Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 83 (1985)

Heft: 2

Rubrik: Mitteilungen = Communications

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 25.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie/ Ernährungskommission

Empfehlungen für die Säuglingsernährung

Die Ernährungskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie hat Richtlinien zur Ernährung von nicht gestillten Säuglingen ausgearbeitet und publiziert sie nachstehend. Ziel dieser Kommissionsarbeit war es, die Säuglingsernährung in der ganzen Schweiz zum Nutzen für unsere Kinder und zur Erleichterung für Ärzte und Mütterberatungsschwestern zu vereinheitlichen und zu ordnen. Ohne grundsätzlich neue oder gar unrealistische Prinzipien aufzustellen, wurde versucht, unter Berücksichtigung moderner Konzepte eine optimale, aber auf unseren Traditionen beruhende Ernährung zu empfehlen und potentielle Fehler dabei auszumerzen. Die Richtlinien gelten für gesunde, normalgewichtige Kinder.
Wir hoffen, dass sich die Ärzteschaft, die Apotheker und Mütterberatungsschwestern, aber auch die Nährmittelindustrie in ihren Empfehlungen unseren Richtlinien anschliessen. Wir danken allen, die durch ihre Mitarbeit zu dieser Vereinheitlichung und Optimierung der Säuglingsernährung beitragen.

Prof. K. Baerlocher, St. Gallen
Prof. G. Duc, Zürich
Prof. A. Fanconi, Winterthur
Dr. H. Gaze, Neuchâtel
Dr. S. Giambonini, Lugano
PD Dr. M.J. Lentze, Bern
PD D. Nusslé, Genève
Dr. M. Roulet, Lausanne
Prof. D. Shmerling, Zürich
Dr. A. Spahr, Sion
Prof. O. Tönz, Luzern (Präsident)

Empfehlungen betreffend Säuglingsnährmittel bei nicht oder nur teilweise gestillten Kindern

1. Die natürliche und ideale Ernährung für alle Säuglinge ist *Muttermilch*. Das Stillen sollte deshalb von allen zuständigen Kreisen intensiv gefördert werden.
Wenn die Ernährung an der Mutterbrust nicht möglich ist, sind die den besonderen Ernährungsbedürfnissen des Säuglings angepassten Milchpräparate zu verwenden (Muttermilchersatz-Präparate).

2. Die beste Nahrung für das nicht oder nur teilweise gestillte Kind stellt – insbesondere in den ersten Lebensmonaten – die *adaptierte Milch* dar. Sie ist der Muttermilch am ähnlichsten und ist deshalb in erster Linie zu empfehlen. Nach 4 Monaten soll diese Nahrung durch Beikost ergänzt werden.

3. *Teiladaptierte Milchen* kommen für die Ernährung im ersten Lebensjahr ebenfalls in Betracht, wenn sie in ihrer Zusammensetzung folgenden Kriterien entsprechen:
a) Ab Neugeborenenalter:
Gesamtenergie 2800–3000 kJ/l (670–720 Kal./l)
Eiweiss max. 20 g/l, Kasein reduziert
Fette min. 32 g/l, ungesättigte Fettsäuren angereichert
Kohlenhydrate max. 85 g/l, davon mindestens die Hälfte als Laktose; Stärke max. 15 g/l; Saccarose max. 25 g/l
Keine weiteren Zusätze wie Früchte, Gemüsesäfte und dergleichen
b) Nach dem Alter von 6 Wochen:
Gesamtenergie 2800–3100 kJ/l (670–740 Kal./l)
Eiweiss max. 22 g/l
Fette min. 30 g/l, ungesättigte Fettsäuren angereichert
Kohlenhydrate max. 85 g/l; Stärke max. 20 g/l; Saccharose max. 25 g/l

4. *Andere Säuglingsmilchpräparate* (sogenannte *Folgemilchen*) können ab dem 4. Monat empfohlen werden.

5. *Andere Milchprodukte* sind frühestens ab nachfolgender Altersstufe zulässig:
a) Ab 4. Monat: selbsthergestellte Milchzubereitungen (⅔ *vollfette* Milch, ⅓ Wasser) mit Zusatz von Nährzucker bzw. Dextrinmaltose (5%) und glutenfreiem Mehl (2%)
b) Ab 5. Monat: Joghurt (höchstens einmal täglich)
c) Ab 7. Monat: Vollmilch (vollfett!)

6. *Trinkmenge* für die ersten 4 Lebensmonate: ⅙ des Körpergewichts (150–180 ml/kg), max. 1 Liter pro Tag.
Die *Milchmenge* soll am Ende des ersten Lebenshalbjahres noch zirka 0,5 l pro Tag betragen. Diese Menge sollte während des ganzen ersten Lebensjahres beibehalten werden.

7. *Beikost* (Löffel- bzw. Tellermahlzeiten):
- ab 4. Monat kann frühestens die schrittweise Einführung von Breinahrung erfolgen (Gemüse- oder Getreidebrei, eventuell mit Früchten; in diesem Lebensmonat noch glutenfrei!) 1- bis 2mal wöchentlich Fleisch, Leber oder Eigelb
- ab 5. Monat täglich eine Breimahlzeit (+ 3 Schoppenmahlzeiten)
- ab 6. Monat täglich zwei Breimahlzeiten (+ 2 Schoppenmahlzeiten)
- im 7. bis 9. Monat Umstellung auf 1 Trink- und 3 Breimahlzeiten (z.B. 1 Gemüsebrei mit Fleisch, 1 Zerealienbrei, 1 Joghurt mit Früchten)

8. *Übergang auf Erwachsenenernährung.* Frühestens im 4. Trimenon schrittweiser Übergang auf ausgewählte, wenig gesalzene Erwachsenenkost.

9. *Rachitis- und Karies-Prophylaxe.* Vitamin D 400 E täglich ab 2. bis 5. Lebenswoche bis Ende des ersten Lebensjahres. Fluor 0,25 mg täglich bis Ende des 3. Lebensjahres.

Kommentar zu den Ernährungsempfehlungen

A. Allgemeine Hinweise

Die Säuglingsernährung lässt drei sich überschneidende Phasen von je zirka 4 bis 6 Monaten erkennen:

- Die *Still- oder Trinkphase,* während der wenn möglich Muttermilch oder sonst adaptierte Milchzubereitungen die einzige Ernährung darstellen.
- Eine *Übergangs- oder Abstillphase,* während der speziell zubereitete Mahlzeiten der Brust- oder Flaschennahrung zugesetzt werden.
- Eine Phase mit *modifizierter Erwachsenenkost,* während der ein immer grösser werdender Teil der Nahrung vom Tisch der Erwachsenen stammt.

Diese Phasen ergeben sich nicht nur aufgrund der Verdauungsmöglichkeiten des kindlichen Magendarmtraktes, sondern ebensosehr aufgrund der neuromotorischen Entwicklung des Kindes und der Funktionskapazität seiner Nieren. Anfänglich, das heisst während der ersten Phase, vermag das Kind aufgrund seiner cerebralen Funktionen bzw. seiner Reflexe nur Flüssignahrung zu saugen und zu schlucken; gleichzeitig ist der Magendarmtrakt noch nicht mit Abwehrmechanismen gegen Fremdproteine ausgerüstet, und die Nieren sind noch nicht in der Lage, mit grösseren Eiweissmengen bzw. hohen osmolaren Belastungen fertig zu werden. Erst nach etwa 4 Monaten sind die neuromotorischen Voraussetzungen erfüllt, dass ein Kind einen Löffel erkennen und feste (bzw. breiige) Speisen kauen, geschmacklich differenzieren und schlucken kann, seinen Appetit durch Öffnen des Mundes und Vorstrecken des Kopfes äussern und auch die Sättigung durch eine orale Verweigerung kundtun kann. In dieser zweiten Phase ist auch die intestinale und renale Funktion entsprechend ausgereift. Bevor das Kind dieses Stadium erreicht hat, würde eine Löffelmahlzeit nur passive, forcierte und damit unphysiologische Fütterung bedeuten. In der dritten Phase sind alle physiologischen Voraussetzungen so weit ausgereift, dass die Nahrung dem adulten Typ nach und nach angeglichen werden kann und dass die Nahrungsaufnahme zum Teil verselbständigt wird.

B. Spezielle Hinweise

Ad 1:
Stillen soll solange als möglich, das heisst während der ganzen Säuglingszeit, empfohlen werden. Frühestens nach 4, spätestens nach 8 Monaten soll das Stillen durch Beikost ergänzt werden. Gestillte Kinder erhalten die gleiche Rachitis- und Karies-Prophylaxe wie nicht gestillte (siehe 9.). Für weitere Details siehe Stillbroschüre der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie.

Ad 2:
«Adaptierte Milch» bedeutet weitgehende Angleichung an die Muttermilch durch Reduktion des Gesamteiweisses, besonders des Kaseins; Erhöhung des Gehaltes an ungesättigten, langkettigen Fettsäuren; ausschliessliche Zugabe von Laktose als Kohlehydratersatz; Reduktion des Mineralgehaltes; Zusatz von Vitaminen entsprechend dem täglichen Bedarf eines Säuglings. Diese Milchen eignen sich insbesondere auch für die Zwiemilch-Ernährung und können, ähnlich wie Muttermilch, quantitativ weitgehend ad libitum angeboten werden. Sie gewährleisten eine optimale Ernährungsbasis während des ganzen ersten Lebensjahres, hinterlassen jedoch bei manchen Säuglingen, trotz ihres adäquaten Kaloriengehaltes, ein nicht sehr lang anhaltendes Sättigungsgefühl, weshalb die Umstellung auf teiladaptierte oder Folgemilch oft wünschbar wird.

Ad 3:
«Teiladaptierte Milchen» entsprechen den voll adaptierten, mit Ausnahme des Kohlenhydratzusatzes, der verschiedene Mono-, Di- und Polysaccharide umfassen kann. Sehr weitgehend adaptierte Formeln können schon ab Neugeborenenalter eingesetzt werden, solche mit geringerer Adaptierung (aber etwas höherem Sättigungseffekt) nach der 6. Lebenswoche. Die Abgrenzung der beiden Formeln ergibt sich aufgrund der in den Empfehlungen festgehaltenen kritischen Minimal- bzw. Maximalgehalte einzelner Nahrungskomponenten.

Ad 4:
Andere industriell hergestellte Säuglingsmilchen («Folgemilchen») sind weniger an die Frauenmilch angeglichen und sollen deshalb nicht früher als ab 4. Lebensmonat angeboten werden.

Ad 5:
Selbst hergestellte Milchzubereitungen sind – unter anderem wegen ihres geringen Gehaltes an essentiellen Fettsäuren (Linoleate) und des zu hohen Kohlenhydrat- und Na-Gehalts – nicht mehr als optimale Säuglingsernährung zu empfehlen. Aus sozioökonomischen und psychologischen Gründen werden sie hier trotzdem noch als «zulässig» bezeichnet. *Quark* kommt wegen des extrem hohen Eiweissgehaltes für die Ernährung im ersten Lebenshalbjahr nicht in Betracht.
Die endgültige Umstellung von Säuglingsmilchpräparaten auf unverdünnte Kuhmilch ist nach frühestens 6 Monaten zulässig, jedoch erst nach 8 bis 9 Monaten empfehlenswert. Die Kuhmilch soll unbedingt vollfett sein.

Ad 6:
Mit der genannten *Trinkmenge* ist auch das Flüssigkeitsbedürfnis des Säuglings voll gedeckt. Verabreichung von zusätzlichem Tee oder anderen Getränken ist deshalb nicht notwendig.
Die Forderung nach einer täglichen Verabreichung von zirka 500 ml Milch (inkl. Milch in Breimahlzeiten, Joghurt usw.) während des ganzen ersten Lebensjahres beruht auf dem hohen Ca-Bedürfnis des wachsenden Skelettes und dem Bedarf an essentiellen Fettsäuren. Beide Erfordernisse werden bei geringerer Milchzufuhr meist nicht gedeckt.

Ad 7:
Beikost: Während der ersten 4 Lebensmonate sollen ausschliesslich *glutenfreie* Gerichte verwendet werden; Mehl und mehlhaltige Speisen (inkl. Biskuits!) von Weizen, Roggen, Hafer und Gerste sind erst ab 5. Monat zulässig.
Die früher übliche Beifütterung von *Fruchtsäften* und kleinen Obstmengen schon in den ersten Lebensmonaten ist heute wegen des ausreichenden Vitamingehaltes der adaptierten und teiladaptierten Milchpräparate nicht mehr notwendig, ist aber ab 3. Monat in kleineren Mengen unbedenklich.
Zum Zweck einer genügenden *Eisenversorgung* sollte Fleisch bzw. Leber ab 4. bis 5. Monat in langsam ansteigender Menge, im 2. Lebenshalbjahr mehrmals wöchentlich verabreicht werden.

Ad 8/9:
In Gemeinden mit Trinkwasserfluoridierung oder hohem natürlichem Fluorvorkommen ist die Kariesprophylaxe mit Fluortabletten zu unterlassen. Im Interesse einer allgemeinen Kropfprophylaxe ist hier grundsätzlich jodiertes Kochsalz (rote Pakkung) zu verwenden. In allen anderen Landesgegenden ist generell fluoridiertes (und jodiertes) Kochsalz (grüne Packung) zu empfehlen.

Anhang zu den Ernährungsempfehlungen

Säuglingsmilchpräparate
(Liste gültig ab Oktober 1984)

1. Adaptierte und teiladaptierte Milchen
– *Adaptierte Milch ab Geburt* (lit. 2):

Adapta 1	(Wander)
Humana 1	(Galactina)
Nan	(Nestlé)
Nativa	(Guigoz)
Pre-Aptamil	(Milupa)

– *Teiladaptierte Milch*
a) ab Neugeborenenalter (lit. 3a)

Aptamil 1	(Milupa)
Bebedor	(Migros)
Lait Guigoz 1	(Guigoz)
Letrama 1	(Wander)
Mamina 1	(Galactina)
Nidina	(Nestlé)

b) nach 6 Wochen (lit. 3b)

Adapta 2	(Wander)
Aptamil 2	(Milupa)
Humana 2	(Galactina)
Mamina 2	(Galactina)
Mamina Légumes	(Galactina)
Lacto Véguva	(Wander)
Leguma	(Milupa)
Milumil	(Milupa)
Nidina + Gemüse	(Nestlé)
Perlargon	(Milupa)

2. Andere Säuglingsmilchpräparate («Folgemilchen») ab dem 4. Monat (lit. 4)

Beba	(Nestlé)
Beba + Légumes	(Nestlé)
Lait Guigoz 2	(Guigoz)
Nektarmil	(Milupa)
Nourrissa	(Galactina)
Princessa	(Galactina)
Végumine	(Wander)

20. ICM-Kongress in Sydney

Die deutsche Hebamme und das Forschungsmodell «Familien-Hebamme»

Vortrag von Maria Hipp zum Kongressthema «Forschung und Wissen»

Die statistisch belegten Erfahrungen sind besonders für all diejenigen Kolleginnen wertvoll, die sich mit dem Aufbau von Beratungsstellen befassen. Wir danken Frau Maria Hipp und dem Elwin Staude Verlag Hannover für die Abdruckerlaubnis. mf.

In der Bundesrepublik Deutschland (BRD) hat sich die geburtshilfliche Praxis in den vergangenen 30 Jahren stark verändert, wie wir dies in allen europäischen Ländern beobachten können.

1953 war die Hausgeburt noch der Regelfall, die vorwiegend von Hebammen durchgeführt wurde. Solange die Geburt normal verlief, war die Hebamme allein zuständig. In allen regelwidrigen Fällen wurde der Arzt zugezogen, wobei meist nur pathologische Geburten in der Klinik durchgeführt wurden. Damals hatte die Hebamme die Frau bereits in der Schwangerschaft betreut, dann die Geburt geleitet und 10 Tage lang die Mutter und das Neugeborene im Wochenbett gepflegt. Es bestand zwischen der Hebamme und der Mutter ein enger Kontakt, in welchen die ganze Familie miteinbezogen war (Tab. 1).

Die Tätigkeit der angestellten Hebammen beschränkte sich meist nur auf den Gebärsaal, also auf die Hilfe unter der Geburt. Die Pflege von Mutter und Säugling wurde auf den Wochen- und Neugeborenenstationen weitgehend von Kranken- beziehungsweise Kinderkrankenschwestern übernommen. Eine unselige Bakterienangst und die Organisation des Krankenhauses hat dabei die frühzeitige Trennung von Mutter und Säugling gleich nach der Geburt ausgelöst. Diese Entwicklung sehen wir heute als ausgesprochen unglücklich an, wir bemühen uns, sie seit einigen Jahren rückgängig zu machen.

1973: 20 Jahre später – ist die Zahl der Hebammen um etwa 45% gesunken, knapp die Hälfte sind noch freiberuflich tätig, die anderen sind in der Klinik angestellt. Die Hausgeburtshilfe ist auf 10–15% zurückgegangen, zwischen Stadt und Land gab es regionale Unterschiede. Die Entbindung in der Klinik wird nachgerade zum Regelfall, wobei auch die freiberufliche Hebamme im Belegsystem einen erheblichen Anteil ihrer Patientinnen in der Klinik entbinden kann.

Die angestellte Hebamme ist in der Klinik leider fast nur im Gebärsaal zu finden, auf der Wochenstation hat sie die Versorgung der Wöchnerin und des Säuglings abgegeben. Die Schwangerenvorsorge ist in die ärztliche, meist sogar fachärztliche Praxis verlagert worden. In der Zwischenzeit hat die BRD die höchste Facharztdichte innerhalb Europas erreicht.

Zwar fangen die Hebammen zögernd an, sich in der Geburtsvorbereitung stärker einzusetzen, aber in der Schwangerenberatung waren sie kaum noch zu finden. Diese Entwicklung bedauern wir heute sehr, denn zum einen hatten die Mütter die Ansprechpartnerin Hebamme während der Schwangerschaft verloren,

Tab. 1 **Bundesrepublik Deutschland (BRD) und Berlin-West**

	Gesamtzahl der Hebammen	davon freiberuflich tätig	an Krankenhäusern angestellt	Hebammenschülerinnen
1953	11 240	10 245	995	547
1973	6 255	3 077	3 178	634
1981	5 657	1 554	4 103	825
1983	5 528	1 398	4 130	1 005