen, wie das Abstillen verlaufen soll. Das Kind braucht die Gewissheit, dass ihm zwar die Brust entzogen wird, aber nicht die Liebe der Mutter.

Die oftmals vorgeschlagene Trennung von Mutter und Kind ist nicht hilfreich! Es gibt keine Garantie, dass das Kind das Stillen und die Brust „vergisst“ und es gibt nicht wenige Kinder, die nach einer solchen Trennung erst recht nach der Brust verlangen – was macht Frau dann?

Die Politik der kleinen Schritte hat sich vielfach bewährt. Das heißt:

- Stillzeiten verkürzen, statt sie gleich ganz ausfallen zu lassen (so lange an der Brust trinken lassen, bis die Mutter rückwärts von 50 auf 0 gezählt hat oder bis zwei Strophen von einem Lied gesungen sind o.ä. Allmählich wird dann nur mehr von 40 abwärts gezählt oder nur mehr eine Strophe gesungen usw.)
- Regeln für das Stillen einführen (nur wenn es dunkel ist, nur wenn beide alleine sind, nur wenn beide im Bett sind usw.)
- Ablenkung und Vermeiden von bestimmten Situationen (stillunfreundliche Kleidung)
- den Partner (mehr) einbinden.
 - da er keine Brust hat, muss er andere Strategien entwickeln, um z.B. das Kind in den Schlaf zu begleiten
 - Kinder kommen in der Regel sehr gut damit klar, dass Papa eben andere Fähigkeiten und Methoden hat als Mama

Manchmal kann ein Schritt zurück sinnvoll und hilfreich sein. Wenn es vor allem um das nächtliche Abstillen geht und das Kind älter als 1 Jahr ist, kann das Abstillprogramm nach Jay Gordon* zum Einsatz kommen.

Hinweise zur Flaschenfütterung

- Füttern Sie das Baby nach seinen Hungerzeichen, nicht nach Plan.
- Halten Sie das Baby nahe an sich.
- Halten Sie es möglichst aufrecht, damit es den Milchfluss besser selbst kontrollieren kann.
- Das Kind entscheidet, wann es eine Pause braucht und wann es satt ist.
- Wechseln Sie beim Füttern mit der Flasche regelmäßig die Seite. D.h. halten Sie das Kind abwechselnd im linken und rechten Arm. Die beidseitige Stimulation ist für die Entwicklung Ihres Kindes wichtig.
- Halten Sie die Flasche, nicht das Kind.
- Lassen Sie das Kind nicht alleine mit der Flasche.
- Insbesondere bei Kindern unter einem Jahr muss darauf geachtet werden, dass sie die Möglichkeit haben, ihr Saugbedürfnis zu befriedigen. Das heißt, dass neben der Flasche auch ein Schnuller oder eine andere Saugmöglichkeit verfügbar sein müssen.

Plötzliches Abstillen

Es gibt Situationen, in denen Weiterstillen nicht möglich ist. Dann wird der Grundsatz „so lange, wie Mutter und Kind Freude am Stillen haben“ plötzlich zur Makulatur. Aber Achtung: Nicht immer ist Abstillen nötig, auch wenn es auf den ersten Blick so aussieht. Bevor es zum ungewollten plötzlichen Ende kommt, lohnt es sich, auch Alternativen zu prüfen.

Gründe für sofortiges Abstillen:

- Galaktosämie beim Kind
- Behandlung mit Zytostatika, z.B. Chemotherapie bei Krebserkrankung
- Therapien, die das Immunsystem unterdrücken
- Einsatz von radioaktiven Substanzen
- Therapien, bei denen mehrere Psychopharmaka oder Antiepileptika kombiniert werden müssen
- HIV-Infektion der Mutter in der westlichen Welt (wenn die Viruslast der Mutter zu hoch ist)
- HTLV-1 bei der Mutter
- Hyperlipoproteinämie der Mutter (Typ I)

Keine Gründe für sofortiges Abstillen:

- Brustentzündung
- Brustabszess
- wundete Brustwarzen
- Soor
- banale Virusinfektionen
- bakterielle Infektionen wie Mittelohr- oder Mandelentzündung, Wundinfektionen und Harninfektionen
- Fieber
- Medikamenteneinsatz generell
- Brustoperationen (je nach Art der Operation)

- Narkosen (sobald die Mutter sich wieder in der Lage fühlt, das Kind selbst zu halten, kann sie stillen)

Auch beim sofortigen Abstillen gilt das Gesetz von Angebot und Nachfrage – in diesem Fall sinkt die Nachfrage drastisch. Da das Kind in dieser Situation nicht mehr angelegt werden kann oder darf, muss die Brust immer dann, wenn sie voll wird und spannt, von Hand oder mit einer Brustpumpe entleert werden. Dabei ist es wichtig, nur die Milchmenge zu entleeren, die notwendig ist, um die unangenehme Spannung zu mildern und einen Milchstau oder eine Brustentzündung zu verhindern. Anschließendes Kühlen der Brust kann das Abstillen unterstützen.

Ein gut sitzender und stützender Büstenhalter kann hilfreich sein. Auf keinen Fall darf die Brust jedoch ab- oder hochgebunden werden. Druckstellen fördern die Entstehung eines Milchstaus. Auch das leider teilweise immer noch empfohlene Einschränken der Flüssigkeitszufuhr ist obsolet. Die Frau darf und soll sich weiterhin von ihrem Durstgefühl leiten lassen. Unterstützend können zum Abstillen geeignete naturheilkundliche Mittel eingesetzt werden.

Rezeptpflichtige Abstillmedikamente sind nicht zwingend Mittel der Wahl beim (plötzlichen) Abstillen. Zumindest ihre Wirksamkeit nach der Neugeborenenperiode nicht mehr sicher gewährleistet ist und sie gravierende Nebenwirkungen haben können. Meist ist langsames Versiegenlassen der Milch – auch wenn diese verworfen werden muss – die bessere Lösung.

Plötzliches und/oder erzwungenes Abstillen ist nicht nur ein körperliches Problem, das gelöst werden muss. Viel schmerzhafter sind für manche Frauen die seelischen Wunden. Es ist hilfreich, viel Zeit mit dem Kind zu ermöglichen. Körperkontakt gibt Mutter und Baby Halt und Trost.

Im Mittelpunkt steht immer die Gesundheit von Mutter und Kind. Auch ohne Stillen ist eine liebevolle und vertraute Mutter-Kind-Beziehung möglich.

Bei Fehlgeburt, Totgeburt oder Versterben des Kindes muss nicht auf alle Fälle schnell abgestillt werden! Besser ist es, mit der Mutter ein einfühlsames Gespräch über die verschiedenen Optionen zu führen und sie ihre eigene Entscheidung treffen zu lassen. Allmähliches Abstillen kann den Trauerprozess begleiten. Manche Frauen empfinden es erleichternd, dem Körper und der Seele Zeit zu geben und die „Brust weinen zu lassen“.

Eine Alternative zum sofortigen Abstillen kann die Milchspende an eine Frauenmilchbank sein.

Medikamentöses Abstillen

Wirkmechanismus

Prolaktin, das Milchbildungshormon, wird vermehrt in der Schwangerschaft gebildet. In der Stillzeit erfolgt auf den Saugreiz eine vermehrte Ausschüttung. Da Prolaktin die Sekretion von GnRH (Gonadotropin-Releasing-Hormon) und dadurch die von FSH (follikelstimulierendes Hormon) und LH (luteinisierendes Hor-

mon) unterdrückt, kommt es in der Stillzeit zur Unterdrückung der Follikelreifung, was dann zur Laktationsamenorrhoe führt.

Unter Östrogeneinfluss kommt es in der Schwangerschaft und Stillzeit zu einer Anregung der laktotropen Zellen in der Adenohypophyse und somit zu einer verstärkten Prolaktinbildung. Dopamin hingegen hemmt die Prolaktinbildung. Im Gegensatz zu den anderen Hormonen des Hypophysenvorderlappens ist für Prolaktin kein hypothalamisches Releasing-Hormon bekannt.

Prolaktin steht nur unter einer hemmenden Regulation durch den Hypothalamus, und die Funktion des Prolaktin-Release-Inhibiting-Faktors kommt dem Neuro-modulator und Transmitter Dopamin zu. Diese direkte, Dopamin-vermittelte Inhibition der Prolaktinsekretion kann indirekt durch Serotonin, einem Dopaminan-

tagonisten, aufgehoben werden.

Dopamin-Agonisten wirken dopaminerg, emetisch und psychotrop. Diese Effekte werden über einen Agonismus an Dopamin-Rezeptoren vermittelt und wirken hemmend auf Prolaktin. Dopamin-Agonisten werden daher als Prolaktinhemmer eingesetzt.

Bromocriptin (Pravidel, Parlodel, Kirim) aktiviert den D2-Rezeptor im Hypophysenvorderlappen und kommt unter anderem bei Morbus Parkinson und zum Abstillen zum Einsatz. Nebenwirkungen sind unter anderem Übelkeit und Erbrechen.

Es begünstigt Depressionen, kann Halluzinationen und Psychosen auslösen. Wegen gefährlicher kardiovaskulärer und zentraler angiopathischer Wirkung sollte es nicht mehr zum Abstillen eingesetzt werden und ist in den USA bereits seit 1995 dafür nicht mehr zugelassen.

Cabergolin (Dostinex) hat eine hohe spezifische Affinität zu den D2-Rezeptoren der Prolaktin produzierenden Zellen im Hypophysenvorderlappen. Seine Einsatzbereiche sind neurologische Erkrankungen (Morbus Parkinson, Restless-Legs-Syndrom); gy-

Bereit für Beikost?

Der Zeitpunkt für Beikost ist gekommen, wenn

- das Baby mit wenig Unterstützung aufrecht sitzen kann (damit ist nicht gemeint, dass das Baby in der Lage sein muss sich selbständig hinzusetzen!)
- sich der Zungenstoßreflex, mit dem das Baby feste Nahrung wieder aus dem Mund schiebt, abgeschwächt hat
- das Baby Bereitschaft zum Kauen zeigt
- das Baby anderen beim Essen mit großem Interesse zuschaut, nach dem Essen greift und es in den Mund stecken will (wenn das Baby der Mutter in den Teller springt und glücklich die sauren Heringe verspeist, ist es eindeutig beikostreif)
- das Baby anhaltend ein gesteigertes Stillbedürfnis zeigt, für das es keine Erklärung durch äußere Einflüsse wie Krankheit oder Zahnen oder durch einen Wachstumsschub gibt
- das Baby Sättigung durch Verweigerung zeigt.

näkologische Erkrankungen mit gesteigerter Prolaktin-Sekretion (Prolaktinome); Akromegalie, wenn nach einer Operation der Hypophyse das hormonproduzierende Gewebe nicht vollständig entfernt werden konnte sowie das Abstillen. Zu den Nebenwirkungen gehören Müdigkeit/Schläfrigkeit, Schwindel, Übelkeit, Magenschmerzen und Bewegungsstörungen (Dyskinesien), sowie Blutdruckabfall. Es ist jedoch besser verträglich als Bromocriptin und gilt als nebenwirkungsärmstes Dopaminergikum mit sehr guter Patienten-Compliance.

Metergolin (Liserdol) ist ein starker Serotonin-5HT-Rezeptor-antagonist und somit ein indirekter Dopaminagonist. Über diese indirekte dopaminerge Wirkung hemmt es die Prolaktinproduktion und -freisetzung im Hypophysenvorderlappen. Durch den abrupten Abfall der Prolaktinkonzentration im Plasma kommt es zur Rückbildung der Milchdrüse und zum Sistieren der Laktation. Nebenwirkungen sind Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Blutdruckabfall bis hin zu Kreislaufkollaps.

Bei etwa 10 Prozent der Mütter kommt es nach dem Absetzen der Prolaktinhemmer zu einem Rebound-Effekt, einer überschießenden Gegenreaktion bei abruptem Absetzen eines Medikaments. Durch die vorherige Medikation kommt es zur Up-Regulation von Rezeptoren, was dann zu einer erhöhten Empfindlichkeit

führt. Dieser zeigt sich dann mit erneutem Milchfluss (vor allem bei Bromocriptin, seltener bei Cabergolin)

Allgemein gilt, solange die Mutter noch Milch bildet und kein anderer Grund dagegen spricht, kann und soll das Kind diese erhalten.

Medikamentöses Abstillen sollte nach Möglichkeit besonderen Situationen vorbehalten bleiben. Konservative Methoden sind vergleichbar erfolgreich und nebenwirkungsärmer. In den ersten drei Wochen postpartum werden Prolaktinhemmer in der Regel relativ gut vertragen, danach nehmen die Nebenwirkungen zu, daher sollte nach der dritten. Woche dem konservativen Abstillen der Vorzug gegeben werden. Beim primären Abstillen wird in der Regel direkt nach der Geburt medikamentös abgestellt. Eventuell kann das Kind dennoch zumindest Kolostrum erhalten.

Kommando zurück: Relaktation

Es kommt vor, dass sich die Umstände in einer Familie verändern oder eine Frau aus individuellen Gründen nach dem Abstillen feststellt, dass sie diesen Schritt wieder rückgängig machen möchte. Dies ist nicht unmöglich, erfordert aber Zeit, Kraft und Beharrlichkeit. Zusätzlich ist ein unterstützendes Umfeld ein wesentlicher Faktor für das Gelingen einer Relaktation.

Generell muss zwischen einer Relaktation, dem Wiederanregen der Milchproduktion und Rückführung bzw. Hinführung des Kindes an die Brust nach dem Abstillen (es gingen eine Schwangerschaft und eine Geburt voraus) und einer induzierten Laktation, der Stimulation der Milchbildung ohne (direkt) vorangegangene Schwangerschaft und Geburt mit dem Ziel, ein nicht leibliches Kind zu stillen, unterschieden werden.

Um eine Frau bestmöglich bei einer Relaktation unterstützen zu können, ist es sinnvoll, die folgenden Fragen abzuklären:

- Warum wurde abgestellt?
- Bestehen die Gründe für das Abstillen noch?
- Was erhofft sich die Mutter?
- Wie viele Ressourcen hat die Mutter?
- Wer unterstützt die Mutter?
- Was bedeutet es für die Mutter, wenn die Relaktation fehlschlägt und/oder das Kind die Brust verweigert?

Die besten Aussichten bestehen dann, wenn das Abstillen noch nicht lange zurück liegt, nicht medikamentös abgestellt wurde und das Kind relativ jung ist. Dabei lässt sich die Faustregel aufstellen, dass eine Woche pro Monat, der seit dem Abstillen vergangen ist, für die Relaktation plus eine Woche zur Steigerung der Milchmenge auf das benötigte Niveau erforderlich sein wird.

Vorgehensweise, wenn das Kind die Brust noch annimmt

Stimulation der Brust ist der wesentliche Faktor zur Anregung der Milchbildung. Deshalb ist es wichtig, das Kind alle zwei bis drei Stunden für mindestens 10 bis 15 Minuten anzulegen und zu effektivem Saugen anzuregen. Zusätzlich kann die Milchbildung durch Abpumpen und/oder manuelle Milchgewinnung (Brustmassage/Milchstrich) angeregt werden. Dazu ist eine Anleitung für den Gebrauch der Brustpumpe und die Brustmassage notwendig.

Welche Milch für Kinder unter einem Jahr

Generell gilt, dass es immer sinnvoll ist, frische und möglichst naturbelassene Lebensmittel zu verwenden und selbst zu kochen. Für Muttermilchersatz in Form von Säuglingsmilch gilt dies jedoch nicht. Hier ist von der Selbstherstellung abzuraten, da sowohl logistische als auch gravierende ernährungsphysiologische Argumente gegen die Verwendung selbsthergestellter Muttermilchersatznahrung sprechen. Selbstherstellung bietet auch keinen Schutz vor Allergien. Jede Milch einer anderen Art enthält artfremdes Eiweiß und kann deshalb Allergien hervorrufen. Etwa ein Viertel aller Menschen mit einer Kuhmilchallergie reagiert auch auf Sojaeiweiß, deshalb sind Sojanahrungen ebenfalls nur eingeschränkt verwendbar.

Pflanzliche Zubereitungen wie Mandel-, Reis-, Sesamdrink usw. sind genau wie „normale“, nicht speziell für Säuglinge hergestellte Sojanahrungen, für Säuglinge ebenfalls nicht geeignet. Ihr Nährstoffgehalt ist nicht auf die Bedürfnisse des Säuglings abgestimmt und aufgrund der geringen biologischen Wertigkeit der Pflanzenproteine sowie des Mangels an bestimmten Mineralien und Vitaminen, kann es zu Wachstums- und Entwicklungsstörungen und zum Teil nicht wieder reparablen Mangelerscheinungen kommen. Grundsätzlich ist industriell hergestellte Säuglingsmilch im ersten Lebensjahr, Milch anderer Säugetiere oder so genannten Pflanzenmilchen vorzuziehen. Pre-Nahrung erfüllt die an eine Muttermilchersatznahrung gestellten Anforderungen am besten und kann das gesamte erste Lebensjahr gegeben werden. Sowohl Folgenahrung als auch hypoallergene Nahrung sind verzichtbar und bieten keine Vorteile.

Es wirkt sich positiv aus, wenn die (zunächst oder eventuell dauerhaft) notwendige Zufütterung an der Brust erfolgt (Sondenstillen, Brusternährungsset).

Eine Relaktation ist mit Anstrengung und Aufwand verbunden. Dennoch sollte Stress möglichst vermieden werden und die Frau sich so viel Ruhe wie möglich gönnen und auf eine ausgewogene Ernährung und Flüssigkeitszufuhr achten.

Prinzipiell kann auch der Einsatz von Galactagoga erwogen werden.

Vorgehensweise, wenn das Kind die Brust nicht (mehr) annimmt

Solange das Kind die Brust (noch) nicht annimmt, muss die Stimulation auf andere Weise erfolgen. Das bedeutet, dass die Frau ihre Brust alle zwei bis drei Stunden für mindestens 10 bis 15 Minuten mit einer für sie passenden Brustpumpe stimuliert und zusätzlich massiert.

Nach der Auswahl der Brustpumpe erfolgt eine Erklärung der korrekten Bedienung der Pumpe und es ist sinnvoll, einen individuellen Pumpplan zu erstellen und die Frau zur korrekten Brustmassage anzuleiten.

Ansonsten gilt das Gleiche wie bereits oben beschrieben.

Rückführung des Kindes an die Brust

Das Kind kann nicht an die Brust gezwungen werden. Druck ist absolut kontraproduktiv.

Das Stillen soll vom Kind als etwas Angenehmes empfunden werden. Es hat sich bewährt, die Brust bei ersten Hungerzeichen, zur Beruhigung und zum Einschlafen anzubieten. Primäres Ziel ist zunächst die Annahme der Brust.

Unterstützend wirken viel Haut-zu-Haut-Kontakt, viel Körperkontakt (Tragen, gemeinsames Schlafen) und so weit wie möglich der Verzicht auf künstliche Sauger. Allerdings können Stillhütchen den Übergang zur Brust eventuell erleichtern.

Fazit

- Abstillen gehört zum Stillen und somit gehört zur Stillberatung auch die Begleitung beim Abstillen.
- Stillen ist gut, wichtig und schön – dennoch liegt die Entscheidung, ob überhaupt und wie lange gestillt wird, ausschließlich bei der Mutter.
- Keine Mutter muss sich uns gegenüber rechtfertigen oder erklären.
- Wir bieten Informationen und Unterstützung, ganz gleich wie sich eine Frau entscheidet und welchen Weg sie geht und beraten bei Bedarf auch zum Umgang mit der Flasche.



*<https://www.netdoktor.de/baby-kleinkind/nachts-abstillen/>

Literatur kann unter www.stillen.ch/fachjournal/zusatzmaterial abgerufen werden.



Freihändig abpumpen – mobil bleiben

ardo melia

Die neue, tragbare Doppel-Milchpumpe für freihändiges, diskretes Abpumpen und maximale Bewegungsfreiheit ganz ohne Schläuche.

 Diskret
  Weiche Silikon-Brustglocken
  Entspannt

Jetzt mehr erfahren auf: ardo.ch





Beckmann, Anita / Uhlmann, Ulrike

Das restriktive Zungenband Eine interdisziplinäre Herausforderung

Quintessence Publishing; 1. Auflage
(2024)

ISBN-10: 3868676104

ISBN-13: 978-3868676105

CHF 139,60 [CH]

€ 128,00 [D] | € 129,00 [A]

Bereits seit geraumer Zeit wird das Thema orale Restriktionen und dabei insbesondere das Zungenband ausgiebig und teilweise sehr kontrovers diskutiert. Es steht außer Frage, dass eine Ankyloglossie zu Stillproblemen führen kann. Dennoch ist der weit verbreitete Ruf nach einer schnellen Durchtrennung des Zungenbandes bei Säuglingen als Ultima Ratio zur Behebung von Stillproblemen kritisch zu betrachten, da sie leider nicht selten ohne eine ausführliche Anamnese und Beurteilung der Situation durchgeführt wird. Im Extremfall kann dies zu einem nicht indizierten Eingriff führen, der letztendlich die Behebung des Stillproblems damit verzögert oder sogar

erschwert. Deshalb ist es sehr erfreulich, dass bereits im Vorwort steht: „Wir möchten besonders darauf hinweisen, dass nicht immer die Durchtrennung eines Bandes die einzige Therapieoption ist. Im Mittelpunkt steht wie immer der Patient und seine individuelle Problematik, die es zu erfassen gilt – dies sollen auch zahlreiche Patientenfälle aus verschiedenen Altersklassen deutlich machen.“

Das Buch gliedert sich in vier Kapitel:

- Die Embryologie, Anatomie und Physiologie der Kopf- und Unterzungengegion
- Die Zunge im ganzheitlichen Kontext
- Die Pathologie des restriktiven Zungenbandes und deren interdisziplinäres Management in den verschiedenen Altersklassen
- Trennmedien, Therapieentscheidungen und Misserfolge, Diskussion und Netzwerkgestaltung

In allen Kapiteln kommen Expertinnen und Experten verschiedenster Fachrichtungen (Zahnmedizin, Kieferorthopädie, Osteopathie, Physiotherapie, Logopädie und Stillberatung) zu Wort und beleuchten die Thematik sowohl aus

theoretischer Sicht als auch aufgrund ihrer praktischen Erfahrung. Somit kann mit Fug und Recht behauptet werden, dass dieses Buch sich wirklich der Tatsache stellt, dass eine funktionelle Einschränkung der Zunge eine interdisziplinäre Herausforderung darstellt und allen in diesem Bereich Tätigen eine Fülle von nützlichen Informationen liefert, ohne jedoch sich einseitig auf eine Frenotomie als einzige Lösung zu fokussieren.

Denise Both, IBCLC, Füssen



Mandy Mangler

Das große Gynbuch

Selbstbewusst für den eigenen Körper entscheiden. Sex, Zyklus, Wechseljahre aus weiblicher Sicht neu verstehen. Krankheiten erkennen und therapieren

Insel Verlag (2024)

ISBN-10: 3458643532

ISBN-13: 978-3458643531

CHF 35,90 [CH]

€ 30,00 [D] | € 31,50 [A]

„Das große Gynbuch“ ist sicher kein Buch, das unbedingt sofort von Anfang bis Ende gelesen werden muss – aber durch seine flüssige Sprache und den

Verzicht auf unverständliches Medizinisch-chinesisch durchaus so gelesen werden kann. Generell ist es jedoch eher ein für Menschen ohne medizinische Vorbildung verständliches Nachschlagewerk. Gegliedert in die drei großen Abschnitte „Unser Körper – Was er kann, was er braucht und was ihm Lust bereitet“, „Themen & Phasen in unserem Leben“ und „Gesundheit & Krankheit – Vorsorgen, schützen und heilen“ deckt es von der weiblichen Anatomie über Zyklus, Verhütung, Kinderwunsch, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Wechseljahre und Postmenopause sowie Vorsorge, Infektionen und Krankheiten praktisch das gesamte Spektrum der Frauenheilkunde ab.

Dabei handelt es sich allerdings nicht

um ein reines Sachbuch, sondern die Autorin lässt deutlich ihre feministische Einstellung und ihre kritische Haltung zu den patriarchalen Strukturen und der damit einhergehenden Benachteiligungen von Frauen in Gesellschaft, Medizin und Gesundheitssystem durchscheinen. Immer wieder ermutigt Prof. Dr. Mangler dazu, für sich, den eigenen Körper und Psyche einzustehen, kritisch nachzufragen und sich nicht kurz angebunden und mit mehr oder weniger nichtssagenden Floskeln abspesen zu lassen. Trotz einiger kleinerer Ungenauigkeiten ein absolut lesenswertes Buch.

Anja Zinser, Keltern

Charlotte Schmid (Hrsg.)

Arzneimittellehre für Pflegeberufe

Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft;
überarbeitete Edition (2024)

ISBN-10: 3804743323

ISBN-13: 978-3804743328

CHF 26,40 [CH]

€ 22,00 [D] | € 22,70 [A]

Ziel des Buches ist es, (angehenden) Pflegefachkräften grundlegende Kenntnisse über Arzneimittel und ihre erwünschten und unerwünschten Wirkungen zu vermitteln.

Das Buch gliedert sich in vier Blöcke:

- Block A Allgemeiner Teil
- Block B Spezieller Teil
- Block C Fallbeispiele und Lösungen
- Block D Anhang

Der „Allgemeine Teil“ beschäftigt sich mit den Grundlagen der allgemeinen Pharmakologie, beginnend mit der Definition des Arzneimittelbegriffs, dem Wo und Wie der Lagerung und Bereitstellung von Arzneimitteln und der Erläuterung der verschiedenen Arznei-

formen und ihrer Anwendung. Weiter geht es mit einem Ausflug in die Physiologie und Anatomie über den Weg eines Arzneimittels im Organismus, unerwünschte Wirkungen sowie Wechselwirkungen von Arzneimitteln. Auch der Einfluss des Alters des Patienten auf die Arzneiwirkung und damit die Therapie kommen zur Sprache. Abgeschlossen wird dieser Teil mit einem Kapitel über die Entwicklung von Arzneistoffen.

Im „Speziellen Teil“ werden die wichtigsten ärztlich verordneten Arzneimittel geordnet nach Organsystemen und Indikationsgruppen vorgestellt. Mit den jedem Kapitel folgenden Fragen kann das Wissen überprüft und gefestigt werden.

Der dritte Teil „Fallbeispiele und Lösungsvorschläge“ enthält zehn Fallbeispiele mit Lösungsbeispielen sowie die Antworten auf die im vorangegangenen Teil gestellten Wissensfragen.

Der Anhang als vierter Teil bildet mit einem umfangreichen Glossar der medizinischen Fachbegriffe und dem Literaturverzeichnis den Abschluss des Buches.

Insgesamt ist das Buch sowohl als Lehrbuch als auch als Nachschlagewerk gut



geeignet, in dem jedoch wie in so vielen Veröffentlichungen zu diesem Thema, das Stillen nicht adäquat behandelt wird: Das Kapitel zur Stillverträglichkeit von Medikamenten ist entschieden zu kurz und dem Satz „Kann auf eine Therapie mit in die Muttermilch übertretenden Substanzen nicht verzichtet werden, so muss in der Regel abgestillt werden“ (S. 48) muss in dieser Allgemeingültigkeit widersprochen werden.

Denise Both, IBCLC, Füssen



FACHJOURNAL für Stillen und Laktation

Bestellen Sie im
Internet unter



[https://www.stillen.ch/
fachjournal/abonnament](https://www.stillen.ch/fachjournal/abonnament)



Digitales Zertifikat für das Berufliche Zertifizierungsprogramm zur IBCLC

Wie im Briefing vom Mai 2024 angekündigt, freut sich IBLCE, dass aufgrund Ihrer Rückmeldungen auf die IBLCE-Kundenerfahrungsfrage 2023 Zertifikate künftig in digitaler Form ausgegeben werden.

In 5-7 Arbeitstagen erhalten Sie eine E-Mail mit Ihren Zugangsdaten für Ihr digitales IBCLC-Zertifikat. Achten Sie auf eine E-Mail mit der Betreffzeile: „[Ihr Name], Ihr IBCLC-Zertifikat ist da!“ Bitte halten Sie Ausschau nach dieser E-Mail!

Wenn Sie Ihr Zertifikat erhalten, können Sie dem in der E-Mail angegebenen Link folgen, um es anzufordern und Ihr Konto einzurichten. Nach Erhalt des Zertifikats können Sie:

- Ihr Zertifikat auf LinkedIn teilen oder zu Ihrem LinkedIn-Profil hinzufügen,
- Ihr Zertifikat herunterladen und ausdrucken, und
- Ihr IBCLC-Abzeichen an Ihre E-Mail-Signatur anhängen.

Neben diesen wundervollen neuen Extras zum Teilen, weisen die digitalen IBCLC-Zertifikate bedeutende Sicherheitsmerkmale auf, und Arbeitgebende können Ihren Qualifikationsnachweis leicht überprüfen. Verfügbar gemacht werden diese digitalen Zertifikate über Accredible, eine hoch angesehene Firma im Qualifizierungswesen.

Mehr über die Verwendung der digitalen IBCLC-Zertifikate oder die Überprüfung durch Arbeitgebende finden Sie unter „So verwenden Sie die Online-Systeme von IBLCE“ auf der Webseite der IBCLC-Kommission.

Vielen Dank, dass Sie sich für stillende Familien und den IBCLC-Qualifikationsnachweis, den höchsten Wertmaßstab in der Laktations- und Stillbetreuung, einsetzen.

Mitteilung der IBCLC-Kommission, 13.02.1025

ILCA Kurznachrichten: Klinische Leitlinien für die Etablierung des ausschließlichen Stillens, 4. Auflage

Die International Lactation Consultant Association® (ILCA®) hat ihre „Klinischen Leitlinien für die Etablierung des ausschließlichen Stillens“ in 4. Auflage veröffentlicht, um die wichtigsten Empfehlungen und deren Bedeutung für die Förderung des ausschließlichen Stillens weltweit zu aktualisieren.

Die aktualisierten ILCA-Leitlinien liefern einen umfassenden Rahmen für Still- und Laktationsberaterinnen und Gesundheitspersonal, um stillende Eltern beim Stillbeginn und der Aufrechterhaltung des ausschließlichen Stillens zu unterstützen. Zu den wichtigsten Empfehlungen gehört:

- Pränatale Aufklärung und Beratung: Genaue Information der werdenden Eltern über die Vorteile des Stillens und praktische Anleitungen zur Positionierung, zum Anlegen und zum Management der Milchmenge.

- Unterstützung in der frühen postpartalen Phase: Sicherstellung der rechtzeitigen und angemessenen Unterstützung von stillenden Eltern durch Gesundheitspersonal, einschließlich Unterstützung beim Stillbeginn, Beurteilung des Anlegens und des Milchtransfers und Bewältigung der häufigsten Stillprobleme.
- Förderung des Haut-zu-Haut-Kontakts: Förderung des sofortigen und ununterbrochenen Haut-zu-Haut-Kontakts von Müttern und Säuglingen nach der Geburt, um den frühen Stillbeginn und die Bindung zu erleichtern.
- Umgang mit häufigen Stillproblemen: Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten an das Gesundheitspersonal, um häufige Stillprobleme, wie z.B. initiale Brustdrüsenanschwellung, schmerzende Brustwarzen und unzureichende Milchmenge, zu erkennen und zu behandeln.
- Kontinuierliche Unterstützung nach dem Krankenhausaufenthalt: Anhaltende Unterstützung und Nachsorge für Eltern und Säuglinge in der Gesellschaft, um nachhaltiges und ausschließliches Stillen zu fördern.

Diese aktualisierte Publikation, die nur in digitaler Form erhältlich ist, enthält neue Richtlinien für HIV-positive Frauen in einkommensstarken Regionen, Strategien für eine umfassende Stillförderung bei gleichzeitiger Förderung der gesundheitlichen Chancengleichheit und vieles mehr.

Die ILCA-Leitlinien basieren auf einem umfassenden und evidenzbasierten Ansatz, der mithilft, dass Eltern ihre Stillziele erreichen. Durch die Umsetzung dieser Leitlinien können Still- und Laktationsberaterinnen und andere Gesundheitsberufe die Stillergebnisse verbessern, die Gesundheit von Müttern und Säuglingen fördern und zum Erreichen der globalen Gesundheitsziele im Bereich der Säuglingsernährung und -entwicklung beitragen. Diese Leitlinien werden alle Fachkräfte im Gesundheitswesen unterstützen, einschließlich derer, die sich auf die Unterstützung des Stillens spezialisiert haben, sowie für im Bereich Stillen und Laktation forschende Tätigen, Befürworter des Stillens und politische Entscheidungsträger bei ihren Bemühungen, das Stillen zu fördern und die Gesundheit von Müttern und Säuglingen weltweit zu verbessern.

Jasmine Guerra
Manager, Marketing and Communications
International Lactation Consultant Association (ILCA)
jguerra@ilca.org

Patientenbeteiligung in der medizinischen Forschung

Online-Kurs für Patientinnen und Patienten, Angehörige und interessierte Laien zum Selbststudium

Durch medizinische Forschung werden Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten laufend verbessert. Diese Kursserie erklärt mit einfach verständlichen Texten, Bildern und Animationen, wie der medizinische Forschungsbetrieb funktioniert und vermittelt das nötige Fachwissen, um zu verstehen, wie Forschungsprojekte geplant und durchgeführt werden. Es wird erklärt, wie sich Patientinnen und Patienten selbst einbringen können, um Forschung mitzugestalten.

Denn neue Forschungserkenntnisse sind dann am wertvollsten, wenn sie die echten Bedürfnisse und Erwartungen der betroffenen Patientinnen und Patienten adressieren. Dies gelingt am besten, wenn die Betroffenen selbst oder ihnen nahestehende Personen an der Planung und Ausgestaltung neuer Forschungsprojekte mitarbeiten können.

Kursmodule

Der Kurs besteht aus 6 Modulen. Die Basismodule A und B vermitteln Grundwissen über die medizinische Forschung, die Aufbau-module 1- 4 zeigen auf, in welchen Bereichen der medizinischen Forschung Patientinnen und Patienten oder deren Vertretungen sich aktiv beteiligen können.

- Basismodul A: Grundlagen über die Forschung am Menschen
- Basismodul B: Ethische und rechtliche Aspekte mit Fokus auf die Schweiz
- Aufbau-modul 1: Forschungsprioritäten und Studienmethodik
- Aufbau-modul 2: Umsetzung von ethischen und rechtlichen Vorgaben
- Aufbau-modul 3: Informieren und Kommunizieren
- Aufbau-modul 4: Übertragung neuer Erkenntnisse in die Praxis

Zielpublikum

Alle Personen mit Interesse an der medizinischen Forschung. Kein Vorwissen erforderlich.

Kursgebühren

Der Kurs ist kostenlos.

Nach Durchsicht der Kursmodule besteht die Möglichkeit, einen Wissenstest zu absolvieren, um den eigenen Lernerfolg zu testen und ein persönliches Zertifikat zu erhalten. Für den administrativen Aufwand werden CHF 100 erhoben.

Erweiterter Kurs

Die oben beschriebenen Kursmodule sind auch Teil des Kurses «Patientenbeteiligung in der medizinischen Forschung: Ausbildungskurs zur/zum EUPATI Schweiz Patientexpertin/-exper-

ten». In diesem besuchen die Teilnehmenden nach jedem Kursmodul einen Kurstag, an dem im Klassenverband die Inhalte und Themen vertieft und geübt werden.

Die Belegung des erweiterten Kurses ist nicht verpflichtend. Er ist gedacht für Personen, die sich gerne vertieft mit dem Thema Patientenbeteiligung in der medizinischen Forschung beschäftigen wollen und auf Expertinnen-/Expertenniveau Forschung mitgestalten wollen.

Kontakt

Mareike Gräter
mareike.graeter@usb.ch
Telefon +41 61 328 54 16
Anmeldung kurse.dkfbasel.ch

Vorstellung Selbsthilfenetzwerk Geburt mit Hysterektomie

Unterstützung und Informationen für Frauen, die eine Geburt mit Hysterektomie erlebt haben.

Geburt mit Hysterektomie ist ein Selbsthilfe-Netzwerk, das von betroffenen Frauen ins Leben gerufen wurde. Wir sind ein Netzwerk zur Unterstützung, Sensibilisierung und Vernetzung für betroffene Frauen, Angehörige und Fachpersonen. Unser Ziel ist es, betroffene Frauen bei der Bewältigung dieser Herausforderung zu unterstützen und ihnen ein Forum für den Austausch zu bieten.

Geburt mit Hysterektomie erhält Unterstützung von verschiedenen in den Heilungsprozess involvierten Fachpersonen. Diese unterstützen uns in folgenden Punkten:

- korrekte Wiedergabe von wissenschaftlich fundierten Inhalten
- Einsicht in die fachspezifischen Prozesse
- Beantwortung von fachspezifischen Fragen
- Zusammenarbeit zur Verbesserung der prä-, peri- und postpartale Betreuung/des Angebots
- Austausch zwischen involvierten Fachexpertinnen fördern

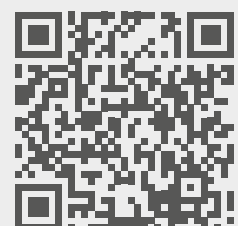
<https://www.geburtmithysterektomie.ch/>

Artikel gesucht

Artikel verpasst oder verlegt?

Kein Problem, wir können Ihnen helfen!

Das Gesamtinhaltsverzeichnis aller Ausgaben des Fachjournals für Stillen und Laktation finden Sie unter folgendem Link. Oder einfach den QR-Code scannen.



<https://www.stillen.ch/fachjournal/index-fachjournal>

Robson-Ten-Group-Klassifikationssystem für Kaiserschnitte in Europa: Eine systematische Übersicht und Meta-Analyse.

El Radaf V, Campos LN, Savona-Ventura C, Mahmood T, Zaigham M.

Ziel dieser systematischen Übersichtsarbeit und Meta-Analyse war es, die Unterschiede in den Kaiserschnittraten in den europäischen Regionen und auf Länderebene anhand der Robson-Klassifikation zu untersuchen. In der Studie wurden die Kaiserschnittraten in den verschiedenen europäischen Regionen anhand der Robson-Klassifikation verglichen, um die Ursachen für die Durchführung von Kaiserschnitten zu identifizieren. Die Studie zeigt, dass die Kaiserschnittraten in den verschiedenen europäischen Regionen sehr unterschiedlich sind und von 16,9 % in Nordeuropa bis 43,6 % in Südeuropa reichen. Ein höherer Anteil an primären Kaiserschnitten (Robson-Gruppe 5), der von 51,2 % bis 95,0 % der Kaiserschnitte in dieser Gruppe reicht, insbesondere in Südeuropa (95,0 %), gibt Anlass zur Besorgnis über den „Dominoeffekt“ primärer Kaiserschnitte. Dieses Ergebnis unterstreicht die entscheidende Bedeutung von Strategien zur Senkung der primären Kaiserschnittraten.

Hintergrund: Die Kaiserschnittraten sind weltweit sehr unterschiedlich und spiegeln verschiedene medizinische Praktiken, kulturelle Einstellungen und gesundheitspolitische Maßnahmen wider. In einigen Regionen sind die Kaiserschnittraten relativ niedrig, während sie in anderen Regionen deutlich höher sind. Die Analyse dieser Unterschiede ist von entscheidender Bedeutung für das Verständnis und die Entwicklung gezielter Gesundheitsstrategien und für die Gewährleistung optimaler Ergebnisse für Mütter und Neugeborene. In dieser Übersicht werden die Unterschiede in den CS-Raten in Europa nach der Robson-10-Klassifikation untersucht.

Methodik: Es wurden Artikel zwischen Januar 2000 und Juni 2023 in MEDLINE/PubMed, CINAHL, EMBASE, Global Index Medicus, Web of Science und der Cochrane Bibliothek recherchiert. Es gab keine Einschränkungen hinsichtlich der Patientenpopulation, mit Ausnahme der Geburt in einem Land der Europäischen Region. Ausgeschlossen wurden alle Studien, bei denen es sich um Konferenzberichte handelte, sowie Studien, die in einer anderen Sprache als Englisch oder Schwedisch verfasst waren.

Ergebnisse: Die Suche ergab insgesamt 1024 Studien, von denen 44 eingeschlossen wurden, die 6.641.615 Geburten umfassten. Die meisten Studien stammten aus Nord- (38%) und Westeuropa (33,5%). Die CS-Raten waren in Europa sehr unterschiedlich und reichten von 16,9% in Nordeuropa bis 43,6% in Südeuropa. Den größten Beitrag zu den Kaiserschnittraten leistete die Robson-Gruppe 5 einem Anteil zwischen 51,2 % in Nordeuropa und 95,0 % in Südeuropa. Der Geburtsmodus der Robson-Gruppe 6 (Nullipara, Beckenendlage) war überwiegend ein Kaiserschnitt (88,8 % in Nordeuropa bis 92,5 % in Mittelsteuropa).

Interpretation: Die Kaiserschnittraten in Europa sind weiterhin sehr unterschiedlich, mit den höchsten Raten in Südeuropa

und den niedrigsten Raten in Nordeuropa. Frühere Kaiserschnitte und Beckenendlage sind die wichtigsten Faktoren für die Kaiserschnittraten. Regionalspezifische Strategien sind erforderlich, um diese unterschiedlichen Faktoren zu berücksichtigen und den Anstieg der Kaiserschnittraten in Europa zu bremsen.

Schlüsselwörter: Caesarean section; Childbirth; EBCOG; Elective; Emergency; Epidemiology; European Region; Indications; Maternal morbidity; Maternal mortality; Meta-analysis; Neonatal outcome; Regional; Rising rates; Robson classification; Systematic Review; Ten Group Classification System; Variation in clinical practice.

Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2025 Feb;305:178–198.
doi: 10.1016/j.ejogrb.2024.11.052. Epub 2024 Dec 4.
PMID: 39705988.

Zeitliche Entwicklung der Brustdichte und späteres Brustkrebsrisiko: Längsschnittstudie

Park B, Chang Y, Ryu S, Tran TXM.

Ziel: Identifizierung von Gruppen von Frauen mit ähnlichem Verlauf der Veränderung der Brustdichte über vier Längsschnittuntersuchungen und Untersuchung des Zusammenhangs zwischen diesen Verläufen und dem späteren Brustkrebsrisiko.

Studiendesign: Retrospektive Kohortenstudie.

Setting: Daten aus dem nationalen Brustkrebs-Screening-Programm, das in die Datenbank des National Health Insurance Service in Korea integriert ist. Die Brustdichte wurde anhand der vier Kategorien des Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) beurteilt. Um den Verlauf der Brustdichte zu bestimmen, wurde eine gruppenbasierte Verlaufsmodellierung durchgeführt.

Teilnehmerinnen: Frauen im Alter von ≥ 40 Jahren, die zwischen 2009 und 2016 an vier zweijährlichen Mammographie-Screenings teilgenommen haben.

Wichtigste Ergebnisgrößen: Ermittlung der Brustkrebsinzidenz bis zum 31. Dezember 2021. Es wurden Cox-Proportional-Hazard-Modelle verwendet, um die Assoziationen zwischen den Verläufen und der Brustkrebsinzidenz nach Adjustierung für Kovariaten zu beurteilen.

Ergebnisse: In einer Kohorte von 1.747.507 Frauen (Durchschnittsalter 61,4 Jahre) wurden fünf Gruppen von Brustdichteverläufen identifiziert. Gruppe 1 umfasste Frauen mit anhaltend fettreichem Brustgewebe, Gruppe 2 umfasste Frauen mit fettreichem Brustgewebe zu Beginn der Studie, deren Brustdichte jedoch im Laufe der Zeit zunahm, und die Gruppen 3–5 umfassten Frauen mit dichteren Brüsten, deren Brustdichte im Laufe der Zeit leicht abnahm. Frauen in Gruppe 2 hatten ein 1,60-fach erhöhtes Brustkrebsrisiko (95 % Konfidenzintervall 1,49 bis 1,72) im Vergleich zu Frauen in Gruppe 1. Frauen in den Gruppen 3–5 hatten ein erhöhtes Risiko im Vergleich zu Frauen in Gruppe 1

mit adjustierten Hazard Ratios von 1,86 (1,74 bis 1,98), 2,49 (2,33 bis 2,65) bzw. 3,07 (2,87 bis 3,28). Ähnliche Ergebnisse wurden in den verschiedenen Altersgruppen beobachtet, unabhängig von Veränderungen des Menopausenstatus oder des Body-Mass-Index.

Schlussfolgerungen: In dieser Studie konnten fünf verschiedene Gruppen von Frauen identifiziert werden, die im zeitlichen Verlauf ähnliche Veränderungen der Brustdicke aufwiesen. Es wurde festgestellt, dass das zukünftige Brustkrebsrisiko in diesen Gruppen unterschiedlich ist. Zunehmende oder anhaltend dicke Brüste waren mit einem höheren Risiko verbunden. Veränderungen der Brustdicke im Laufe der Zeit sollten bei der Stratifizierung des Brustkrebsrisikos sorgfältig berücksichtigt und in zukünftige Risikomodelle einbezogen werden.

BMJ. 2024 Dec 30;387:e079575.
doi: 10.1136/bmj-2024-079575. PMID: 39797631;
PMCID: PMC11684031.

Entwicklung eines Systems zur Bewertung von Brustwarzenverletzungen mit Hilfe von Deep Learning

Development of Nipple Trauma Evaluation System With Deep Learning

Nakamura M, Sugimori H, Ebina Y.

Hintergrund: Der Einsatz von Deep Learning zur Unterstützung des Stillens wurde bisher noch nicht untersucht.

Zielsetzung: Ziel dieser Studie ist die Entwicklung eines Systems zur Bewertung von Brustwarzenverletzungen mit Hilfe von Deep Learning.

Methodik: Wir haben einen Ansatz der explorativen Datenanalyse verwendet, um ein Deep Learning Modell für medizinische Bildgebung zu entwickeln. In dieser japanischen Studie wurden 753 Bilder aus einer früheren Studie mittels Objekterkennung und -klassifikation analysiert. Das Klassifizierungsprotokoll, das auf den „Sieben Anzeichen eines Brustwarzentraumas im Zusammenhang mit dem Stillen“ basiert, teilte die Bilder in acht Klassen ein. Aus praktischen Gründen wurden die acht ursprünglichen Klassen in vier umfassendere Kategorien zusammengefasst: „keine“, „leicht“, „mäßig“ und „schwer“, wobei Datenerweiterungsverfahren verwendet wurden, die mit dem ursprünglichen Klassifikationssystem konsistent waren. Die Genauigkeit, die Erkennungsrate, die Gesamtgenauigkeit und die Fläche unter der Kurve (AUC) wurden berechnet, und die Effizienz des Modells wurde anhand der Bilder pro Sekunde (FPS) bewertet.

Ergebnisse: Die hohe durchschnittliche Genauigkeit des Objekterkenners und die hohe Bildrate pro Sekunde bei der Erkennung von Brustwarzen und Warzenhöfen bestätigen die außergewöhnliche Genauigkeit. Der Bildklassifikator mit acht Klassen lieferte bemerkenswerte AUC-Werte mit Fissuren, Schuppung, Purpura und Schorf über 0,8. Die höchste durch-

schnittliche Trefferquote und Genauigkeit wurde für Schorf und die niedrigste für Purpura erzielt. Der 4-Klassen-Klassifikator sagte mit einem mittleren AUC-Wert von > 0,7 schwere Befunde genau voraus, während Kategorien ohne Klassifizierung und solche, die als leicht eingestuft wurden, niedrigere Werte für die Erkennbarkeit und Genauigkeit aufwiesen.

Schlussfolgerung: Ein hochentwickeltes Deep-Learning-System erkennt und klassifiziert Brustwarzenverletzungen automatisch und könnte Stillberatende durch objektive Bildbeurteilung und operative Verbesserungen unterstützen.

Schlüsselwörter: breastfeeding; breastfeeding assessment instruments; classification; deep learning; exploratory sequential-design study; image analysis; nipple trauma; object detection.

J Hum Lact. 2024 Dec 24;8903344241303867.
doi: 10.1177/08903344241303867. Epub ahead of print.
PMID: 39718190.

Systematische Übersicht über die Wirksamkeit der feuchten Wundbehandlung bei Verletzungen und Schmerzen der Brustwarze

Systematic Review on the Efficacy of Moisturizing Therapy in Treating Nipple Trauma and Nipple Pain

Nakamura M, Luo Y, Ebina Y.

Hintergrund: Verletzungen und Schmerzen der Brustwarze stellen eine Herausforderung dar und führen zum vorzeitigen Abstillen. Zur Behandlung von Brustwarzenverletzungen und -schmerzen wurden feuchtigkeitsspendende Therapien wie Lanolin- und Hydrogelverbände vorgeschlagen. Trotz der Verfügbarkeit zahlreicher Ansätze fehlt es an Evidenz für die feuchte Wundheilung.

Zielsetzung: Ziel dieser Übersichtsarbeit war es, die Wirksamkeit von feuchter Wundbehandlung bei der Behandlung von Brustwarzenverletzungen und Brustwarzenschmerzen bei stillenden Frauen zu untersuchen.

Methodik: Es wurde ein systematischer Review nach den PRISMA-P Richtlinien durchgeführt. Sieben Datenbanken wurden systematisch durchsucht und 24 Studien ausgewertet. Die Interventionen wurden nach dem Grad der Befeuchtung als hoch, moderat oder niedrig eingestuft. Die Charakteristika der Stichprobe, der Interventionen und der Ergebnisse wurden untersucht.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 21 Anwendungen identifiziert: hohe Befeuchtung (zwei Arten), mittlere Befeuchtung (12 Arten) und niedrige Befeuchtung (sieben Arten). Hydrogelverbände, Lanolin und Muttermilch waren die am häufigsten verwendeten Maßnahmen. Obwohl die Methoden zur Bewertung der Interventionen und der Wirksamkeit von Studie zu Studie unterschiedlich und nicht vergleichbar waren, zeigten die Ergebnisse von 10 (41 %) der Studien, dass eine Intervention mit höhe-

rer Befeuchtung wirksamer war. Von den drei Studien, die als Interventionen mit hoher Befeuchtung kategorisiert wurden, unterstützten zwei (66 %) deren Wirksamkeit im Vergleich zu Interventionen mit geringer Befeuchtung; allerdings wurden zwei der drei Studien als stark verzerrt eingestuft und einige berichteten über unerwünschte Nebenwirkungen.

Schlussfolgerung: Feuchte Wundbehandlungen sind bei der Behandlung von Brustwarzenverletzungen und -schmerzen vielversprechender als das Austrocknen der Brustwarzen oder die Verwendung von Muttermilch, aber aufgrund der wenigen robusten Studien und der berichteten Risiken muss eine hohe Befeuchtung mit Vorsicht eingesetzt werden. Methodische Probleme und der Mangel an aussagekräftigen Studien erschweren eine zusammenfassende Darstellung der Evidenz und solide Schlussfolgerungen.

Schlüsselwörter: breastfeeding; moisturizing therapy; nipple pain; nipple trauma; systematic review.

J Hum Lact. 2024 Dec 23;8903344241301401.
doi: 10.1177/08903344241301401. Epub ahead of print.
PMID: 39713981.

Meta-Analyse zum Zusammenhang zwischen Kaiserschnitt und dem Risiko einer postpartalen Depression

(Meta-analysis of association between caesarean section and postpartum depression risk)

Ning J, Deng J, Li S, Lu C, Zeng P.

Hintergrund: Der Zusammenhang zwischen Kaiserschnitt und postpartaler Depression (PPD) ist nach wie vor umstritten. Ziel dieser Studie ist es, den Zusammenhang zwischen Kaiserschnitt und dem Risiko einer postpartalen Depression zu untersuchen, um eine Grundlage für die Prävention einer postpartalen Depression zu schaffen.

Material und Methodik: Wir durchsuchten die Datenbanken PubMed, Web of Science, Cochrane Library und EMBASE nach Literatur zum Zusammenhang zwischen Sectio und PPD, die bis Februar 2024 publiziert wurde. Kombinierte Odds Ratios (ORs) und 95% Konfidenzintervalle (CIs) wurden unter flexibler Verwendung von Modellen mit festen oder zufälligen Effekten berechnet.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 18 Publikationen in die Analyse eingeschlossen. Davon waren 14 Kohortenstudien und 4 Fall-Kontroll-Studien mit insgesamt 844.328 Fällen. Alle eingeschlossenen Studien wurden als von mittlerer oder höherer Qualität eingestuft. Die Metaanalyse ergab, dass die Prävalenz von PPD bei Frauen, die per Kaiserschnitt entbunden hatten, 13,4 % betrug (95 % CI: 6,5 %-25,5 %). Die adjustierte Odds Ratio (OR) für den Zusammenhang zwischen Kaiserschnittentbindung und PPD betrug 1,12 (95 % CI: 1,04-1,20) im Vergleich zur Gruppe mit natürlicher vaginaler Geburt (NVD). Insbesondere betrug die

adjustierte OR für den Zusammenhang zwischen CS und PPD in den ersten 1-6 Monaten nach der Geburt 1,29 (95% CI: 1,18-1,40) und nach 6 Monaten 1,23 (95% CI: 1,14-1,33). Darüber hinaus betrug die adjustierte OR für elektiven Kaiserschnitt (ELCS) und Notfallkaiserschnitt (EMCS) im Vergleich zur NVD-Gruppe 0,96 (0,83, 1,10) bzw. 1,20 (1,08, 1,34).

Schlussfolgerung: Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass das PPD-Risiko durch einen Kaiserschnitt erhöht werden kann. Insbesondere war das Risiko in der EMCS-Gruppe um 20% erhöht, und das Risiko einer PPD innerhalb von einem bis sechs Monaten nach der Sectio war um 6% erhöht im Vergleich zu sechs Monaten nach der Geburt. In Zukunft sind rationellere Designs und gründlichere Studien erforderlich, um genauere Informationen zu erhalten.

Front Psychiatry. 2024 Mar 28;15:1361604.
doi: 10.3389/fpsy.2024.1361604. PMID: 38606408;
PMCID: PMC11006970.

Entzündliche Darmerkrankungen und Stillen: Eine zusammenfassende Übersicht

Inflammatory Bowel Disease and Breastfeeding: A Narrative Review

Hoxha T, Youssef M, Huang V, Tandon P.

Von entzündlichen Darmerkrankungen (CED) sind häufig Frauen im gebärfähigen Alter betroffen, für die das Stillen in Frage kommen könnte. Obwohl das Stillen viele Vorteile bietet, gibt es immer noch Bedenken hinsichtlich der Sicherheit des Stillens bei Frauen mit CED. Stillen ist wichtig für die Entwicklung des Immunsystems von Säuglingen und schützt nachweislich vor der Entwicklung von IBD. Das Risiko einer Zunahme der Krankheitsaktivität nach der Geburt ist unabhängig vom Stillstatus gleich. Die meisten CED-Medikamente gelten auch in der Stillzeit als sicher und ohne größere Risiken für den Säugling.

Dennoch ist die Stillrate bei Frauen mit CED nach wie vor niedrig, was hauptsächlich auf Bedenken hinsichtlich der Sicherheit der CED-Therapie während des Stillens zurückzuführen ist. Viele Frauen setzen ihre CED-Medikamente selbst ab, um stillen zu können, und das Gesundheitspersonal ist oft unsicher, wenn es um Therapieempfehlungen geht. Spezialisierte CED-Kliniken können Müttern während der Schwangerschaft und Stillzeit wichtige Unterstützung bieten, um ihr Wissen zu erweitern, ihre Therapietreue zu optimieren und die Ergebnisse nach der Geburt zu verbessern. Ziel dieser Übersichtsarbeit ist es, die neueste evidenzbasierte Literatur zur Sicherheit des Stillens bei Frauen mit CED und die aktuellen Empfehlungen zu medizinischen Therapien während der Stillzeit zusammenzustellen.

Schlüsselwörter: Crohn's disease; breastfeeding; inflammatory bowel disease; lactation; ulcerative colitis.

Inflamm Bowel Dis. 2025 Jan 6;31(1):210-219.
doi: 10.1093/ibd/izae033. PMID: 38439613.

Makronährstoffe in Frauenmilch nach Behandlung mit Antidepressiva und entzündungshemmenden Medikamenten

(Macronutrients in Human Milk Exposed to Antidepressant and Anti-Inflammatory Medications.)

Whaites Heinonen E, Bertrand K, Chambers C.

Bedeutung: Der Zusammenhang zwischen der Medikation der Mutter und der Makronährstoffzusammensetzung der Muttermilch wurde bisher nicht untersucht.

Ziel: Vergleich der Makronährstoffgehalte in Milchproben von Müttern, die mit Langzeit-Medikamenten behandelt wurden, mit Proben von unbehandelten gesunden und kranken Müttern (DMCs).

Design, Setting und Teilnehmer: Eine Querschnittsstudie mit Proben, die zwischen Oktober 2014 und Januar 2024 von stillenden Müttern in den USA und Kanada gesammelt wurden, die zur Teilnahme am Mommy's Milk Human Milk Research Biorepository an der University of California, San Diego, eingeladen wurden. Von den 3974 Einzelproben im Biorepository stammten 310 von Müttern, die mit einer der vier Medikamentenkategorien behandelt wurden, 151 von DMC mit den gleichen zugrunde liegenden Störungen und 73 von gesunden, unbehandelten Müttern, deren Häufigkeit nach Alter und Geschlecht des Säuglings angepasst wurde. Von diesen Müttern wurden 150 ausgeschlossen, weil sie mehr als eine Arzneimittelaussetzung aufwiesen oder Ausreißer waren. Die Daten wurden von März bis Juni 2024 analysiert.

Expositionen: Kontinuierliche Behandlung mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern (SSRI), monoklonalen Antikörpern (MAB), systemischen Steroiden und anderen entzündungshemmenden Medikamenten (AD) während der letzten 14 Tage vor der Milch-Probenahme.

Wichtigste Ergebnisse und Messwerte: Der Protein-, Fett-, Kohlenhydrat- und Gesamtenergiegehalt wurde mit dem Nah-Infrarot-Analysator SpectraStar 2400 gemessen und mit einer Kovarianzanalyse zwischen den Gruppen verglichen, die für das Alter des Säuglings und der Mutter, die Parität, den mütterlichen Body-Mass-Index, das Geschlecht des Säuglings, das ausschließliche Stillen, die Stillhäufigkeit, den Zeitpunkt der Probenentnahme, den mütterlichen Cannabiskonsum und den Beruf angepasst wurde.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 384 Proben entnommen; 194 Säuglinge (50,5%) waren weiblich; das mittlere (SD) Alter der mütterlichen Kohorte betrug 33,5 (4,4) Jahre und das Alter der Säuglinge zum Zeitpunkt der Probenentnahme 6,6 (5,4) Monate. Die mittleren (SD) Proteinkonzentrationen waren in Proben von exponierten Müttern um 15% bis 21% niedriger (0,92 [0,56] g/100 ml für 63 SSRIs, 0,85 [0,51] g/100 ml für 63 MABs, 0,88 [0,37] g/100 ml für 33 Steroide und 0,85 [0,54] g/100 ml für 20 andere AD) im Vergleich zu 64 Proben von gesunden Müttern (1,08 [0,50] g/100 ml). Die adjustierten Unterschiede waren signifikant für SSRIs und Steroide ($F_{1,91} = 4,32$; $P = 0,04$ bzw. $F_{1,59} = 5,00$, $P = 0,03$). Der durchschnittliche Fett- und Energiegehalt

(SD) war in den Proben der Mütter mit anderen AD um 10 bis 22% niedriger (3,40 [1,21] g/100 ml für Fett und 69,56 [15, 35] kcal/100 ml für Energie) als bei gesunden Müttern (3,85 [1,66] g/100 ml für Fett und 77,16 [22,08] kcal/100 ml für Energie) und Müttern mit DMC (4,38 [1,90] g/100 ml für Fett und 80,60 [24,70] kcal/100 ml für Energie). Die korrigierten Unterschiede waren nur für Fett im Vergleich zu DMC signifikant ($F_{1,88} = 6,22$; $P = .01$).

Schlussfolgerungen und Relevanz: In dieser Querschnittsstudie waren einige mütterliche Medikamente mit niedrigeren Protein- und Fettgehalten in der Muttermilch assoziiert, was zu Gesundheitsrisiken für gestillte Säuglinge führen könnte. Andere Faktoren, die den Makronährstoffgehalt beeinflussen könnten, müssen noch geklärt werden, bevor die klinische Bedeutung dieser Ergebnisse bestätigt werden kann.

JAMA Netw Open. 2025 Jan 2;8(1):e2453332.
doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.53332.
PMID: 39777441; PMCID: PMC11707630.

Maßnahmen zur Förderung des Stillens nach Bedarf bei Frühgeborenen auf neonatologischen Intensivstationen in Europa

(Practices supporting cue-based breastfeeding of preterm infants in neonatal intensive care units across Europe)

Tandberg BS, Grundt H, Maastrup R, Aloysius A, Nagy L, Flacking R.

Hintergrund: Neue Erkenntnisse über die entwicklungsfördernde Pflege von Neugeborenen zeigen die Notwendigkeit eines individuellen Ansatzes bei der Etablierung des Stillens. Es gibt jedoch wenig Wissen darüber, wie das Stillen auf neonatalen Intensivstationen (NICUs) unterstützt wird. Ziel war es daher, unterstützende Praktiken für das Stillen nach Bedarf zu beschreiben.

Methodik: In Delphi-Runden wurde ein Fragebogen entwickelt, der Fragen zur Nutzung und Häufigkeit von unterstützenden Praktiken für das Stillen nach Bedarf enthielt. Eine multinationale Online-Umfrage wurde von September bis Oktober 2023 mittels eines Schneeballsystems an neonatale Intensivstationen in Europa verteilt. Untersucht wurden Praktiken wie Haut-zu-Haut-Kontakt (SSC), Einschränkungen beim Stillen, Information der Eltern, Beobachtung und Reaktion auf die Signale des Säuglings.

Ergebnisse: Die Umfrage wurde von 105 neonatologischen Abteilungen in 15 europäischen Ländern beantwortet. In weniger als der Hälfte (46%) der Neonatologien gab es keine Einschränkungen für die Betreuung des Säuglings im SSC bei den Eltern. Etwa die Hälfte (49%) der neonatologischen Abteilungen gab an, dass die Säuglinge innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt im SSC versorgt werden. Auf vielen Stationen (68%) gab es Einschränkungen beim Stillen. Eine Woche nach der Geburt ermutigten 48% der neonatologischen Intensivstationen die Säuglinge zum Stillen, sobald der Säugling Anzeichen dafür zeigte, unabhängig von der geplanten Sondenernährung.

Dieser Prozentsatz stieg auf 59% bei einem Gestationsalter von 33–35 Wochen. Weniger als die Hälfte der Einrichtungen (47%) gab an, über die notwendigen Hilfsmittel/Instrumente zu verfügen, um den Übergang von der Sondenernährung zum Stillen zu unterstützen. Es gab Unterschiede in der Art und Weise, wie die Milchaufnahme gemessen wurde, z.B. durch Wiegen vor und nach dem Stillen oder durch Schätzung der Milchaufnahme anhand der Stillzeit. In 50% der Einrichtungen mussten die Säuglinge vor der Entlassung ausschließlich oral ernährt werden. Viele Einrichtungen (65%) boten spezielle Unterstützung an oder erlaubten die Entlassung, bevor der Säugling ausschließlich oral ernährt wurde.

Schlussfolgerung: In europäischen Neonatologien werden unterstützende Praktiken, SSC und frühes Stillen praktiziert und Informationen für die Eltern bereitgestellt. Das Pflegepersonal spielt eine wichtige Rolle bei der Förderung des Stillens nach Bedarf von Frühgeborenen. Es gibt immer noch Einschränkungen für SSC und das Stillen. Bewertungen durch die Eltern und Tests der Umsetzung sind notwendig, um die Auswirkungen der verschiedenen Strategien und Praktiken zu verstehen.

Schlüsselwörter: Breastfeeding; Cue-based feeding; Neonatal intensive care; Neonatal intensive care unit; Preterm infant.

Int Breastfeed J. 2025 Jan 2;20(1):2.
doi: 10.1186/s13006-024-00697-y. PMID: 39748409;
PMCID: PMC11697679.

Die Rolle väterlicher Unterstützung beim Stillen: eine Metaanalyse.

(The role of paternal support in breastfeeding outcomes: a meta-analytic review)

Zhou SS, Lu J, Qin A, Wang Y, Gao W, Li H, Rao L.

Hintergrund: Die gesundheitlichen Vorteile des Stillens für Mutter und Kind sind international weitgehend anerkannt. Es gibt jedoch nur wenige Studien über die Auswirkung der väterlichen Unterstützung beim Stillen. Ziel dieser Studie war es, die Auswirkungen der väterlichen Unterstützung auf das Stillen systematisch zu untersuchen und zusätzliche Erkenntnisse für die aktuelle Stillpraxis zu gewinnen.

Methoden: Es wurde eine systematische Suche in verschiedenen Datenbanken, darunter China National Knowledge Infrastructure (CNKI), Wanfang Data, VIP Database, Chinese Biomedical Literature Service System (SinoMed), PubMed, EMBASE, Cochrane Library und Web of Science, nach randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) zum Thema Stillen und väterliche Unterstützung durchgeführt, die den Zeitraum vom Beginn der Datenbanken bis Juni 2024 abdecken. Gemäß den vordefinierten Ein- und Ausschlusskriterien sichteten zwei Forscher unabhängig voneinander die Literatur und führten eine Meta-Analyse mit der Software RevMan 5.4.1 durch. Die Wahl zwischen Modellen mit vorgegebenen oder zufälligen Effekten wurde durch die Ergebnisse des Heterogenitätstests bestimmt, und die relativen Risiken (RR) wurden zusammen mit den 95%-Konfidenzintervallen (CI) berechnet.

Ergebnisse: Eine umfassende Recherche ergab 3065 Studien, von denen acht in die Metaanalyse eingeschlossen wurden. Diese Studien umfassten insgesamt 2531 Teilnehmerinnen, davon 1306 in der Interventionsgruppe und 1225 in der Kontrollgruppe. Die Studien, die in Großbritannien, Australien, Kanada und China durchgeführt wurden, umfassten eine Vielzahl von Interventionen, darunter Stillaufklärung, Beratung durch Fachkräfte, Verteilung von Informationsmaterial, Einsatz von Aufklärungsmedien, Moderation interaktiver Diskussionen, Online-Unterstützung per Telefon oder WeChat, Verbreitung von Nachrichten über öffentliche Kanäle, Schulung in Stilltechniken, soziale Unterstützung nach der Geburt und Anleitung zur Betreuung von Müttern und Neugeborenen. Die Ergebnisse der Metaanalyse zeigten, dass die Rate des ausschließlichen Stillens in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe zu verschiedenen Zeitpunkten signifikant höher war: innerhalb einer Woche nach der Geburt (RR 1,28; 95% CI 1,16, 1,42), nach 30–42 Tagen nach der Geburt (RR 1,12; 95% CI 1,02, 1,23) und nach drei Monaten nach der Geburt (RR 1,35; 95% CI 1,21, 1,50). Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass väterliche Unterstützungsmaßnahmen die Stillpraktiken effektiv verbessern.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die derzeitige Evidenz die Wirksamkeit väterlicher Unterstützungsmaßnahmen sowohl für die Initiierung als auch für die Aufrechterhaltung des Stillens unterstützt.

Schlüsselwörter: Breastfeeding; Meta-analysis; Newborns; Paternal support; Randomized controlled trials.

Int Breastfeed J. 2024 Dec 30;19(1):84.
doi: 10.1186/s13006-024-00694-1. PMID: 39736766;
PMCID: PMC11684246.

Länger als sechs Monate Stillen: Evidenz für Vorteile für die Gesundheit des Kindes

(Breastfeeding Beyond Six Months: Evidence of Child Health Benefits)

Froń A, Orczyk-Pawłowicz M.

Stillen ist weltweit als die beste Form der Säuglingsernährung anerkannt. Es bietet gesundheitliche Vorteile sowohl für das Kind als auch für die Mutter und stellt daher eine Priorität für die öffentliche Gesundheit dar. Die potenziellen Vorteile des Stillens reichen jedoch weit über die ersten Lebensmonate hinaus. Muttermilch passt sich an die sich verändernden Bedürfnisse des heranwachsenden Säuglings an, und ihre immunologischen, mikrobiologischen und biochemischen Eigenschaften werden mit einem besseren Schutz vor Infektionen und chronischen Krankheiten, einem besseren Wachstum und einer besseren Entwicklung sowie einer geringeren Hospitalisierung und Mortalität in Verbindung gebracht. In diesem Review wird die Evidenz für das Weiterstillen über sechs Monate hinaus untersucht. Um das tatsächliche Ausmaß und die Mechanismen der positiven Auswirkungen des längeren Stillens genauer zu bestimmen und effektive Strategien für Umsetzung von effektiven Maßnahmen

zur Förderung der öffentlichen Gesundheit zu entwickeln, sind weitere Studien unter Verwendung einheitlicher Methoden und unter Berücksichtigung von Störfaktoren erforderlich.

Schlüsselwörter: biochemische Zusammensetzung der Muttermilch; Gesundheitsergebnisse; immunologische Eigenschaften; Mutter-Still-Milch-Kind-Trias; physiologische Ernährung; verlängertes Stillen.

Nutrients. 2024 Nov 14;16(22):3891. doi: 10.3390/nu16223891. PMID: 39599677; PMCID: PMC11597163.

Deutsche Übersetzung und psychometrische Validierung der Selbstwirksamkeitsskala zum Stillen – Kurzform (BSES-SF)

The Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form (BSES-SF): German Translation and Psychometric Assessment

Maurer L, Schultz A, Dennis CL, Alexandrowicz RW, McQueen K.

Hintergrund: Die Stillraten deutschsprachiger Mütter liegen deutlich unter den internationalen Stillempfehlungen. Bisherige Forschungsarbeiten zeigten, dass die Selbstwirksamkeit beim Stillen ein wichtiger und veränderbarer Faktor ist, der die Stillraten verbessern kann. Zur Erhebung der Stillselbstwirksamkeit wird die Kurzform der Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSES-SF) bereits in zahlreichen Ländern eingesetzt. Eine deutsche Version dieser Skala war bislang nicht verfügbar.

Zielsetzung: Übersetzung der BSES-SF in die deutsche Sprache und Beurteilung der psychometrischen Eigenschaften anhand

stillender Mütter, die in den letzten 12 Wochen ein Kind geboren haben.

Methodik: Diese Querschnittstudie wurde Online mit 355 stillenden Müttern durchgeführt, die in verschiedenen Stillgruppen über Facebook rekrutiert wurden. Eine deutsche Version der BSES-SF wurde zu Beginn mittels Vor- und Rückübersetzung erstellt. Zur Überprüfung der Reliabilität wurden Itemcharakteristiken (u.a. Cronbach's Alpha) berechnet. Zur Bewertung der Konstruktvalidität wurden eine Hauptkomponentenanalyse, Gruppenvergleiche sowie die Beziehung zwischen der Stillselbstwirksamkeit und demografischen Variablen untersucht.

Ergebnisse: Das Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen betrug 32.44 Jahre (SD=4.32). Die Reliabilität lag bei $\alpha_{CR}=.88$ und die korrigierten Item-Total-Korrelationen zwischen .37 und .73. Die Hauptkomponentenanalyse ergab eine Hauptkomponente mit Faktorladungen $> .40$ und einem Eigenwert von 5.62, die 40% der Gesamtvarianz erklärte. Darüber hinaus lieferten die Gruppenvergleiche weitere Belege für die Konstruktvalidität. Es gab keine signifikanten Unterschiede im BSES-SF Score hinsichtlich demographischer und geburtsbezogener Variablen.

Schlussfolgerung: Unsere Ergebnisse sprechen dafür, dass die deutsche Version der BSES-SF ein reliables und valides Erhebungsinstrument zur Messung der Stillselbstwirksamkeit bei Müttern in deutschsprachigen Ländern ist.

Schlüsselwörter: Breastfeeding Self-Efficacy Scale Short – Form, German version; breastfeeding; maternal psychology; psychometric assessment; translation.

J Hum Lact. 2024 Aug;40(3):374–385. doi: 10.1177/08903344241254108. Epub 2024 Jun 3. PMID: 38831687.

**Bestellen Sie
im Internet**
Einfach und Papierlos
Drei Ausgaben pro Jahr



<https://www.stillen.ch/de/fachjournal/abonnement>



Das Abo

BSS Fortbildungen

29. März 2025

Generalversammlung
mit anschließender Fortbildung
13.30 – 15.30 Uhr

Brustkrebs in Schwangerschaft und Stillzeit

Dr. med. univ. Nina Schönbauer
Patientinnen mit Mammakarzinom in der Schwangerschaft und Stillzeit stellen eine wichtige und vulnerable Gruppe an Patientinnen dar, die von einer interdisziplinären Betreuung und enger Zusammenarbeit des Behandlungsteams mit der Stillberatung profitieren.
Es geht um für die Frauen dringliche Fragen zu Themen der Schwangerschaft, des Geburtsmodus, der medikamentösen Therapie und insbesondere der Möglichkeit zu Stillen, da sich dies viele Patientinnen mit und trotz der Diagnose eines Mammakarzinoms wünschen.

Careum Weiterbildung
Mühlemattstrasse 42
CH-5000 Aarau
www.careum-weiterbildung.ch

08. April 2025

Dunstan Babysprache – Lerne die Sprache aller Babys

Vivian König
Mithilfe der Dunstan Babysprache können sowohl Müttern als auch Vätern effektive Bewältigungsstrategien gezeigt werden, um Situationen mit anhaltendem Weinen bei Babys deutlich zu reduzieren und gleichzeitig die Selbstsicherheit der Eltern im Umgang mit ihrem Nachwuchs und die Bindung zum Kind zu stärken.

Webinar 14.00 – 17.00 Uhr

15. Mai 2025

Traumatische Geburten verstehen: Auswirkung auf Bindung und Stillen & Unterstützung

Dr. med. Ute Taschner
In diesem Webinar geht es um die Datenlage, Traumadefinitionen, Risikofaktoren und Auswirkungen auf Bindung und Stillen, sowie Erste Hilfe Übungen und Unterstützungsmöglichkeiten im Wochenbett und danach.

Webinar von 19.30 – 21.30 Uhr

Fachjournal für
Stillen und Laktation 1 · 2025

24. Juni 2025

Der WHO-Kodex – Geschichte, Geltungsbereich, Kernaussagen und Umsetzung

Denise Both, IBCLC
Die massive Bewerbung für Muttermilchersatzprodukte sorgte für einen weltweiten Rückgang der Stillraten. Dies führte 1981 dazu dass der Internationale Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten von der Weltgesundheitsversammlung (WHA, World Health Assembly), und der Weltgesundheitsorganisation verabschiedet wurde. Er ist ein wichtiges Dokument zur Förderung, Unterstützung und dem Schutz des Stillens. Doch was steht wirklich drin und wie wird er umgesetzt?

Webinar von 18.00 bis 19.15 Uhr

12. und 13. September 2025

BSS Stillkongress Olten | Hotel Arte

Spannende Vorträge – in Deutsch und Französisch – mit Simultanübersetzung zu folgenden Themen

- Kindliches Immunsystem – Maternelle Mikrobiome und das Stillen
- Psychopharmaka & Cannabis – klinisches Wissen für die Beratung im Alltag
- Analgesie peri- und postpartal – neues Wissen, neue Standards
- Bindungsaufbau und Stillen postpartum
- Smartphone-Nutzung durch die Eltern und die Auswirkung auf die Entwicklung des Säuglings
- WHO-Kodex, Social Media und Ich
- Neugeborene im Spital: Prävention von oralen Störungen und Schutz des Stillens
- Wie wirken sich Störungen des Hormonsystems auf das Stillen aus?
- Stimmen von Müttern mit Suchterkrankung: Stigmatisierung, Herausforderungen und Empfehlungen
- Wie das Tragen das Stillen unterstützen kann
- Von der Theorie zur Praxis – Neues aus der Forschung
- Wachstumsverzögerung: Wenn die Stillberaterin nicht mehr weiterkommt
- Primary Results einer umfassenden Stillstudie

Gelegenheit zum fachlichen Austausch und Networking

bis zu 12,25 CERPs

Weitere Informationen:
www.stillen.ch/stillkongress/stillkongress

Änderungen vorbehalten
Anmeldungen ab Anfang 2025!

03. Oktober 2025

Nährende Nähe – wenn das Stillen nicht reicht

Barbara Walcher

- Einführung in die Emotionelle Erste Hilfe
- Mythen, Ideologien und Erwartungen rund um das Stillen
- Stillschwierigkeiten – mögliche Ursachen und Auswirkungen auf das mütterliche Erleben
- Differenzierung zwischen kindlichen Hungerzeichen und kompensatorischen Verhaltensmustern
- Erarbeiten und erstes Kennenlernen von einzelnen EEH-Tools im Kontext Stillen: insbesondere Auseinandersetzung mit wertschätzender, emphatischer Gesprächsführung, bindungsfördernde Körperwahrnehmung und Babybeobachtung
- Erarbeiten von Fallbeispielen aus der Praxis

Webinar

Vormittagseinheit: 09.00 – 12.30 Uhr mit einer Pause von 10.45 – 11.15 Uhr
Nachmittagseinheit: 14.00 – 17.00 Uhr, mit einer Pause von 15.30 – 16.00 Uhr

04. November 2025

Stillen und Begleitung von Regenbogenfamilien

Liesel Burisch

- Wheel of Power/Privilege – Rad der Macht / Privilegien
- Die Grenzen von LGTBIQAS + als Beschreibung: Unterschiede bei Geschlecht, Identität, Sexueller Orientierung, Romantische Orientierung (Grenzen von und wie man Vorlieben anspricht und darüber spricht)
- Körperdysmorphie, Einwilligungstraining und Check-in
- Vorbereitung wie auch best practice während und nach dem Stillen für alle Beteiligten
- Überlegungen: Erhöhte Kosten, Fortpflanzungswege, Körperbilder, Familienstrukturen, rechtliche Elemente der Familie

- Pronomen – Formalisieren des Durch-einanders

Webinar von 14:00 – 16.00 Uhr

Die Webinare werden über das Tool „zoom“ durchgeführt. Sie benötigen keinen eigenen Zoom-Account. Für die Teilnahme wird der Einladungslink in der Woche des Webinars via Mail zugestellt (immer Spamordner prüfen).

Sie benötigen eine stabile Internetverbindung, einen PC, Laptop, Tablet oder Mobiltelefon mit integrierter Kamera, Mikrofon und Lautsprecher.

Info und Anmeldung:
BSS Berufsverband Schweizerischer Still- und Laktationsberaterinnen
Bahnhofstrasse 7b
6210 Sursee
Tel: +41 41 926 07 83
office@stillen.ch
www.stillen.ch

Das Fortbildungsprogramm wird auf der Homepage des BSS laufend aktualisiert:
www.stillen.ch

Daten von regionalen Veranstaltungen nehmen wir gerne in den Terminkalender auf!
Bitte senden Sie die Angaben an
redaktion@stillen.ch

Weitere Fortbildungen

27. – 29. März 2025

Interdisziplinärer BDL-Kongress
Bindung & Stillen
Basis für die nächste Generation
Künzell (D) und online

Gemeindezentrum Künzell

- Onkolaktation (Brustkrebs und Stillen)
- Auswirkungen auf die Milchbildung bei Schilddrüsenproblemen – aktuelle Therapien
- Neue Erkenntnisse zu Gewalt gegen medizinisches Personal
- Epigenetik und Stillen
- Stillen und Bindung – Basis für die nächste Generation
- Der internationale Kodex, Altes und Neues zum Schutz des Babys
- Kinderwunsch und Stillen

- Bindung für Frühgeborene – (Unmittelbares) Bonding und kangaroo-mother-care als Grundlagen der Stillförderung
- Achtsames Nähren in den ersten Lebenstagen
- Depressionen – Einfluss auf Bindung und Stillen
- Schmerzen beim Stillen im frühen Wochenbett
- Stillen ist Klima
- Medizinischer Kinderschutz bei den ganz Kleinen – Stillen, Bindung und Verletzungen im Kontext Kindesmisshandlung
- Kommunale Stillförderung
- Das Trauma der Geburt – Wie wirken sich traumatische Geburten auf die Bindung und das Stillen aus?
- Stillen und Sex – Lust oder Frust?

Info und Anmeldung:
Christine Maier
Buchwaldstraße 4
76307 Karlsbad
Tel: +49 5442 913175
christine.maier@bdl-stillen.de
www.bdl-stillen.de

15. – 16.05.2025

Schweizerischer Hebammenkongress:
Future generations – sind wir bereit?
Forum Fribourg

Themenblöcke:

- Hebammenforschung aus der Schweiz
- Going viral!
- Update Wundpflege
- Klima und Gesundheit im Wandel
- Hebammengeleitete Geburtshilfe
- Als Hebamme arbeiten

Link zum Vorschauvideo auf YouTube:
https://www.youtube.com/watch?v=SFy_XGyu044

Info und Anmeldung:
Schweizerischer Hebammenverband
Geschäftsstelle
Froburgstrasse 17
4600 Olten
Tel: +41 (0)31 332 63 40
info@hebamme.ch
www.hebamme.ch

08. – 10. Mai 2025

Österreichischer Hebammenkongress
2025
„Mit allen Sinnen“
Alpbach (A)
Kongress Zentrum

Info und Anmeldung:
Österreichisches Hebammengremium –
Landesgeschäftsstelle Tirol
Äueleweg 12e
6170 Zirl

tirol@hebammen.at
<http://hebammen.at/gremium/landesgeschaeftsstellen>
www.hebammenkongress2025.at

22. – 24. Mai 2025

2nd EABM Conference
Tallinn, Estonia

**Pre Conference Symposium –
in cooperation with WHO**

- Marketing of Breastmilk substitutes
- National Breastfeeding Committee Meeting

Conference

- Breastfeeding Gears model
- Epigenetics
- Cow's milk allergies & BF
- Talking to preemies and their development
- HIV and breastfeeding
- Skin-to-skin contact, Breastmilk in Prevention of Severe Infections in NICU
- Clinical Assessment Process for Treatment of Ankyloglossia (CAPTA)
- Tongue tie – an ethical perspective
- The baby who doesn't gain weight
- Sharing milk and knowledge
- Complementary feeding. Should we have European guidelines?

Info und Anmeldung:
<https://bfmed-europe.org/tallinn-conference/>

**Fachtagungen der
Stillförderung Schweiz**

05. September 2025

Zürich – Stillen unterstützen –
für eine nachhaltige Welt

15. September 2025

Bellinzona

16. September 2025

Lausanne

Stillförderung Schweiz
Schwarztorstrasse 87
3007 Bern
Tel. +41 31 381 49 66
contact@stillfoerderung.ch

Weltstillwoche 2025

„Vorfahrt für das Stillen: Nachhaltige Unterstützungssysteme schaffen“

WABA verkündet das Motto der Weltstillwoche 2025
zusammengefasst und übersetzt von Denise Both, IBCLC

Die diesjährige Weltstillwoche rückt unter dem Motto „Vorfahrt für das Stillen: Nachhaltige Unterstützungssysteme schaffen“ (Prioritise breastfeeding: create sustainable support systems) die Themen Umwelt und Klimawandel in den Mittelpunkt.⁽¹⁾ Die Kampagne betont, wie wichtig es ist, dem Stillen Priorität einzuräumen, indem starke und nachhaltige Unterstützungssysteme geschaffen werden. Ein Umfeld, das das Stillen fördert, kommt nicht nur den Familien zugute, sondern reduziert auch die mit der Verwendung von künstlicher Säuglingsnahrung verbundenen Umweltbelastungen erheblich. Die Weltstillwoche 2025 zielt darauf ab, alle Akteure, die sich für die Unterstützung des Stillens einsetzen, zu vernetzen, um diese starken und nachhaltigen Unterstützungssysteme zu etablieren. Dazu werden auch die bereits 2012 von der Weltgesundheitsversammlung (WHA) verabschiedeten Ernährungsziele für 2025 betont. ⁽²⁾

Ziele der Weltstillwoche 2025

1. Bevölkerung und Entscheidungsträger über ihre Rolle bei der Schaffung eines unterstützenden und nachhaltigen Umfelds für das Stillen aufzuklären

2. die anhaltende Unterstützung des Stillens als wichtigen Bestandteil der Etablierung eines nachhaltigen Umfelds zu verankern
3. Einzelpersonen und Organisationen in Kontakt miteinander bringen, um die Zusammenarbeit und Unterstützung für das Stillen zu verbessern
4. Maßnahmen zur Vernetzung von Stillunterstützungssystemen zu initiieren, um zu einem nachhaltigeren Umfeld beizutragen.

Es sind alle eingeladen – Regierungen, Gesundheitssysteme, Arbeitstätten, Organisationen der Zivilgesellschaft, Gemeinden und Einzelpersonen – sich uns anzuschließen, um dem Stillen Priorität einzuräumen und nachhaltige Unterstützungssysteme zu schaffen, die zu einem gesünderen Planeten für zukünftige Generationen beitragen.

Stillen ist nicht nur eine Entscheidung für die Gesundheit – es ist auch eine Entscheidung für das Klima. Das Motto 2025 „Vorfahrt für das Stillen: Nachhaltige Unterstützungssysteme schaffen“ erinnert uns daran, wie wichtig nachhaltige Unterstützungssysteme für Familien und den Planeten sind.

Globale Ziele 2025: Die Ernährung von Müttern, Säuglingen und Kleinkindern verbessern⁽²⁾

Anbetracht der allgegenwärtigen und schwerwiegenden Probleme die durch Mangel- und Fehlernährung verursacht werden, hat die Weltgesundheitsversammlung 2012 in ihrer Resolution 65.6 einen umfassenden Umsetzungsplan für die Ernährung von Müttern, Säuglingen und Kleinkindern ⁽²⁾ verabschiedet. In diesem Plan sind sechs globale Ernährungsziele ⁽³⁾ festgelegt, die bis 2025 erreicht werden sollen

1. die Zahl der Kinder unter fünf Jahren, die in ihrer Entwicklung durch Fehl- und Mangelernährung beeinträchtigt sind um 40% senken
2. das Auftreten von Anämie bei Frauen im gebärfähigen Alter um 50% verringern
3. die Zahl der Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht um 30 % senken
4. sicherstellen, dass die Zahl übergewichtiger Kinder nicht zunimmt
5. den Anteil der Säuglinge, die in den ersten 6 Monaten ausschließlich gestillt werden, auf mindestens 50 % steigern
6. die Unterernährungsrate bei Kindern auf unter 5 % senken und auf diesem Niveau halten

Aktuell ist es nicht zu erwarten, dass diese sechs Ziele der Weltgesundheitsversammlung 2025 auch nur in Teilen großräumig erfüllt werden. Laut Global Nutrition Report 2022 waren 88 Länder nicht so weit, überhaupt eines der Ziele zu erreichen. Auf dem Weg, mindestens eines, zwei oder drei der Ziele zu erreichen, waren 50, 35 bzw. 13 Länder. Acht Länder schafften es auf vier Ziele, eines davon die Schweiz.⁽⁴⁾

1 <https://mailchi.mp/waba.org.my/wbw2025-slogan-announcement>

2 WHO. Global nutrition targets 2025: policy brief series (WHO/NMH/NHD/14.2). Geneva: World Health Organization; 2014.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.2>

3 World Health Organization. Global targets 2025. To improve maternal,

infant and young child nutrition

<https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/global-targets-2025>

4 2022 Global Nutrition Report Appendix 3: Countries on track for the 2025 global nutrition targets <https://globalnutritionreport.org/reports/2020-global-nutrition-report/appendix-3-countries-on-track-2025-global-nutrition-targets/>

Congrès sur l'allaitement

12 et 13 septembre 2025

À l'hôtel Arte, Olten

Save the Date

Exposés passionnants en
français et allemand –
avec traduction simultanée

- Préservation de l'oralité chez les nouveau-nés hospitalisés avec Julie Champenois
- Voix des mères en situation d'addiction avec Michaela Canevascini
- Usage des écrans par les parents, attachement et allaitement avec Prof. Dr. Agnes von Wyl
- Passage de substances et de médicaments dans le lait maternel avec Andrea Burch
- Et beaucoup d'autres...



Information et
inscriptions:



www.allaitement.ch



BSS Berufsverband Schweizerischer Still- und Laktationsberaterinnen
ASCL Association suisse des consultant·es en lactation et allaitement maternel
ASCA Associazione svizzera consulenti per l'allattamento e per la lattazione
ASCMT Associazion svizra da cussegliadras per mammas che tezzan



www.stillen.ch
www.allaitement.ch