

Academy of Breastfeeding Medicine Klinisches Protokoll Nr. 2 Leitlinien für die Klinikentlassung von Stillpaaren (Überarbeitung 2022)

Adrienne E. Hoyt-Austin, Laura R. Kair, Ilse A. Larson, Elizabeth K. Stehel und die Academy of Breastfeeding Medicine

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, 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 ist sich bewusst, dass sich nicht alle stillenden Personen als Frauen 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 Inklusivität aller stillenden, brustfütternden (chestfeeding) und humanmilch-fütternden Personen zu interpretieren.

Einführung

Die Vorbereitung auf die Entlassung und eine klare Planung des Übergangs vom Aufenthalt in der Geburtsklinik nach Hause werden als Teil der empfohlenen Vorgehensweise in der postpartalen und neonatalen Versorgung empfohlen und sind wesentliche Bestandteile eines umfassenden Programms zur Verbesserung der Stillergebnisse und zur Verringerung der Sterblichkeit.(1,2) Weltweit sterben jedes Jahr etwa 300.000 Frauen während der Geburt oder in den Wochen nach der Entbindung (211 pro 100.000), und das Sterberisiko während der Geburt wird auf 1 von 190 Gebärenden geschätzt.(3) Bei Neugeborenen im Alter von unter 28 Tagen liegt die Sterblichkeitsrate weltweit bei 17 pro 1000 Lebendgeburten (1.700 pro 100.000) und macht die überwiegende Mehrheit der Todesfälle im Alter von unter 5 Jahren aus.(4) Neugeborene haben ein hohes Risiko für früh auftretende gravierende Schädigungen; weltweit treten 75 % der Todesfälle bei Neugeborenen in der ersten Woche nach der Geburt auf.(5)

Insbesondere in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen wird ausschließliches Stillen mit einer geringeren Sterblichkeitsrate bei Neugeborenen in Verbindung gebracht.(6-8) Initiativen zur Förderung des Stillens, die Haut-zu-Haut-Kontakt vorsehen, führen nicht zu einer Erhöhung der Sterblichkeitsrate von Säuglingen in der ersten Lebenswoche. Es gibt jedoch eine Kontroverse darüber, ob man Müttern davon abraten sollte einzuschlafen, während sie sich im Haut-zu-Haut-Kontakt mit ihren Neugeborenen befinden.(9) In vielen Ländern mit hohem Einkommen tragen gesundheitliche Ungleichheiten, die durch strukturellen Rassismus und andere Formen der Diskriminierung bedingt sind, in hohem Maße zu den schlechten Outcomes für Mütter und

Neugeborene bei. Schwarze Menschen in den USA und australische Ureinwohner haben eine höhere Neugeborenen- und Müttersterblichkeitsrate.(10-12) Eine sorgfältige Beobachtung des Neugeborenen und der Mutter während und nach der Geburt ist wichtig, um das Auftreten negativer Outcomes zu verringern und erfolgreiches langfristiges Stillen zu sichern.(13)

Überall auf der Welt finden Geburten sowohl in Kliniken als auch außerklinisch statt. Einige der Überlegungen in diesem Protokoll können in allen Geburtssituationen relevant sein (z. B. Risikofaktoren für Stillschwierigkeiten, Gewichtsverlust und Gelbsucht), andere wiederum sind möglicherweise für außerklinische Geburten nicht relevant. Auch wenn sich dieses Protokoll auf die Entlassungsbereitschaft, in Hinblick auf die Aspekte Neugeborenenensicherheit und Stillfähigkeit konzentriert, muss auch auf die physische und psychische Gesundheit der Mutter geachtet werden, um eine Trennung von Mutter und Kind zu vermeiden. Weitere Informationen zur sicheren Entlassung der Mutter aus dem Krankenhaus finden Sie in den Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des National Institute for Health and Care Excellence in Großbritannien.(1,14)

Die vorliegenden Leitlinien gelten für die Entlassung gesunder, gestillter Neugeborener. Informationen über die Entlassung von Neugeborenen, die auf der neonatologischen Intensivstation betreut werden, finden Sie im ABM-Protokoll Nr. 12, über die Betreuung von späten Frühgeborenen und Frühgeborenen im ABM-Protokoll Nr. 10 und im ABM-Protokoll Nr. 7 Musterrichtlinie zur Förderung des Stillens auf der Wochenstation.(15-17)

Empfehlungen

Für jede Empfehlung werden der Grad der Evidenz (Evidenzgrad 1, 2 und 3) und die Empfehlungsstärke (A, B und C) gemäß den Kriterien der Empfehlungsstärke-taxonomie angegeben.(18) Die Empfehlungen sind in Tabelle 1 zusammengefasst.

Krankenhausinterne Unterstützung des Stillens

1. *Die Stillunterstützung sollte während des gesamten Krankenhausaufenthalts fortgesetzt werden und es sollte eine Anbindung zur Stillunterstützung nach dem Krankenhausaufenthalt sichergestellt werden.(19-24)*

Die Academy of Breastfeeding Medicine unterstützt die Richtlinien und Vorgehensweisen für Geburtskliniken, die in den Zehn Schritten zum erfolgreichen Stillen der Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) von WHO und UNICEF beschrieben sind.(2) Während des Krankenhausaufenthaltes sollte das Stillpaar von einer medizinischen Fachkraft mit qualifizierter Ausbildung für die Stillberatung unterstützt werden.(25,26)

Zu den standardmäßigen Untersuchungen gehören die Beurteilung der Stillposition und des Anlegens an der Brust mit besonderem Augenmerk auf das hörbare Schlucken als Zeichen des Milchtransfers, des Gewichts des Neugeborenen, des Auftretens von Gelbsucht und des Ausscheidungsmusters (einschließlich der Häufigkeit, Farbe und Menge des Stuhls sowie des Vorhandenseins von Uratkristallen (Ziegelmehl)). Die Beratung sollte auch eine praktische Demonstration des Anlegens an der Brust und des Abpumpens von Muttermilch umfassen.(27,28) Falls der Krankenhausaufenthalt bis zu einer Woche dauern kann, können das Stillen und das Stillmanagement solange weiter beobachtet werden, bis das Stillen erfolgreich etabliert ist. Danach kann die Beobachtungsfrequenz verringert werden.

Evidenzstufen: 1-3. Empfehlungsstärke: A.

Risikofaktoren für ein frühzeitiges Abstillen

- 2. Alle belastenden Aspekte wie Schmerzen an oder in der Brustwarze, mangelnde Fähigkeit, Milch von Hand zu gewinnen, das Gefühl einer unzureichenden Milchproduktion und jede Annahme, dass eine Zufütterung notwendig sei, sollten umgehend abgeklärt und behoben werden.(19,28,29)*

In Ländern, in denen die Entlassung aus dem Krankenhaus nach der Geburt in der Regel 1,5 bis 2 Tage nach einer vaginalen Geburt und 2 bis 4 Tage nach einem Kaiserschnitt erfolgt, sind wichtigen Punkte zu beachten.(30) Das Gewicht des Neugeborenen und der prozentuale Gewichtsverlust sollten beurteilt werden; die Häufigkeit der Beurteilung hängt vom voraussichtlichen Entlassungszeitpunkt und den nationalen Empfehlungen ab.(30) Fällt der Gewichtsverlust des Neugeborenen höher aus als erwartet und ist ein sicherer und nachhaltiger Ernährungs- und Nachsorgeplan nicht umsetzbar, muss die Entlassung unter Umständen hinausgeschoben werden. Evidenzgrad: 2, 3. Empfehlungsstärke: B.

- 3. Das Stillpaar profitiert von einem familienzentrierten Ansatz in der Stillaufklärung, der auf die Verbesserung der Unterstützung des Stillens durch die Mutter, den Vater/Partner und die erweiterte Familie abzielt.*

Dieser Ansatz verbessert nachweislich die Stillergebnisse im Alter von 6 Monaten.(31-35) Die Wahrscheinlichkeit von Stillproblemen sollte auf der Grundlage von Risikofaktoren der Mutter und des Neugeborenen beurteilt werden, die im ABM-Protokoll Nr. 7 Musterrichtlinie zur Förderung des Stillens auf der Wochenstation und im ABM-Protokoll Nr. 3 Zufütterung von gesunden, reif geborenen Neugeborenen im Krankenhaus erläutert werden. (17,36)

Evidenzstufen: 1, 2. Empfehlungsstärke: B.

- 4. In Bevölkerungsgruppen mit suboptimalen Stillraten, die von gesundheitlichen Benachteiligungen, einschließlich strukturellem Rassismus und Diskriminierung, betroffen sind, ist es wichtig, auf mehreren Ebenen mit integrativen Methoden zu intervenieren, um die Gesundheit von Müttern und Säuglingen durch Stillen besser zu unterstützen.(11,12,37,38)*

Zu den integrativen Methoden gehören eine kulturell angemessene Kommunikation, ein verbesserter Zugang zur Gesundheitsversorgung, die Kontinuität der Versorgung und die Einbeziehung der mütterlichen Gesundheit in die Beratungsgespräche über Stillabsicht, Ausschließlichkeit und Dauer des Stillens.

Menschen, die mit komplexen Problemen beim Stillen konfrontiert sind, werden von einem integrativen Ansatz profitieren, bei dem umfassende Strategien die derzeitigen unzusammenhängenden Interventionen ersetzen, die den sozialen und psychologischen Bedürfnissen nicht gerecht werden. Diese Strategien sollten problemlos in der gesamten Bevölkerung und institutionenübergreifend auf individueller, zwischenmenschlicher, gemeinschaftlicher, politischer und makrosystemischer Ebene umsetzbar sein und gleichzeitig den soziohistorischen Kontext berücksichtigen.(34)

Evidenzgrad: 2. Empfehlungsstärke: B.

- 5. Alle Bedenken bezüglich des Stillens, ob vom Krankenhauspersonal beobachtet oder von der Mutter geäußert, sollten vor der Entlassung der Mutter und des Neugeborenen von einer*

Laktationsberaterin/Stillberaterin oder einer Gesundheitsfachkraft, die sich mit der Betreuung von Stillenden auskennt, abgeklärt werden.(39,40)

Für ein frühzeitiges Abstillen gibt es eine Vielzahl von Risikofaktoren. Dazu gehören u. a. eine als unzureichend wahrgenommene Milchproduktion, eine Trennung von Mutter und Kind nach der Geburt, eine assistierte vaginale Entbindung, ein Kaiserschnitt, mütterliches Rauchen, mütterlicher Drogenkonsum, mangelnde Unterstützung durch die Familie oder medizinisches Personal, Gewalt in der Partnerschaft, junges Alter der Mutter, niedriges Bildungsniveau der Mutter, fehlender bezahlter Mutterschaftsurlaub und die Rückkehr der Mutter an den Arbeitsplatz.(41-46)

Es gibt zahlreiche Risikofaktoren für eine verzögerte Laktogenese (Beginn der Laktogenese II >72 Stunden nach der Geburt), darunter mütterlicher Diabetes, Alkoholkonsum während der Schwangerschaft, Edinburgh Postnatal Depression Score ≥ 10 und fortgeschrittenes mütterliches Alter.(47,48) Stillende Frauen, die eine verzögerte Laktogenese II erleben (oder für die ein Risiko besteht), haben ein höheres Risiko, frühzeitig abzustillen. (49) Frauen mit Übergewicht (BMI ≥ 25 kg/m²) oder Adipositas (BMI ≥ 30 kg/m²) beginnen seltener mit dem Stillen, stillen seltener ausschließlich und haben ein höheres Risiko, für vorzeitiges Abstillen.(19,50-56) Kindliche Risikofaktoren für Stillprobleme, einschließlich Ankyloglossie, anatomische Anomalien des Oropharynx, Hypotonie, Frühgeburtlichkeit und andere Erkrankungen, sollten angesprochen werden. Vor der Entlassung sollten spezifische Unterstützungspläne entwickelt werden. Ankyloglossie wird in der zugehörigen ABM-Positionserklärung näher diskutiert.(57)

Evidenzgrad: 1-3. Empfehlungsstärke: B.

Risiken der frühzeitigen Entlassung

6. *Bei ausschließlich gestillten Neugeborenen sollte eine frühzeitige Entlassung sorgfältig abgewogen werden, da das Risiko einer Wiederaufnahme aufgrund von neonataler Hyperbilirubinämie und Dehydratation besteht.(58-61)*

Längere Krankenhausaufenthalte bei der Geburt und die Medikalisierung der Ernährung des Neugeborenen korrelieren nicht unbedingt mit besseren Stillserfolgen.(62-64) Die Mindestverweildauer des Neugeborenen und der Mutter im Krankenhaus sollte 24 Stunden nach der Entbindung betragen.(13,65,66) In Einrichtungen mit kürzerer Verweildauer sollten Vorkehrungen für eine angemessene Nachsorge getroffen werden.

Vor der Entlassung muss sichergestellt werden, dass sowohl die Mutter als auch das Neugeborene stabil sind. Beim Neugeborenen sollten die empfohlenen Maßnahmen und Vorsorgeuntersuchungen gemäß dem lokalen oder nationalen Protokoll durchgeführt werden (z. B. Vitamin K, Hepatitis-B-Impfung, Erythromycin-Augensalbe, Neugeborenen-Screening und Verabreichung von Vitamin D). Weitere Überlegungen sind, dass Schmerzen der Mutter adäquat behandelt werden, das Stillen erfolgreich initiiert wird, die Familie von allen medizinischen Fachkräften (z. B. Arzt, Hebamme, Facharzt, Krankenschwester und Stillberaterin) konsistent und praxisnah beraten wird und nach der Entlassung professionelle Unterstützung zur Verfügung steht.(67) Möglicherweise muss die Entlassung verschoben werden, bis diese Fragen geklärt sind und eine Nachsorge organisiert ist. Evidenzgrad: 1–3. Empfehlungsstärke: B.

Berücksichtigung des Gewichtsverlusts bei Neugeborenen

7. *Ist eine Zufütterung medizinisch indiziert, wirkt sich der Einsatz von alternativen Fütterungsmethoden (z. B. Spritze, Becher usw. im Vergleich zur Flasche) schützend auf jegliches*

Stillen und ausschließliches Stillen bei Frühgeborenen aus. Diese können auch bei Termingeborenen angewendet werden. (2,68,69)

Bei Termingeborenen sollte ein übermäßiger Gewichtsverlust (z.B. >75%ile auf dem Newborn Early Weight Loss Tool oder ein Gewichtsverlust von >10% des Geburtsgewichts) oder <1 Stuhlgang pro Lebenstag Anlass für eine sorgfältige Überprüfung des Stillens sein.(70) Viele, aber nicht alle Neugeborenen erreichen ihr Geburtsgewicht innerhalb von 7-14 Tagen nach der Geburt wieder.

Wie schnell ein Neugeborenes wieder zunimmt, hängt mit der Art der Geburt (vaginal oder per Kaiserschnitt) zusammen. Bei einigen Neugeborenen dauert es mehr als 14 Tage, bis sie ihr Geburtsgewicht wieder erreicht haben, vor allem, wenn sie per Kaiserschnitt entbunden wurden.(71,72) Bei medizinischer Indikation wird die Zufütterung wie im ABM-Protokoll Nr. 3(36) beschrieben in folgender Reihenfolge bevorzugt: Muttermilch, wenn nicht verfügbar, dann Spendermilch, wenn nicht verfügbar, dann Säuglingsnahrung.

Evidenzgrad: 1, 2. Empfehlungsgrad: A.

Die Wichtigkeit der integrativen Behandlung von Mutter und Kind(ern)

- 8. Steht der Entlassung der Mutter aus dem Krankenhaus medizinisch nichts entgegen, doch das Neugeborene kann noch nicht entlassen werden (oder umgekehrt) sollten das Neugeborene und die Mutter weiterhin rund um die Uhr in einem Zimmer untergebracht werden, um das Stillen zu erleichtern und die Gesundheit des Stillpaars zu optimieren. Die Mutter sollte ermutigt werden, so viel Zeit wie möglich mit dem hospitalisierten Neugeborenen zu verbringen, regelmäßig zu stillen, zu Känguru-Pflege angeregt werden und Techniken zur Gewinnung von Muttermilch zu erlernen, damit das Neugeborene Muttermilch erhalten kann, falls es zu einer Trennung kommt.(19-21,23)*

Stellen Sie sicher, dass die Mutter Zugang zu einer Milchpumpe hat oder weiß, wie man Milch mit der Hand gewinnt, wenn keine Milchpumpe zur Verfügung steht, und dass eine qualitativ hochwertige Anleitung zum Gebrauch der Milchpumpe erfolgt.(73) Es sollte möglich sein, dass die Mutter eine Pumpe für die Nutzung zu Hause ausleihen kann, wenn sie sonst keinen Zugang hat. Bei Schwierigkeiten mit dem Abpumpen und/oder Problemen mit der Milchproduktion ist eine frühzeitige Überweisung an eine Stillberaterin und/oder eine/n Ärztin/Arzt mit Erfahrung im medizinischen Stillmanagement angebracht.

Alle Krankenhäuser und Entbindungseinrichtungen sollten Richtlinien zur Unterstützung von hospitalisierten Säuglingen und stillenden Eltern entwickeln, wie im ABM-Protokoll Nr. 35 beschrieben.(69) Die Studienlage bezüglich der Bereitstellung von Milchpumpen während oder nach dem Krankenhausaufenthalt und der Verbesserung der Stillraten bei Stillpaaren, die nicht voneinander getrennt wurde, ist nicht eindeutig.(74,75)

Evidenzgrad 1, 2. Empfehlungsgrad: B.

Entlassungstaschen/Krankenhausgeschenke

- 9. Familien profitieren während des Krankenhausaufenthalts, bei der Entlassung und danach von geeigneten evidenzbasierten Aufklärungsmaterialien zum Stillen, die keine kommerzielle Interessen beinhalten.(74,76,77)*

Der Internationale Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten der WHO muss in den Ländern, in denen der Kodex gesetzlich verankert ist, und in Einrichtungen mit BFHI-Bezeichnung befolgt werden und bleibt in allen Bereichen die beste Vorgehensweise.(78)

Evidenzgrad: 2. Empfehlungsgrad: B.

10. *Entlassungspakete, die Säuglingsnahrung, Schnuller oder kommerzielles Werbematerial enthalten, das sich speziell auf Säuglingsnahrung und Kindernahrungsmittel bezieht, sollten nicht verteilt werden und stehen nicht im Einklang mit dem Internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten.(78) Diese Produkte untergraben den normalen Stillbeginn und die Fortsetzung des Stillens, was zu einem vorzeitigen Abstillen führen kann.(76,79-82)*

Evidenzgrad: 1, 2. Empfehlungsgrad: A.

Vorschläge für vorausschauende Beratung

11. *Ein familienzentrierter Ansatz darüber, was in der Zeit nach der Geburt zu erwarten ist, kann das Stillpaar unterstützen, da ein Mangel an familiärer und sozialer Unterstützung als Risikofaktor für ein frühzeitiges Abstillen hinlänglich bekannt ist.(29,45,83-86)*

Kulturell relevante antizipierende Informationen in der von der Familie bevorzugten Sprache sollten vor der Entlassung erläutert und schriftliche Zusatzmaterialien bereitgestellt werden. Online- Foren und mobile Apps, die vom Gesundheitspersonal empfohlen oder erstellt wurden, können Verwirrung und den Einfluss von falschen Informationen verringern.(87)

Evidenzgrad: 1–3. Empfehlungsgrad: B.

12. *Jede stillende Mutter sollte Unterstützung und Anleitung zur Technik des Milchgewinnung mit der Hand erhalten, um initiale Brustdrüenschwellung/Stauungen zu lindern und Milch für die Ernährung des Neugeborenen zu gewinnen, falls es zu einer Trennung kommt oder das Neugeborene nicht in der Lage ist, direkt an der Brust zu trinken.(2,27,87)*

Zu den Themen der vorausschauenden Beratung können zu erwartende Probleme und mögliche Situationen gehören, die eine sofortige Evaluierung erfordern:

- a. Vorbeugung und Behandlung von Stauungen
- b. Interpretation der Hungerzeichen des Neugeborenen, Stillen nach Bedarf gemäß den Hungerzeichen und Erwartungen in Bezug auf die Häufigkeit der Stillmahlzeiten
- c. Indikatoren für eine angemessene Nahrungsaufnahme und Flüssigkeitszufuhr
- d. Anzeichen einer übermäßigen Gelbsucht
- e. Schlafsicherheit, Vorteile und Risiken des Bett-Teilens, siehe ABM-Protokoll Nr. 6.(88)

Evidenzgrad: 2. Empfehlungsgrad: B.

Kontinuität und Überweisungen in der Stillbetreuung

13. *Um das Stillpaar bestmöglich zu unterstützen, ist vor allem eine qualifizierte Beratung und gegebenenfalls Überweisung bei Stillproblemen, die nach der frühzeitigen Entlassung aus dem Krankenhaus auftreten können, wichtig.(89)*

Erfolgen die Betreuung und Versorgung von Mutter und Kind nicht durch die gleiche Einrichtung/das gleiche Personal, sollte eine aufeinander abgestimmte Kommunikation stattfinden, um die Nachsorge zu optimieren. Siehe ABM-Protokoll Nr. 10 für weitere Einzelheiten zu späten Frühgeborenen und Frühgeborenen.(16)

Evidenzgrad: 3. Empfehlungsgrad: C.

Art und Zeitpunkt der Nachsorge nach Entlassung aus der Klinik

- 14. Unabhängig von Geburtsort und Geburtsmodus werden postpartale Besuche zur Nachbetreuung für Mutter und Kind empfohlen.*

Die Nachsorgebesuche können in der Hebammenpraxis/Arztpraxis oder zu Hause bei der Patientin stattfinden. Seit 2013 beinhalten die WHO-Empfehlungen zur postnatalen Versorgung von Mutter und Neugeborenem eine Untersuchung von Mutter und Neugeborenem innerhalb von 24 Stunden nach einer Hausgeburt. Für vaginale Geburten im Krankenhaus empfiehlt die WHO eine Beobachtung von 24 Stunden nach der Geburt.(90) Postnatale Gesundheitsuntersuchungen werden für Mutter und Kind am dritten Lebenstag (48-72 Stunden), 1-2 Wochen und 6 Wochen nach der Geburt für alle Geburten empfohlen.(90)

In Ländern mit längeren Krankenhausaufenthalten nach der Geburt kann eine routinemäßige Nachsorge in anderen Abständen empfohlen werden. Die häusliche Betreuung nach der Geburt durch medizinische Fachkräfte und/oder kommunale Gesundheitsfachkräfte wird mit einer geringeren Neugeborenensterblichkeit, einer höheren Rate des ausschließlichen Stillens, einer höheren Zufriedenheit der Mütter mit der postnatalen Betreuung und einer geringeren Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung für das Neugeborene in Zusammenhang gebracht und ist kosteneffektiv, insbesondere in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen.(91-96) In US-amerikanischen Studien haben sich Hausbesuche nicht als kosteneffizient erwiesen. (97,98) Evidenzgrad: 1–3. Empfehlungsgrad: A.

- 15. In vielen Fällen können die Besuche in der Praxis oder bei dem Stillpaar zu Hause stattfinden, da es keine erkennbare Evidenz für Unterschiede im gesundheitlichen Outcome zwischen der Betreuung in der Praxis und zu Hause gibt.(99,100)*

Die Wochenbettnachsorge kann von dem Geburtshelfer (z. B. Gynäkologe, Hausarzt oder Hebamme) oder einem Allgemeinmediziner, der die Geburt nicht betreut haben muss, übernommen werden. Evidenzgrad: 1, 2. Empfehlungsgrad: B.

- 16. Neugeborene, die früher als 48 Stunden nach der Geburt entlassen werden, sollten innerhalb von 24-48 Stunden nach der Entlassung nachuntersucht werden.(65,66,101)*

In Ländern, in denen die Entlassung aus dem Krankenhaus in der Regel innerhalb von 72 Stunden nach der Geburt erfolgt, sollten vor der Entlassung Termine für das Neugeborene und die Mutter vereinbart werden, bei denen das Stillen beurteilt werden kann (entweder in der Praxis oder zu Hause). Die behandelnden Fachkräfte sollten sich bewusst sein, dass viele Neugeborene, die innerhalb von 48 Stunden nach der Geburt entlassen werden, nicht die empfohlene frühe Nachsorge erhalten.(102,103) Zu den Gründen für die fehlende Nachsorgeuntersuchung des Neugeborenen nach der Geburt im Krankenhaus können eine Erkrankung der Mutter, ein Mangel an zuverlässigen Transportmöglichkeiten und ein fehlendes Verständnis für die Bedeutung der Nachsorge bei gesunden Neugeborenen zählen.(102,104)

Bei Neugeborenen, bei denen keine Nachsorge innerhalb des empfohlenen Zeitraums nach der Klinikentlassung erfolgt, kommt es häufiger zu erneuten Klinikaufnahmen.(105) Innovative Methoden zur Kommunikation mit den Familien, wie z. B. SMS, internetbasierte Überwachung und telefonische Beratung, haben eine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer rechtzeitigen Nachsorge nach der Entlassung und der Unterstützung des Stillens ergeben.(106-109) In Ländern, in denen die

Krankenhausaufenthalte nach der Geburt länger sind (z. B. 5 Tage), können der Gesundheitszustand des Neugeborenen und das Stillen im Verlauf beobachtet werden; die meisten Neugeborenen werden ihr niedrigstes Gewicht und den physiologischen Höchststand des Bilirubins vor der Entlassung erreicht haben. Daher kann der erste Besuch nach der Entlassung zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen (z. B. im Alter von 2 Wochen).

Evidenzgrad: 2, 3. Empfehlungsgrad: C.

Nachsorge zur Unterstützung des Stillens nach dem Aufenthalt in der Geburtsklinik

- 17. Den Familien sollte bei der Entlassung der Kontakt mit einer wohnortnahen Stillberatungsmöglichkeit vermittelt werden. Diese Stillunterstützung kann in einer Gesundheitseinrichtung, zu Hause oder durch Telemedizin erfolgen.(2,110,111)*

Die Formen der verfügbaren Unterstützungsangebote sind breit gefächert und variieren je nach Standort, lokalen Ressourcen und Patientenpräferenz. Die Fortführung der BFHI durch die Baby Friendly Community Initiative (BFCl), ein Mutter-zu-Mutter- und kommunales Stillunterstützungssystem, ist mit einer Verringerung der Kindersterblichkeit, einer Verbesserung der Stillraten und einer Verringerung prälaktaler Fütterung verbunden.(112) Die Unterstützung durch eine Doula zu Hause kann die Einstellungen der Eltern stärken und führt zu einer positiveren Interaktion mit dem Gesundheitssystem.(113,114)

Evidenzgrad: 2, 3. Empfehlungsgrad: B.

- 18. Besuche in einer Stillberatungspraxis oder Hausbesuche durch eine Stillberaterin sollten Teil der regelmäßigen Nachsorge sein.*

Insbesondere eine Stillunterstützung, die persönliche Besuche und häufige Kontakte umfasst, kann ein vorzeitiges Abstillen verhindern.(115-117) Weltweit hat sich gezeigt, dass eine proaktive telefonische oder videobasierte Stillberatung nach dem Krankenhausaufenthalt durch entsprechend qualifiziertes medizinisches Personal von Familien und Fachkräften gut angenommen wird und die Rate des ausschließlichen Stillens nachweislich erhöht.(118-121) Selbsthilfegruppen zur Stillbegleitung, sowohl persönlich als auch online, erhöhen nachweislich das ausschließliche Stillen und die Stilldauer und sind kosteneffektiv.(122-132) Evidenzgrad: 1–3. Empfehlungsgrad: B.

- 19. Aufklärungsmaterialien, einschließlich solcher, die über das Internet oder mobile Geräte zur Verfügung gestellt werden, können ebenfalls zum Stillerfolg beitragen und können besonders effektiv sein, wenn sie in Regionen mit niedrigen Stillraten bereitgestellt werden.(133)*

Diese Maßnahmen können die Selbstwirksamkeit der Mütter fördern, den Kontakt zu Gesundheitspersonal herstellen, beim korrekten Anlegen helfen und das Stillen unterstützen.(134-137) Schlussendlich werden Online-Support-Foren und mobile Apps häufig von jungen Familien genutzt, auch wenn die Qualität des Inhalts, der Umfang des Infomaterials und die Berücksichtigung der Heterogenität zwischen den Angeboten variieren.(138-145) Evidenzgrad: 1–3.

Empfehlungsstärke: B

Zukünftige Forschungsbereiche

Viele der klinischen Empfehlungen in dieser Richtlinie sind evidenzbasiert. Dennoch sind zukünftige Studien notwendig. Die Maßnahmen zur Unterstützung von stillenden Frauen und Neugeborenen während des Aufenthaltes in der Geburtsklinik sind in der medizinischen Literatur und in den Standardpraktiken und Richtlinien der WHO-Initiative Babyfreundliches Krankenhaus (BFHI), den „10

Schritten zum erfolgreichen Stillen“, gut beschrieben. Nach der Entlassung aus dem Geburtskrankenhaus ist es klar, dass jegliche Stillunterstützung mit verbesserten Stillraten verbunden ist; allerdings sind der Verallgemeinerbarkeit Grenzen gesetzt, da es nicht viele gut kontrollierte Studien gibt, die die Auswirkungen von staatlichen oder breit angelegten Maßnahmen zur Unterstützung des Stillens nach der Entlassung aus dem Geburtskrankenhaus untersuchen.(110)

Darüber hinaus gibt es keine weltweit standardisierte Nachsorge-Methode für Frauen und Neugeborene nach der Entbindung. Dort, wo es Standards gibt, werden sie nicht flächendeckend angewandt; die Versorgung ist je nach Herkunft, ethnischer Zugehörigkeit, sozioökonomischem Status, Bildungsniveau und Art des Kostenträgers (Versicherung oder nicht) unterschiedlich. Wir empfehlen weitere gut konzipierte Studien, wie sie von Tiruneh et al. vorgeschlagen wurden, um Nachbetreuung zu Haus von Müttern und Neugeborenen zu untersuchen und zu standardisieren.(91)

Gut konzipierte Studien zum Einsatz von Telemedizin nach dem Aufenthalt in der Geburtsklinik sind unerlässlich. Dabei müssen insbesondere die Sicherheit und klinische Effektivität der allgemeinen pädiatrischen und geburtshilflichen Versorgung sowie die Stillbetreuung untersucht werden. Forschung und kollektive Zusammenarbeit sind erforderlich, um die Morbidität und Mortalität von Müttern und Säuglingen in Bevölkerungsgruppen anzugehen, bei denen eine Ungleichbehandlung in der Gesundheitsversorgung besteht.(10-12) Darüber hinaus sind Studien notwendig, die die langfristigen Auswirkungen von Pandemien, Epidemien und Naturkatastrophen auf die Geburten, den Krankenhausaufenthalt und die Entlassung untersuchen.

Offenlegung finanzieller Unterstützung

Die Arbeit von Dr. Hoyt-Austin wurde durch das Quality, Safety, and Comparative Effectiveness Research Training in Primary Care (QSCERT-PC) Program unterstützt, das von der HRSA T32HP30037 finanziert wird. Die Arbeit von Dr. Hoyt-Austin und Dr. Kair wird auch vom National Center for Advancing Translational Sciences, National Institutes of Health, durch die Zuschussnummer UL1 TR001860 unterstützt. Die Arbeit von Dr. Kair wurde zudem durch eine Auszeichnung des National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), Office of Research on Women's Health, Office of Dietary Supplements, und des National Institute of Aging unterstützt (K12 HD051958), die für den Aufbau interdisziplinärer Forschungskarrieren im Bereich Frauengesundheit vergeben wurde.

Offenlegungserklärung

Es bestehen keine gegenläufigen finanziellen Interessen. Der Inhalt liegt in der alleinigen Verantwortung der Autoren und gibt nicht unbedingt die offiziellen Ansichten der NIH wieder.

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, Füssen

Lektorat der Übersetzung: Dr. Kathrin Gorlitt, Dirlawang

Originaltext und Quellenangaben unter:

<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.bfmed.org/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/ABM%2520Protocol%2520%25232bfm.2022.29203.aeh.pdf&ved=2ahUKEwiCveC929WMAxWK87sIHdUZNw8QFnoECB4QAQ&usg=AOvVaw26uydtrdaz8NKpifUnoyaE>

Tabelle 1. Zusammenfassung der Empfehlungen und Taxonomie des Empfehlungsgrads

Empfehlung	SORT		Empfehlung	SORT	
	LOE	SOR		LOE	SOR
Krankenhausinterne Unterstützung des Stillens Die Stillunterstützung sollte während des gesamten Krankenhausaufenthalts fortgesetzt werden, und es sollte eine Anbindung zur Stillunterstützung nach dem Krankenhausaufenthalt sichergestellt werden.	1-3	A	Vorschläge für vorausschauende Beratung Einen familienzentrierten, kulturell relevanten Ansatz verfolgen, um zu vermitteln was in der Zeit nach der Geburt zu erwarten ist und wie die stillende Mutter unterstützt werden kann.	1-3	B
Risiken für vorzeitiges Abstillen Alle belastenden Aspekte wie Schmerzen an oder in der Brustwarze, mangelnde Fähigkeit, Milch von Hand zu gewinnen, das Gefühl einer unzureichenden Milchproduktion und jede Annahme, dass eine Zufütterung notwendig sei, sollten umgehend abgeklärt und behoben werden.	2,3	B	Jede stillende Mutter sollte Unterstützung und Anleitung zur Technik des Milchgewinnung mit der Hand erhalten, um initiale Brustdrüsenentleerung/Stauungen zu lindern und Milch für die Ernährung des Neugeborenen zu gewinnen, falls es zu einer Trennung kommt oder das Neugeborene nicht in der Lage ist, direkt an der Brust zu trinken	2	B
Das Stillpaar profitiert von einem familienzentrierten Ansatz in der Stillaufklärung, der auf die Verbesserung der Unterstützung des Stillens durch die Mutter, den Vater/Partner und die erweiterte Familie abzielt.	1,2	B	Kontinuität und Überweisung in der Stillbetreuung Koordinierte Beratung und Überweisung bei Stillproblemen, die nach der Entlassung aus dem Krankenhaus auftreten können, sind wichtig, um das Stillpaar bestmöglich zu unterstützen.	3	C
In Bevölkerungsgruppen mit suboptimalen Stillraten, die von gesundheitlichen Benachteiligungen einschließlich Rassismus sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitswesens betroffen sind, ist es wichtig, integrative Methoden anzuwenden, um die Gesundheit von Müttern und Säuglingen durch das Stillen besser zu unterstützen.	2	B	Art und Zeitpunkt der Nachsorge nach dem Krankenhausaufenthalt Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wird eine postpartale Betreuung des Neugeborenen und der Wöchnerin durch medizinische Fachkräfte und/oder ambulante Gesundheitsfachkräfte empfohlen.	1-3	A
Alle Stillprobleme und Unsicherheiten sollten vor der Entlassung von Mutter und Neugeborenen von einer Stillberaterin oder einer anderen darin qualifizierten Fachkraft, die sich mit der Betreuung von Stillpaaren auskennt, angesprochen und dokumentiert werden.	1-3	B	Die Stillbetreuung nach der Geburt/Klinikentlassung kann in der Praxis oder bei dem Stillpaar zu Hause stattfinden, da es keine erkennbare Evidenz für Unterschiede im gesundheitlichen Outcomes zwischen der Betreuung in der Praxis und zu Hause gibt.	1,2	B
Risiken einer frühen Entlassung Bei ausschließlich gestillten Neugeborenen sollte eine frühzeitige Entlassung sorgfältig abgewogen werden, da das Risiko einer Wiederaufnahme aufgrund von neonataler Hyperbilirubinämie und Dehydratation besteht.	1-3	B	Neugeborene, die früher als 48 Stunden nach der Geburt entlassen werden, sollten innerhalb von 24-48 Stunden nach der Entlassung nachuntersucht werden.	2,3	C
Berücksichtigung des Gewichtsverlusts bei Neugeborenen Ist eine Zufütterung medizinisch indiziert, wirkt sich der Einsatz von alternativen Fütterungsmethoden (z. B. Spritze, Becher usw. im Vergleich zur Flasche) schützend auf jegliches Stillen und ausschließliche Stillen bei Frühgeborenen aus. Diese können auch bei Termingeborenen angewendet werden.	1,2	A	Nachsorge zur Unterstützung des Stillens nach dem Aufenthalt in der Geburtsklinik Den Familien sollte bei der Entlassung der Kontakt mit einer wohnortnahen Stillberatungsmöglichkeit vermittelt werden. Diese Stillunterstützung kann in einer Gesundheitseinrichtung, zu Hause oder durch Telemedizin erfolgen.	2-3	B
Die Wichtigkeit der integrativen Behandlung von Mutter und Kind(ern) Das Stillpaar sollte nach Möglichkeit nicht getrennt werden und regelmäßig stillen, Känguru-Pflege praktizieren und Techniken zur Gewinnung der Muttermilch bei Trennung erlernen.	1,2	B	Sprechstundenbesuche, Hausbesuche, Telefon- und Videokontakte mit einer Stillberaterin und Selbsthilfegruppen sollten Teil der regelmäßigen Nachsorge sein. Es hat sich gezeigt, dass sie die Dauer des ausschließlichen Stillens und die Stilldauer insgesamt erhöhen und kosteneffektiv sind.	1-3	B
Entlassungstaschen/Krankenhauseschenke Familien profitieren während des Krankenhausaufenthalts, bei der Entlassung und danach von geeigneten evidenzbasierten Aufklärungsmaterialien zum Stillen, die keine kommerziellen Interessen beinhalten. Produkte mit kommerzieller Ausrichtung können schlechte Stillpraktiken fördern und zu einem vorzeitigen Abstillen führen.	2	B	Aufklärungsmaterialien, einschließlich solcher, die über das Internet oder mobile Geräte zur Verfügung gestellt werden, können ebenfalls zum Stillerfolg beitragen und können besonders effektiv sein, wenn sie in Regionen mit niedrigen Stillraten bereitgestellt werden.	1-3	B
Entlassungspakete, die Säuglingsnahrung, Schnuller oder kommerzielles Werbematerial enthalten, das sich speziell auf Säuglingsnahrung und Kindernahrungsmittel bezieht, sollten nicht verteilt werden. Diese Produkte untergraben den normalen Stillbeginn und die Fortsetzung des Stillens, was zu einem vorzeitigen Abstillen führen kann. Diese Produkte können schlechte Stillpraktiken fördern und zu einem vorzeitigen Abstillen führen.	1,2	A			