

## **ABM-Protokolle**

Ein zentrales Ziel der „Academy of Breastfeeding Medicine“ ist die Entwicklung klinischer Protokolle für den Umgang mit häufigen medizinischen Problemen, welche den Stillserfolg beeinflussen können. Diese Protokolle dienen nur als Richtlinien für die Versorgung stillender Mütter und Kinder und beschreiben nicht die einzig mögliche Behandlung oder dienen nicht als Standards der medizinischen Versorgung. Veränderungen in der Behandlung können in Übereinstimmung mit den Bedürfnissen des individuellen Patienten angebracht sein.

### ***Klinisches Protokoll Nr. 2***

## **Richtlinien für die Entlassung von gestillten reifen Neugeborenen und der Mutter aus dem Krankenhaus**

### **„Entlassungsempfehlungen“**

#### **Hintergrund**

Der endgültige Erfolg des Stillens bemisst sich nicht allein daran, dass mit dem Stillen begonnen wird, sondern an der Dauer des ausschliesslichen Stillens und an der Gesamtdauer der Stillbeziehung. Vorausschauende Aufmerksamkeit, gerichtet auf die Bedürfnisse der Mutter und des Babys zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ist entscheidend für die Sicherstellung erfolgreichen und andauernden Stillens.

Es wird empfohlen, die folgenden Grundsätze und Praxisempfehlungen bei der Entlassung von Mutter und Kind aus dem Krankenhaus zu beachten.

#### **Richtlinien:**

1. Eine formale Beurteilung der Effektivität des Stillens sollte zumindest einmal während der letzten 8 Stunden vor der Entlassung von Mutter und Kind durch speziell auf diesem Gebiet ausgebildetes medizinisches Personal erfolgen (zusätzlich zu ähnlichen früheren Einschätzungen während des Krankenhausaufenthaltes). Diese Beurteilung sollte unter Berücksichtigung der Stillposition, des Erfassens der Brustwarze, des Milchtransfers, des Gewicht des Kindes, klinischer Anzeichen von

Gelbsucht und aller Probleme, die die Mutter äußert, wie schmerzende Brustwarzen oder das Empfinden, unzureichend Milch zu produzieren, erfolgen.

2. Alle Stillprobleme, sowohl jene, die durch das medizinische Personal beobachtet wurden, als auch jene, die durch die Mutter mitgeteilt wurden, müssen Beachtung finden und vor der Entlassung in der Krankenakte dokumentiert werden, zusammen mit einer Planung für das weitere Vorgehen nach der Entlassung (1).
3. Ärzte, Krankenschwestern und medizinisches Personal sollten die Mutter dazu ermutigen, mindestens 6 Monate ausschliesslich zu stillen und das Stillen mindestens bis zum Ende des ersten Lebensjahres des Kindes unter der Einführung von geeigneter Beikost ab dem Alter von 6 Monaten fortzusetzen.(2) Mütter profitieren davon, über die Gründe für das ausschliessliche Stillen und darüber, warum von künstlicher Säuglingsnahrung abgeraten wird, aufgeklärt zu werden. Diese Aufklärungsarbeit ist Teil einer normalen vorausschauenden Beratung, die auf individuelle Bedürfnisse und kulturelle Praktiken einfühlsam abgestimmt ist. Frauen, die planen, ihre Berufstätigkeit wieder aufzunehmen oder in die Schule zurückzukehren benötigen besondere Beratung.
4. Familien profitieren von angemessenem, nicht kommerziellem Informationsmaterial über das Stillen (so wie auch über andere Aspekte der Kindergesundheitspflege). Geschenkpäckchen, die Proben künstlicher Säuglingsnahrung, Schnuller, Werbematerial und andere Artikel, die für ein stillendes Mutter-Kind-Paar nicht angemessen sind, enthalten, sollten nicht verteilt werden. (2,4-8)
5. Stillende Mütter und Bezugspersonen profitieren von einer vorausschauenden Beratung, die auch den folgenden Monat des Stillens einbezieht (z.B. Milchstau, Wachstumsschübe, verminderte Milchbildung). Die Eltern sollten Informationen in schriftlicher Form darüber erhalten, wie sie selbst (a) eine adäquate Stuhl- und Urinausscheidung, (b) Gelbsucht und (c) Schlaf- und Essgewohnheiten ihres Kindes beurteilen können.
6. Jede stillende Mutter sollte über das Entleeren der Milch von Hand und/oder den Gebrauch einer Milchpumpe unterrichtet sein, sodass sie ihre Milchbildung im Falle einer Trennung von ihrem Kind oder falls das Kind nicht in Lage ist, direkt an der Brust zu trinken, aufrecht erhalten und Milch für die Ernährung ihres Kindes gewinnen kann. (9)

7. Jede stillende Mutter sollte Namen und Telefonnummern von Personen und medizinischen Einrichtungen kennen, die Unterstützung, Beratung und eine gesundheitliche Beurteilung in Bezug auf das Stillen auf Basis einer 24-stündigen Bereitschaft oder weniger umfassend anbieten. (1,5,10-12)
8. Mütter sollten mit einer Liste über die verschiedenen Selbsthilfegruppen (z.B. LLL), die Telefonnummern und Adressen enthält, ausgestattet sein und dazu ermutigt werden, mit diesen in Kontakt zu treten. (13,14)
9. Vor der Entlassung aus dem Krankenhaus sollten zwei Termine vereinbart werden:
  - (a) Ein Termin für Mutter und Kind bei einem Arzt oder einer durch einen Arzt supervidierten und im Stillmanagement ausgebildeten Person aus dem Gesundheitswesen für einen Haus- oder Praxisbesuch innerhalb der nächsten 2-3 Tage (z.B. ein Kind, das jünger als mit 48 Stunden aus dem Krankenhaus entlassen wurde, sollte im Alter von 2-4 Tagen vorgestellt werden).
  - (b) Für die Mutter 6 Wochen nach der Geburt bei ihrem Geburtshelfer oder Hausarzt. Weitere Besuche werden empfohlen, bis alle klinischen Probleme gelöst sind (z.B. die Gewichtszunahme ist nun gut, die Gelbsucht ist rückläufig). Wenn das Kind zwischen 2 und 4 Wochen alt ist, sollte nochmals eine Routinekontrolle erfolgen(2,11,12,15,16).
10. Falls die Mutter bereit für die Entlassung aus dem Krankenhaus ist, das Kind jedoch noch nicht, sollten alle Anstrengungen unternommen werden, um der Mutter zu gestatten im Krankenhaus zu bleiben, entweder als Patientin oder als Begleitperson für ihr Kind, mit Zugang zu ihrem Kind, um es ausschliesslich stillen zu können. Während des verlängerten Krankenhausaufenthaltes des Kindes ist die Aufrechterhaltung des „24-Stunden-Rooming-In“ optimal. (17-21)
11. Wird die Mutter vor ihrem Kind aus dem Krankenhaus entlassen (wie es bei einem kranken Kind der Fall sein kann), sollte die Mutter dazu ermuntert werden, so viel Zeit wie möglich, mit ihrem Kind zu verbringen und das Stillen fortzusetzen.(22) Während der Zeit, in der die Mutter sich nicht im Krankenhaus aufhält, sollte sie ermutigt werden, Milch abzupumpen, diese Milch für ihr Kind zu sammeln und ins Krankenhaus zu bringen.

## Literatur:

1. Kuan LW, Britto M, Decolongon J, Schoettker PJ, Atherton HD, Kotagal UR. Health system factors contributing to breastfeeding success. *Pediatrics* 1999;e28.
2. The American Academy of Pediatrics, Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997;1035-9.
3. Valaitis RK, Shea E. An evaluation of breastfeeding promotion literature: Does it really promote breastfeeding? *Canadian Journal of Public Health* 1993;24-7.
4. Dungy CI, Christensen-Szalanski J, Losch M, Russell D. Effect of discharge samples on duration of breast-feeding. *Pediatrics* 1992;233-7.
5. Frank DA, Wirtz SJ, Sorenson JR, Heeren T. Commercial discharge packs and breastfeeding counseling: Effects on infant-feeding practices in a randomized trial. *Pediatrics* 1987;845-54.
6. Bergevin Y, Dougherty C, Kramer M. Do infant formula samples shorten the duration of breast-feeding? *Lancet* 1983;1148-51.
7. Perez-Escamilla R, Pollitt E, Lonnerdal B, Dewey KG. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: An analytical overview. *American Journal of Public Health* 1994;89-97.
8. Aarts C, Hornell A, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M. Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier use. *Pediatrics* 1999;e50.
9. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services (A joint WHO/UNICEF statement). *Int J Gynecol Obstet* 1990;171-83.
10. Bloom K, Goldbloom RB, Robinson SC, Stevens FE. Breast versus formula feeding. *Acta Paediatrica.Scandinavica.- Supplement.* 1982;1-26.
11. Chen CH. Effects of home visits and telephone contacts on breastfeeding compliance in Taiwan. *Maternal-Child Nursing Journal* 1993;82-90.
12. Houston MJ, Howie PW, Cook A, McNeilly AS. Do breast feeding mothers get the home support they need? *Health Bulletin* 1981;166-72.
13. Long DG, Funk-Archuleta MA, Geiger CJ, Mozar AJ, Heins JN. Peer counselor program increases breastfeeding rates in Utah Native American WIC population. *Journal of Human Lactation.* 1995;279-84.
14. Kistin N, Abramson R, Dublin P. Effect of peer counselors on breastfeeding initiation, exclusivity, and duration among low-income urban women. *Journal of Human Lactation.* 1994;11-5.
15. Jenner S. The influence of additional information, advice and support on the success of breast feeding in working class primiparas. *Child: Care, Health & Development* 1988;319-28.
16. Jones DA, West RR. Effect of a lactation nurse on the success of breast-feeding: A randomized controlled trial. *Journal of Epidemiology & Community Health* 1986;45-9.

17. Waldenstrom U, Swenson A. Rooming-in at night in the postpartum ward. *Midwifery* 1991;82-9.
18. Yamauchi Y, Yamanouchi I. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta Paediatrica Scandinavica* 1990;1017-22.
19. Keefe MR. The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 1988;122-6.
20. Keefe MR. Comparison of neonatal nighttime sleep-wake patterns in nursery versus rooming-in environments. *Nursing Research* 1987;140-4.
21. Procianoy RS, Fernandes-Filho PH, Lazaro L, Sartori NC, Drebes S. The influence of rooming-in on breastfeeding. *J Trop Pediatr* 1983;112-4.
22. Hurst NM, Valentine CJ, Renfro L, Burns P, Ferlic L. Skin-to-skin holding in the neonatal intensive care unit influences maternal milk volume. *Journal of Perinatology* 1997;213-7.

ABM Protocol Committee

### **Danksagung:**

Diese Übersetzungsarbeit wäre nicht ohne die engagierte Hilfe von Mitarbeitern der „Aktionsgruppe Babynahrung“ zu Stande gekommen. Ich danke Herrn Harald Manninga für die rasche und kompetente Übernahme der notwendigen Rückübersetzung dieses Protokolls und Frau Marina Weidenbach für die Korrektur und die vielen wertvollen Änderungsvorschläge bei der Übersetzung.

**Geprüfte Übersetzung:** Diese Übersetzung ist von der „Academy of Breastfeeding Medicine“ anerkannt worden

**Übersetzung:** Dr. Ute Taschner;  
**Rückübersetzung:** Harald Manninga

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.