

ABM Klinisches Protokoll Nr. 35: Unterstützung des Stillens während eines Krankenhausaufenthalts von Mutter oder Kind

Melissa Bartick, Maria Teresa Hernández-Aguilar, Nancy Wight, Katrina B. Mitchell, Liliana Simon, Lauren Hanley, Samantha Meltzer-Brody, Robert M. Lawrence und die Academy of Breastfeeding Medicine

Ein zentrales Ziel der Academy of Breastfeeding Medicine ist die Entwicklung von klinischen Protokollen für die Behandlung häufig auftretender medizinischer Probleme, die den Stillserfolg beeinträchtigen können. Diese Protokolle dienen lediglich als Richtlinien für die Betreuung von stillenden Müttern und Säuglingen und legen keinen ausschließlichen Behandlungsplan fest oder dienen als Standards für die medizinische Versorgung. Je nach den Bedürfnissen des einzelnen Patienten können Abweichungen in der Behandlung angebracht sein. Die Academy of Breastfeeding Medicine erkennt an, dass nicht alle stillenden Personen sich als weiblich identifizieren. Die Verwendung einer geschlechtergerechten Sprache ist jedoch nicht in allen Sprachen und Ländern und für alle Leser möglich. Die Position der Academy of Breastfeeding Medicine (<https://doi.org/10.1089/bfm.2021.29188.abm>) ist es, klinische Protokolle im Rahmen der Inklusion aller stillenden, brustfütternden (chestfeeding) und humanmilch-fütternden Personen zu interpretieren.

Einführung

Für stillende Mütter oder gestillte Säuglinge und Kinder kann aus medizinischen oder chirurgischen Gründen ein Krankenhausaufenthalt erforderlich werden, entweder bei der Geburt oder zu einem späteren Zeitpunkt im Leben des Kindes. Und stillende Mütter benötigen manchmal eine Einweisung in eine psychiatrische Einrichtung. Leider kann der Krankenhausaufenthalt einer stillenden Mutter oder eines gestillten Kindes zu einer Unterbrechung des Stillens und zu unbeabsichtigtem Abstillen⁽¹⁻³⁾ sowie zu anderen Komplikationen wie beispielsweise Mastitis führen.⁽⁴⁾ Es gibt jedoch nur wenige formale Richtlinien für das Management der Stillzeit während des Krankenhausaufenthalts. ⁽⁵⁻¹¹⁾ Dieses Protokoll umreißt die empfohlene Versorgung der hospitalisierten stillenden Mutter und des gestillten Kindes und dient dazu, die Standards für die Umsetzung dieser Modellrichtlinien festzulegen.

Medizinisches Personal, das nicht in den Bereichen Geburtshilfe, Pädiatrie oder Neonatologie arbeitet, hat möglicherweise nur begrenzte Erfahrung in der Betreuung stillender Mütter und verfügt nur über begrenzte Kenntnisse der Physiologie des Stillens oder des Stillmanagements. Darüber hinaus fehlt möglicherweise das Verständnis für die kurz- und langfristigen Risiken von Stillunterbrechungen.^(4,12-14) Unzureichend geschultes Personal kann auf seine eigenen Erfahrungen mit dem Stillen statt auf evidenzbasierte Vorgehensweisen setzen.⁽⁵⁾ Darüber hinaus kann die Anwesenheit eines stillenden Säuglings oder Kleinkindes auf einer Krankenhausstation für Erwachsene, im perioperativen Bereich oder auf der Intensivstation (ICU) zu Bedenken hinsichtlich

der Sicherheit des Kindes führen und Fragen zur Haftungssituation des Krankenhauses aufwerfen. Auch können Medikamente, Diagnoseverfahren und Therapieoptionen besondere Aufmerksamkeit hinsichtlich des Stillmanagements erfordern. Schließlich kann es sein, dass das Personal nicht weiß, wie es die eigenen Bedürfnisse einer stillenden Mutter für den Beginn oder die Fortsetzung des Stillens am besten einschätzen kann und wie es ihr am besten helfen kann, diese Bedürfnisse durch gemeinsame Entscheidungsprozesse zu realisieren.(15)

Die ABM-Protokolle Nr. 7 (Musterrichtlinie zur Förderung des Stillens auf der Wochenstation),(16) Nr. 15 (Analgesie und Anästhesie bei der stillenden Mutter),(17) Nr. 25 (Empfehlungen für die präoperative Nüchternheit beim gestillten Säugling) (18) und Nr. 31 (Radiologie und Nuklearmedizin: Studien an stillenden Frauen)(19) können als nützliche Ergänzungen zu diesem Protokoll dienen.

Hintergrund

Stillen ist die biologisch vorgegebene Art der Ernährung von menschlichen Säuglingen. Zu den Risiken eines frühzeitigen Abstillens gehören eine Zunahme von Infektionskrankheiten und chronischen Erkrankungen bei Kindern sowie ein erhöhtes Risiko für Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Brust- und Eierstockkrebs bei Frauen.(20) Schätzungen zufolge könnten durch eine nahezu flächendeckende Umsetzung des Stillens weltweit jährlich 823.000 Todesfälle bei Kindern unter 5 Jahren verhindert werden.(12) Jährlich könnten durch optimales Stillen weltweit 98.243 zusätzliche Todesfälle bei Müttern durch Krebs und Typ-2-Diabetes verhindert werden.(14)

Die Weltgesundheitsorganisation und die meisten Gesundheitsorganisationen empfehlen ausschließliches Stillen in den ersten sechs Lebensmonaten, gefolgt von fortgesetztem Stillen mit Beikost für mindestens die ersten zwei Lebensjahre.(21) Die Ernährung mit Muttermilch ist besonders wichtig für Frühgeborene, die ein höheres Risiko für nekrotisierende Enterokolitis und die damit verbundene Sterblichkeit haben, wenn sie Frühgeborenenahrung statt Muttermilch erhalten.(22,23) Ausschließliches Stillen ist besonders wichtig, um das Risiko für infektionsbedingte Mortalität, Mittelohrentzündung, Magen-Darm-Infektionen und Krankenhausaufenthalte wegen Infektionen der unteren Atemwege zu verringern.(20,24)

Physiologie

Für das Verständnis des Umgangs mit der stillenden Mutter und dem gestillten Kind im Krankenhaus ist ein grundlegender Überblick über die Physiologie der Laktation unerlässlich. Stillen ist eine komplexe Beziehung zwischen der stillenden Mutter und dem Kind, die durch äußere Einflüsse, Stress und negative kulturelle Einflüsse beeinträchtigt werden kann.(25,26) Durch Rooming-in und die Nähe zum Kind ist häufiges Stillen bei den ersten Hungerzeichen möglich.

Es ist zu erwarten, dass Neugeborene und junge Säuglinge 8 bis 12 Mal innerhalb von 24 Stunden gestillt werden. Etwa am zweiten oder dritten Lebenstag können sie ausgiebig trinken, wenn die Milch vom Kolostrum zur reifen Milch übergeht. Als Reaktion auf das Saugen des Säuglings, den Haut-zu-Haut-Kontakt und die Handbewegungen des Säuglings an der Brust(27) sowie durch das Sehen, Hören, Riechen oder Denken an den Säugling kommt es zur Ausschüttung von Oxytocin bei der Mutter.

(28) Die Oxytocinausschüttung regt den aktiven Milchfluss zu den Milchgängen an, die an der Brustwarze und dem Warzenhof enden (der „Milchspendereflex“), wo sie vom Säugling durch Saugen entleert wird.(29) Dieses Hormon hat viele psychologische und physiologische Wirkungen wie die

Stärkung der Bindung zwischen Mutter und Kind, die Erzeugung eines Gefühls des Wohlbefindens und der Ruhe, die Steigerung der Entspannung, die Anhebung der Schmerzschwelle und die Senkung von Puls und Blutdruck.(30) Umgekehrt können medizinische Eingriffe während der Geburt, Angst und Furcht die Oxytocinausschüttung hemmen, was möglicherweise das Stillen beeinträchtigt.(28,30,31)

Forschungsergebnisse zeigen, dass die Trennung von Mutter und Kind bei Neugeborenen erheblichen Stress verursacht.(32,33) Außerdem haben Stillpaare einen gemeinsamen zirkadianen Rhythmus in Bezug auf den Cortisolspiegel.(34,35)

Die Trennung von der Mutter steht in Zusammenhang mit unerwünschtem frühem Abstillen und seltenerem ausschließlichen Stillen.(3) Nach der Geburt stimuliert zunächst Prolaktin die Milchbildung. Innerhalb weniger Wochen verliert die Wirkung von Prolaktin an Bedeutung und „Angebot und Nachfrage“ bestimmen die laufende Milchproduktion. Nächtliche Stillmahlzeiten sind besonders wichtig, um die reichliche Milchproduktion aufrechtzuerhalten.(36) Wenn die Brüste voll bleiben, wird die Milchproduktion verlangsamt; umgekehrt steigt die Milchproduktion, wenn die Mutter häufig stillt. Häufiges Stillen, auch in der Nacht, sorgt also für eine ausreichende Milchmenge.(36)

Eine plötzliche Unterbrechung des Stillens aufgrund der Trennung von Mutter und Kind kann zu Brustbeschwerden und Milchstau führen.(4,29,37) Darüber hinaus ist das unphysiologische Stillen mit einer Pumpe ein Risikofaktor für einen Rückgang der Milchmenge und Mastitis.(37)

Eine Trennung beeinträchtigt den Immunschutz des Kindes gegen Infektionskrankheiten.(38,39) Dies liegt daran, dass die Mutter als Reaktion auf Pathogene, denen sie ausgesetzt ist, Antikörper und andere immunmodulatorische Substanzen an das Kind weitergibt.(38) Auch die Leukozyten in der Milch und das sekretorische IgA(38) steigen als Reaktion auf eine Infektion des Kindes an,(39) was auf eine Kommunikation zwischen Kind und Mutter hinweist, von der man annimmt, dass sie während des direkten Stillens stattfindet.(38) Das Zusammenbleiben von Mutter und Kind ist besonders wichtig, um ein Kind im Krankenhaus vor nosokomialen Infektionen zu schützen.(38)

Abpumpen oder Handentleerung können hilfreich sein, um die Milchproduktion aufrechtzuerhalten, wenn das Stillen nicht möglich ist.(40) Beides sollte jedoch nur nach sorgfältiger Prüfung der Notwendigkeit der Trennung von Mutter und Kind erfolgen. Ein gesundes Kind ist in der Lage, die Milch effizienter zu entleeren als die Milchpumpe oder das Entleeren mit der Hand.(41) Das Abpumpen kann daher die Milchproduktion verringern und dazu führen, dass die Mutter das Vertrauen in ihre Fähigkeit verliert, ihr Kind erfolgreich durch direktes Stillen an der Brust zu ernähren.(42) Außerdem deuten Forschungsergebnisse darauf hin, dass abgepumpte Milch möglicherweise nicht den gleichen immunologischen Schutz bietet wie Milch, die das Kind durch direktes Stillen an der Brust erhält, da die Zellen und die Zellaktivität in der Milch durch Lagerung und Einfrieren beeinträchtigt werden.(43,44)

Empfehlungen

Für jede Empfehlung werden die Qualität der Evidenz (Evidenz- grad 1, 2 und 3) und die Stärke der Empfehlung (A, B und C) gemäß den Kriterien der Bewertungsskala für die Stärke der Empfehlung angegeben.(45)

1. Erstellung einer Richtlinie zur Unterstützung der stillen- den Mutter und des gestillten Kindes

a. Jede Einrichtung, die Frauen im gebärfähigen Alter oder Kinder <2 Jahre aufnimmt, sollte über eine solche Richtlinie verfügen. Eine Einrichtung sollte über eine schriftliche Richtlinie zum Umgang mit dem Stillen bei stationär aufgenommenen stillenden Müttern oder gestillten Kindern verfügen, wenn diese außerhalb einer Entbindungs- oder Neugeborenenstation stationär aufgenommen werden.(6,8) Die Richtlinie sollte Regelungen enthalten, die es einem Kind und seiner stillenden Mutter ermöglichen, so oft wie möglich zusammen zu sein, sofern keine medizinischen Kontraindikationen vorliegen. Es sollte festgelegt werden, wo sich der Säugling aufhalten darf, welches Personal routinemäßig mit dem Säugling in Kontakt kommen kann, wer die Verantwortung für die Pflege des Säuglings übernimmt, wenn die Mutter die Patientin ist, und welche Vorkehrungen für eine Betreuungsperson getroffen werden, die uneingeschränkten Zugang zum Säugling haben muss. Es kann festgelegt werden, welche Art von Zimmer für das Stillpaar zu bevorzugen ist (z. B. Einzel-/Privatzimmer, falls verfü- bar). Die Richtlinien sollten auch Anweisungen für eine sichere Schlafumgebung für den Säugling enthalten (z. B. die Angabe, ob die Einrichtung eine solche Schlafmöglichkeit zur Verfügung stellt oder ob die Eltern ihre eigene mit- bringen können). Wenn die Einrichtung nicht routinemäßig Entbindungspflege oder stationäre pädiatrische Leistungen anbietet oder keinen Zugang zu qualifiziertem Personal für die Stillunterstützung und zu einer Grundausstattung hat, die normalerweise in anderen Krankenhäusern vor Ort zur Verfügung stehen würde (z. B. Milchpumpen und Behälter zur Aufbewahrung von Muttermilch, Stubenwagen oder Kinderbetten und qualifiziertes Personal für die Stillunterstützung), dann sollten die Richtlinien Regelungen für die Verlegung in eine nahegelegene Einrichtung vorsehen, in der die Bedürfnisse des/der Patienten am besten erfüllt werden können.(8)

Stillende Mütter können auch weit von zu Hause oder von ihrem Kind entfernt ins Krankenhaus eingeliefert werden. Wenn sowohl die Mutter als auch das Kind stationär behandelt werden müssen, sollten die Richtlinien vorsehen, dass beide in derselben Einrichtung untergebracht werden, auch wenn dies eine Verlegung erfordert. Wenn das Kind stationär behandelt werden muss, sollte die Einrichtung idealer- weise in der Lage sein, die Grundbedürfnisse der stillenden Mutter sicher zu stellen (Nahrung, Hygiene, Unterkunft usw.).

Die wichtigsten Entscheidungsträger des Krankenhauses sollten an der Ausarbeitung der Richtlinien beteiligt wer- den.(8)

Grad der Evidenz: 3. Stärke der Empfehlung: C.

b. Die Richtlinie sollte Regelungen enthalten, die für eine angemessene Stillunterstützung sorgen. Zusätzlich zu einer Richtlinie, die darauf abzielt, Mütter und Kinder zusammen zu lassen, sollte eine solche Richtlinie den Zugang zu Stillunterstützung, Pläne, die bei Bedarf das Abpumpen, die Lagerung und den Umgang mit der Milch(5,8), die dafür notwendige Ausrüstung(4) und den Zugang des Personals zu qualitativ hochwertigen Ressourcen zur Arzneimittelsicherheit beinhalten.(5) Die Richtlinie sollte auch Kommunikationsstrategien für Übergaben beinhalten, um sicherzustellen, dass alle Mitglieder des Gesundheitsteams der Patientin über den Still- oder Milchabpumpplan informiert sind.(5) Ist beispielsweise ein chirurgischer Eingriff geplant ist, sollte das multidisziplinäre Team der stationären Abteilung den Still- oder Abpumpplan der Mutter an das chirurgische und das Anästhesieteam weitergeben, insbesondere wenn die Mutter die Patientin ist.(5,17) Die Dokumentation des letzten Stillens oder Milchabpumpens und der voraussichtlich

Zeitpunkt des nächsten Stillens oder Milchabpumpens sollten Teil der routinemäßigen Übergabe zwischen Schichten oder Pflorgeteams sein und der Mutter mitgeteilt werden, wenn das Kind die Patientin ist.

Grad der Evidenz: 3. Stärke der Empfehlung: C.

2. Stillende Mütter und Kinder zusammenlassen

Gestillte Säuglinge sollten uneingeschränktem Zugang zu ihren stillenden Müttern haben,(29,33,34,38,41) deren Ernährung und Grundbedürfnisse von der Einrichtung so weit wie möglich abgedeckt werden sollten. Die Mutter ist die Nahrungsquelle des Säuglings und ihre Milch hat eine therapeutische Wirkung. Das Stillen ist von entscheidender Bedeutung, wenn Säuglinge außerhalb ihrer gewohnten Umgebung sind, wenn sie krank oder verletzt sind oder wenn sie einen medizinischen oder chirurgischen Eingriff benötigen.

Je jünger der Säugling ist, desto wichtiger ist es, dass Mutter und Säugling so oft wie möglich zusammen sind, um das Stillen zu etablieren und aufrechtzuerhalten.(16,21,46,47) Es ist wichtig, dass stillende Mütter und Säuglinge zusammen- bleiben, um direkt zu stillen,(38,39,43,48) auf Hungerzeichen zu reagieren,(21) die Immunantwort auf Pathogene zu vermitteln,(38) Milchstau und Mastitis vorzubeugen,(29) mütterlichen und kindlichen Stress zu verhindern,(35,49) die Milchproduktion bei der Mutter aufrechtzuerhalten,(29) den gemeinsamen zirkadianen Rhythmus zu bewahren,(34) und schließlich das ausschließliche Stillen aufrechtzuerhalten.(1,2) Wenn sowohl die Mutter als auch der Säugling im Krankenhaus sind, sollten sie in derselben Einrichtung untergebracht werden und, wenn möglich, ein Zimmer teilen.

Evidenzstufen: 1-3. Stärke der Empfehlung: B.

3. Befolgung evidenzbasierter Richtlinien für die Gewinnung und Lagerung der Milch

a. Direktes Stillen ist dem Abpumpen oder der Handentleerung vorzuziehen: Wann immer es möglich ist, ist das direkte Stillen, bei Stillpaaren, die normalerweise direkt stillen, dem Abpumpen oder dem Handentleeren vorzuziehen.(38,39,43) Das Kind zum Stillen an die Brust zu legen, kann auch von einer schwachen und durch Krankheit geschwächten Mutter umgesetzt werden, insbesondere wenn das Stillen bereits etabliert ist. Einige stillende Mütter sind möglicherweise zu schwach oder geschwächt, um eine Milchpumpe ohne Hilfe zu bedienen, da dies bei jeder Sitzung ein gewisses Maß an Vorbereitung, Reinigung der Geräte und Lagerung der ab- gepumpten Milch erfordert. Diese Tätigkeit kann eine zusätzliche Herausforderung darstellen, wenn die Mutter mit der zur Verfügung gestellten Pumpe nicht vertraut ist.

Bei einigen stillenden Müttern können die Ergebnisse beim Abpumpen oder der Handentleerung der Milch unterschiedlich ausfallen, z. B. durch Schwierigkeiten mit dem Milchspendereflex oder durch ineffiziente Milchentleerung,(42) weshalb das direkte Stillen besonders wichtig ist.

Evidenzstufen: 1-2. Stärke der Empfehlung: B.

b. Häufigkeit der Milchgewinnung: Von einer stillenden Mutter sollte erwartet werden, dass sie so oft stillt oder Milchabpumpt/entleert, wie sie normalerweise stillen würde, wenn sie und/oder das Kind nicht im Krankenhaus wären oder getrennt würden. Die Beibehaltung einer ähnlichen Häufigkeit ist wichtig, um eine kontinuierliche Milchproduktion aufrechtzuerhalten, Unwohlsein und Stauungen

zu vermeiden,(29,50) und um das Kind mit Milch zu versorgen. (51) Ein ausschließlich gestillter Säugling im Alter von weniger als 6 Monaten wird in der Regel 8 bis 12 Mal pro 24 Stunden gestillt, während ein 6- bis 12-monatiger Säugling 5 bis 6 Mal täglich und ein 12-monatiger Säugling etwa 3 bis 4 Mal täglich gestillt werden kann.(52)

Es ist auch wichtig, Richtlinien für eine Bandbreite normaler Milchmengen für die Ziele der Milchgewinnung zu erstellen, typischerweise 700-980 ml pro Tag (25-35 oz) bis zum 10. -14. Lebensstag. Diese Menge sollte in den ersten 6 Lebensmonaten beibehalten werden.(53)

Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.

c. Art der Milchpumpe: Eine vollautomatische, elektrische Doppelpumpe gilt als ideale Möglichkeit zum Abpumpen von Milch für stillende Mütter, die von ihren Säuglingen getrennt sind und das Stillen komplett durch Abpumpen ersetzen müssen.(40,41) Stillende Mütter können ihre eigenen Pumpen besitzen und ziehen es vielleicht vor, diese zu verwenden. Die Reinigung der Teile sollte gemäß evidenz- basierten Richtlinien,(54,55) und/oder gemäß den Herstelleranweisungen erfolgen. Pumpen, die für den individuellen Gebrauch von einer Person konzipiert sind, sollten nicht von mehr als einer Person verwendet werden. Das Abpumpen in Kombination mit einer sanften Brustmassage kann die gewonnene Milchmenge erhöhen.(40) Wenn weder das Kind noch eine Pumpe zur Verfügung stehen, kann die Milch von Hand entleert werden. Dies ist aber allein nicht so effektiv wie eine Milchpumpe.(41) Es stehen Videos mit Anleitungen für das Entleeren der Brust mit der Hand zur Verfügung.(56)

Idealerweise sollte als ergänzende Absicherung eine Hand- pumpe zur Verfügung stehen, da die stillende Mutter nicht immer Zugang zu einer elektrischen Pumpe hat. Obwohl eine Handpumpe weniger effizient ist, ist sie tragbar und einfach zu bedienen und gibt der Mutter mehr Flexibilität beim Abpumpen der Muttermilch, falls sie die Klinik während eines längeren Krankenhausaufenthalts verlassen muss. Wenn die Mutter die meiste Zeit zu Hause verbringt, sollten Maßnahmen für die Verwendung einer elektrischen Doppelpumpe getroffen werden, falls dies möglich ist.

Evidenzstufen: 1-2. Stärke der Empfehlung: A.

d. Hilfen zur Steigerung der Milchmenge: Entspannung, Wärme, sanfte Massagen und Musik können ebenfalls dazu bei- tragen, die Milchmenge zu erhöhen.(40) Bilder, Geräusche oder Gerüche des eigenen Kindes können helfen, den Milchspendereflex auszulösen.(28) Außerdem ist es wichtig, Stress und Ablenkungen so weit wie möglich zu reduzieren.(31)

Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.

e. Lagerung von abgepumpter Milch: Muttermilch kann bis zu 4 Stunden bei Raumtemperatur (20-22 °C) gelagert werden, danach sollte sie gekühlt werden.(56) Idealerweise sollte die Milch im Zimmer der stillenden Mutter oder des gestillten Kindes (wenn sie nicht in einem Kinderzimmer aufbewahrt wird) in einem Kühlschrank gelagert werden. Sie kann auch in einer isolierten Kühltasche mit Gelpacks (oder Eis, das ersetzt wird, wenn es schmilzt) gelagert werden, wo sie bis zu 24 Stunden aufbewahrt werden kann, bis sie zum gewünschten Zielort transportiert werden kann.(10,57) Die Protokolle zur Aufbewahrung können von Land zu Land unterschiedlich sein. Die gesamte abgepumpte Milch sollte mit dem Datum des Abpumpens und den Angaben zur Identifizierung des Patienten gekennzeichnet sein, und die Aufbewahrung sollte in Übereinstimmung mit den örtlichen Vorschriften bzw. den Vorschriften der einschlägigen Zulassungsbehörden für Krankenhäuser

erfolgen. Die Milch sollte in gekühlten Behältern wie Kühltaschen mit Gelpacks (oder Eis, wie bereits beschrieben) transportiert werden. Sobald die abgepumpte Milch am Bestimmungsort angekommen ist, sollte sie umgehend gekühlt, eingefroren oder verwendet werden.

Grad der Evidenz: 3. Stärke der Empfehlung: C.

4. Unterstützung bei der Betreuung des Kindes der stillenden Mutter

Eine stillende Mutter, die ins Krankenhaus eingeliefert wird, ist möglicherweise zu krank, um ihr Kind außer durch das Stillen zu versorgen, oder sie kann sich aufgrund von Eingriffen oder Untersuchungen nicht um den Säugling kümmern. Wenn eine Mutter weiterhin stillen möchte, sollte eine engagierte Pflegeperson den Säugling am Bett der Mutter betreuen. Oft ist die Anwesenheit einer Betreuungsperson für den Säugling durch die Krankenhausrichtlinien vorgeschrieben.⁽⁵⁾ Das Krankenhauspersonal ist nicht für die Pflege des gestillten Säuglings verantwortlich. Daher sind ein uneingeschränkter Besuch und die Unterbringung einer Betreuungsperson für den Säugling unerlässlich.

Grad der Evidenz: 3. Stärke der Empfehlung: C.

5. Bereitstellung der notwendigen Ausstattung

Die Einrichtungen sollten stillenden Müttern im Krankenhaus eine elektrische Doppelmilchpumpe zur Verfügung stellen,^(40,41) wenn dies in den örtlichen Entbindungseinrichtungen zum Standard gehört. (Elektrische Doppelpumpen sind die ideale Pumpe für diese Situation, aber nicht in allen Teilen der Welt verfügbar.) Die Säuglinge stillender Mütter im Krankenhaus benötigen einen sicheren Schlafplatz, z. B. einen Stubenwagen oder ein Kinderbett, und von Einrichtungen, die stillende Mütter betreuen, sollte erwartet werden, dass sie die- selbe Art von Ausrüstung zur Verfügung stellen, wie sie in örtlichen Krankenhäusern mit Entbindungsstation oder stationärer Säuglingsversorgung zu finden ist. Viele Kranken- hausbetten eignen sich nicht für das Bettteilen, und es kann sein, dass bestimmte Krankenhausrichtlinien die Eigenschaften ihrer Krankenhausbetten berücksichtigen müssen, um eine sichere Umgebung für den Schlaf der Säuglinge zu schaffen. Autokindersitze, Kinderwagen oder Babyschalen gelten nicht als sichere oder geeignete Schlafvorrichtungen.⁽⁵⁸⁾

Ist die Mutter aufgrund einer Untersuchung oder Behandlung nicht anwesend oder kann der Säugling nicht direkt an der Brust gestillt werden, können Hilfsmittel zum Füttern eines hungrigen Säuglings erforderlich sein. Im Allgemeinen wird empfohlen, Neugeborene, die noch nicht gestillt worden sind, nicht mit künstlichen Saugern zu füttern,⁽²¹⁾ sondern stattdessen mit einer alternativen Fütterungsmethode wie mit einem kleinen Löffel, einer Spritze, Fingerfütterung oder mit einem Brusternährungsset, falls beim Trinken an der Brust kein ausreichender Milchtransfer statt- findet. Es kann sein, dass die Familien ihre eigenen Stillhilfsmittel bzw. Produkte mitbringen möchten. Dies sollte ihnen gestattet werden, es sei denn, es besteht eine medizinische Kontraindikation für die stillende Mutter oder den Säugling. Eine Säuglingswaage kann hilfreich sein, um sicherzustellen, dass der Säugling angemessen gedeiht, während die stillende Mutter im Krankenhaus ist, wobei das Gewicht des Säuglings kinderärztlich oder von einer sachkundigen Fachkraft wie der Stillberaterin der Mutter beurteilt wird.

Evidenzstufen: 1-2. Stärke der Empfehlung: B.

6. Einbeziehung evidenzbasierter Empfehlungen zur Sicherheit von Medikamenten, einschließlich radiologischer Diagnostika

Die meisten Medikamente sind mit dem Stillen vereinbar. Mehrere Faktoren beeinflussen das Medikamentenmanagement, darunter das aktuelle und das Schwangerschaftsalter des Säuglings sowie die Menge und der Anteil der Muttermilch an der Ernährung des Säuglings. Die Risiken eines Medikaments sollten gegen die Risiken des Nichtstillens für Mutter und Kind abgewogen werden, und gegebenenfalls sollten alternative Medikamente oder Behandlungen in Betracht gezogen werden. Daher ist es wichtig, dass das medizinische Personal zuverlässige Quellen kennt, in denen es Informationen zur Sicherheit des Stillens finden kann. Zu den zuverlässigen Quellen, die je nach Region variieren können, gehören LactMed,(59) das InfantRisk Center,(60) e-lactancia(61) sowie Embryotox, das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin (www.embryotox.de). Beachten Sie, dass Medikamente den Säugling und/oder die Milchproduktion beeinträchtigen können, und Ärzte sollten sich beider möglichen Auswirkungen bewusst sein.

Bei intravenös verabreichten jodhaltigen sowie gadoliniumhaltigen Kontrastmitteln ist eine Unterbrechung des Stillens oder ein Verwerfen der abgepumpten Milch nicht erforderlich.(19,62) Radioaktive Mittel zur Diagnostik oder Therapie erfordern jedoch je nach Mittel in der Regel eine Unterbrechung des Stillens oder ein Verwerfen der abgepumpten Milch, bis die Radioaktivität ausreichend abgeklungen ist.(61) Einzelheiten finden Sie im ABM-Protokoll Nr. 31 „Radiologie und Nuklearmedizin: Studien an stillenden Frauen“.(19) In einigen Fällen können Alternativen zu einem diagnostischen Test mit radioaktiven Mitteln verwendet werden. So kann z. B. eine Stressechokardiografie anstelle einer Bildgebung mit Radionukliden zur Beurteilung einer kardialen Ischämie in Betracht gezogen werden.

Die Empfehlungen für die medikamentöse Behandlung, einschließlich radiologischer Substanzen, sollten auf der Grundlage qualitativ hochwertiger Ressourcen gegeben werden. Stillenden Müttern sollte versichert werden, dass jedes verabreichte Medikament auf seine Sicherheit hin untersucht wurde. (10,63,64)

Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.

7. Beachtung des abweichenden Flüssigkeitsbedarfs der stillenden Mutter

Der Flüssigkeitsbedarf einer stillenden Mutter ist in der Regel höher als bei einer nicht stillenden Mutter. Eine Mutter, die einen 6 Monate alten Säugling ausschließlich stillt, produziert möglicherweise ~800 ml Milch pro Tag, wobei die Spanne von 450 bis 1200 ml pro Tag reicht,(53) während Mütter, die nicht ausschließlich stillen, möglicherweise weniger Milch produzieren. Bei der Berechnung des Flüssigkeitsbedarfs einer Mutter, insbesondere wenn sie keine Nahrung oder Getränke über den Mund zu sich nehmen darf, ist es wichtig, diese Zahlen zur Gesamtzahl zu addieren. Bei Müttern, die trinken dürfen, ist es wichtig, dass sie trinken dürfen, um den Durst zu stillen, der durch die Oxytocinausschüttung ausgelöst wird.

Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.

8. Sicher stellen, dass Kinder stillender Mütter an geeigneten Orten bleiben können

a. Medizinisch-chirurgische Abteilungen und perioperative Bereiche: Es ist sicher, wenn die stillende Mutter ihren Säugling in ihrem Zimmer auf einer medizinisch-chirurgischen Station unterbringt, es sei denn, spezifische Infektionskontrollprotokolle in Bezug auf mütterliche Infektionen schließen dies aus. Dies ist wichtig, um eine Trennung des Stillpaares zu vermeiden (siehe „Stillende Mütter und Kinder zusammenlassen“).

Falls verfügbar, bietet ein Einzel-/Privatzimmer eine ruhige Umgebung und Platz für eine Betreuungsperson, die sich um den Säugling kümmert.(10) Es ist akzeptabel, dass sich ein Säugling auch im perioperativen Bereich aufhält, es sei denn, spezifische Infektionsschutzprotokolle im Zusammenhang mit mütterlichen Infektionen schließen dies aus. In einigen Krankenhäusern sind Besucher im perioperativen Bereich nicht erlaubt, aber der Säugling einer stillenden Mutter und der Betreuer des Säuglings sollten als Ausnahmen gelten.

Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.

b. Intensivstation für Erwachsene: Auf einer Intensivstation gibt es zusätzliche Bedenken hinsichtlich der apparativen Ausrüstung, der Infektionskontrolle, der Aufrechterhaltung angemessener Vitalparameter und anderer laufender Pflegemaßnahmen für die stillende Mutter, die die Anwesenheit eines Säuglings zu einer Herausforderung machen können. Gleichzeitig kann die Anwesenheit des Säuglings dazu beitragen, die Patientin zu beruhigen, ihre Vitalzeichen zu stabilisieren und den starken Wunsch zu wecken, sich um des Kindes willen zu erholen.(8) Die Freisetzung von Oxytocin durch das Stillen und den Haut-zu-Haut-Kontakt mit dem Säugling kann therapeutische physiologische Auswirkungen auf die stillende Mutter haben. Umgekehrt kann die fortwährende Trennung der Mutter von ihrem Säugling die bereits vorhandene Angst vor ihrer schweren Krankheit noch verstärken. Selbst eine Mutter, die nicht bei vollem Bewusstsein ist, kann von der Wahrnehmung der Berührung, des Geruchs und der Geräusche ihres Säuglings profitieren.(8)

Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.

9. Beachtung der Infektionskontrolle und -prävention

Säuglinge, die von ihren Müttern getrennt werden, können verschiedenen Krankheitserregern ausgesetzt sein, gegen die die stillende Mutter keine spezifischen Antikörper bildet.(38) Ebenso ist die stillende Mutter nicht in der Lage, leukozytenreiche Milch als direkte Reaktion auf eine bestimmte Infektion des Säuglings zu produzieren, wenn das Stillpaar getrennt ist. (38) Von wenigen Ausnahmen abgesehen, müssen Säuglinge weder von ihren Müttern getrennt noch das Stillen aufgrund einer Infektion unterbrochen werden.

Infektionen, bei denen das Stillen oder Füttern mit Muttermilch kontraindiziert ist, sind unbehandelte Brucellose (bis zur Behandlung), das Ebola-Virus und aktiver Herpes simplex an der betroffenen Brust (es ist akzeptabel, an einer nicht betroffenen Brust zu stillen oder von dieser abgepumpte Muttermilch zu geben, wenn alle Läsionen abgedeckt sind).(65) Wissenschaftliche Experten empfehlen im Allgemeinen bei einer mütterlichen Infektion mit dem humanen T-Zell-Lymphotropie-Virus Typ 1 oder 2 weder zu stillen noch die Muttermilch zu geben, aber es sind Situationen möglich, in denen der Nutzen das Risiko überwiegt.(65,66) Zu den Infektionen, bei denen eine Patientin zwar ihre Muttermilch füttern, aber nicht stillen kann, gehören perinatale Varizellen(Windpocken), die sich innerhalb von 5 Tagen vor der Entbindung oder 2 Tagen nach der Geburt manifestiert haben.(65) Für HIV hat die Weltgesundheitsorganisation Richtlinien für die

Säuglingsernährung herausgegeben, die von den Lebensumständen abhängig sind.(67) Bei unbehandelter oder noch infektiöser Tuberkulose ist die Gabe von Muttermilch unbedenklich (wenn das von der Mutter eingenommene Medikament nicht kontraindiziert ist), aber die Richtlinien für die Trennung variieren je nachdem, ob das Stillpaar in einem ressourcenarmen Umfeld lebt und ob die Mutter wahrscheinlich eine arzneimittelresistente Infektion hat.(68)

Bei SARS-CoV-2 kann das Stillen unter Einhaltung von Atemwegs- und Händehygiene fortgesetzt werden.(69) Wenn die Mutter zu krank ist, kann eine Begleitperson erforderlich sein, um den Säugling zu versorgen. Beachten Sie, dass einige Infektionen, einschließlich Formen von Virushepatitis und Infektionen, bei denen das Personal Kontakt Schutzmaßnahmen ergreift, wie Clostridium difficile und Vancomycin-resistente Enterokokken, keine Infektionen sind, bei denen das Stillen kontraindiziert ist, und dass bei diesen Infektionen auch keine besonderen Vorsichtsmaßnahmen für Säuglinge getroffen werden müssen. Es ist nicht zu erwarten, dass andere Patienten auf der Station eine Ansteckungsgefahr für den Säugling darstellen. Aus Gründen der Vorsicht sollte das Krankenhauspersonal jedoch den Umgang mit dem Säugling auf ein Mindestmaß beschränken, mit Ausnahme derjenigen, deren Betreuung dies erfordert (z. B. Laktationsberatung oder pädiatrisches Personal).

Grad der Evidenz: 3. Stärke der Empfehlung: C.

10 Unterstützung des Stillens bei erwachsenen chirurgischen Patientinnen

Stillende Mütter können sich geplanten oder notfallmäßigen chirurgischen Eingriffen unterziehen.

a. Geplante Eingriffe: Bei geplanten chirurgischen Eingriffen sollte auf die Aufrechterhaltung der Laktation geachtet werden, wie im perioperativen Pflegeplan von Simon et al. und Rieth et al. am Memorial Sloan Kettering Cancer Center (New York) beschrieben.(5,6) Dies erfordert die präoperative Erfassung stillender Mütter, besondere Aufmerksamkeit für das Füttern des Säuglings und/oder das Abpumpen der Milch im präoperativen Wartebereich, ein umsichtiges intraoperatives Flüssigkeitsmanagement und eine nicht-narkotische Schmerzmedikation, wenn dies möglich ist, sowie die Wiedervereinigung von Mutter und Säugling im Aufwachraum, wenn dies medizinisch sicher gewährleistet werden kann. Die stillende Mutter kann den Säugling stillen, sobald sie wach und aufmerksam ist, da das Anästhetikum aus der Milch ausgeschieden ist, sobald es aus dem zentralen Nervensystem ausgeschieden ist.(59) Anästhesisten sollten mit der Sicherheit von Anästhetika beim Stillen vertraut sein und Analgetika verwenden, die für die Stillzeit geeignet sind (siehe ABM-Protokoll Nr. 15, Analgesie und Anästhesie für die stillende Mutter).(17)

Bei komplexen stationären Eingriffen, die möglicherweise eine postoperative Intubation und/oder einen Aufenthalt auf der chirurgischen Intensivstation erfordern, sollte sich der Chirurg außerdem mit dem die Patientin betreuenden Team abstimmen, um einen Plan zur Unterstützung des Stillens und zur Minimierung von Komplikationen zu erstellen. Zu diesem Team gehören unter anderem die folgenden Ärzte und Mitarbeiter: Anästhesisten, perioperative Pflegefachkräfte (präoperativ und im Aufwachraum), OP-Pflegefachkräfte, chirurgische Intensivmediziner, Intensivpflegepersonal, Pflegefachkräfte auf der Station, Ärzte für Stillmedizin und Stillberaterinnen. Für Patientinnen, die ein intensives Medikamentenmanagement benötigen (z. B. Transplantationspatientinnen), sollte ein Apotheker bestimmt werden, der mit Medikamentenressourcen in der Stillzeit vertraut ist (z. B. LactMed,(59) e-lactancia,(61) InfantRisk Center(60), Embryotox). Das Pflegepersonal sollte mit der Sicherheit von Antibiotika in der Stillzeit vertraut sein (siehe Abschnitt „Medikamente“). Andere

gängige perioperative Medikamente, wie z. B. Antikoagulanzen, sollten von Fall zu Fall überprüft werden. So ist beispielsweise die Sicherheit von Heparin erwiesen, aber für neuere Antikoagulantien gibt es derzeit keine eindeutigen Daten.

Weitere Überlegungen für das Team:

- Berechnung der geschätzten Gesamtdauer der Trennung der Mutter vom Säugling und/oder der Milchpumpe, unter Berücksichtigung von Transport, Intubation, Lagerung und präoperativer Vorbereitung. In Fällen, in denen eine Trennungszeit von mehr als 4 Stunden zu erwarten ist, sollte ein Plan für die intraoperative Entleerung der Brust erstellt werden.
- Die Platzierung von Inzisionen in der Nähe der laktierenden Brüste sollte berücksichtigt werden. So können beispielsweise bei thorakalen Eingriffen Inzisionen erforderlich sein, die den Gefäßfluss zu und die Drainage aus der Brust beeinträchtigen könnten. Chirurgen sollten auf eine starke Gefäßversorgung durch die laktierende Brust vorbereitet sein.
- Wenn künstliche Transplantate (z. B. bei vaskulären Eingriffen) zu erwarten sind, sollte darauf geachtet werden, dass eine Kontamination des Transplantats mit Muttermilch vermieden wird.
- Das Management auf der Intensivstation erfolgt wie unten beschrieben.

b. Dringende oder notfallmäßige Eingriffe (z. B. Unfallchirurgie): Dringende oder notfallmäßige Behandlungen erfordernde Erkrankungen, die von Cholezystitis über Darmverschluss bis hin zu Multisystemtraumata reichen, stellen eine Herausforderung für das Stillmanagement dar. Wie bereits erwähnt, sollte nach Möglichkeit darauf geachtet werden, dass die Milchproduktion aufrechterhalten wird, dass die Sicherheit von Medikamenten in der Stillzeit bekannt ist und dass Mutter und Kind so schnell wie möglich wieder zusammengebracht werden, sobald dies medizinisch möglich ist. Unfallchirurgen sollten sich darüber im Klaren sein, dass stillende Frauen aufgrund der vaskulären Beschaffenheit der laktierenden Brust ein höheres Risiko für Brusthämatome bei Sicherheitsgurt- oder Airbagtraumata haben können. Darüber hinaus können Frauen kräftige Gefäßkollateralen in der gesamten Brustwand haben, und beim Legen von Zentral- kathetern, Thoraxdrainagen und anderen Interventions- und/oder Überwachungsgeräten sollte auf Blutungen geachtet werden (siehe die vorherigen Abschnitte „Medikamente“, „Stillende Mutter und Kinder zusammen lassen“ und „Entleerung der Brust“).

Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.

11. Unterstützung der bewusstlosen stillenden Mutter unmittelbar nach der Entbindung

Wie bereits bei dringenden oder notfallmäßigen Verfahren beschrieben, kann bei einer Mutter, die nicht in der Lage ist zu kommunizieren oder bewusstlos ist, nicht davon ausgegangen werden, dass das Stillen für sie nicht wichtig ist oder in Zukunft unwichtig sein wird. Von ihrer Betreuungsperson, sofern diese existiert, sollte erwartet werden, dass sie die Entscheidungen trifft, von denen anzunehmen ist, dass die Mutter sie selbst treffen würde, wenn sie dazu in der Lage wäre. Darüber hinaus kann es für die Mutter schwierig oder unmöglich sein, ausschließlich zu stillen, wenn sie sich unmittelbar nach der Geburt befindet und nicht sofort mit der Stimulation der Brust durch Entleerung begonnen wird. (51,70) Besuche beim Säugling können koordinierte Bemühungen von Laktationsberaterin und pädiatrischem Personal erfordern, können aber letztendlich sowohl der unmittelbaren Genesung der Patientin als auch dem Säugling zugute kommen.(8) Eine sedierte oder

bewusstlose Mutter kann von der Anwesenheit ihres Säuglings profitieren, indem sich ihre Vitalparameter verbessern und sie zur Genesung angeregt wird.(71) Es sollten Vorbereitungen getroffen werden, um das Abpumpen der Milch durch eine erfahrene Person durchführen zu lassen, wenn die Mutter nicht in der Lage ist, es selbst zu tun. Das Personal, das sich um Patientinnen kümmert, die abpumpen oder Unterstützung beim Abpumpen benötigen, sollte über die Pumpeneinstellungen, den Sitz des Flansches und die Anzeichen einer Brustwarzenschädigung Bescheid wissen. Die Vernachlässigung dieser Aspekte kann zu erheblichen Verletzungen, Schmerzen und möglichen Infektionen führen.(72)

Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.

12. Unterstützung der stillenden Mutter bei stationärer Aufnahme in die Psychiatrie

Die Indikationen für die akute psychiatrische Einweisung einer stillenden Mutter sind vielfältig. Unabhängig von der Art der psychiatrischen Abteilung sollte das Standardprotokoll jedoch vorsehen, dass das Krankenhausteam die Fortsetzung des Stillens entsprechend den Wünschen der Patientin unterstützt.

a. Erstellung einer schriftlichen Richtlinie oder eines Protokolls speziell für die psychiatrische Abteilung, um diese Patientinnen zu unterstützen. Eine schriftliche Richtlinie für alle stationären Patientinnen ist wichtig für erfolgreiches Stillen und die Aufrechterhaltung der Laktation.(6,8) Die Umsetzung der Unterstützung einer stillenden Mutter auf einer psychiatrischen Station ist jedoch besonders komplex und erfordert zusätzliche Unterstützung durch das Personal und die Überwachung der Patientinnen. Eine schriftliche Richtlinie oder ein Protokoll speziell für die psychiatrische Abteilung zur Unterstützung dieser Patientinnen ist für die erfolgreiche Aufrechterhaltung des Stillens sehr wichtig. Protokolle, die den Besuch des Kindes ermöglichen, können ebenfalls dazu beitragen, die Mutter-Kind-Bindung zu fördern sowie das generelle Wohlbefinden der Mutter und die Bindung zu verbessern. Besuche sollten angestrebt werden, wenn sie sicher unterstützt werden können. (Siehe Abschnitte „Stillende Mütter und Kinder zusammenlassen“ und „Erstellung von Richtlinien zur Unterstützung einer stillenden Mutter“).

Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.

b. Stationäre Mutter-Kind-Stationen sind zu bevorzugen. Auf der ganzen Welt gibt es eine Vielzahl von psychiatrischen Abteilungen, in denen Frauen während der Perinatalperiode aufgrund psychiatrischer Erkrankungen behandelt werden können, die schwer genug sind, um einen Krankenhausaufenthalt zu rechtfertigen. Dabei kann es sich um eine allgemeine psychiatrische Abteilung, eine psychiatrische Abteilung, in der nur Frauen behandelt werden, oder eine spezialisierte perinatale psychiatrische Abteilung handeln. Letztere ist die beste Option für Frauen in der Perinatalzeit.(73) Spezialisierte psychiatrische Abteilungen für Frauen während der Perinatalperiode, oft Mutter-Kind-Stationen genannt, wurden erstmals 1948 in Großbritannien entwickelt. Derzeit gibt es sie in Belgien, Frankreich, Deutschland, den Niederlanden, den USA, Australien, Neuseeland und anderen Teilen der Welt. (74-76) Die Konzepte stationärer Mutter-Kind-Stationen sind auf psychische Erkrankungen im Kontext der mütterlichen Gesundheit und mit besonderem Augenmerk auf die Mutter-Kind-Bindung ausgelegt.(74,76-78) Entscheidend ist, dass spezialisierte stationäre Einheiten für Frauen in der Perinatalzeit deutlich häufiger erreichen, dass das Abstillen vermieden wird.(79) In den USA wurde 2011 die erste spezialisierte perinatale psychiatrische Einheit eröffnet. Im Gegensatz zu den meisten anderen perinatalen psychiatrischen

Abteilungen ist es in den USA nicht möglich, dass Säuglinge über Nacht bei der Mutter bleiben, aber es gibt umfangreiche Besuchsmöglichkeiten, die Bereitstellung von geeigneten Milchpumpen und einen sicheren Ort für Besuche und zum Stillen.(77)

Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.

c. Unterstützung des Kontakts der Mutter mit ihrem Kind während des Krankenhausaufenthalts. Mutter-Kind-Stationen sind ideal.(73) Ist eine solche Station nicht verfügbar, sollte Besuchskontakt angestrebt werden, wenn er gefahrlos unterstützt werden kann. (Siehe Abschnitte „Stillende Mütter und Kinder zusammenlassen“ und „Richtlinien zur Unterstützung stillender Mütter erstellen“). Ob das Kind die psychiatrische Krankenhauspatientin gefahrlos besuchen kann, hängt von mehreren Faktoren ab, die in erster Linie die Sicherheit betreffen. Dazu gehören die Fähigkeit der Mutter, angemessen mit dem Kind zu interagieren, und die Verfügbarkeit einer geeigneten Umgebung für Mutter-Kind-Besuche auf der psychiatrischen Station oder in deren Nähe. In vielen Fällen wird ein Besuch unter Aufsicht des Personals empfohlen werden müssen, um die Sicherheit der Mutter-Kind-Interaktion zu gewährleisten. In vielen psychiatrischen Abteilungen ist der Besuch von Minderjährigen verboten. Die Begegnung von Stillpaaren sollte nach Möglichkeit an einem separaten Ort stattfinden. Ziel sollte es sein, dass alle stillenden Patientinnen gegebenenfalls Besuch unter sicheren, über- wachten Bedingungen erhalten.

Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.

d. Unterstützung der Mutter bei der Gewinnung der Milch, wenn ein direktes Stillen nicht möglich ist. Es sollte eine vollautomatische, elektrische Doppelmilchpumpe zur Verfügung stehen (wenn dies der Standard in den örtlichen Entbindungsstationen ist, da solche Pumpen nicht in allen Teilen der Welt verfügbar sind). Das Personal sollte mit dem Einsatz solcher Pumpen vertraut sein, oder es sollte anderes Personal innerhalb des Krankenhauses hin- zugezogen werden, um die stillende Mutter, die auf einer psychiatrischen Station untergebracht ist, zu unterstützen. Die Milch sollte etikettiert und wie bereits erwähnt in einem geeigneten Kühlschrank auf der Station gelagert werden (siehe „Gewinnung und Lagerung der Milch“). Eine der Herausforderungen beim Abpumpen von Milch auf einer psychiatrischen Station ist das Risiko der Selbstverletzung durch die Patientin. Der Schlauch einer Milch- pumpe gilt als Ligaturrisiko, da er für einen Selbstmordversuch durch Strangulation verwendet werden kann. Daher müssen stillende Frauen in stationären psychiatrischen Einrichtungen beim Abpumpen häufig beaufsichtigt werden, was als unangenehm empfunden werden kann, da es sich um eine Tätigkeit handelt, bei der die Frauen lieber ungestört sind. Psychiatrische Teams sollten sich dieser Herausforderung bewusst sein und das Risiko der Selbstverletzung sorgfältig gegen das Recht auf Privatsphäre abwägen, das die Patientin beim Abpumpen im Allgemeinen vorzieht. Sobald das Abpumpen beendet ist, sollte der Schlauch bis zum nächsten Abpumpen aus der Reichweite der Patientin entfernt werden. Die Verwendung einer Handpumpe oder das Erlernen des Handentleerens kann eine Option sein, wenn die Verwendung einer elektrischen Pumpe ein Sicherheitsrisiko für die Mutter darstellt und eine Überwachung während des Abpumpens nicht möglich ist.

Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.

e. Hilfestellung beim Abpumpen, wenn die Mutter dazu nicht in der Lage ist. Eine stillende Mutter, die mit einer psychiatrischen Diagnose eingeliefert wurde, kann aufgrund ihrer Diagnose auch nicht in der Lage sein, selbst Milch zu gewinnen. Sie kann zum Beispiel akut psychotisch,

desorganisiert oder katatonisch sein. In diesem Fall sollten ihre Stillziele mit der Betreuungsperson besprochen werden, um sie in dieser Zeit bestmöglich zu unterstützen. Es kann notwendig sein, dass eine Stillberatungsfachkraft oder ein anderes sachkundiges Mitglied des Pflgeteams sie beim Abpumpen der Milch unterstützt. Wird über einen längeren Zeitraum keine Milch entleert, kann es zu anderen laktationsbedingten Komplikationen kommen (siehe „Unterstützung für die bewusstlose stillende Mutter“).

Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.

f. Bei der Planung der Therapie mit Psychopharmaka muss das Stillen berücksichtigt werden. Eine sorgfältige Abwägung der Risiken und Vorteile von Psychopharmaka, die sowohl wirksam sind als auch das günstigste Sicherheitsprofil für stillende Frauen aufweisen, sollte ein wichtiger Bestandteil des Therapieplans sein. Die solide Behandlung psychiatrischer Erkrankungen ist von größter Bedeutung und muss oberste Priorität haben. Obwohl viele dieser Medikamente in der Stillzeit als sicher gelten, können manchmal Kombinationen mehrerer Psychopharmaka für das Kind bedenklich sein. Die Sicherheit der Medikamente sollte sowohl einzeln als auch im Zusammenhang mit dem gesamten Medikamentschema bewertet werden, und das Kind sollte auf unerwünschte Wirkungen beobachtet werden. (siehe „Medikamente“ für verlässliche Informationsquellen) Darüber hinaus können antipsychotische Medikamente den Prolaktinspiegel erhöhen und damit die Milchproduktion steigern.

Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.

13. Das Stillen von stationär aufgenommenen Säuglingen und Kindern ermöglichen

Das Stillen ist für Säuglinge und Kinder im Krankenhaus sehr wichtig. Appetitlosigkeit aufgrund der Krankheit des Kindes, Nahrungskarenz für Untersuchungen oder Eingriffe und die Trennung von der stillenden Mutter können jedoch eine große Herausforderung darstellen. Wenn gestillte Säuglinge oder Kinder ins Krankenhaus eingeliefert werden, sollten alle Anstrengungen unternommen werden, um einen uneingeschränkten Zugang zu ihrer stillenden Mutter zu ermöglichen, deren Ernährung und Grundbedürfnisse berücksichtigt werden sollten. Es ist erwiesen, dass mütterlicher Stress durch einen hospitalisierten Säugling das Stillen beeinträchtigt.(4,26) Wenn es zu einer Trennung oder Appetitlosigkeit des Säuglings kommt, sollte die stillende Mutter idealerweise so oft Milch mit einer vollautomatischen, elektrischen Doppelpumpe abpumpen, wie der Säugling normalerweise gestillt wird, um die Milchproduktion aufrechtzuerhalten und Milch für den Säugling bereitzustellen. Möglicherweise ist eine qualifizierte Stillberatung erforderlich (siehe „Gewinnung der Milch“). Wenn die abgepumpte Menge zu gering erscheint, benötigen die Mütter möglicherweise Beruhigung, Ermutigung und Anleitung. Haut-zu-Haut-Kontakt kann dazu beitragen, das direkte Stillen zu erleichtern und die abgepumpte Milchmenge aufrechtzuerhalten, wenn der Säugling nicht in der Lage ist, direkt an der Brust zu trinken.(80) Online-Ressourcen stehen zur Verfügung.(81,82) Chronische Erkrankungen von Kindern können zusätzliche Herausforderungen darstellen und erfordern möglicherweise besondere Unterstützung, Schulungen und Fähigkeiten des Gesundheitspersonals sowie entsprechende Ausstattung.(4)

Manchmal kann der pädiatrische Patient das ältere Geschwisterkind eines stillenden Säuglings sein, und die stillende Mutter kann mit einem gestillten Säugling im Schlepptau im Krankenhaus sein. Unter diesen Umständen sollte der stillende Säugling im Zimmer der stillenden Mutter und des

hospitalisierten Geschwisters untergebracht werden, es sei denn, spezifische Infektionsschutzprotokolle schließen dies aus.

Es sollte ein sicherer Schlafplatz für den stillenden Säugling bereitgestellt werden, z. B. ein Stubenwagen oder ein Kinderbett. Wenn die Anwesenheit des stillenden Säuglings auf der Station aufgrund spezifischer Risiken für den Säugling oder logistischer Einschränkungen nicht möglich ist, kann eine qualifizierte Stillunterstützung für die stillende Mutter erforderlich sein.

Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.

Besondere Überlegungen:

a. Kinder auf der pädiatrischen Intensivstation (PICU): Säuglinge und Kleinkinder können zur Behandlung schwerer Krankheiten wie Infektionen, Krebserkrankungen, Korrektur angeborener Anomalien oder Traumata aufgenommen werden, die komplexe chirurgische Eingriffe und/oder lange Krankenhausaufenthalte erfordern können. Oft sind diese Säuglinge oder Kinder, zumindest anfangs, zu krank, um zu stillen und/oder zu krank, um irgendeine Art von enteraler Ernährung zu erhalten. Außerdem kann die stillende Mutter mit dem Gesundheitszustand des Säuglings oder des Kindes so überfordert sein, dass sie sich keine Gedanken über das Stillen machen kann.(4)

Daher ist es von größter Bedeutung, dass die stillende Mutter in vollem Umfang ermutigt und unterstützt wird, ihre Milch abzupumpen und so die Milchproduktion aufrechtzuerhalten(83) (siehe oben). Um die Milchbildung aufrechtzuerhalten, sollte die Mutter bereits beim ersten Kontakt mit dem Krankenhaus, sei es in der Notaufnahme oder in der Station, zum Abpumpen der Milch ermutigt und unterstützt werden. Wenn ein gestillter Säugling oder ein gestilltes Kind von einem anderen Krankenhaus durch ein Transportteam auf eine PICU verlegt wird, sollten die beteiligten Teams koordiniert zusammenarbeiten, um der Mutter die Möglichkeit zu geben, bei Bedarf rechtzeitig Milch abzupumpen.

Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.

b. Atemunterstützung: Bei etwa einem Drittel der pädiatrischen Patienten, die intubiert und mechanisch beatmet werden müssen, kann eine wie auch immer geartete Dysphagie auftreten. Bei Kindern im Alter von weniger als 25 Monaten kommt dies sogar noch häufiger vor.(84) Selbst wenn das Kind vor der Aufnahme gestillt wurde, kann die Rückkehr zur Brust eine zusätzliche Herausforderung darstellen und eine fachkundige Unterstützung und Anleitung beim Stillen erfordern.

Säuglinge, die vor der akuten Erkrankung gut an der Brust getrunken haben und deren respiratorischer oder neuro- logischer Status noch nicht wieder auf dem Ausgangsniveau ist, benötigen manchmal eine gewisse Atemunterstützung, z. B. eine Nasenkanüle oder eine High-Flow-Nasenkanüle. Bei Kindern mit Bronchiolitis, die eine High- Flow-Nasenkanüle benötigen, scheinen fütterungsbedingte Nebenwirkungen unabhängig von der Fütterungsmethode selten zu sein.(85)

Direktes Stillen kann vorzuziehen sein, da es dem Säugling ermöglicht, den Milchfluss an der Brust besser zu regulieren, und auch zur Beruhigung des Säuglings beitragen kann.(28)

Darüber hinaus ist direktes Stillen der Gabe von abgepumpter Milch aus anderen, bereits beschriebenen Grün- den überlegen (siehe „Gewinnung der Milch“).

Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.

c. Kinder mit angeborenen Erkrankungen: Neugeborene und Säuglinge mit schweren angeborenen Krankheiten, wie z. B. Herz-, Nieren-, Darm- oder Lungenerkrankungen, müssen möglicherweise häufig oder über einen längeren Zeitraum auf pädiatrischen Stationen oder pädiatrischen Intensivstationen behandelt werden. Für diese Patienten besteht häufig ein erhöhtes Risiko für Komplikationen durch Infektionen, nekrotisierende Enterokolitis, Fütterungsschwierigkeiten und Wachstumsstörungen, so dass Stillen und Muttermilch ihnen besonderen Schutz bieten können. Gleichzeitig können sie chronische Erkrankungen wie Hypotonie, Somnolenz, geringe Gewichtszunahme und andere aufweisen, die zusätzliche Herausforderungen darstellen und eine qualifizierte Stillunterstützung und/oder Ausstattung erfordern.(4)

Viele Säuglinge müssen im Krankenhaus behandelt werden, während sich die Stillfähigkeit noch entwickelt, und können anfangs möglicherweise nicht direkt gestillt werden. Eine evidenzbasierte Stillberatung und -betreuung muss Müttern und Familien vor der Geburt angeboten und während des gesamten Krankenhausaufenthalts des Säuglings fortgesetzt werden.(21)

Bei Säuglingen, die in der Lage sind, direkt an der Brust zu trinken, können dabei die klinischen Parameter stabiler werden, was sich in weniger Stress und geringerem Bedarf an Medikamenten zur Schmerz- oder Blutdruckkontrolle zeigen kann.(28,30)

Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.

d. Unterstützung beim Stillen des operierten Säuglings oder Kindes: Säuglinge, die sich einem chirurgischen Eingriff unterziehen, können unter Umständen gar nicht oder nur für eine begrenzte Zeit gestillt werden. Daher muss die Mutter möglicherweise Milch abpumpen (siehe oben und ABM-Protokoll Nr. 25 „Präoperative Nüchternheit“)(18).

Wenn ein solcher Säugling für eine Operation aufgenommen wird, nachdem das Stillen bereits etabliert ist, sollte das direkte Stillen so bald wie möglich ermöglicht und gefördert werden. Bei einigen dieser Säuglinge oder Kinder liegen in der unmittelbaren postoperativen Phase möglicherweise mehrere Schläuche, Leitungen und Drainagen.

Die Mütter benötigen zusätzliche qualifizierte Unterstützung beim Stillen ihrer Kinder, um zu vermeiden, dass Leitungen, Schläuche und Drainagen verrutschen oder sich lösen, und es muss darauf geachtet werden, dass die Schmerztherapie des Kindes kontrolliert wird. Der Übergang zurück an die Brust kann langwierig sein. Für die Betreuung dieser Stillpaare ist ein multidisziplinäres Team, das mit all diesen Aspekten vertraut ist, erforderlich.(4)

Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.

e. Strikte Flüssigkeitsbilanzierung und Stillen beim kranken Säugling: Schwer kranke Kinder benötigen zur Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Organfunktionen oft einen sehr streng bilanzierten Flüssigkeitshaushalt, was eine Herausforderung darstellt, wenn ein Säugling direkt an der Brust gestillt wird. Trotzdem ist es vorzuziehen, dem Kind das direkte Stillen zu ermöglichen und es dazu zu ermutigen, anstatt andere Fütterungsmethoden zu verwenden, die eine genauere Volumenmessung ermöglichen würden(86) (siehe Gewinnung von Milch“ und „Atemunterstützung“).

Eine kleine Studie hat gezeigt, dass das Stillen von Säuglingen mit angeborenen Herzfehlern in einer pädiatrischen kardiologischen Übergangsstation hilfreich ist, um das Stillen zu unterstützen und eine genauere Bewertung der Nahrungsaufnahme und eine Optimierung des Flüssigkeitshaushalts zu ermöglichen.(87)

Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.

14. Unterstützung gemeinschaftlicher Entscheidungsprozesse

Manchmal stellt die Krankheit einer stillenden Mutter sie vor die schwierige Entscheidung abzustillen. Je nach Alter des Säuglings und Lebensumständen der Mutter kann es sein, dass die Mutter schon vor ihrer Erkrankung darüber nachgedacht hat abzustillen. Es ist wichtig, dass sie über genaue Informationen verfügt, um diese Entscheidung treffen zu können, insbesondere über die Sicherheit der für die Behandlung ihrer Krankheit notwendigen Medikamente. Es kann sein, dass eine Patientin fälschlicherweise angenommen hat, dass sie aufgrund ihrer Krankheit das Stillen aufgeben muss. Gelegentlich kann es vorkommen, dass von ärztlicher Seite fälschlicherweise empfohlen wurde abzustillen. Mütter sollten über die Risiken für ihre eigene Gesundheit und die ihres Säuglings aufgeklärt werden, die sich aus einem frühzeitigen Abstillen ergeben(15) (auf Wunsch kann dies auch als „Vorteile des Weiterstillens“ formuliert werden).

Im Gegensatz dazu kann eine Mutter den starken Wunsch haben weiterzustillen, aber annehmen, dass dies nicht möglich ist. Andere Mütter haben vielleicht durch die Trennung von ihrem Kind oder anderen krankheitsbedingten Unterbrechungen der Milchproduktion einen starken Rückgang der Milchmenge erlitten. Solche Mütter benötigen professionelle Stillunterstützung, um das Stillen sicher wieder auf- zunehmen und eine angemessene Gewichtszunahme des Säuglings zu gewährleisten. Unabhängig davon ist es wichtig, dass die Entscheidung der Mütter mit einer umfassenden Aufklärung über Risiken und Nutzen für Mutter und Kind getroffen wird und dass sie bei Bedarf Zugang zu professioneller Stillunterstützung haben.

Grad der Evidenz: 3. Stärke der Empfehlung: C.

Zusammenfassung

Die Unterstützung einer stillenden Mutter oder eines gestillten Säuglings oder Kindes während eines Krankenhausaufenthaltes ist wichtig und kann zur Genesung beitragen, insbesondere bei schweren Erkrankungen. Selbst wenn schwierige Umstände, wie z. B. die SARS-CoV-2-Pandemie, eine Einschränkung des Besuchs im Krankenhaus erforderlich machen, sollte die Anwesenheit einer Betreuungsperson für die Mutter unbedingt in Erwägung gezogen werden, damit sie die Nähe zu ihrem Kind aufrecht- erhalten kann.

Wann immer es möglich ist, sollte die Betreuung der stillen- den Mutter und des gestillten Kindes in derselben Einrichtung erfolgen, und die Einrichtungen sollten daher daran arbeiten, ihre Infrastruktur so anzupassen, dass sie stillende Familien angemessen unterstützen.

Empfehlungen für zukünftige Forschung

Da bisher nur wenig zu diesem Thema veröffentlicht wurde, wären mehr veröffentlichte Erfahrungsberichte, einschließlich Musterrichtlinien und Fallserien, wünschenswert.

Protokolle der ABM verlieren fünf Jahre nach ihrer Veröffentlichung ihre Gültigkeit. Innerhalb von fünf Jahren oder, bei signifikanten Veränderungen hinsichtlich der Evidenz, früher, erfolgen evidenzbasierte Überarbeitungen.

Korrespondenzadresse: abm@bfmed.org

Übersetzung: Denise Both, IBCLC, Füssen

Lektorat der Übersetzung: Dr. Kathrin Gorrill, Dirlewang

Originaltext und Quellenangaben unter:

<https://www.bfmed.org/assets/ABM%20Clinical%20Protocol%2035.pdf>

DOI: [10.1089/bfm.2021.29190.mba](https://doi.org/10.1089/bfm.2021.29190.mba)