



Empfehlungen zum Fingerfeeding – ein Statement

Seit einigen Jahren gibt es ein verstärktes Bewusstsein dafür, dass eine nötige Zufütterung für ein gestilltes Baby nach Möglichkeit nicht über die klassische Saugerflasche verabreicht werden sollte. Dies gilt insbesondere in den ersten Wochen, während sich das Stillen noch einspielt. Bei einer notwendigen Zufütterung wird daher zunehmend auf sogenannte „alternative Methoden“ zurückgegriffen. Dies unterstützen und begrüßen wir sehr und lehren die entsprechenden Methoden auch in unseren Seminaren.



Bild: Ch. Herzog, IBCLC

Immer wieder beobachten wir, dass an einigen Kliniken und Einrichtungen bevorzugt das sogenannte „Fingerfeeding“ eingesetzt wird, um die Flasche zu vermeiden.

Da der Mund eines neugeborenen Babys ein Intimbereich ist, mit dem sensibel umgegangen werden sollte, ist es wünschenswert, vorrangig nicht-invasive Zufütterungsmethode anzuwenden. Der im Vergleich zur weichen Mamille sehr feste Finger im Mund des Kindes stellt einen starken Reiz dar, dies kann die Rückkehr an die Brust erschweren. Ebenso kann ein großer Finger den harten Gaumen des Kindes dehnen. Auch die Mundöffnung des Babys ist im Vergleich zur Position an der Brust deutlich verringert.

Das Fingerfeeding sollte dem therapeutischen Einsatz vorbehalten bleiben und kann z.B. in Fällen angezeigt sein, in denen Kinder falsche Saug- und/oder Zungenbewegungs-Muster zeigen, hypoton sind oder spezielle anatomische Besonderheiten im Mund-Kiefer-Bereich aufweisen. Für den alltäglichen Umgang mit gesunden Kindern, insbesondere bei flachen Mamillen der Mutter, ist es nicht geeignet.

Die Anleitung der Eltern zum Fingerfeeding benötigt eine sorgfältige und zeitaufwändige Einführung, um die Gefahr des Antrainierens eines falschen Saugmusters auszuschließen. Dies erfordert die intensive Betreuung und Begleitung der Familie durch eine speziell geschulte Kraft und ist im Klinik-Alltag kaum zu leisten.

Zufütterungsmethode der ersten Wahl ist aus unserer Sicht immer eine Zufütterung direkt an der Brust. Dies ermöglicht Mutter und Kind, am Original das richtige Saugen einzuüben, ist befriedigend für das Kind und umgeht das Eindringen von harten Fremdkörpern in den Mund des Babys. Das Kind erlebt den direkten Erfolg seiner Bemühungen an der Brust. Der direkte Körper- und Hautkontakt wirkt sich positiv auf Mutter und Kind aus und unterstützt den natürlichen Aufbau einer innigen Beziehung.

Im Klinikalltag und für kurzfristige Einsätze eignet sich zur direkten Zufütterung an der Brust am besten eine Magensonde mit Spritze, auch eine Spritze mit Fingerfeeding-Aufsatz im Mundwinkel des Babys kann im Einzelfall verwendet werden. Bei größeren Zufütterungsmengen ist das Brusternährungsset (BES) kurz- und vor allem langfristig besonders geeignet, um das Weiterstillen zu unterstützen.

Da es immer günstiger ist, ein Baby direkt an der Brust zu stillen, als es brustfern zu ernähren, kann unter diesem Gesichtspunkt auch der Einsatz eines Stillhütchens erwogen werden. Voraussetzung dafür ist die regelmäßig neu zu beobachtende, korrekte Anwendung mit guter Mundstellung des Babys, die sich nicht vom direkten Saugen an der Brust unterscheidet.

Als weitere alternative Fütterungsmethoden bieten sich Löffel oder Becher an, insbesondere wenn nur für kurze Zeit, zur Überbrückung oder nur in kleinen Mengen zugefüttert werden soll.

Zusammengefasst plädieren wir für einen sehr bedachten und vorsichtigen Umgang mit der Methode Fingerfeeding. Die erste Wahl sollte immer das direkte Zufüttern an der Brust sein.

Europäisches Institut für Stillen und Laktation, Juni 2013

Literaturangaben:

Arnold, Lois D.W.: Human Milk in the NICU. Sudbury: Jones and Bartlett, 2010. (S. 258)

Both, Denise; Frischknecht, Kerri: Stillen kompakt. Atlas zur Diagnostik und Therapie in der Stillberatung. 1. Auflage. München: Elsevier Urban und Fischer, 2007 (S. 74)

Riordan, Jan; Wambach, Karen: Breastfeeding and Human Lactation. 4. Auflage. Sudbury: Jones and Bartlett, 2010. (S. 233)

Walker, Marsha: Breastfeeding Management for the Clinician. Using the Evidence. 2. Auflage. Sudbury: Jones and Bartlett, 2011. (S. 239, 288)