



Aktualisiertes EISL-Statement zur Beurteilung und Behandlung eines zu kurzen Zungenbands

Seit etlichen Jahren gibt es ein **erhöhtes Bewusstsein** dafür, dass ein **zu kurzes Zungenband** beim Säugling zu Stillproblemen führen kann – z.B. können Schmerzen beim Anlegen, wunde Mamillen, mangelnde Gewichtszunahme und andere Schwierigkeiten die Folge eines zu kurzen Zungenbands sein. Immer mehr Fachkräfte aus dem Bereich der Stillberatung, aber auch aus angrenzenden Berufsgruppen, haben sich mit der Thematik beschäftigt und Fortbildungen besucht, sich untereinander vernetzt und arbeiten in einigen Regionen bereits gut interdisziplinär zusammen. Diese Entwicklung begrüßen wir.

Gleichzeitig beobachten wir, dass mit der zunehmenden Bekanntheit der Problemstellung auch die **Gefahr der Überdiagnostizierung** und von guter Begleitung und Nachbetreuung losgelöster Therapie (Frenotomie) einhergeht. In einigen Fällen wird ohne vorherige fachliche und professionelle Beurteilung direkt von einem zu kurzen Zungenband ausgegangen. Dies birgt das Risiko, dass Eltern ohne zwingende Notwendigkeit manchmal teure Behandlungen (mit zum Teil hohem Eigenanteil von mehreren hundert Euro) durchführen lassen oder große Wegstrecken auf sich nehmen, um zu Spezialist:innen zu reisen, obwohl eine gute, ganzheitliche und professionelle Stillberatung das Problem hätte lösen können.

Die **Academy of Breastfeeding Medicine (ABM)** hat im Mai 2021 ein **Statement** zu diesem Thema verfasst, das wir bereits [→ hier](#) vorgestellt haben und dem wir uns anschließen: **ein zu kurzes Zungenband kann zu Stillproblemen führen, aber nicht bei jedem Stillproblem liegt ein zu kurzes Zungenband vor**. Eine sichere Beurteilung der Situation ist nur in Verbindung mit einer fundierten und umfassenden Stillberatung möglich, die durch eine kompetente und erfahrene Fachkraft, idealerweise eine Still- und Laktationsberater:in IBCLC, durchgeführt wird.

Still- und Laktationsberater:innen IBCLC stellen zwar keine Diagnosen, können jedoch den Verdacht auf das Vorliegen eines zu kurzen Zungenbands äußern, wenn ausreichende Anzeichen dafür sprechen. Umfassendes Wissen, das IBCLCs während ihrer ausgedehnten Weiterbildung erwerben, sowie die Erfahrung in der ganzheitlichen und professionellen Beurteilung sind die Grundlage dafür. IBCLCs verweisen die Familie zur weiteren Behandlung an ärztliche Kolleg:innen weiter.

Neben dem oben erwähnten Statement der ABM kommt auch die aktuelle Fachliteratur zu denselben Schlüssen: **zur Beurteilung gehört auf jeden Fall eine gründliche Betrachtung der Gesamtsituation durch eine entsprechend ausgebildete Fachkraft** (Walker, 2023; Watson Genna, 2017)

Für den ersten **Verdacht auf das Vorliegen eines zu kurzen Zungenbands** wurde ein → [Vorab-Screening-Bogen](#) für das Wochenbett entwickelt. Wenn sich dadurch der Verdacht auf ein zu kurzes Zungenband erhärtet, ist durch eine geschulte Fachkraft abzuklären, ob die Stillprobleme des Mutter-Kind-Paares tatsächlich dadurch bedingt sind: dazu gehört ein gewissenhaftes Überprüfen des Anlegens und des allgemeinen Stillmanagements (Frequenz, Dauer, Effektives Saugen) ebenso wie die kritische Beurteilung von Anzeichen, die auf ein zu kurzes Zungenband hinweisen können (Gewichtsverlauf, wund Mamillen, orale Auffälligkeiten beim Kind etc.). Eine generelle ausführliche Anamnese (Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, Erkrankungen der Mutter etc.) ist obligat.

Márta Guóth-Gumberger, IBCLC und A.Univ.-Prof. Dr. Daniela Karall, IBCLC haben gemeinsam eine dreiteilige Artikel-Serie zum Thema „Zu kurzes Zungenband“ veröffentlicht, die im open access Verfahren veröffentlicht wurde. In → [Teil 1](#) wird ein multifaktorielles Beurteilungskonzept zum Erkennen eines vorliegenden zu kurzen Zungenbands vorgestellt.

Ein einziges auffälliges Merkmal reicht nicht aus, um den Verdacht auf ein zu kurzes Zungenband zu äußern – erst bei Vorliegen von mehreren Anzeichen, die sich bei der Untersuchung durch eine erfahrene Fachkraft bestätigen, ist die Überweisung zur Frenotomie sinnvoll. Bedacht werden muss zugleich, dass der Mundraum des Kindes ein intimer und sensibler Bereich ist, der nicht ohne guten Grund und mit der gebotenen Zurückhaltung untersucht werden sollte.

Wenn ein zu kurzes Zungenband festgestellt wurde und eine **Frenotomie** geplant ist, stehen derzeit zwei Behandlungsmöglichkeiten im Raum: Schnittbehandlung mit Scherenschlag/ Skalpell oder Frenotomie mit Hilfe eines CO₂-Lasers. Aus wissenschaftlicher Sicht gibt es aktuell keine Evidenz, die die Überlegenheit und den therapeutischen Nutzen einer der beiden Methoden belegt (*s. dazu auch nochmals das ABM-Statement weiter oben*).

Allerdings ist die Evidenz zur Schnittfrenotomie stabiler (länger bekannte Methode, hochwertigere Publikationen), wie Sie in → [Teil 2](#) und → [Teil 3](#) der oben erwähnten Artikel-Serie von Márta Guóth-Gumberger und Daniela Karall nachlesen können. Die Schnittfrenotomie ohne Naht bietet einen niederschwelligeren Zugang: es handelt sich um einen sehr kurz dauernden ambulanten Eingriff ohne Narkose, bei dem die Eltern anwesend bleiben können.

In jedem Fall ist es unabdingbar, eine möglichst achtsame Vorgehensweise zu wählen, wenn eine Frenotomie notwendig erscheint.

In jüngster Zeit wird die Laserfrenotomie im deutschsprachigen Raum an einigen Stellen, häufig auch in Social Media Kanälen, stark propagiert. Hier ist große Vorsicht geboten, da im Gegensatz zur klassischen Schnittfrenotomie, die meist eine Kassenleistung ist, die Laserbehandlung privat getragen werden muss. Auf die Eltern kommen dadurch oft erhebliche Kosten zu, ein möglicher Interessenskonflikt steht im Raum.

Jede Frenotomie stellt für den Säugling einen invasiven Eingriff dar. Je kürzer der Eingriff dauert, desto besser.

Das Frenulum hat fast keine sensorische Innervation, Säuglinge unter 4 Monaten vertragen die Frenotomie in der Regel auch **ohne Lokalanästhetikum** sehr gut. Alternativ kann ein Lokalanästhetikum (z.B. Xylocain- bzw. Lidocain-Gel oder -Paste) mit Watteapplikatoren auf beide Seiten des Frenulums aufgetragen werden. Dies kann jedoch den unerwünschten Effekt mit sich bringen, dass das Baby nach Abschluss der Behandlung möglicherweise nicht sofort effektiv an die Brust der Mutter gelegt werden kann, weil die Zunge noch teilweise betäubt ist (*Lawrence & Lawrence, 9. Auflage 2021*).

Noch gravierender wird das Problem, wenn – wie in einigen zahnärztlichen Praxen üblich – vor der Laserfrenotomie ein Lokalanästhetikum eingespritzt wird. Hier ist anzunehmen, dass der Säugling nach dem Eingriff für eine längere Zeit die Zunge nicht vollständig bewegen und somit nicht effektiv saugen kann. Die Laserfrenotomie als bereits wesentlich invasivere Maßnahme behindert in diesem Fall zugleich auch die Möglichkeit der Selbstregulation nach der Behandlung.

Kritisch beobachten wir auch, dass zusätzlich zum diagnostizierten zu kurzen Zungenband auch immer wieder das **Lippenband und Wangenbänder** als behandlungsbedürftig angesehen und gelasert werden. Dazu gibt es keine wissenschaftlichen Belege. Eine qualifizierte und professionelle Stillberatung reicht meist aus, um eventuell auftretende Probleme bei einem kurzen Lippenband zu lösen.

Entscheidend für den Erfolg einer Frenotomie ist nicht nur die Begleitung bis zur Frenotomie, sondern auch die **anschließende Nachsorge**. Idealerweise wird diese von der Stillberater:in übernommen, die die Familie zur Frenotomie weitergeleitet hat. Im Allgemeinen benötigen Säuglinge etwa 10 – 14 Tage, bis sie das neue Zungenbewegungsmuster nach der Frenotomie erlernt haben („neuromuscular reeducation“). Wichtigstes Behandlungsziel ist dabei, dass die Zunge gut und viel in Bewegung bleibt (= Training). Das ist im Säuglingsalter durch Einhalten der altersentsprechenden Stillfrequenzen (8 – 12x in 24 Std.) gewährleistet.

Es gibt keine Evidenz, die die Anordnung von **postoperativen manuellen Manipulationen/ Dehnübungen** („aktives Wundmanagement“) unterstützt. In etlichen Fällen werden Eltern nach Laserfrenotomien dazu angeleitet, oft über mehrere Wochen täglich mehrmals für das Kind schmerzhafte Übungen im kindlichen Mund durchzuführen und dabei auch direkt die Wundfläche zu berühren und zu massieren. Die Eltern werden dazu angehalten, dies auch dann zu tun, wenn das Baby sich wehrt und weint.

Dieses Vorgehen sehen wir sehr kritisch, auch vor dem Hintergrund der fehlenden Evidenz: eine solche Vorgehensweise widerspricht allem, was wir Familien und Fachkräften seit Jahren bezüglich **feinfühligem Verhalten und Bindungsförderung** vermitteln. Auch das ABM-Statement weist darauf hin, dass derzeit nicht auszuschließen ist, dass solche Maßnahmen sich negativ auf die kindliche Entwicklung, das Bindungsverhalten oder auch auf das Essverhalten des Kindes auswirken können.

Still- und Laktationsberater:innen IBCLC haben ein **umfassendes Wissen zur Physiologie und Pathophysiologie des Stillens und zur Laktation**, sowie zum optimalen Stillmanagement und zur kindlichen oralen Anatomie. Sie können Stillprobleme kompetent und ganzheitlich beurteilen und Familien einfühlsam beraten. IBCLCs rezertifizieren sich durch regelmäßige Fortbildungen alle 5 Jahre und begleiten Mutter-Kind-Paare nicht nur einmalig, sondern meist kontinuierlich über einen längeren Zeitraum. Die Zertifizierung zur IBCLC wird als der Goldstandard in der Stillberatung bezeichnet (*Stuebe, 2014*).

Diese Expertise wird durch andere Berufsgruppen und Fachkräfte rund um Mutter und Kind ergänzt, die bei Bedarf hinzugezogen werden. Lesen Sie dazu auch ergänzend unser EISL-Statement vom Dezember 2020: [→ Gute Stillberatung ist zentral und unabdingbar](#)

Abschließend möchten wir als EISL-Team daher zusammenfassen:

- Jedes Mutter-Kind-Paar mit Stillproblemen sollte professionell, umfassend, fundiert und ganzheitlich, aber auch ressourcenorientiert beraten werden.
- In vielen Fällen ist eine professionelle Stillberatung bereits in der Lage, vorhandene Stillprobleme zu lösen oder zu verringern.
- Sollte sich im Verlauf der Beratung der Verdacht ergeben, dass ein zu kurzes Zungenband (anterior oder posterior) vorliegen könnte, ist eine gründliche Untersuchung und Beurteilung der verschiedenen Anzeichen sowie der oralen kindlichen Anatomie notwendig, die durch eine dafür ausgebildete kompetente Fachkraft durchgeführt wird.
- Die Verdachtsdiagnose sollte zurückhaltend gestellt und nach Möglichkeit von einer zweiten erfahrenen Fachkraft bestätigt werden.
- Alle, die mit Mutter und Kind arbeiten, sollten gutes Basiswissen zum Stillen besitzen und sich regelmäßig dazu fortbilden. Wer die Funktion der Zunge und ggf. zu kurze Zungenbänder sicher beurteilen will, benötigt eine fundierte Ausbildung zum Stillen (idealerweise mit IBCLC-Zertifikat) und Erfahrung in der Arbeit mit Mutter und Kind.
- Entsprechend dem Verhaltenskodex für IBCLCs und den ILCA-Praxisstandards steht die Gesundheit von Mutter und Kind an erster Stelle. Persönliche Interessen dürfen keine Rolle spielen.

Direktorinnen und Team des EISL

Ergänzende Informationen zu diesem Thema erhalten Sie auch auf **unserer Fachseite** dazu:

[→ Das zu kurze Zungenband – ein Thema für die Stillberatung](#)

Literatur:

- Academy of Breastfeeding Medicine Position Statement on Ankyloglossia in Breastfeeding Dyads. Breastfeeding Medicine, Vol 16, Number 4, 2021. DOI: 10.1089/bfm.2021.29179.ylf
- Anhaltend spannend – das zu kurze Zungenband, Teil 1-3. Übersicht über Entwicklungen zu Diagnostik, Behandlung und Nachsorge. M. Guóth-Gumberger & D.Karall. Paediatr. Paedolog. 2023
- Breastfeeding: A Guide for the Medical Professional. R.A. Lawrence & R.M. Lawrence, 9. Auflage. Philadelphia, PA: Elsevier 2021, p.485ff
- Breastfeeding and Human Lactation. K. Wambach & B. Spencer, 6. Auflage. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning 2021, p.332ff
- Breastfeeding Management for the Clinician – Using the Evidence. M. Walker, 4. Auflage. Burlington, MA: Jones and Bartlett Learning 2017, p.187ff & p.495ff
- Counseling the Nursing Mother – a Lactation Consultant’s Guide. J. Lauwers & A. Swisher, 7. Auflage. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning 2021, p.317f
- Core Curriculum for Interdisciplinary Lactation Care. Lactation Education Accreditation and Approval Committee LEAARC. Second Edition. Burlington, MA; Jones & Bartlett Learning 2024, p.60ff
- Das zu kurze Zungenband – Beurteilung und Begleitung. M. Guóth-Gumberger & D. Karall. ELACTA. Laktation & Stillen 2/2016
- Das zu kurze Zungenband – Tatsächlich ein Problem? D. Karall. Paediatr Paedolog 2014 Jan; 49:28-33. doi: 10.1007/s00608-013-0135-x
- Enabling women to achieve their breastfeeding goals. Stuebe AM. Obstet Gynecol. 2014 Mar; 123(3):64-652. doi: 10.1097/AOG.000000000000142. PMID: 24499748.
- Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants. C. Watson Genna, 3. Auflage. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning 2017, p 25ff & p. 209 ff & p.269 ff