



„Aktives Wundmanagement“ nach Frenotomie beim zu kurzen Zungenband

EISL-Statement zur aktuellen Diskussion

Das zu kurze Zungenband und empfohlene Behandlungsmöglichkeiten sind häufig Thema bei Gesprächen und Diskussionen im Bereich der Stillberatung. Aus diesem Grund möchten wir dazu Stellung nehmen.

Das folgende Statement bezieht sich konkret auf zwei Studien, die im Einzelnen vorgestellt werden (*Bhandarkar et al., 2022* und *Miller et al., 2025*), stützt sich aber auch auf eine Vielzahl von weiteren Evidenzen, die gut im Rahmen eines systematischen Reviews von *Smart et al. (2024)* nachzulesen sind (s. Literaturverzeichnis).

Ergänzend empfehlen wir unser bereits 2023 aktualisiertes

→ [EISL-Statement zur Beurteilung und Behandlung eines zu kurzen Zungenbands](#)

Das Wichtigste in Kürze:

- Eine aktuelle Studie scheint einen Nutzen von „Aktivem Wundmanagement“ (AWM) nach Frenotomie bei einem zu kurzen Zungenband zu belegen. Dieses Thema wird bereits seit einiger Zeit kontrovers diskutiert.
- Im öffentlichen Diskurs werden typischerweise völlig unterschiedliche Definitionen von „Aktivem Wundmanagement“ verwendet.
- Die Zielsetzung und Rahmenbedingungen von Studien zu diesem Thema sind ebenfalls häufig unklar: Stillprobleme, ergänzende Stillunterstützung, Gewichtszunahme des Kindes, Zufütterungsmengen, Frenotomie-Technik, Funktionsuntersuchung der Zunge usw. werden in vielfältigen Kombinationen untersucht. Zur Notwendigkeit von AWM werden dabei immer wieder Tatsachenbehauptungen aufgestellt, ohne dass eine echte Vergleichbarkeit der verschiedenen Bedingungen hergestellt wird.
- Aus unserer Sicht gilt, dass der Begriff „Aktives Wundmanagement“ genauer definiert werden muss. Wenn empfohlen wird, dass die Zugenbeweglichkeit nach einer Frenotomie spielerisch gefördert und trainiert wird, scheint dies eine hilfreiche Möglichkeit zu sein – dafür sollte allerdings der Begriff „Aktives Wundmanagement“ nicht verwendet werden, weil er missverständlich ist. Für ein direktes Dehnen oder Massieren der Wunde gibt es keine Evidenz, ein häufig propagiertes „Aufreißen“ der Wunde ist in jedem Fall abzulehnen.

Frenotomie beim zu kurzen Zungenband: noch immer nicht abschließend ausreichend untersucht

Dass ein zu kurzes Zungenband zu Stillproblemen, einer geringen Gewichtszunahme, Schwierigkeiten bei der Beikosteneinführung und bei der Sprachentwicklung führen kann, ist bereits vielfach untersucht. Eine Frenotomie, also das interventionelle Lösen des Zungenbands, ist in vielen Fällen hilfreich und angezeigt – soweit herrscht weitgehend Einigkeit.

Die genauen Bedingungen spielen jedoch eine Rolle: Um zu zeigen, ob eine Frenotomie in der Mehrzahl der Fälle einen Nutzen bringt, müsste zunächst genau definiert werden, welche Schwierigkeiten im Vorfeld bestanden und wer diese mit welchen Methoden untersucht hat.

Es gibt z.B. Studien, in denen ein einfacher Zungenfunktionstest mit Herausstrecken der Zunge (+ Messung, für wie viele Millimeter das möglich ist) als Kriterium für eine „Verbesserung“ herangezogen wird. Andere Studien untersuchen umfangreich die Zungenfunktion mit verschiedenen Score-Systemen (z.B. dem ATLFF),

berücksichtigen Stillprobleme (von der Mutter berichtet und/oder von Fachpersonen validiert, manchmal auch mittels Score-Systemen zum Stillen wie z.B. BSES-SF oder LATCH) oder beziehen den Gewichtsverlauf mit ein.

Auch die Frage, ob es sich eher um anterior zu kurze Zungenbänder oder posterior zu kurze Zungenbänder handelt, ist bedeutsam, ebenso wie die Art der interventionellen Maßnahme: wird das Zungenband nur mit einem kleinen Scherenschnitt/ Skalpell knapp angeschnitten oder wird eine rautenförmige Wunde erzeugt? Wird mit einem Laser gearbeitet (und auch hier wieder: rautenförmige Wunde oder nicht?) – all das kann zu unterschiedlichen Ergebnissen führen und wird in Studien bisher nicht klar miteinander verglichen.

Trotz dieser Schwierigkeiten hat sich in den letzten Jahren weltweit weitgehend ein Konsens dahingehend herausgebildet, dass eine Frenotomie bei Stillproblemen, häufig in Kombination mit einer unzureichenden Gewichtszunahme, meist sinnvoll ist und dass eine Schnittführung, die eine rautenförmige Wunde im mittleren/hinteren Bereich unter der Zunge erzeugt, bessere Ergebnisse bringt als andere Schnittführungen.

Bei Säuglingen werden diese sehr kurz dauernden Interventionen üblicherweise ohne generalisierte Allgemeinnarkose durchgeführt. Wenn die Frenotomie mittels Laser erfolgt, wird jedoch meistens ein Lokalanästhetikum verwendet.

Ob eine Frenotomie mit Schere/Skalpell oder Laser bessere Ergebnisse in Bezug auf die Stillförderung und im Bereich der Stillberatung bringt, ist bis heute nicht eindeutig durch Studien belegt. Es gibt einzelne Studien, die ein ganz spezifisches Untersuchungskriterium heranziehen und dann in die eine oder andere Richtung (Schere vs. Laser) ein besseres Outcome feststellen, aber die für uns als Stillberater:innen wichtigsten Kriterien sind bisher in keiner direkten Vergleichsstudie umfassend berücksichtigt:

- Klar definierte Stillprobleme, die nicht nur durch Bericht der Mutter, sondern auch durch entsprechend qualifizierte Fachpersonen validiert und einzeln aufgeschlüsselt wurden
- Ausreichende Stillunterstützung präinterventionell, um sicher zu gehen, dass über das zu kurze Zungenband hinausgehende Stillprobleme keine Verzerrung des Outcomes verursachen
- Zungenfunktions-Untersuchung prä- und postinterventionell, die über ein einfaches „Zunge herausstrecken“ hinausgeht (z.B. durch Verwendung eines Screeningbogens)
- Gewichtsverlauf pre- und postinterventionell über einen längeren Zeitraum
- Postinterventionelle Entwicklung des Stillens über einen längeren Zeitraum, längerfristige Stillraten

Wundpflege nach einer Frenotomie: das nächste heiß umkämpfte Thema

Von einigen Behandler:innen wird im öffentlichen Diskurs und auf Social Media teilweise mit hohem Empörungspotential und emotionalem Druck darauf verwiesen, dass „unbedingt“ im Anschluss an eine Frenotomie ein sogenanntes „Aktives Wundmanagement“ (AWM) erfolgen muss, um zu verhindern, dass die Wunde sich in der alten, zu kurzen Position wieder schließt und das Problem somit erneut entsteht („Wieder-Anwachsen“ oder „Re-Attachment“).

Stattdessen sollen Eltern je nach Empfehlung wahlweise im Anschluss an die Frenotomie die Zunge regelmäßig mit den Fingern nach oben dehnen, den Zungengrund massieren, in der Wunde mit dem Finger streichen und die entstehenden Fibrinfäden wegwischen, die Wangen oder Lippen von außen massieren, das Kind zu verschiedenen Zungenbewegungen animieren oder einfach schlicht durch gutes Stillmanagement die Zunge „in Bewegung halten“.

In verschiedenen Studien zu dieser Fragestellung werden nicht nur unterschiedlichste Methoden verwendet – manchmal sollen die Eltern die empfohlenen Maßnahmen für 2 – 3 Tage nach der Frenotomie durchführen, andere Male mehrere Wochen lang. Manche Empfehlungen lauten, die Übungen 2x täglich durchzuführen, andere erfordern stündliche oder 2 – 3-stündliche Übungen. In wenigen Studien wird erfasst, ob die Eltern sich auch tatsächlich an die empfohlenen Übungen und die entsprechende Frequenz etc. gehalten haben (Compliance), meistens wird dies nicht hinterfragt. Das empfohlene Übungsschema hat zudem meistens keinen funktionell-physiologischen oder stillberaterischen Hintergrund.

Und all das vermischt sich dann im Diskurs zur kühnen Behauptung, dass „aktives Wundmanagement erwiesenermaßen notwendig ist“, ohne dass dafür auch nur eine allgemeingültige Definition oder entsprechende Evidenzen vorliegen würden.

AWM: die Studienlage

Eine aktuelle Studie, die im Frühjahr 2025 veröffentlicht wurde, hat kürzlich für Aufregung gesorgt, zeigte sie doch vermeintlich, dass das Dehnen der Zunge zu einem verbesserten Outcome führt.

Die Autor:innen rund um Jessa E. Miller untersuchten insgesamt 88 Mutter-Kind-Paare, aufgeteilt in drei Gruppen: ca. ein Drittel führte keine Übungen durch, ein Drittel sollte Übungen durchführen, hielt das empfohlene Management aber nicht durch und ein Drittel dehnte die Zunge 5x täglich für einen Zeitraum von mehreren Wochen.

Als Kriterium für die Frage, ob die Dehnungsübungen eine Verbesserung brachten, wurden NICHT die von uns gewünschten oben genannten Kriterien zur Stillförderung herangezogen, sondern die Mütter gaben „bestehende Fütterprobleme“ als Kriterium an (hier ist unklar, ob es sich überhaupt in allen Fällen um gestillte Kinder handelte?), wobei diese sich in Form von Anlegeproblemen, „langem oder nicht gelingendem Füttern“, schmerzenden Mamillen oder schlechter Gewichtszunahme zeigen konnten. Ob die Mütter außer der Frenotomie noch ergänzend professionelle Stillunterstützung erhielten (oder sich z.B. außerhalb der Studie selbst suchten), ist nicht beschrieben.

Als weiteres Kriterium zur Messung der prä- und postinterventionellen Unterschiede wurde das Herausstrecken der Zunge gemessen und als wichtigstes Kriterium wurde erfasst, bei wie vielen Kindern eine 2. Frenotomie erforderlich wurde, weil die Wunde in einem unbefriedigenden Zustand abgeheilt („Re-Attachment“) oder ungünstig vernarbt war.

Die Studie ergab, dass zumindest nach den gewählten Kriterien die Gruppe der Kinder, bei denen die Dehnungsübungen nach Anweisung durchgeführt worden waren, das beste Outcome hatten – was zu der sich schnell verbreitenden Aussage führte: „AWM nach Frenotomie ist nun als hilfreich bewiesen“.

Allerdings waren die Teilnehmerzahlen dieser Studie insgesamt recht klein und bei einem sehr hohen Prozentsatz der Mutter-Kind-Paare verbesserte bereits die Frenotomie die Situation bezüglich „Fütterungsproblemen“ deutlich, unabhängig von der anschließend durchgeführten Dehnung. Seltsam ist dabei übrigens, dass obwohl angeblich KEIN EINZIGES Mutter-Kind-Paar der „Dehnungsgruppe“ im Anschluss noch Fütterungsprobleme hatte (also ein 100%-iger Erfolg in Bezug auf alle Still- und Fütterungsprobleme – ein ungewöhnlich starker Effekt...) wurden trotzdem noch zwei Kinder aus dieser Gruppe einer 2. Frenotomie unterzogen. Warum? Das bleibt unklar – normalerweise ist eine Frenotomie ja eben gerade dann sinnvoll, wenn es ein Problem gibt, z.B. beim Stillen oder Füttern. Ein rein „optisches“ Re-Attachment ohne Funktionsbeeinträchtigung sollte keinen Anlass für eine Frenotomie darstellen.

Einige weitere Punkte bleiben bei der aktuellen Studie unklar:

- Wie genau sah die Wunde im Anschluss an die Frenotomie aus – wurde auf eine rautenförmige Wunde Wert gelegt? Beschrieben ist lediglich, dass die Behandlung grundsätzlich mit Schere durchgeführt wurde
- Es wurde bei jedem Kind eine Klassifikation des Anfangsbefunds vorgenommen (Schweregrad der zu kurzen Zungenbandsituation nach Kotlow) – beim postinterventionellen Befund wurde dies jedoch nicht weiter verfolgt. Gab es vielleicht Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Schweregraden bezüglich des Outcomes, insbesondere der Notwendigkeit einer 2. Frenotomie?
- Die „Dehnungs-Gruppe“ wurde nochmals unterteilt: in eine Gruppe, die die Übungen für 2 Wochen durchführen sollte, und eine andere, die die Übungen 6 Wochen lang durchführen sollte. Im späteren Verlauf wurde jedoch nicht näher beschrieben, ob eine Dauer der anderen überlegen war – ist ein längeres Dehnen selbst nach den Kriterien der aktuellen Studie überhaupt notwendig?
- Nach welchen Kriterien genau wurde entschieden, ob eine 2. Frenotomie notwendig war?

Eine andere Studie von 2022 um das Team von Kailas P. Bhandarkar verfolgte eine ähnliche Fragestellung. Bei dieser Studie wurden Eltern angeleitet, für 7 Tage eine Massage der Wunde unter der Zunge durchzuführen, ohne weitere Dehn-Übungen. Die Autor:innen kamen zu dem Ergebnis, dass die Massage keinen Vorteil gegenüber der Gruppe ohne eine solche Anleitung brachte.

Die 2022-Bhandarkar-Studie weist allerdings gegenüber der aktuellen 2025-Miller-Studie einige Unterschiede auf:

- Die Studie war wesentlich größer, sie untersuchte insgesamt 599 Mutter-Kind-Paare
- Die Studie legte Wert auf eine gute Stillunterstützung und untersuchte als Outcome eine Verbesserung des Stillens nach Frenotomie sowie die Stillraten über einen längeren Zeitraum (bis zu 10 Monate postoperativ vs. 1 Monat bei der aktuellen 2025-Miller-Studie)
- Die Studie beschreibt, dass explizit auf eine rautenförmige Wunde geachtet wurde

AWM: Compliance

Ein Punkt ist in beiden Studien auffällig und vergleichbar: es gab einen hohen Prozentsatz von Eltern, die das empfohlene Übungsschema mit Massage oder Dehnungs-Übungen nicht vollständig durchführte. Bei der 2022-Bhandarkar-Studie hielten sich nur 43,5 % der „Massage-Gruppe“ an die Empfehlungen und bei der 2025-Miller-Studie hielten sich 57,1 % an das Dehnungs-Schema, der Rest nicht.

Dies wirft die Frage auf, welche Gründe es gibt, Eltern hier zögern zu lassen.

Sicher wird ein Teil des Problems darin liegen, dass ein strenges regelmäßiges Durchführen jeglicher Maßnahmen im Alltag mit einem wenige Wochen alten Kind immer eine Herausforderung darstellt und die Eltern häufig überfordert.

Ein weiterer Punkt ist aber mit hoher Wahrscheinlichkeit auch der, dass die Kinder das wiederholte Eindringen von Fingern in ihren sensiblen und intimen Mundbereich erfahrungsgemäß nicht ohne Protest tolerieren. Und es ist nicht auszuschließen, dass neben dem Unwohlsein, das durch die Prozedur ausgelöst wird, auch Schmerzen durch das Berühren der Wunde oder die Dehnung verursacht werden. In der Praxis zeigt sich sogar, dass einige Kinder nach diesen Maßnahmen das Stillen verweigern.

Ob ein befürchtetes „Re-Attachment“ ein solches Risiko rechtfertigt, ist ohne klare Evidenzen, die eine deutliche Überlegenheit der Maßnahmen zeigen, äußerst fraglich.

Zu diesem Punkt verweisen wir nochmals auf unser → [Statement von 2023](#).

Wundbeschaffenheit: Schnitt versus Laser

Ein Punkt, der aus unserer Sicht bisher nicht ausreichend diskutiert und untersucht wird: gibt es bezüglich der Gefahr des „Wieder-Anwachsens“ vielleicht auch Unterschiede zwischen Schnittfrenotomien (mit Schere/Skalpell) und Frenotomien mit Laser?

Eine Wunde, die durch einen Laser verursacht wird, hat eine andere Charakteristik, was das Heilungsverhalten angeht – Hitze erzeugt eine andere Wundoberfläche als ein Schnitt. Es ist denkbar, dass ein Teil der unterschiedlichen Studienergebnisse auch in diesem Punkt begründet liegt. Im öffentlichen Diskurs und im Social Media Bereich ist zumindest zu beobachten, dass Laserbehandler:innen deutlich häufiger für ein „Aktives Wundmanagement“ plädieren (wie bereits beschrieben: ohne dass es dafür standardisierte Vorgehensweisen oder auch nur einen Konsens darüber gibt, worin dieses AWM genau besteht).

Interessant übrigens: in der Oralchirurgie außerhalb von Frenotomien, z.B. bei Laserbehandlungen im Bereich der Mundschleimhaut (Entfernung von gutartigen Tumoren) oder bei der Laser-Durchtrennung von Lippenbändchen im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung ist normalerweise nicht die Rede von einer notwendigen Dehnung oder Massage der Wundfläche im Anschluss. Auch bei Eingriffen an anderen Schleimhaut-Stellen, z.B. im Genitalbereich, werden nirgendwo Dehnübungen oder Massagen im

Wundbereich beschrieben, zumindest niemals vor Abschluss der Wundheilung. Den Begriff „Aktives Wundmanagement“ gibt es in der gesamten chirurgischen Praxis an keiner einzigen Stelle, außer in der Diskussion um zu kurze Zungenbänder.

Wir wünschen uns für die Zukunft gut durchgeführte, kontrollierte Interventionsstudien, die Schnitt- und Laserfrenotomien mit und ohne (zuvor klar definiertes) AWM in verschiedenen Versionen vergleicht, dabei als Rahmenbedingungen den Fokus auf Stillunterstützung und –förderung legt und das Outcome auf funktionale Aspekte, den Stillverlauf und den Gewichtsverlauf fokussiert.

Bis dahin bleiben wir dabei, dass wir ein regelmäßiges, forciertes postinterventionelles Eindringen in den kindlichen Mund kritisch bewerten und weiterhin das häufige, uneingeschränkte, korrekte Anlegen und Stillen als beste Maßnahme zur Förderung der Zungenbeweglichkeit ansehen. Emotionaler Druck auf Eltern, der in der Erzeugung von Schuldgefühlen mündet („Ihr seid Schuld, wenn die Frenotomie nicht den gewünschten Erfolg bringt, weil ihr nicht konsequent genug wart“) sollte unbedingt unterbleiben.

Direktorinnen und Team des EISL

Literatur:

Bhandarkar KP, Dar T, Karia L, Upadhyaya M. **Post Frenotomy Massage for Ankyloglossia in Infants-Does It Improve Breastfeeding and Reduce Recurrence?** Matern Child Health J. 2022 Aug;26(8):1727-1731. <https://doi.org/10.1007/s10995-022-03454-x>

Miller JE, Chung HR, Marshall CR, Wilhalme HM, West AN. **Outcomes of stretching exercises after lingual frenotomy in infants: A prospective, interventional study.** Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2025 Apr;191:112280. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2025.112280>

Smart S, Grant H, Tseng RJ. **Beyond surgery: Pre- and post-operative care in children with ankyloglossia.** Int J Paediatr Dent. 2025 Mar;35(2):318-338. <https://doi.org/10.1111/ipd.13235>