

Academy of Breastfeeding Medicine Klinisches Protokoll Nr. 19: Pränatale Stillförderung

Anna Jack, Caroline Mullin, Elizabeth Brown, Michele Burtner, Katherine R. Standish, Alecia Fields, Casey Rosen-Carole, Scott Hartman

Abstract

Hintergrund: Die Academy of Breastfeeding Medicine hat die Version 2015 dieses klinischen Protokolls überarbeitet, um die Evidenz zu überprüfen und Empfehlungen zur Stillförderung in der Pränatalzeit zu geben.

Grundlegende Informationen: Die Förderung und Normalisierung des Stillens in der pränatalen Phase kann die Stillergebnisse, einschließlich des Stillbeginns und der Stildauer, verbessern. Idealerweise sollten pränatale Interventionen Teil eines umfassenden langfristigen Stillunterstützungsprogramms sein.

Empfehlungen: Klinikpersonal und andere Angehörige der Gesundheitsberufe sollten bei jeder vorgeburtlichen Untersuchung über das Stillen sprechen. Die Beratungsthemen sollten die gesundheitlichen Vorteile des Stillens im Vergleich zum Nicht-Stillen, die Grundlagen des Stillens (z.B. Physiologie, Stillpositionen), welche Stillunterstützung im Krankenhaus und unmittelbar nach der Geburt zu erwarten ist (d.h. die Zehn Schritte zur Babyfreundlichkeit) und die Risiken einer nicht notwendigen Zufütterung umfassen. Medizinische, anatomische und andere Risikofaktoren für Stillschwierigkeiten sollten identifiziert und eine gezielte vorgeburtliche Beratung angeboten werden. Diese pränatale Beratung sollte strukturierte Stillinformationen für bildungsferne Schichten und in der von den Eltern bevorzugten Sprache beinhalten. Die Beratung sollte kultursensibel und patientenorientiert sein und gegebenenfalls Familienmitglieder einbeziehen. An der pränatalen Betreuung können verschiedene Fachkräfte des Gesundheitswesens beteiligt sein (z. B. Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Gemeindegesundheitspersonal, Stillberaterinnen usw.) und verschiedene Modalitäten, einschließlich Telekommunikation, zum Einsatz kommen. Die Verbesserung der Stillausbildung für in der Schwangerschaftsbetreuung tätiges Fachpersonal ist ebenfalls von entscheidender Bedeutung. Weitere Themen im Zusammenhang mit der Umsetzung der Empfehlungen für bestimmte Bevölkerungsgruppen werden ebenfalls behandelt.

Keywords: breastfeeding, prenatal education, peer group, community health workers

Über die ABM-Protokolle: Ein zentrales Ziel der Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) ist die Entwicklung von klinischen Protokollen für die Behandlung häufiger 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 Behandlungsverlauf fest und dienen nicht als Standards für die medizinische Versorgung. Je nach den Bedürfnissen des einzelnen Patienten können unterschiedliche Behandlungen angebracht sein. Die Academy of Breastfeeding Medicine unterstützt Gesundheitsfachkräfte bei der Umsetzung einer sicheren, integrativen, patientenzentrierten und evidenzbasierten Versorgung. Frauen und andere schwangere und stillende Personen identifizieren sich mit einer Vielzahl von Geschlechtern, Pronomen und Begriffen, die sich auf das Stillen und die Elternschaft beziehen. Es gibt zwei Gründe, warum die Verwendung von geschlechtergerechter Sprache in ABM-Protokollen nicht immer konsistent sein kann. Erstens ist geschlechtergerechte Sprache nuanciert und entwickelt sich in verschiedenen Sprachen, Kulturen und Ländern. Zweitens ist es der Grundlagenforschung nicht gelungen, die Erfahrungen von Menschen mit unterschiedlichen Geschlechtern angemessen zu beschreiben. Aus diesem Grund befürwortet ABM eine Sprache, die diesbezüglich so inklusiv und präzise wie möglich ist, und bemüht sich, diese zu verwenden.

Für weitere Erklärungen lesen Sie bitte die ABM-Positionserklärungen zu Säuglingsernährung und laktationsbezogener Sprache und Gender (<https://doi.org/10.1089/bfm.2021.29188.abm>) und Stillen als grundlegendes Menschenrecht (<https://doi.org/10.1089/bfm.2022.29216.abm>).

Einführung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF) empfehlen die pränatale Stillförderung in Schritt 3 der Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen.(1) In der Vergangenheit wurde die pränatale Beratung und vorgeburtliche Unterstützung des Stillens unterschätzt und reichte nicht aus, um die geäußerten Bedürfnisse zu erfüllen.(2) Das Ziel dieses Protokolls ist es, Interventionen und Strategien zusammenzufassen, die das Stillen fördern und als Norm aufzeigen und zu besseren Stillergebnissen führen. Der Schwerpunkt dieses Protokolls liegt auf Interventionen in der pränatalen Phase. Bewährte Praktiken unterstützen jedoch die Integration dieser Strategien während der gesamten Schwangerschaft und nach der Geburt in einem longitudinalen Ansatz, um längeres Stillen am effektivsten zu fördern.(3-7)

Seit der 2015 erschienenen Version dieses Protokolls hat die Forschung zur Stillförderung in der Schwangerschaft exponentiell zugenommen. Die folgenden Empfehlungen basieren auf den konsistentesten Erkenntnissen aus der aktuellen Literatur und Expertenmeinungen.

Wie bereits in der Version von 2015 beschrieben, ist die Einrichtung einer stillfreundlichen Praxis, in der die Schwangerenvorsorge in Anspruch genommen wird, eine wichtige Maßnahme zur Förderung des Stillens. Das klinische Protokoll Nr. 14 der Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) (Stillfreundliche Kinderarztpraxis – Optimierung der Betreuung von Säuglingen und Kindern)(8) fasst diese Empfehlungen zusammen. Der Rest dieses Protokolls konzentriert sich auf andere evidenzbasierte Interventionen. Darüber hinaus können die ABM-Protokolle Nr. 2 (Leitlinien für die Klinikentlassung von Stillpaaren)(9) , Nr. 5 (Peripartales Stillmanagement für die gesunde Mutter und den gesunden Säugling)(10) , Nr. 7 (Musterrichtlinie zur Förderung des Stillens auf der Wochenstation)(11) , Nr. 18 (Einsatz von Antidepressiva bei stillenden Müttern)(12) und Nr. 21 (Stillen im Kontext von Drogenmissbrauch oder Drogenabhängigkeit)(13) als nützliche Ergänzungen zu diesem Protokoll dienen.

Methoden

Für die Erstellung dieses Protokolls hat die ABM ehrenamtliche Expertenteams aus den relevanten Praxisbereichen und Fachgebieten zusammengestellt. Die Autoren sind nicht auf Ärzte oder ABM-Mitglieder beschränkt. Die Autoren identifizierten die relevanten Fragen und führten eine Literaturrecherche unter Verwendung von Suchbegriffen (Stillen, pränatal, Bildung oder Intervention) und anderen relevanten Suchbegriffen über den Zeitraum von 2014 bis 2023 durch. Die Suche wurde in den folgenden Datenbanken durchgeführt: PubMed, MEDLINE, Web of Science, Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature, PsychINFO und EMBASE. Eingeschlossen wurden Studien, die Interventionen/Expositionen im Zusammenhang mit pränataler Stillberatung/Information evaluierten und über Stillergebnisse wie Stillbeginn, Stildauer und Selbstwirksamkeit berichteten. Eine formale systematische Übersicht wurde aufgrund der Breite des Themas nicht durchgeführt.

Die Autoren überprüften die gesamte identifizierte Literatur, entfernten doppelte Zitate, wandten die Einschlusskriterien an und wiesen jeder Quelle einen Evidenzgrad gemäß den Kriterien der Strength of Recommendation Taxonomy zu.(14,15) Der Evidenzgrad von 1 bis 3 für jede Quelle basierte auf dem Studiendesign und der Methodik und reichte von gut bis eingeschränkt. Anschließend formulierte das Team jede Empfehlung und bewertete sie mit A, B oder C entsprechend der Qualität, Quantität und Konsistenz der gesammelten Evidenz gemäß den Kriterien der Empfehlungsstärke-Taxonomie. Jede Empfehlung basierte auf einem patientenorientierten Ergebnisrahmen, der Veränderungen in Morbidität und Mortalität misst. Der Entwurf wurde dann von Mitgliedern des ABM-Protokollkomitees und des ABM-Vorstands sowie anderen Experten

innerhalb der Organisation begutachtet. Nach einer Reihe entsprechender Überarbeitungen wurde das Protokoll vor der Veröffentlichung vom Protokollkomitee und vom ABM-Vorstand genehmigt. Das Protokoll wurde erstmals in englischer Sprache verfasst und in der Zeitschrift *Breastfeeding Medicine* veröffentlicht.

Wichtige Informationen

Mehrere systematische Übersichtsarbeiten zeigen, dass Frauen, die vor der Geburt über das Stillen aufgeklärt wurden, häufiger mit dem Stillen beginnen, länger stillen und eher ausschließlich stillen, insbesondere wenn auf die pränatale Aufklärung eine Unterstützung nach der Geburt folgt.(16-19)

Die pränatale Beratung sollte die Gründe für das Stillen und Informationen über das Stillen beinhalten. Frauen, die darüber aufgeklärt werden, dass Stillen der Gesundheit von Mutter und Kind zuträglich ist, stillen eher.(19) Eine aussagekräftige Anamnese, um Risikofaktoren für Stillprobleme zu identifizieren (Tabelle 1), und eine angemessene vorgeburtliche Beratung können die Stillergebnisse verbessern, da die Frauen sich vor der Geburt auf mögliche Schwierigkeiten vorbereiten und Lösungsmöglichkeiten in Betracht ziehen können.(20-26) Wenn die Anamnese oder die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung darauf hindeuten, dass eine Patientin ein hohes Risiko für Stillprobleme hat, sollte eine pränatale Überweisung an eine Laktationsberaterin oder einen Laktationsberater in Erwägung gezogen werden.

Tabelle 1: Vollständige Stillanamnese vor der Geburt(20-23,178)

Wenn die Anamnese oder die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung darauf hindeuten, dass bei einer Patientin ein hohes Risiko für Stillprobleme besteht, sollte eine pränatale Überweisung an eine Laktationsberaterin oder einen Laktationsberater erwogen werden.

1. Nach der Stillabsicht oder den Stillzielen fragen.
2. Für jedes frühere Kind nach dem Stillbeginn, der Dauer des ausschließlichen Stillens, der Gesamtdauer des Stillens, den Personen, die das Stillen unterstützt haben, den von ihnen empfundenen Vorteilen des Stillens und den Problemen oder Komplikationen beim Stillen fragen.
3. Patientinnen, die ihre früheren Kinder nicht gestillt haben, nach den von ihnen empfundenen Vor- und Nachteilen von künstlicher Säuglingsnahrung gefragt werden.
4. Erstellung einer medizinischen Anamnese unter Berücksichtigung aller Aspekte, durch die dieses Kind/Patientin besonders vom Stillen profitiert.(86)
5. Jegliche frühere Brustoperationen (Verkleinerung, Implantate), mütterliche oder kindliche Erkrankungen oder mütterliche Medikamente abklären, die das Stillen zusätzlich erschweren könnten.
6. Bei der körperlichen Untersuchung auf flache oder invertierte Brustwarzen, Drüsenhypoplasie und andere relevante anamnestische Befunde achten.

Angesichts der begrenzten Zeit, die den Patienten in der Sprechstunde zur Verfügung steht, gehören die Vorteile des Stillens und die gesundheitlichen Auswirkungen verschiedener Stillmethoden, -intensitäten und -dauer sowie Maßnahmen, die einen frühen Stillbeginn unterstützen, zu den Themen, die den größten Einfluss auf das Stillergebnis haben.(1,19) Die Aufklärung sollte die Auswirkungen des Stillens im Vergleich zum Nicht-Stillen, die Grundlagen des Stillens (z. B. Physiologie, Positionierung) und die Risiken einer unnötigen Zufütterung beinhalten.(7,19,24,27)

Es sollte eine vorausschauende Anleitung zu geeigneten Vorgehensweisen im Krankenhaus erfolgen, die den Stillerfolg maximieren, wie sofortiger und kontinuierlicher Haut-zu-Haut-Kontakt, Rooming-in und Vermeidung von Schnullern.(37) Eltern sollten in die Lage versetzt werden, diese

Vorgehensweisen einzufordern, wenn sie in ihrer Entbindungsklinik nicht zum Standard gehören.(26,38,39) Weitere hilfreiche Punkte sind in Tabelle 2 des 2018 überarbeiteten Leitfadens für die Umsetzung der Baby-Friendly Hospital Initiative aufgeführt.(1)

Tabelle 2. WHO/UNICEF-Gesprächsthemen im Rahmen der vorgeburtlichen Beratung

WHO/UNICEF empfehlen die folgenden Themen für die vorgeburtliche Beratung als Minimalstandard

Stillen

- Bedarfsgerechte Aufklärung über die Bedeutung des Stillens, einschließlich der Beratung über die Wichtigkeit des direkten Stillens
- Allgemeine Empfehlungen zum Stillen, einschließlich
 - Ausschließlichem Stillen während der ersten 6 Monate
 - Risiken der Gabe von Säuglingsanfangsnahrung oder anderer Muttermilchersatzprodukte
 - Bedeutung des Stillens auch nach der Einführung von Beikost nach 6 Monaten
- Grundlagen der guten Stillposition und des korrekten Anlegens
- Erkennen der Hungerzeichen

Geburtshilfliche Praxis

- Sofortiger und anhaltender Haut-zu-Haut-Kontakt,
- Früher Stillbeginn,
- Rooming-in

Weltgesundheitsorganisation, Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen. Leitfaden zur Umsetzung: Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens in Einrichtungen, die Geburtshilfe und Neugeborenenversorgung anbieten: Die überarbeitete Initiative „Babyfreundliches Krankenhaus“. World Health Organization: Genf; 2018.

UNICEF, United Nations Children's Fund; WHO, World Health Organization.

UNICEF hat auch Kernbotschaften für die Beratung zur Säuglings- und Kleinkindernahrung veröffentlicht, die erfolgreich für die lokale Umsetzung angepasst wurden.(40-42) In Einrichtungen, die elektronische Patientenakten verwenden, können integrierte Handlungsanweisungen die Konsistenz der Unterstützung und Aufklärung durch das betreuende Personal verbessern.(43,44)

Telemedizinische Kommunikation, sofern verfügbar, kann auch in der pränatalen Umgebung (und darüber hinaus) zur Stillförderung eingesetzt werden. Zu den spezifischen telemedizinischen Interventionen gehören: Smart Message Service (SMS)/Textkommunikation, E-Health-Anwendungen, webbasierte Überwachung, Videokonferenzen, Sprachanrufe, mobile Anwendungen und internetbasierte Hilfsprogramme.(45-53) Die SMS-Kommunikation kann besonders nützlich sein, um Patientinnen zu erreichen, denen andere Ressourcen fehlen, die aber Zugang zu einem Smartphone haben.(45,53)

Pränatale Stillförderung ist am effektivsten, wenn sie die Selbstwirksamkeit fördert und strukturiert ist.(54-65) Selbstwirksamkeit in Bezug auf das Stillen ist definiert als das Vertrauen in die eigene Fähigkeit zu stillen und darauf, die eigenen Ziele zu erreichen und korreliert positiv mit der Stilldauer sowie der ausschließlichen Stilldauer in verschiedenen Bevölkerungsgruppen.(58) Schriftliche Materialien,(44,46) auf Handbüchern basierende Programme,(28,44) und mobile/online Anwendungen(51,66) sind wirkungsvolle Instrumente. Internationale Leitlinien wie das UNICEF-Beratungspaket zur Säuglings- und Kleinkindernahrung(41) können an landes- und gemeindespezifische Programme angepasst werden.(40)

Dem in der Schwangerenvorsorge tätigen Gesundheitspersonal mangelt es häufig an Ausbildung und Selbstvertrauen in der Stillberatung, insbesondere in Bezug auf pränatale Interventionen zur Förderung der Laktation (Laktogenesestadium II) und den Umgang mit verzögert einsetzender

Milchbildung.(67,68) Internationale Organisationen, einschließlich WHO/UNICEF und ABM, haben formale Stillkurse und spezielle klinische Leitlinien für das Gesundheitspersonal entwickelt, von denen die meisten online und kostenlos verfügbar sind.(69) Darüber hinaus kann das Gesundheitspersonal die Integration von kognitiver Verhaltenstherapie, sozial-kognitiven und kompetenztheoretischen Modellen in die pränatale Stillberatung erwägen, da diese sich als erfolgreich bei der Verbesserung der Stillergebnisse erwiesen haben.(17,37,40,67,68,72-78) Mobile Anwendungen haben sich als nützlich erwiesen, um die Schulung und Maßnahmen des Gesundheitspersonals zu unterstützen.(40,66) Gesundheitseinrichtungen sollten das Stillen des Personals erleichtern und unterstützen, da Fachpersonal mit positiven persönlichen Stillereferenzen die Patienten besser unterstützen kann.(79,80)

Obwohl in vielen Einrichtungen seltener verfügbar, hat die Einbeziehung von Personen mit einer Stillausbildung (z.B. Doulas, Laktationsberaterinnen) in die pränatale Betreuung einen nachweislich positiven Einfluss auf Stillbeginn und Stilldauer.(43,81-86) Die Beratung durch Peergroups während der pränatalen Phase hat erwiesenermaßen ebenfalls eine Verbesserung der Stillergebnisse zur Folge.(44,81,87-89) Pränatale und postnatale Hausbesuchsprogramme sind eine weitere wirksame Maßnahme zur Förderung des Stillbeginns und der Stilldauer.(29,88,90) Gruppentreffen im Rahmen der pränatalen Betreuung haben einen positiven Einfluss auf die Stillraten und das ausschließliche Stillen, da die Mütter dabei ein Unterstützungsnetzwerk unter Gleichgesinnten sowohl vor als auch nach der Geburt aufbauen können.(28, 93-97) Unterstützung durch die Peer-Gruppe, Doulas und örtliches Gesundheitspersonal sind besonders in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen(18) und in kommunalen Einrichtungen wichtig, um die Stillergebnisse zu verbessern. (84,88,98-100) Die Einbeziehung von Vätern/Partnern in die pränatale Betreuung und eine auf sie abgestimmte Stillberatung haben sich nachweislich positiv auf die Stillergebnisse ausgewirkt.(45,101-108) In einigen Kulturen und Situationen kann die Einbeziehung eines wichtigen Familienmitglieds, das nicht der Vater oder Partner ist, das erfolgreiche Stillen deutlich unterstützen.(101,109) So kann es für Teenager von Vorteil sein, wenn die Großmutter mütterlicherseits in die Förderprogramme einbezogen wird. (113,114) Die Frage an die Patientin, wer den größten Einfluss auf die Entscheidung für die Ernährung des Säuglings hat, und das kontinuierliche Erkunden der Familien- und Gesellschaftsstruktur der Patientin während der gesamten Schwangerenvorsorge kann wesentlich dazu beitragen, die Unterstützung zu gewährleisten.(115)

Gesellschaftliches Umfeld

Es ist wichtig zu erkennen, dass Stillen in einem breiteren soziokulturellen Kontext stattfindet. Neben dem Partner und der Familie beeinflusst auch die Unterstützung durch die Gesellschaft die Entscheidung der Eltern zum Stillen.(7,53,101,114-116) Fachkräfte sollten die spezifischen persönlichen, finanziellen und soziokulturellen Hindernisse für das Stillen verstehen. Die Unterstützung des Stillens auf gesellschaftlicher Ebene(117) und die Durchsetzung des Internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten in allen Bereichen, einschließlich ambulanter Geburtskliniken, sind wichtig, um Müttern zu ermöglichen, erfolgreich zu stillen.(118) Zusätzlich zu Programmen, die sich nur an Mütter richten, sind Aufklärungs- und Förderprogramme erforderlich, die sich an Familien und unterstützende Netzwerke richten.(115) Integrierte Angebote wie die Baby-Friendly Community Initiative fördern nachweislich den Stillerfolg.(88,119)

Kultureller Kontext

Kulturelle Sensibilität ist unerlässlich, um Traditionen und Tabus in Bezug auf das Stillen zu verstehen, sich an kulturelle Praktiken anzupassen, die das Stillen erleichtern, und sensibel über Traditionen zu informieren, die dem Stillen abträglich sein könnten. (84,120-122) Es ist wichtig sicherzustellen, dass Eltern in allen Kulturen die Bedeutung des ausschließlichen Stillens für das Wachstum und die Entwicklung ihrer Kinder verstehen(123) und dass Gesundheitsfachkräfte die Akkulturation von Migrantengruppen in Bezug auf die aktuellen Ernährungsentscheidungen einer Familie berücksichtigen.(120) Gesundheitsfachkräfte sollten sich der Rolle ihrer eigenen kulturellen Einstellung bewusst sein, wenn sie mit Patienten interagieren.(86)

Menschen verstehen Informationen oft am besten in ihrer Muttersprache, daher sollte die Bereitstellung von Informationen und Anleitungen in der von den Eltern bevorzugten Sprache(124) und in Fällen, in denen die Lesekompetenz gering ist, in einfacher Sprache bevorzugt werden.(112,125,126)

Gesundheitliche Ungleichheiten sollten berücksichtigt werden, wenn pränatale Stillprogramme geplant werden. Obwohl einige pränatale Interventionen über verschiedene soziodemographische Gruppen hinweg wirksam sind, gibt es spezifische Interventionen, die bei unterrepräsentierten und einkommensschwachen Gruppen eine höhere Wirksamkeit zeigen.(83,127) Einige Beispiele sind Motivationsgespräche,(128) Einkommenszuschüsse,(129) und erweiterte staatliche Programme zur Unterstützung von Ernährung, Gesundheit und Stillen.(130,131) Darüber kann das Stillen durch die Einbeziehung von Gemeindeangehörigen und Gesundheitspersonal mit ähnlichem Hintergrund wie die Patienten gefördert werden. In mehreren Studien berichteten beispielsweise schwarze Frauen in den Vereinigten Staaten, dass sie das Gefühl hatten, von schwarzem Gesundheitspersonal, das sie beim Stillen unterstützt oder begleitet, besser betreut worden zu sein, und dass eine vertrauensvolle Beziehung zu den Personen, die sie beim Stillen unterstützen, wichtig ist.(132-134)

Risikogruppen für schlechte Stillergebnisse oder mit besonderem Beratungsbedarf

Mütterliche Erkrankungen oder bereits bekannte fetale Erkrankungen, die das Stillen beeinflussen können, sollten bereits während der Schwangerschaft erkannt und angesprochen werden. Zum Beispiel sollten Mütter mit einem hohen Risiko für eine Frühgeburt oder mit bekannten fetalen Anomalien speziell auf ihre Situation beraten werden. HIV-infizierte Mütter, die eine antiretrovirale Therapie erhalten, sollten beim Stillen unterstützt werden und können zusätzlich über Methoden zur Verringerung des Risikos einer Mutter-Kind-Übertragung beraten werden. (135,136) Darüber hinaus ist es ein wichtiger Bestandteil der Schwangerenvorsorge, mütterliche Erkrankungen zu identifizieren, bei denen das Stillen gemäß den nationalen Empfehlungen kontraindiziert sein kann, z. B. HIV ohne antiretrovirale Therapie oder mit nachweisbarer Viruslast (gemäß den nationalen Empfehlungen), T-Zell-Lymphotropen Virus Typ I oder Typ II, unbehandelte Brucellose oder Ebola-Virus.(135,137) Einige Personen mit bestimmten gesundheitlichen Problemen haben ein höheres Risiko für Stillprobleme. Dazu gehören:

- a. Gewicht: Übergewichtige Frauen erreichen ihre Stillziele mit geringerer Wahrscheinlichkeit. Mütter mit Adipositas kommen tendenziell seltener in den Genuss stillfreundlicher Betreuung und erhalten weniger Informationen über das Stillen, möglicherweise aufgrund von Vorurteilen seitens der Gesundheitspersonals.(138) Adipositas wird mit einer geringeren Stillanfangsrate und einer kürzeren Stilldauer in Verbindung gebracht.(139,140) Es gibt neue Hinweise darauf, dass das

metabolische Syndrom, das häufig mit Adipositas einhergeht, zu einer verzögerten Aktivierung der Sekretion und zu einer geringeren Milchproduktion führen kann.(141) Ein Cochrane- Review aus dem Jahr 2019 kam zu dem Schluss, dass es keine ausreichenden Belege dafür gibt, dass soziale, pädagogische oder physische Unterstützung für den Beginn oder die Fortsetzung des Stillens bei Frauen mit Adipositas von Vorteil ist. (142) Ein niedriger mütterlicher Body-Mass-Index ist ebenfalls mit einer kürzeren Stilldauer verbunden.(139) Gesundheitsfachkräfte sollten sich bei der Betreuung von Menschen mit Adipositas ihrer eigenen Voreingenommenheit gegenüber dem Gewicht besonders bewusst sein.

- b. Diabetes: Perinatale Komplikationen treten häufiger bei Frauen mit vorbestehendem Diabetes oder Gestationsdiabetes auf, und Säuglinge von Müttern mit Diabetes haben ein erhöhtes Risiko für Hypoglykämie und frühzeitige Zufütterung mit künstlicher Säuglingsnahrung.(143) . Pränatale Milchgewinnung ist eine Möglichkeit, den Bedarf an postnataler Zufütterung bei Hypoglykämie zu reduzieren. Es hat sich gezeigt, dass die pränatale Kolostrumsgewinnung bei Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes und geringem Komplikationsrisiko nach der 36. Schwangerschaftswoche keine schädlichen Auswirkungen hat.(144) Obwohl diese Maßnahme allgemein empfohlen und praktiziert wird, gibt es derzeit nur wenige Belege für ihre Auswirkungen auf das Stillen.(145,146)
- c. Psychische Gesundheit: Das Gesundheitspersonal sollte Frauen während der Schwangerschaft auf bestehende oder neu auftretende psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angstzustände und posttraumatische Belastungsstörungen beobachten. (147-150) Darüber hinaus können belastende Lebensereignisse und zwischenmenschliche Gewalt Risikofaktoren für depressive Verstimmungen und schlechte Stillergebnisse sein und die Sicherheit der Mutter beeinträchtigen.(151-157) Stillen in Kombination mit psychosozialen Interventionen kann sich für Frauen mit peripartalen Stimmungsstörungen günstig auswirken.(64-157) Psychosoziale Unterstützung, Selbstwirksamkeitstraining zum Stillen und Psychotherapie können die Wahrscheinlichkeit des Stillens erhöhen und das Auftreten von Milchmangel verringern.(158)
- d. Abhängigkeitserkrankungen: Stillen wird für die meisten Frauen empfohlen, die wegen einer Abhängigkeitserkrankung behandelt werden, und die meisten medikamentösen Behandlungen von Abhängigkeitserkrankungen sind mit dem Stillen vereinbar.(13) Alkoholabhängigkeit ist die häufigste Abhängigkeitserkrankung bei schwangeren Frauen.(159,160) Den Frauen sollte eine Behandlung, unterstützende Stillberatung und Aufklärung über die Gesundheitsrisiken für den Säugling durch Alkoholexposition in der Muttermilch angeboten werden. Tabak gehört ebenfalls zu den Substanzen, die während der Schwangerschaft und Stillzeit am häufigsten konsumiert werden, und es wurde festgestellt, dass Frauen, die Tabak konsumieren, niedrigere Stillraten aufweisen und möglicherweise eine geringere Milchproduktion haben, obwohl der Mechanismus noch nicht vollständig geklärt ist.(161,162) Frauen sollten ermutigt werden, den Tabakkonsum aufzugeben oder zu reduzieren und die Exposition ihres Säuglings gegenüber Tabakrauch zu verringern, und sie sollten darüber aufgeklärt werden, dass das Stillen die Gesundheit des Säuglings verbessert, selbst wenn die Mutter nach der Geburt weiterhin Tabak konsumiert. Trotz eindeutiger Belege für die Förderung des Stillens bei Frauen, die eine medikamentengestützte Behandlung (MAT) für Opioidkonsumstörungen erhalten, sind die Stillraten in dieser Bevölkerungsgruppe nach wie vor niedrig.(163-165) Schwangere Patientinnen, die eine MAT erhalten, sollten zum Stillen ermutigt werden. Gestillte Säuglinge mit pränataler Opioidexposition benötigen weniger pharmakologische Behandlung des neonatalen Opioidzugssyndroms und haben eine kürzere Verweildauer im Krankenhaus als Säuglinge, die nur mit künstlicher Säuglingsnahrung ernährt werden.(166,167) Pränatale Aufklärung und konsistente, evidenzbasierte Richtlinien in Gesundheitseinrichtungen können dazu beitragen, dass mehr

Frauen mit Substanzgebrauchsstörungen unter MAT zum Stillen ermutigt werden.(168,169)

Weitere Informationen zu Stillen und Substanzgebrauchsstörungen finden Sie im ABM-Protokoll

Nr. 21 (Richtlinie zu Stillen und Substanzgebrauch oder substanzbedingter Verhaltensstörung).(13)

- e. Anatomische Überlegungen: Bestimmte anatomische Variationen wie tubuläre, hypoplastische oder stark asymmetrische Brüste, flache oder invertierte Brustwarzen oder bestimmte Arten von Brustoperationen in der Anamnese können ein Risiko für Stillprobleme darstellen (Tabelle 1).(20,22,23,25) Vermeiden Sie nicht evidenzbasierte und potenziell schädliche Interventionen wie die Vorbereitung der Brustwarzen während der pränatalen Phase.

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 Taxonomie der Stärke der Empfehlung angegeben.

1. bei jeder Schwangerenvorsorgeuntersuchung das Thema Stillen bewusst ansprechen und dabei die Vorteile, die Physiologie und den Ablauf des Stillens (einschließlich Anlege- und Stillpositionen) sowie die Risiken der Zufütterung thematisieren.
Evidenzgrad: 2-3. Stärke der Empfehlung: B.
 - a. Anerkennen, dass Stillen zu besseren Gesundheitsergebnissen für Frauen und ihre Säuglinge führt als die Gabe von künstlicher Säuglingsnahrung.
Evidenzgrad: 1. Stärke der Empfehlung: A.
 - b. Erheben einer detaillierten Stillanamnese, um medizinische, anatomische und andere Risikofaktoren für Stillprobleme zu identifizieren, und gegebenenfalls Überweisung an eine Laktationsberaterin oder einen auf Laktationsmedizin spezialisierte Ärztin oder Arzt (siehe Tabelle 1).
Evidenzgrad: 1-3 Stärke der Empfehlung: B.
 - c. Fokussierung auf wichtige vorgeburtliche Stillthemen, einschließlich der Auswirkungen des Stillens im Vergleich zum Nicht-Stillen, den Grundlagen des Stillens (z. B. Physiologie, Positionierung), was von der Stillunterstützung im Krankenhaus und unmittelbar nach der Geburt erwartet werden kann (d. h. die Zehn Schritte zum babyfreundlichen Krankenhaus) und den Risiken einer unnötigen Zufütterung (Tabelle 2).
Evidenzgrad: 3. Stärke der Empfehlung: C.
 - d. Verwendung von elektronischen Einträgen in der Patientenakte, falls vorhanden, um die Konsistenz der Aussagen zur Unterstützung und Information des Fachpersonals zu verbessern.
Evidenzgrad: 1-2 Stärke der Empfehlung: A.
2. In der Schwangerenvorsorge strukturierte und in für die jeweilige Zielgruppe am besten geeigneten Formaten Stillaufklärung anbieten.
Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.
 - a. Selbstwirksamkeit durch Aufklärung fördern.
Evidenzgrad: 1-3 Stärke der Empfehlung: A.
 - b. Strukturiertes, schriftliches Informationsmaterial zum Stillen verwenden. Wirksame Interventionen umfassen verschiedene Formen der Bereitstellung, wie z. B. Infoblätter, Arbeitsbücher, Online/Apps und Videos.
Evidenzgrad: 1-3. Stärke der Empfehlung: B.
 - c. Telekommunikation (z. B. Telemedizin, mobile Anwendungen) in die Schwangerenvorsorge integrieren, da ein positiver Zusammenhang mit verbesserten Stillergebnissen besteht.
Evidenzgrad: 1. Stärke der Empfehlung: B.

3. Stillwissen, Stillkompetenzen und die Einstellung des in der Schwangerenvorsorge tätigen Fachpersonals verbessern.
Evidenzgrad: 1-3, Stärke der Empfehlung: B.
 - a. Konzentration auf die Beurteilung des Anlegens, pränatale Interventionen zur Unterstützung der sekretorischen Aktivierung (Laktogenesestadium II) und das Management der verzögerten sekretorischen Aktivierung, da sich laut Angaben von Fachpersonal insbesondere in diesem Bereich die meisten Unsicherheiten auftun.
Evidenzgrad: 2-3 Stärke der Empfehlung: B.
 - b. Eine Schulung in kognitiver Verhaltenstherapie, in Modellen, die auf sozial-kognitiven Theorien basieren, und in der Kompetenztheorie in Erwägung ziehen, da diese sich bei der Verbesserung der Stillergebnisse als erfolgreich erwiesen haben.
Evidenzgrad: 1-2 Stärke der Empfehlung: A.
 - c. Den Einsatz mobiler Anwendungen für die Schulung und Intervention von Gesundheitspersonal in Betracht ziehen.
Evidenzgrad: 1-2. Stärke der Empfehlung: B.
4. Während der Schwangerschaft die Möglichkeit der Laktationsberatung und -schulung durch Peergruppen anbieten.
Evidenzgrad: 1-2. Stärke der Empfehlung: A.
 - a. Förderung eines prä- und postnatalen Hausbesuchsprogramms, das auch das Stillen einschließt.
Evidenzgrad: 1-2. Stärke der Empfehlung: A.
 - b. Förderung der Inanspruchnahme von Gruppenangeboten zur Schwangerenvorsorge.
Evidenzgrad: 1-2, Stärke der Empfehlung: B.
 - c. Förderung der Beteiligung von ehrenamtlichen Stillberaterinnen und kommunalen Beratungsangeboten.
Evidenzgrad: 1. Stärke der Empfehlung: A.
 - d. Für historisch unterdrückte und einkommensschwache Bevölkerungsgruppen sowohl in Ländern mit hohem als auch mit niedrigem und mittlerem Einkommen sollte der Einsatz von Peer-Beratung, Selbsthilfegruppen und Motivationsgesprächen in Erwägung gezogen werden. Staatliche Maßnahmen zur Unterstützung dieser Familien sollten gefördert und unterstützt werden, z. B. durch Lebensmittel- oder Geldleistungen.
Evidenzgrad: 1-2 Stärke der Empfehlung: B.
5. Einbeziehung von Vätern/Partnern und anderen Familienmitgliedern in die Schwangerenvorsorge mit auf sie abgestimmter Stillaufklärung.
Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.
6. Einbeziehung von Gesundheitspersonal mit Stillkompetenz und Laktationsberaterinnen, sofern vorhanden, in die Schwangerenvorsorge.
Evidenzgrad: 1. Stärke der Empfehlung: A.
7. Gewährleistung einer kultursensiblen Versorgung unter Berücksichtigung kultureller Unterschiede bei der Besprechung von Ernährungspraktiken.
Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.
 - a. Wenn möglich und angemessen, schriftliches Material in den Hauptsprachen der Eltern zur Verfügung stellen.
Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.
 - b. Alle schriftlichen Materialien sollten in einer einfachen Leseform zur Verfügung gestellt werden.
Evidenzgrad: 2-3, Stärke der Empfehlung: B.

8. Förderung und Nutzung familienunterstützender Programme auf kommunaler Ebene, wie z. B. die Initiative „Babyfreundliche Kommune“. Evidenzgrad 1-3, Stärke der Empfehlung B.
9. Frauen mit Adipositas eine proaktive Beratung über Interventionen zur Unterstützung der Milchproduktion und der Stilldauer anbieten. Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.
10. Prospektive Beratung und Stillunterstützung für Frauen mit Diabetes anbieten. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt gibt es keine ausreichende Evidenz für den Einfluss der pränatalen Kolostrumsgewinnung auf das Stillergebnis, um eine spezifische Empfehlung auszusprechen. Evidenzgrad: 1. Stärke der Empfehlung: C.
11. Screening auf Stimmungsstörungen und belastende Lebensereignisse, einschließlich zwischenmenschlicher Gewalt. Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.
12. Antizipatorische Beratung und Unterstützung von Frauen mit Substanzgebrauchsstörungen beim Stillen anbieten. Evidenzgrad: 2. Stärke der Empfehlung: B.

Zusammenfassung

Die pränatale Phase ist eine historisch unterschätzte, aber entscheidende Phase, um die Säuglingsernährung positiv zu beeinflussen und das Stillen zu fördern. Pränatale Aufklärung sollte immer unter Berücksichtigung von Kultur, Identität, Familie und sozialem Kontext erfolgen. Auf der Grundlage unserer Evidenzanalyse empfehlen wir, dass Ärztinnen und Ärzte, die Schwangere betreuen, mit ihren Patientinnen bewusst über das Stillen sprechen, qualifizierte Stillkurse anbieten und, wo immer möglich, Zugang zu Peer-Beratung und qualifizierten Stillberatungsstellen ermöglichen. Wir empfehlen auch die Einbeziehung der Väter/Partner und den Einsatz von Telekommunikation oder Telemedizin bei der pränatalen Stillberatung. Darüber hinaus empfehlen wir, dass Gesundheitsorganisationen die Stillausbildung des Personals in der Schwangerenvorsorge verbessern, da die Ausbildung des Personals nachweislich einen positiven Einfluss auf die Stillergebnisse hat.

Themen für zukünftige Forschung

Obwohl die Literatur zu diesem Thema in den letzten acht Jahren exponentiell zugenommen hat, besteht weiterhin Bedarf an mehr oder qualitativ besserer Forschung in den folgenden Bereichen:

1. Kosten-Wirksamkeits-Studien sind notwendig, um festzustellen, welche der oben genannten Maßnahmen in der klinischen Routineversorgung den höchsten Stellenwert haben sollten. Dazu gehören auch Studien, die die Kosteneffektivität einer stillfreundlichen Gestaltung der ambulanten Praxis evaluieren.
2. Es besteht ein Bedarf an qualitativ hochwertigeren Studien, die sich auf die Wirksamkeit von Stillmaßnahmen für Minderheiten und Randgruppen konzentrieren.⁽¹⁷⁰⁾ Die aktuelle Literatur weist darauf hin, dass die Unterstützung durch Peer-Gruppen, Selbsthilfegruppen, Schulungen zur Verbesserung der Selbstwirksamkeit beim Stillen, prä- und postnatale Programme, die sowohl von Fachkräften als auch von Laien durchgeführt werden, und Unterstützungsprogramme die Stillergebnisse verbessern.^(18,100,128,171,172) Weitere qualitativ hochwertige Forschung wäre jedoch für die betroffenen Bevölkerungsgruppen hilfreich, um herauszufinden, welche Maßnahmen in ihrem Umfeld am besten umgesetzt werden können.

3. Obwohl E-Learning-Aktivitäten weithin akzeptiert werden und sich als nützliches Instrument zur Stillförderung erwiesen haben,(47,48,50,51,173) sind weitere Studien erforderlich, um zu evaluieren, ob E-Learning, möglicherweise in Kombination mit anderen pränatalen Interventionen, zu einer Verbesserung der Stillergebnisse führt.
4. Obwohl viele Studien über pränatale Interventionen veröffentlicht wurden, sollte translationale Forschung durchgeführt werden, die die Umsetzung und Förderung zwischen Gesundheitsorganisationen, kommunalen Organisationen und politischen Systemen untersucht.
5. Zukünftige Studien sollten die Faktoren untersuchen, die zu Unterschieden in den Stillergebnissen in Abhängigkeit von der Art der Schwangerenbetreuung beitragen.
6. Obwohl die pränatale Kolostrumsgewinnung positive Trends in Bezug auf die Verbesserung der Stillergebnisse gezeigt hat,(174-176) könnten genauere randomisierte kontrollierte Studien, die die Unterschiede in den Stillergebnissen messen, bessere Informationen über den Einsatz der pränatalen Kolostrumsgewinnung liefern.
7. Weitere Forschung ist erforderlich, um die Auswirkungen von medizinischen Komorbiditäten und Schwangerschaftsrisiken auf die Muttermilchproduktion und die Stillergebnisse zu untersuchen und zu ermitteln, wie eine proaktive Beratung und Aufklärung am besten erfolgen kann.
8. Es besteht nach wie vor ein Bedarf an Aufklärung über die Möglichkeiten der Säuglingsernährung, einschließlich der induzierten Laktation und der Ko-Laktation, für Regenbogen-, Stief- und Adoptivfamilien.(177)
9. Obwohl empfohlen wird, so früh wie möglich in der Schwangerschaft über das Stillen zu sprechen, ist weitere Forschung erforderlich, um festzustellen, ob sich Stillaufklärung bei Kindern im Schulalter und vor der Empfängnis als vorteilhaft erweist.
10. Es muss mehr geforscht werden, um historisch unterdrückte und einkommensschwache Mütter zu unterstützen und ihnen dabei zu helfen, eine höhere Stillrate zu erreichen.

Danksagung

Die Autoren danken Lorraine Porcello, Sarah Ames und Lillian Vo für ihre Unterstützung bei der Literaturrecherche.

Beiträge der Autoren

Alle Autoren haben zu diesem Dokument beigetragen.

Erklärung zur Offenlegung von Interessenskonflikten

Die Autoren haben keine konkurrierenden finanziellen Interessen offengelegt.

Angaben zur Finanzierung

Für die Erstellung dieses Protokolls wurden keine finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt.

ABM-Protokolle laufen 5 Jahre nach dem Datum der Veröffentlichung ab. Der Inhalt dieses Protokolls ist zum Zeitpunkt der Veröffentlichung auf dem neuesten Stand. Evidenzbasierte Überarbeitungen werden innerhalb von 5 Jahren oder früher vorgenommen, wenn sich die Evidenzlage wesentlich ändert.

Korrespondenzadresse: abm@bfmed.org

Übersetzung: Denise Both, IBCLC

Lektorat: Dr. Kathrin Gorrillt

Originaltext und Quellenangaben unter:

<https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/bfm.2024.0203>