



## EISL-Empfehlungen zur Gewichtsentwicklung: Gedeihen eines Stillkindes

Das gesunde Wachsen und Gedeihen jedes Kindes ist für Eltern und Fachpersonal oberstes Ziel. Nach Möglichkeit wird dieses durch ausschließliches Stillen gewährleistet, beginnend mit dem allerersten Anlegen innerhalb der ersten Stunde nach Geburt und fortgesetzt bis ins Alter von ca. 6 Monaten, in dem das Stillen durch die Einführung der Beikost ergänzt wird.

Um das gesunde Gedeihen sicherzustellen und gegebenenfalls Maßnahmen dazu einzuleiten, werden mehrere Faktoren regelmäßig überprüft: die Ausscheidungen, der Allgemeinzustand und die Gewichtsentwicklung des Kindes. Anhand von Richtlinien und Gewichtskurven können wir den momentanen Stand bestimmen und bei Bedarf durch Überprüfung und Anpassung des Stillmanagements auf die Situation individuell reagieren.

In jüngster Zeit wurden einige der gängigen international gültigen Richtlinien zur Gewichtsentwicklung angezweifelt und es wurde die Befürchtung ausgedrückt, dass zu strenge Vorgaben dazu führen könnten, Druck auf stillende Mütter und betreuendes Personal auszuüben und dadurch das Stillen zu gefährden (z.B. weil dann früher zugefüttert oder das Vertrauen der Mutter in ihre Stillfähigkeit untergraben wird). In den letzten beiden Ausgaben der Fachzeitschrift „Laktation und Stillen“ (2/2019 und 3/2019) erschienen mehrere ausführliche Artikel zum Thema, die sich mit diesem Problem beschäftigten und seither teilweise kontrovers diskutiert werden.

Unsere Position zu diesen Fragen möchten wir in diesem Statement darlegen.

### Richtlinien werden häufig fehlinterpretiert

Neben den WHO-Wachstumsstandards sind die ILCA-Leitlinien und die Protokolle der Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) hilfreich, um eine Situationseinschätzung vorzunehmen und Handlungsempfehlungen daraus abzuleiten. Allgemeiner Konsens sind heute die folgende Beurteilungs-Kriterien:

- Das Neugeborene wird in den ersten Tagen etwas an Gewicht verlieren, bevor es wieder zunimmt.
- Wenn dieser Verlust bis zu 7% des Geburtsgewichts beträgt, wird er als physiologisch angesehen und es bedarf normalerweise keiner weiteren Maßnahmen, sofern auch Ausscheidungen und sonstiges Verhalten des Kindes unauffällig sind.
- Wenn der Gewichtsverlust mehr als 7% beträgt, ist eine Überprüfung des Stillmanagements und der individuellen Ausgangslage notwendig, um bei Bedarf geeignete Maßnahmen einzuleiten, die eine Zufütterung vermeiden und das ausschließliche Stillen erhalten.

- Wenn ein Gewichtsverlust von 10% oder mehr erreicht ist, ist eine kinderärztliche Beurteilung und eventuell eine Zufütterung von Formulanahrung notwendig – abhängig von den bereits zuvor getroffenen Maßnahmen, dem derzeitigen Stillmanagement und der individuellen Ausgangslage.
- Nach 10 Tagen sollte das Kind sein Geburtsgewicht wieder erreicht haben und im Anschluss seiner individuellen Perzentile auf den WHO-Wachstumsstandards folgen.

Die obigen Kriterien werden häufig aufgrund von Missverständnissen oder Unkenntnis fehlinterpretiert:

- Ein Kind, das mehr als 7% aber weniger als 10% abgenommen hat, sollte keineswegs ohne weitere Beurteilung der Situation mit Formulanahrung zugefüttert werden. Diese verbreitete Fehlinterpretation der 7%-Marke ist durch Schulung des Fachpersonals vermeidbar.
- Durch peripartale Infusionen der Mutter (z.B. bei Sectio-Entbindungen) können kurzfristig Wassereinlagerungen beim Neugeborenen auftreten, die nach der Geburt rasch wieder abgebaut werden. Dies führt im klinischen Bild zu einer schnellen und deutlichen postpartalen Gewichtsabnahme, die auch 7% oder sogar 10% überschreiten und daher fälschlicherweise als mangelnder Milchtransfer interpretiert werden kann. Um dieses Phänomen zu vermeiden, sind einige Kliniken dazu übergegangen, bei Kindern der entsprechenden Risikogruppe nach 12 oder 24 Stunden postpartum ein „korrigiertes Geburtsgewicht“ zu erheben, von dem aus die 7%- und 10%-Marken ermittelt werden. Nähere Informationen dazu finden Sie → [hier](#).
- Wenn ein Kind die 7%-Marke erreicht, ist es nicht ausreichend, einfach abzuwarten. Ein häufiges Missverständnis dazu lautet: „sobald die Mutter den Milcheinschuss hat, regelt sich das von selbst“. Stattdessen sollten bei Erreichen der 7%-Marke folgende Punkte überprüft werden:
  - Stillmanagement: mindestens 8x, besser 10 – 12x/ 24 h stillen, korrektes Anlegen, effektives Saugen/ Schlucken, Zeichen für Milchtransfer?
  - Ausscheidungen: innerhalb der ersten 8 Std. pp erster Urin und Stuhlgang, Stuhlgang beginnt ab Tag 2 heller zu werden, regelmäßig nasse schwere Windeln mit blassgelbem oder klarem Urin und regelmäßig Stuhlgang?
  - Ausgangslage: hohe i.v.-Flüssigkeitszufuhr unter der Geburt?
- Wenn nach 10 Tagen das Geburtsgewicht noch nicht wieder erreicht ist, sind eine Überprüfung des Stillmanagements, der Ausscheidungen und des Allgemeinzustands des Neugeborenen notwendig, um geeignete Maßnahmen einleiten zu können. „Abwarten, das regelt sich schon“ ist keine geeignete Handlungsempfehlung.
- Die von WHO und ILCA empfohlenen Kriterien wollen mehr als lediglich die Sicherheit vor Dehydrierung oder schwerwiegenden Schädigungen gewährleisten. Wenn es nur um darum gehen würde, wären in der Tat großzügigere Werte anzunehmen, wie einige Studien zeigen konnten. Der Fokus der WHO/ILCA-Kriterien liegt jedoch darauf, von Anfang an das ausschließliche Stillen zu fördern und durch frühzeitiges Erkennen von Schwierigkeiten rechtzeitig geeignete Maßnahmen zu ergreifen.

Sowohl eine Überinterpretation der Kriterien mit verfrühter Zufütterung als auch ein zu langes Abwarten können den langfristigen Stillerfolg gefährden. Insbesondere die einfache Reduktion auf die Dualität „alles in Ordnung“ versus „nicht alles in Ordnung, daher muss zugefüttert werden“ ist kontraproduktiv – die Kritiker haben an dieser Stelle recht, dass eine solche Auslegung der Richtlinien zu einem verfrühten und zu häufigen Zufüttern führen kann.

Es erscheint uns allerdings nicht sinnvoll, diesem Problem dadurch zu begegnen, dass wir einfach die Kriterien lockerer fassen und dem „es muss immer sofort zugefüttert werden“ ein „wir warten ab, das wird schon“ entgegensetzen. Vielmehr braucht es einen sinnvollen Maßnahmenkatalog, der durch geschultes Fachpersonal individuell angepasst eingesetzt wird und zum Ziel hat, sowohl ein Gedeihen nach den WHO/ILCA-Kriterien sicherzustellen als auch gleichzeitig eine Zufütterung von Formulanahrung nur dann anzuwenden, wenn eine tatsächliche medizinische Notwendigkeit vorliegt.

### **Maßnahmen, die das Stillen unterstützen**

In vielen Fällen, in denen eine zu starke Gewichtsabnahme in den ersten Tagen oder eine zu schleppende Gewichtszunahme in den folgenden Tagen zu beobachten ist, sind bereits einfache Korrekturen am Stillmanagement erfolgreich, um das Problem zu lösen:

- Sicherstellen, dass ausreichend häufig und ausreichend lange angelegt wird:
  - mindestens 8x, besser 10 – 12x/ 24 h
  - frühe Stillzeichen beachten, Weinen ist ein spätes Zeichen!
  - keine Begrenzung der Dauer, Clusterfeeding unterstützen
  - keine Schnuller oder Beruhigungsmethoden anwenden, die die Zeit an der Brust verringern
- Milchtransfer beurteilen und unterstützen, z.B. durch
  - Brustmassage vor dem Stillen
  - Brustkompression während des Stillens
- Bei schläfrigen, schlappen, wenig aktiven Kindern:
  - Brustkompression während des Stillens
  - Handentleerung von Kolostrum, das dem Kind per Spritze oder Löffel gegeben wird
- Ausgedehnter direkter Hautkontakt
  - fördert die Hormonstimulation/ Milchbildung
  - stabilisiert die Vitalzeichen des Kindes
  - macht müde Kinder wacher
- Intuitives Stillen fördern:
  - die Mutter liegt bequem halb zurückgelehnt, die Arme von Kissen unterstützt
  - das Kind liegt bäuchlings auf dem Oberkörper der Mutter, die Schwerkraft unterstützt das entspannte Ablegen aller Extremitäten
  - das Kind findet selbständig zur Brust
  - diese Methode ist oft effektiver als Anlegen in den klassischen Stillpositionen

Präventiv sind außerdem folgende Punkte wichtig:

- Ununterbrochener(!) Hautkontakt unmittelbar nach der Geburt für mindestens eine Stunde
- Dem Kind wird im Kreißsaal ausreichend Zeit gegeben, selbständig zur Brust zu finden und sie zu erfassen (Breast-Crawl und Self-Attachment)
- Wenn aufgrund von Komplikationen kein erstes Anlegen im Kreißsaal möglich ist oder das erste Stillen nicht erfolgreich verläuft, wird die Mutter angeleitet, vor Verlegung aus dem Kreißsaal Kolostrum von Hand zu entleeren.  
Die goldene Regel lautet: kein Kind verlässt den Kreißsaal ohne Kolostrum!
- Bei Frauen mit manifestem Diabetes oder Gestationsdiabetes gelten darüber hinaus noch spezielle Empfehlungen, nähere Informationen dazu finden Sie → [hier](#).

Zusätzliche Maßnahmen, wenn die oben genannten nicht ausreichend sind:

- Regelmäßiges Handentleeren zusätzlich zum Anlegen/Stillen
  - bei schläfrigen Kindern, Kindern mit Ikterus, Late-Preterm-Kindern
  - wenn das Kind nicht effektiv genug stillt/ der Milchtransfer nicht ausreicht
- Bei Trennung von Mutter und Kind oder wenn das Kind aufgrund medizinischer Umstände derzeit nicht ausreichend häufig an die Brust angelegt werden kann:
  - Regelmäßiges Handentleeren von Kolostrum (erstmalig innerhalb der ersten Stunde pp, dann ca. 8 – 12x /h) in den ersten 2 – 3 Tagen
  - In den ersten 2 – 3 Tagen zusätzlich zum Handentleeren Einsatz einer Pumpe im Anschluss, wobei das zu diesem Zeitpunkt nicht vorrangig der Gewinnung von Kolostrum/Muttermilch sondern der Stimulation der Brust dient
  - Nach Einsetzen der reichlichen Milchbildung (meist Tag 3 – 4 ) ist es ausreichend, die weitere Stimulation ohne Handentleerung, nur mit Hilfe der Pumpe fortzusetzen.
  - Weitere Informationen zum Handentleeren, Pumpen und Management bei Trennung von Mutter und Kind erhalten Sie → [hier](#).

Wenn diese Maßnahmen sinnvoll ausgewählt und individuell angepasst durchgeführt werden, ist eine ausreichende Gewichtsentwicklung und ein sicheres Gedeihen bei gleichzeitig optimaler Förderung des Stillens äußerst wahrscheinlich.

### **Literaturangaben:**

ABM Clinical Protocol #3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017, Kellams A. et al. and the Academy of Breastfeeding Medicine, Breastfeeding Medicine, Volume 12, Number 3, 2017

ABM Clinical Protocol #7: Model Maternity Policy Supportive of Breastfeeding, 2018, M-T. Hernández-Aguilar et al. and the Academy of Breastfeeding Medicine, Breastfeeding Medicine, Volume 13, Number 9, 2018

Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding, International Lactation Consultant Association (ILCA) Management Strategy #13, 3. Auflage, 2014: 23

WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO Child Growth Standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. Geneva: World Health Organization, 2006