

ABM Klinisches Protokoll Nr. 7: Musterrichtlinie zur Förderung des Stillens auf der Wochenstation

Maria-Teresa Hernández-Aguilar, Melissa Bartick, Paula Schreck, Cadey Harrel und die Academy of Breastfeeding Medicine

Eines der Hauptziele der Academy of Breastfeeding Medicine ist die Entwicklung klinischer Protokolle für den Umgang mit allgemeinen medizinischen Problemen, die den Stillserfolg beeinträchtigen können. Diese Protokolle dienen lediglich als Richtlinien für die Betreuung von stillenden Müttern und Säuglingen und stellen keine ausschließlichen Behandlungsmethoden oder Standards für die medizinische Versorgung dar. Je nach den Bedürfnissen des einzelnen Patienten können unterschiedliche Behandlungen angemessen sein.

Hintergrund

Stillen ist die biologische Norm und frühzeitiges Abstillen birgt erhebliche Risiken für die Gesundheit von Müttern(1-5) (1) (6) und Kindern(2,7-14) (1), sowie erhebliche soziale Kosten weltweit.(2,6,15) (1) (16) Die Betreuung, die Mutter und Kind in den ersten Wochen nach der Geburt erhalten, wird ihren zukünftigen Still-erfolg(17,18,19), ihre Gesundheit und ihr Leben(15) beeinflussen. Um diese Betreuung weltweit zu verbessern, haben die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Internationale Kinderhilfsfonds der Vereinten Nationen (UNICEF) 1991 die Initiative Babyfreundliches Krankenhaus (BFHI) ins Leben gerufen, die seitdem zweimal überarbeitet wurde.(20,21) Nach 27 Jahren ist sie weltweit eingeführt(22) und verbessert signifikant die Säuglingsgesundheit(23-25) (1) und erhöht Stillanfangsraten sowie Dauer und Exklusivität des Stillens(1,24-27) (1). BFHI gilt als der Goldstandard evidenzbasierter Richtlinien für Mutterschaftseinrichtungen(28), der von verschiedenen internationalen Organisationen empfohlen wurde.(28-30) Nach wie vor sind jedoch Unterschiede im Stillverhalten, die in Zusammenhang mit sozialen und strukturellen Gesundheitsfaktoren stehen, weit verbreitet.(8,15,31,32) (1) (33). Daraus ergeben sich ungleich verteilte Morbiditäts- und Mortalitätsraten(33,34) und gesundheitliche Diskriminierungen für Frauen und Kinder.(2,7,35,36) (1) (33) Benachteiligungen können jedoch abgeschwächt werden, indem evidenzbasierte Vorgehensweisen zur Unterstützung des Stillens in der Wochenbettpflege umgesetzt werden, wie zum Beispiel BFHI(2) (1), kontinuierliche eins-zu-eins-Betreuung während der Geburt sowie eine kultursensible Pflege(37) (M) oder Peer-Support(38) (1) (33,39).

Ziel

Vorgehensweisen in der perinatalen Betreuung beeinflussen den Geburtsmodus, das Stillen und die Gesundheit von Mutter und Kind(40-44) (1) (45) (2) (46) (H) (47,48) und wirken sich auf die mütterliche Zufriedenheit aus.(49) (H) Daher sind Stillrichtlinien nicht von Richtlinien zur Wochenbettpflege zu trennen. Ziel dieses Protokolls ist es, eine «das Stillen unterstützende Musterrichtlinie für die Wochenbettpflege» anzubieten, die eine «Richtlinie zur Säuglingsernährung» einschließt. Es wird der Begriff «Richtlinie zur Säuglingsernährung» statt «Stillrichtlinie» als dahingehender Schritt verwendet, Stillen als Norm anzuerkennen. Der Begriff ist inklusiv (und stellt die adäquate Unterstützung von Eltern, die zufüttern, ausschließlich künstliche Säuglingsnahrung oder ausschließlich abgepumpte Muttermilch geben oder Transgenderpersonen beim Chestfeeding (Füttern an der Brust) sicher). Er entspricht zudem der in der 2018 aktualisierten Fassung der Zehn Schritte der WHO verwendeten Diktion (Tabelle 1).(21)

In diesem Dokument wurden nur evidenzbasierte oder auf globalen Empfehlungen beruhende Aussagen aufgenommen, die als Modell für Einrichtungen dienen sollen, die eine qualitativ hochwertige perinatale Versorgung anstreben. Für jede einzelne Einrichtung sind Anpassungen erforderlich, z.B. durch Angabe des Namens der Einrichtung, dem Datum der Überarbeitung und die Richtlinie muss den für die Einrichtung üblichen internen Prozess zur Genehmigung und Umsetzung durchlaufen. Es ist uns bewusst, dass einige der hier aufgelisteten Empfehlungen an die spezifischen Gegebenheiten eines jeden Landes angepasst werden müssen (z.B. können in einem Land ohne Hebammen andere Gesundheitsfachkräfte normale Geburten begleiten).

Dieses Protokoll beinhaltet alle in den «globalen Kriterien» der Initiative Babyfreundliches Krankenhaus (BFHI)(21) enthaltene Elemente, da BFHI zum derzeitigen Zeitpunkt das beste Modell mit erwiesener Wirksamkeit darstellt. Die nationalen Akkreditierungsstandards einiger Länder können mehr oder weniger strikt sein als die globalen oder in diesem Protokoll beschriebenen Kriterien. Daher kann diese Modellrichtlinie geringfügige Änderungen erfordern, um den länderspezifischen Anforderungen zu entsprechen. Dieses Protokoll bezieht sich nicht auf einige spezifische Anforderungen in neonatologischen Stationen, für die gesonderte, ausführliche Empfehlungen veröffentlicht wurden.(50,51)

Das Richtlinienprotokoll 2018

Dieses umfassende Protokoll enthält Inhalte vieler weiterer ABM-Protokolle: #1 (Richtlinie für Hypoglykämie)(52), #2 (Entlassung aus der Entbindungseinrichtung)(53), #3 (Zufütterung von gesunden, reif geborenen Neugeborenen im Krankenhaus)(54), #5 (Peripartales Stillmanagement)(48). #8 (Aufbewahrung von Muttermilch – Informationen für den häuslichen Gebrauch bei termingeborenen, gesunden Säuglingen)(55), #10 (Stillen des späten Frühgeborenen und frühen reif geborenen Säuglings)(56), #14 (Stillfreundliche Kinderarztpraxis)(57), #19 (Pränatale Stillförderung)(58), #21 (Richtlinie zu Stillen und Substanzgebrauch oder substanzbedingter Verhaltensstörung)(59), #26 (Anhaltende Schmerzen beim Stillen)(60) und #28 (Peripartale Analgesie und Anästhesie bei der stillenden Mutter)(61).

Es fand eine umfassende Bewertung der wissenschaftlichen Literatur (einschließlich aktueller Statements/Richtlinien)(21,50,51,62-66) in PubMed und LILACS statt. In die Suche wurden Dokumente aufgenommen, die zwischen 2011 und 2018 in Englisch, Spanisch, Französisch und Portugiesisch veröffentlicht wurden. Es wurden mehr als 1.000 Abstracts durchgesehen. Abstracts von geringer Qualität wurden verworfen und insgesamt 302 Artikel vollständig analysiert. Die quantitative Evidenz wurde gemäß den Kriterien des Oxford Center for Evidence-Based Medicine 2011 bewertet: Die Evidenzstufen werden nach diesen Kriterien von (1) bis (5) eingestuft.(67) Die qualitative Evidenz wurde gemäß GRADECERQual bewertet: H (hoch), M (mäßig), L (niedrig), VL (sehr niedrig).(68) Alle vor einer bestimmten Evidenzstufe gruppierten Zitate entsprechen dieser Evidenzstufe. Experten- oder internationale Richtlinien, einschließlich ABM-Protokolle, sind keine Evidenzstufen zugeordnet, und bestimmte Forschungsstudien fallen nicht in die Evidenzkategorien. Wir sind uns bewusst, dass Partner von Gebärenden jeglichem Geschlecht angehören können. Weiter erkennen wir an, dass – auch wenn die Mehrheit der Gebärenden Frauen sind – Transgender-Männer und nicht-binäre Menschen ebenfalls gebären können und stillen oder an der Brust ernähren (Chestfeeding) wollen. Einige Transmänner (Transgender Frau zu Mann), die sich das gesamte oder einen Teil des Brustparenchyms operativ entfernen lassen haben, um ein flaches Aussehen der Brustwand zu erreichen, können über unterschiedliche Erfahrungen hinsichtlich der Milchbildung berichten. Sie wollen möglicherweise mit Hilfe eines Brusternährungssets an der Brust füttern oder stillen. Einige Transgender-Eltern empfinden den Gedanken an das Stillen oder das Füttern an der Brust hingegen als unangenehm.(69)(M)(70)(VL). In diesem Dokument verwenden wir gleichberechtigt wechselweise die Begriffe «Mütter», «Gebärende» oder «Eltern».

Wir erkennen an, dass adoptierte Neugeborene und ihre Adoptiveltern(71) (5) und von Leihmüttern geborene Säuglinge und ihre non-puerperalen Mütter/Eltern(72)(5) gleichermaßen das Bedürfnis nach Bonding und das Recht auf Hilfe bei der Säuglingsernährung haben (Stillen, wenn gewünscht) und deshalb die Worte «Mütter», «Eltern» und «Säuglinge» Anwendung finden.

Im Folgenden bezieht sich der Begriff «künstliche Säuglingsnahrung» auf jede Art von Säuglingsnahrung oder Muttermilchersatz, einschließlich Folgenahrung oder jede Art von «Spezialnahrung».

Empfehlungen

Stillunterstützende Musterrichtlinie für die Wochenbettpflege

1. Diese Einrichtung fördert das Stillen in Anbetracht der Tatsache, dass es die biologische Norm für den menschlichen Säugling und seine Mutter (Dyade) darstellt und dass künstliche Säuglingsnahrung und frühzeitiges Abstillen beträchtliche gesundheitliche Risiken für Mutter und Kind bergen(1–5,7–14) (1) (6)
2. Diese Einrichtung erkennt BFHI als beste und wirkungsvollste Maßnahme zur Verbesserung der Wochenbettpflege an, mit signifikant positiver Auswirkung auf die Inzidenz und Dauer des Stillen (24-27) (1) und die kindliche Gesundheit.(23) (1) (62)
3. Dieses Dokument stellt die Richtlinie für Wochenbettpflege dieser Einrichtung dar und enthält eine Richtlinie zur Säuglingsernährung, die das Stillen unterstützt (oder eine spezielle Stillrichtlinie). Diese Richtlinie ist für alle Mitarbeiter verbindlich, und davon abweichende Vorgehensweisen müssen begründet und in den klinischen Unterlagen der Mutter und/oder des Säuglings dokumentiert werden.(21) Diese Richtlinie
 - a. richtet sich an die Verantwortlichen der Einrichtungen hinsichtlich der Einhaltung des Internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten und den nachfolgenden Resolutionen der Weltgesundheitsorganisation (Kodex)(65,66), um zu gewährleisten, dass die Mitarbeiter über klinische Kompetenzen und die Fähigkeit zur Förderung, dem Schutz und der Unterstützung des Stillens verfügen und dessen Umsetzung überwacht wird.
 - b. befasst sich mit der Verantwortung der Mitarbeiter (die Umsetzung der wesentlichen klinischen Vorgehensweisen), um die bestmögliche Versorgung und Pflege von Mutter und Kind und die angemessene Unterstützung der bestmöglichen Ernährungsform des Säuglings sicher zu stellen.
 - c. spricht an, dass es unumgänglich ist, dass alle Protokolle und Standards zum Stillen und zur Säuglingsernährung, die in der Geburtseinrichtung zur Anwendung kommen, mit den Empfehlungen der WHO (d.h. den BFHI-Standards) und den aktuellen evidenzbasierten Leitlinien und Protokollen übereinstimmen müssen.(21,63)
 - d. setzt sich für den Haut-zu-Haut-Kontakt (SSC, skin-to-skin contact) unmittelbar nach der Geburt und die aktive Unterstützung des Stillens als Teil einer grundlegenden Qualitätspflege unter der Geburt und einer hochwertigen Geburtspflege ein.(73)
 - e. stellt respektvolle, nicht diskriminierende Pflegepraxis mit kultureller Ehrerbietung(74) gegenüber allen Eltern und Neugeborenen sicher, einschließlich Adoptivkindern.(21,63,73)
 - f. gewährleistet, dass die Pflege und Unterstützung der Mütter und Familien zeitnah, angemessen und sensibel gegenüber ihren Bedürfnissen erfolgt,(21,62,63) die Privatsphäre und informierte Entscheidung achtet,(57,63) und die Koordination zwischen verschiedenen Fachkräften sicher stellt.(63)
4. Um die Umsetzung dieser Richtlinie zu sichern:
 - a. Es wird eine Säuglingsernährung-/Stillkommission gegründet, deren Hauptschwerpunkt das Stillen ist, um die Umsetzung dieser Richtlinie zu überwachen und zu betreuen.(75) (1) Diese Kommission ist auf der Ebene anderer Kommissionen zur Verbesserung der Klinikqualität und klinischer Vorgehensweisen angesiedelt.(21)
 - b. Die Richtlinie muss multidisziplinär und kulturell angepasst sein und setzt sich zusammen aus Vertretern von Entscheidungsträgern der Bereiche mütterliche

und neonatale Gesundheit, Qualitätssicherung und -management, Dienstleistern/ärztliches Personal, Pflegefachkräften, Hebammen, StillberaterInnen sowie weiteren Mitarbeitern und Eltern. Ein gewählter Stillkoordinator und ein Schriftführer führen den Vorsitz und berichten dem Vorstand.(21)

- c. Kommissionsmitglieder treffen sich mindestens alle sechs Monate zum Monitoring. Sie beurteilen die Umsetzung der Richtlinie und legen fest, wie oft die Einhaltung der Richtlinie in der Einrichtung beurteilt wird. Außerdem definieren die Kommissionsmitglieder die für die Einhaltung der Richtlinie notwendigen Maßnahmen.(21)
 - d. Es wird ein Datenerhebungsverfahren zur routinemäßigen Erfassung der Indikatoren der Still- und Mutter-Kind-Betreuung und die Umsetzung der Richtlinien geschaffen, um die Qualität der perinatalen Pflege kontinuierlich zu überwachen und zu verbessern.(21) Die Einbeziehung von Stillindikatoren in das Monitoringsystem der Einrichtung zur Qualitätsverbesserung ist obligatorisch.
 - Ein früher Stillbeginn und ausschließliches Stillen werden als Sentinel-Indikatoren angesehen und müssen routinemäßig nachverfolgt werden.(21,63)
 - Andere Indikatoren können hinzugefügt werden, wenn es von der Säuglingsernährungs-/Stillkommission als erforderlich angesehen wird.
 - e. Alle MitarbeiterInnen erhalten in den ersten Wochen nach der Einstellung und danach regelmäßig eine angemessene Einführung in diese Richtlinie.(21)
 - f. Eltern wird eine nutzerfreundliche Zusammenfassung der Richtlinie leicht zugänglich gemacht. Es gibt eindeutige Mechanismen für eine Rechenschaftspflicht, um Kommentaren, Komplimenten oder Beschwerden über die Einhaltung der Richtlinie abzuwehren, und es gibt eine für Mütter und Familien leicht zugängliche Feedbackmöglichkeit, deren Inhalt regelmäßig überarbeitet wird.(63)
5. Die Einrichtung ermöglicht ihren Angestellten zu stillen, erlaubt Stillpausen und weist geeignete Bereiche aus, in denen Mitarbeiterinnen (einschließlich Assistenz-ärztinnen und Ärztinnen in Weiterbildung)(76) (3) stillen, abpumpen und ihre Milch unter angemessenen Bedingungen aufbewahren können.(77) (1) (78) (3)
6. Diese Einrichtung hält sich an den Kodex und die damit verbundenen Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung(21,66), da die Nichteinhaltung ein wesentlicher Faktor für die Untergrabung des Stillens ist.(79–82) (1) (83) (M) (84) (3)
- a. Diese Einrichtung wirbt nicht für künstliche Säuglingsnahrung (oder entsprechend andere Produkte, die in den Geltungsbereich des Kodex fallen). Auf dem Gelände der Einrichtung ist kein direkter Kontakt von Angestellten, Herstellern oder Vertriebspartnern dieser Produkte («die Industrie») mit der Öffentlichkeit erlaubt.(79) (1)83 (M). (21,63,66)
 - b. Jegliche Geschenke (einschließlich nichtwissenschaftlicher Literatur, Material, Ausrüstungen oder Geld für das Personal und Materialien, Proben, Coupons oder Geschenkpakete für Mütter/Familien) und jegliche Ausstellung (einschließlich Poster oder Plakate) oder Schulungsmaterial mit Markenlogos sowie jegliche Fortbildung oder andere Veranstaltungen, die von «der Industrie» unterstützt oder bezahlt werden und sich an Mitarbeiter, schwangere Frauen, Mütter oder Familien richten, sind verboten. (63,84) (3) (66)
 - c. Jegliche Produkte aus dem Geltungsbereich des Kodex, die von der Einrichtung benötigt werden können (künstliche Säuglingsnahrung, Sauger, Flaschen oder Beruhigungssauger u.a.) werden zu fairen Marktpreisen erworben.(80) (1) (66)
 - d. Gesundheitsfachpersonal wird zum Kodex geschult, um Interessenskonflikte zu vermeiden und zu verhindern, dass Mütter sich widersprechende Empfehlungen erhalten.(81,85) (1) (83) (M)

- e. In Schulungsmaterial für Mütter oder Familien sind keine Werbebotschaften für industriell hergestellte Nahrungsmittel oder andere Produkte erlaubt.(21)
- f. Diese Einrichtung sorgt für eine sichere Zubereitung und Verabreichung von künstlicher Säuglingsnahrung. Der korrekte und sichere Umgang mit Flaschen und Saugern werden bei Bedarf (medizinische Indikation zum Zufüttern, Stillen ist kontraindiziert (s. Tabelle 2) oder nicht möglich) oder, wenn die Eltern eine informierte Entscheidung getroffen haben (nach vollständiger Aufklärung über die Risiken von Muttermilchersatzprodukten) den Gebärenden und wichtigen Bezugspersonen gezeigt.(21,63) In dieser Einrichtung wird kein Gruppenunterricht über die Verwendung von künstlicher Säuglingsnahrung erteilt und die Mütter, die sich gegen das Stillen entscheiden, werden vollständig über die Risiken des Nicht-Stillen aufgeklärt.(21)

Mitarbeiterschulung

- 7. Diese Einrichtung stellt sicher, dass das gesamte Personal, das in die Pflege von Müttern und Kindern eingebunden ist, über das Wissen und die Fähigkeiten verfügt, die für angemessene Mutter-Kind-Pflege und Stillmanagement erforderlich sind. (86,87) (1)17 (2) (Tabelle 3) (21) Eine zu diesem Zweck benannte Person koordiniert die Mitarbeiterschulungen und dokumentiert die Fortbildungsnachweise.(75) (1)
 - a. Wissen und Befähigungen des Gesundheitspersonals zu Stillmanagement(88,89) (1), Betreuung von Müttern, zwischenmenschliche Kommunikation und Beratung(90) (2), (63) sind bei der Einstellung und danach regelmäßig zu bewerten.
 - b. Der für alle Mitarbeiter erforderliche Mindestausbildungsstandard hinsichtlich dem Stillen entspricht der BFHI-Schulung.(21) Falls die bislang existierende Ausbildung diese Anforderungen nicht erfüllt, ist eine zusätzliche Fortbildung notwendig. Die Kompetenzen in Bezug auf Stillen und Stillmanagement werden innerhalb von sechs Monaten nach Einstellung überprüft, im Idealfall bereits zwei Monate nach der Einstellung.
 - c. Fortbildungen und regelmäßige Auffrischungsschulungen mit entsprechenden Inhalten und von angemessener Dauer(75,87,91,92) (1) (62) werden bedarfsgerecht angeboten, um die Einhaltung der BFHI-Richtlinien(87,93) (1) und dieser Richtlinie zu gewährleisten.(21)
 - d. Unterstützende Supervision(94) (2) sorgt dafür, dass die geleistete Pflege gemäß dieser Richtlinie erfolgt und dass alle Eltern korrekte, aktuelle und einheitliche Informationen erhalten.(63)

Pränatale Pflege

- 8. Mütter werden dazu ermutigt, eine Geburtserfahrung zu haben, die sich möglichst positiv auf das Stillen auswirkt. Eine detaillierte Stillanamnese, die auch die Stillziele beinhaltet, ist Teil der pränatalen Anamnese in der Klinikakte.(95) (1) (58)
- 9. Diese Einrichtung stellt sicher, dass allen schwangeren Müttern, die an einem Geburtsvorbereitungskurs der Einrichtung teilnehmen, vorgeburtlich persönliche Stillunterstützung und –aufklärung(75,87,96) (1) 41 (2) entsprechend ihrer Fragen und Bedürfnisse angeboten wird. Sie arbeitet mit anderen Einrichtungen zusammen, die pränatale Betreuung anbieten, so dass alle Mütter alle notwendigen Informationen erhalten.
 - a. Die Unterweisungen beginnen früh, beim ersten oder zweiten vorgeburtlichen Besuch, um einen Informationsmangel bei Frauen, die vorzeitig gebären, zu verhindern.(21)
 - b. Es werden eins-zu-eins-Sitzungen und/oder kleine Gruppengespräche angeboten(97) (1) und Partner sowie Familie werden dazu ermuntert, teilzunehmen.(98,99) (1) (58)

- c. Vorzugsweise sollten diese Unterweisungen von Hebammen(100) (1) (101), (1) und anderen Gesundheitsfachkräften mit einer Ausbildung im Bereich Laktation(102) (1) abgehalten werden.
10. Die bei jedem Besuch durchgeführten Unterweisungen werden in der klinischen Anamnese der Frau dokumentiert und alle Frauen erhalten einen Plan mit der angebotenen Information. (Tabelle 4)(21) Der Lehrplan, nach dem schwangere Frauen unterrichtet werden, enthält wichtige Informationen hinsichtlich des Stillens und steht nahegelegenen Organisationen, die Geburtsvorbereitungskurse für Familien in der Gegend anbieten, zur Verfügung.
 11. Besondere Berücksichtigung finden verhaltens- und psychoedukative Ansätze(58) zur Steigerung des Selbstvertrauens(103) (3) und Empowermenttechniken, einschließlich Geschlechtergerechtigkeit.
 12. Die Unterweisung wird entsprechend den persönlichen Umständen (Hintergrund, ethnische und kulturelle Zugehörigkeit, sozioökonomischer Status)(58) und den speziellen Bedürfnissen von Frauen mit geringer Stillwahrscheinlichkeit angepasst: Jugendliche(104) (1), Adipöse(105) (1), entrechtete (102) (1), (106) (M) oder benachteiligte Gruppen(87,96) (1), (107) (2), (108) (M).Schulungen mittels mHealth (mobile Health, Einsatz von mobilen und drahtlosen Geräten für Gesundheitsdienste) werden bei Bedarf den Familien angeboten, die die Einrichtung nur schwer erreichen können.(109) (1) (21)

Entbindungspflege

13. Die physiologische Geburt wird gefördert(49) (H) und schädliche Praktiken und unnötige, veraltete Interventionen werden vermieden.(63,73)
 - a. Alle Maßnahmen und Interventionen unter der Geburt und in der frühen Nachgeburtsperiode in dieser Einrichtung entsprechen einer schriftlichen, auf dem aktuellen Stand befindlichen Richtlinie, die das Risiko für eine Entbindung per sectio oder eine operative vaginale Entbindung minimieren.(73) Beides ist mit negativen Outcomes für die mütterliche und kindliche Gesundheit(44,96,110) (1) (42) (2) und das Stillen assoziiert(111,112) (1) (43) (2)
 - b. Es soll eine patientenzentrierte(47), sensible und unterstützende Pflege angeboten werden.(63,73) Die Vorteile, Risiken und möglicherweise auftretende Komplikationen von Interventionen, wie Maßnahmen zur Schmerzkontrolle, Verabreichungsweg und -form von narkotischen Analgesien, geplante Sectio sowie Geburtseinleitung werden besprochen.(73) Die informierte Entscheidung der Gebärenden wird respektiert.(40,43,44) (1) (49) (H)
 - c. Mütter werden aufgefordert, sich von Personen ihrer Wahl bei der Geburt begleiten zu lassen.(48,63,73)
 - d. Frauen mit komplikationslosen, normalen Schwangerschaften, bei denen eine normale Geburt zu erwarten ist, sollte, wenn möglich, die Option einer hebammengeleiteten Geburt(113) mit eins-zu-eins-Betreuung angeboten werden. (38,114,115) (1) (49) (H) (Diese Empfehlung gilt nur dort, wo die entsprechenden Strukturen mit gut ausgebildeten Hebammen existieren.)(63)
 - e. Eine ausgebildete Geburtsbegleiterin oder eine Doula wird nach den Wünschen der Mutter und den Richtlinien des Landes/der Einrichtung zugelassen.(38) (1) (48)
 - f. Bei unkomplizierten Geburten aus Schädellage werden nicht pharmakologische Maßnahmen bevorzugt. Medikamente, Zeitpunkt und Verabreichungsform narkotischer Analgetika werden sorgfältig abgewogen und mit der Mutter besprochen(113) (1) (61), um die gesundheitlichen Risiken für die Mutter-Kind-Dyade und das Stillen so gering wie möglich zu halten.(49) (1)

Postnatale Pflege

14. Unmittelbar nach vaginalen Geburten oder Geburten per Sectio wird Haut-zu-Haut-Kontakt bei allen Müttern und Neugeborenen angeboten, bei denen keinerlei Komplikationen vorliegen(115,116) (1). Dies geschieht unabhängig davon, für welche

Ernährungsform die Eltern sich entschieden haben und gilt auch für späte Frühgeborene (34 - 36 6/7 Gestationswochen)(56) und Kinder mit geringem Geburtsgewicht (LBW) (zwischen 1.200 und 2.500 g)(117), wenn Mutter/Kind stabil genug sind.(117,118)

- a. Alle gesunden und wachen Neugeborenen werden unmittelbar nach der Geburt in Bauchlage nackt auf die nackte Brust der Mutter gelegt. (119) (2) Sie werden dann sorgfältig abgetrocknet (mit Ausnahme der Hände), eine Windel untergelegt (wenn die Mutter dies wünscht) und mit einer warmen Decke bedeckt, um die mütterliche Wärme zu erhalten. (120) (5) Die Mutter-Kind-Dyade und ihr Partner erhalten die Gelegenheit zu bonden, während sie sorgfältig beobachtet werden. Die Säuglinge sollten die Gelegenheit erhalten, die neun Phasen des Neugeborenenverhaltens zu durchlaufen, die natürlicherweise ablaufen, wenn das Kind nach der Geburt im Haut-zu-Haut-Kontakt platziert wird.(121) (2) Dazu gehören Riechen, Lecken, Ausruhen und in Richtung der Mamille krabbeln, bevor sie die Brust spontan erfassen.(121) (2) (122) (4) (123) (5) (28,117)
- b. Der Haut-zu-Haut-Kontakt wird für mindestens zwei Stunden nicht unterbrochen(115,116,124,125) (1) (126) (2) (127) (5) (Tabelle 4) oder dauert bis zum ersten Stillen an, es sei denn, es ist wegen gerechtfertigter medizinischer Gründe unumgänglich. Wurde eine Verzögerung oder eine Unterbrechung des initialen Haut-zu-Haut-Kontakts notwendig, sorgt das Personal dafür, dass Mutter und Kind in Haut-zu-Haut-Kontakt gebracht werden, sobald die klinische Situation dies erlaubt.(127) (5) (21,28,48,62,128) Der Zeitpunkt von Beginn und Ende des Haut-zu-Haut-Kontakt sollte im Krankenblatt dokumentiert werden.
- c. Die Raumtemperatur im Geburtsraum sollte bei 25°C oder höher liegen und zugluftfrei sein.(63) Das Personal vermeidet grelles Licht und laute Geräusche, um das Kind bei der Entfaltung seiner angeborenen Reflexe zu unterstützen.(28,63)
- d. Es werden die erforderlichen Maßnahmen getroffen, um nach einer Sectio sofortigen (oder sobald als möglichen) Haut-zu-Haut-Kontakt zur ermöglichen. Im Idealfall erfolgt dies im Operationssaal oder dem Aufwachraum.(115,125) (1) (126) (2) Es werden vorzugsweise transparente OP-Abdeckungen verwendet, um dem Wunsch der Mutter nach einer positiven Geburtserfahrung Rechnung zu tragen.
- e. In das Protokoll zum Haut-zu-Haut-Kontakt werden kontinuierliche Überwachung (Eingreifen jedoch nur bei Bedarf) und sichere Lagerung, um das Risiko für einen plötzlichen und unerwarteten postpartalen Kollaps zu minimieren, mit Anweisungen für Personal und die Begleitung der Mutter zur Beobachtung von Mutter und Kind aufgenommen. Ein Protokoll mit evidenzbasierten Empfehlungen zu sicherem Schlaf und Haut-zu-Haut-Kontakt in der Neugeborenenperiode(127) (5) unterstützt die MitarbeiterInnen in der Praxis.
- f. Der Apgar-Wert wird beim Kind im Haut-zu-Haut-Kontakt erhoben.(127) (5) Babys, die von selbst zu atmen beginnen, werden weder oral, noch nasal oder tracheal abgesaugt, selbst dann nicht, wenn im Fruchtwasser Mekonium vorhanden ist.(117)
- g. Das Durchtrennen der Nabelschnur wird sowohl bei frühgeborenen wie termingeborenen Säuglingen hinausgezögert(129) (1) (117,130), es sei denn, Mutter oder Kind sind instabil(131) (1) (117) oder es wird eine Nabelschnurblutspende gewünscht.(132)
- h. Die Körpermaße des Kindes,(133) (3) die intramuskuläre Verabreichung von Vitamin K,(134,135) Augenprophylaxe,(136) sowie die Hepatitis-B-Impfung(137) werden bis nach der ersten Stunde ununterbrochenen Mutter-Kind-Kontakt oder dem ersten Stillen hinausgezögert.(48,63)
- i. Das Baden wird für mindestens 24 Stunden hinausgezögert.(73)

- j. Sofortiger Haut-zu-Haut-Kontakt mit dem Vater oder Partner wird nur angeboten, wenn die Mutter nicht verfügbar ist.(126) (2) (50)
 - k. Alle Eltern werden dazu ermuntert, mit ihrem Neugeborenen während dem Aufenthalt auf der Wochenstation in Haut-zu-Haut-Kontakt zu treten (mit zeitlicher Präferenz für die Mutter).(127) (5)
15. Alle Mütter und alle Neugeborenen, die zum Stillen in der Lage sind (einschließlich LBW und frühgeborene Kinder) sollen so bald wie möglich innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt beim Stillen unterstützt werden.(125,138,139) (1) (56,62,118)
- a. Nur wenn das Kind innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt die Brust nicht spontan erfasst oder auf Verlangen der Mutter wird Hilfe zur Erleichterung des ersten Anlegens angeboten.(115) (1) (48,118)
 - b. Bei frühgeborenen und frühen termingeborenen Babys wird besondere Hilfe angeboten, um sicher zu stellen, dass sie gut ansaugen und ein angemessener Milchtransfer stattfindet.(140) (1) (56) Die bei frühgeborenen und LBW-Babys notwendige engmaschige Beobachtung in den ersten 12 bis 24 Stunden wird während dem Haut-zu-Haut-Kontakt, der Känguru-Pflege,(141) (1), dem Stillen und dem Rooming-in angeboten.(56,117) Mütter werden dazu ermutigt, nach Bedarf zu stillen, sobald es der Zustand des Kindes erlaubt.(21)
16. Jeder Mutter sollte soviel Unterstützung beim Stillen angeboten werden, wie sie benötigt. Das Personal stellt sicher, dass die Mutter in der Lage ist, ihr Kind zu positionieren und an die Brust anzulegen. Mütter mit besonderen Risiken (komplizierte Geburten, Geburten per sectio, Übergewichtige, Jugendliche, Patientinnen mit Tabakkonsum, mangelnde Partnerunterstützung, Gewalt in der Partnerschaft) erhalten zusätzliche Unterstützung entsprechend ihren Bedürfnissen.(21,48)
- a. Ausgebildetes Personal beobachtet sorgfältig die ersten Stillmahlzeiten, achtet auf Anzeichen für wirkungsvolles Ansaugen, Stillposition und effektives Trinken. Wenn alles gut läuft, wird nicht eingegriffen. Sind Verbesserungen notwendig, wird der Mutter zunächst gezeigt, wie sie das Ansaugen und die Positionierung selbst verbessern kann. Es wird vermieden, dass das Personal dies für sie tut.(28)
 - b. Ausgebildetes Personal beobachtet und dokumentiert bis zur Entlassung mindestens eine Stillmahlzeit pro Schicht und bei jedem Kontakt der Mutter mit dem Personal wann immer möglich. Positionierung, Ansaugen, Milchtransfer, Ausscheidungsfrequenz des Kindes sowie Aussehen der Ausscheidungen, Gelbsucht und Gewicht des Kindes und jegliche Ernährungsprobleme werden in der Krankenakte vermerkt.(48)
 - c. In der frühen Postpartumperiode wird die halbliegende Position der Mutter (biologic nuturing = intuitives Stillen) gefördert,(122) (4) aber jede Mutter wird dazu ermutigt, ihre eigene, für sie bequemste Position zu finden.
 - d. Mütter und Partner werden in die Lage versetzt, Hungerzeichen, Anzeichen für gute Positionierung und effektives Erfassen der Brust und gutes Ansaugen und saugen, schlucken und Milchtransfer zu erkennen, um die Milchbildung zu optimieren.(21,48)
 - e. Das Personal wird jedes Stillproblem ansprechen (schmerzende Mamillen, Anlegeprobleme, unzureichende Milchmenge)(48) und bei Bedarf an eine Laktationsberaterin verweisen. Der Umgang mit den meisten häufig auftretenden Stillschwierigkeiten wird vor der Entlassung mit jeder stillenden Mutter besprochen (Tabellen 3 und 5).(21)
17. Alle Mütter werden während ihres Aufenthaltes zur Brustmassage und zu Techniken zur Entleerung von Milch mit der Hand angeleitet(142) (2) (143) und auf Wunsch im Umgang mit einer Brustpumpe unterrichtet. Mütter und Familien werden darüber aufgeklärt, dass bei den ersten Brustentleerungen häufig nur wenige Milliliter Milch gewonnen werden können und dies kein Anzeichen für eine geringe Milchproduktion ist.

- a Brustmassage und Entleerung mit der Hand sollten frühzeitig gezeigt werden, wenn Neugeborene nicht in der Lage sind, Kolostrum ausschließlich durch Anlegen zu erhalten.
 - Frühgeborene, frühe termingeborene und jegliche Kinder in den ersten 24 Stunden nicht wirkungsvoll an der Brust trinken.(143) (2)
 - Bei Neugeborenen ein Risiko für Hypoglykämie besteht (diabetische Mütter, unterernährte Kinder), um sie bei den ersten Mahlzeiten nach dem Stillen mit Kolostrum zuzufüttern.
 - Das Kind nicht direkt gestillt werden kann (z.B. frühgeborene oder kranke Kinder).
 - Eine Trennung von Mutter und Kind unumgänglich ist.
 - Bei der Mutter ein Risiko für eine verzögert einsetzende Laktogenese II besteht (Tabelle 6)
 - b. Sobald eine Trennung mehr als einige wenige Tage andauert, werden Mütter angeleitet, eine elektrische Doppelbrustpumpe zu verwenden; mindestens acht Mal pro Tag in Kombination mit Handentleerung(144) (3) (was sich bei Müttern von Frühgeborenen als hilfreich erwiesen hat). Brustmassage und Handentleerung werden ebenfalls frühzeitig vermittelt.
 - c. Mütter, bei denen bereits pränatal oder bald nach der Geburt festgestellt wird, dass sie ein Risiko für eine verzögerte Laktogenese II haben (Tabelle 6), erhalten besondere Unterstützung wie es als angemessen erscheint. Ein Ernährungsplan und engmaschige Nachbetreuung des Kindes (in Hinblick auf adäquate Hydratation und Ernährung neben Hilfe bei der Milchgewinnung) werden angeboten. Bei der Entlassung wird eine kontinuierliche Weiterbetreuung sicher gestellt, indem ein Ernährungsplan erstellt und engmaschige Nachbetreuung vereinbart wird.(48)
 - d. Es wird genügend Arbeitszeit eingeplant, um angemessene Betreuung und Hilfe für alle neuen Mütter und ihre Kinder zu ermöglichen.(21,48)
 - e. Schmerzhafter Maßnahmen wie Impfungen, Verabreichung von Vitamin K oder Fersenblutentnahmen sollten während des Stillens durchgeführt werden, da dies die beste Methode zur Schmerzlinderung bei Neugeborenen darstellt.(145) (2)
18. Jeder Mutter eines frühgeborenen oder LBW Kindes wird persönlich angemessene Pflege angeboten, um sowohl den Bedürfnissen des Kindes gerecht zu werden als auch eine familienzentrierte sowie kontinuierliche Pflege zu gewährleisten.(50,51)
- a. Frühgeborene können ab 27 Gestationswochen in der Lage sein zu suchen, die Brust zu erfassen und zu saugen, doch es ist wahrscheinlich, dass sie nicht wirkungsvoll an der Brust trinken.(21) Für Frühgeborene und frühe termingeborene Kinder wird besondere Unterstützung angeboten, um angemessenes Erfassen und Ansaugen an der Brust und Milchtransfer sicher zu stellen.(140) (1) (56)
 - b. Es wird alles unternommen, damit LBW Kinder (einschließlich Very Low Birth Weight, VLBW) die Milch ihrer eigenen Mutter erhalten oder, falls diese nicht verfügbar ist, pasteurisierte Spenderinnenmilch.(117,128) Mütter von frühgeborenen und LBW Kindern werden dabei unterstützt, so bald wie möglich mit der Gewinnung von Milch zu beginnen, vorzugsweise innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt(146) (3) (21,63) (falls kein Haut-zu-Haut-Kontakt möglich war)(147) (3), zumindest jedoch innerhalb der ersten sechs Stunden.(146) (3) (56)
 - c. Um eine ausreichende Milchmenge zu erreichen, werden Mütter dabei unterstützt und dazu ermutigt, ihre Brüste mindestens fünf Mal täglich zu entleeren. Das Ziel ist es, acht Mal in 24 Stunden Milch aus den Brüsten zu entleeren mit mindestens einer nächtlichen Entleerung. Es wird die Gelegenheit

- geschaffen, in räumlicher Nähe zu ihren Kindern auf der neonatologischen Station Milch abzupumpen. Auf Verlangen kann durch Vorhänge oder einen anderen Sichtschutz für Privatsphäre gesorgt werden. Die Mütter erhalten Anleitung zur Brustmassage, Handentleerung und der Verwendung einer Brustpumpe (wenn möglich mit Doppelpumpset).(148) (2) Um die Milchmenge zu steigern, wird dazu ermutigt, wann immer notwendig,(144) (3), unmittelbar nach Haut-zu-Haut-Kontakt(149) (2) abzupumpen und mindestens acht Mal Milch mit der Hand in Kombination mit Abpumpen zu gewinnen(56).
- d. Bei Kindern mit einem Gewicht <2000 g, wird so bald wie möglich nach der Geburt mit Känguru-Pflege begonnen, die möglichst ununterbrochen durchgeführt werden sollte(63,117) und allen Müttern angeboten wird, sobald das Kind stabil ist.(141,150) (1) (151) (5) Mütter und Partner haben uneingeschränkten Zugang zur Neonatologie. 141,152 (1) Zu diesem Zweck erhalten die Mütter Kleidung und ausreichend Raum, um in einer halbliegenden Position sitzen bzw. liegen zu können und ihr Kind in Bauchlage nackt zwischen ihren Brüsten halten zu können. Das Personal wird das Stillen ermöglichen, wann immer das Kind frühe Hungerzeichen erkennen lässt.
 - e. Bei der Entlassung erhalten alle Mütter, die von ihrem Kind getrennt sind, mündliche und schriftliche Erklärungen über die korrekte Aufbewahrung und Beschriftung der Muttermilch.(55) Mütter werden dazu aufgefordert, weiterhin abzupumpen, wann immer es möglich ist, und die Einrichtung wird die Versorgung mit einer Brustpumpe unterstützen.
19. Stillende Mütter werden darin bestärkt, ausschließlich zu stillen (nur Muttermilch, keine anderen Flüssigkeiten oder feste Nahrung außer Vitamine/Medikamente) es sei denn, es ist etwas anderes (Wasser, Glukoselösungen, künstliche Säuglingsnahrung oder andere Flüssigkeiten) medizinisch indiziert (ABM Protokoll Nr. 3).(54) Neugeborenen werden keine Supplemente angeboten, außer es ist aus medizinischen Gründen erforderlich oder auf den dokumentierten Wunsch der Mutter, die entsprechend aufgeklärt wurde.(21,62) Ist eine Zufütterung notwendig:
- a. Ist die bevorzugte Reihenfolge: Kolostrum/eigene Milch der Mutter, pasteurisierte Spenderinnenmilch,(21,62) gebrauchsfertige künstliche Säuglingsnahrung und Säuglingsnahrungspulver oder Säuglingsnahrungskonzentrat, das mit sauberem Wasser zubereitet wird. In den ersten ein bis zwei Lebenstagen benötigen termingeborene Säuglinge nicht mehr als 2 bis 15 ml pro Mahlzeit.(48)
 - b. Die Mütter werden dazu angeregt, Kolostrum oder Milch direkt in den Mund des Kindes zu entleeren oder mittels einer anderen Methode als durch Flaschenfütterung/künstliche Sauger zu verabreichen (vorzugsweise Becher, Finger, Spritze, Paladai oder Löffel).(54) Zufütterung mittels eines Schlauchsystems an der Brust kann die Stimulation der mütterlichen Brust unterstützen, während das Kind gestillt wird.(153) (1)
 - c. Es wird nicht ohne ärztliche Anweisung zugefüttert,(21) auch nicht auf Wunsch der Mutter. Verordnungen über medizinische Indikationen müssen täglich überprüft und neu angewiesen werden. Medizinische Indikationen zur Zufütterung, Art des Supplements, Zeitpunkt und Menge sowie Verabreichungsmethode werden in der Krankenakte der Mutter/des Kindes dokumentiert.(21,54)
 - d. Verlangen Mütter, dass zugefüttert wird, ohne dass es medizinisch indiziert ist, werden ihre Gründe aufgelistet und hinterfragt. Es wird eine sorgfältige Abklärung des Stillens angeboten und die Risiken der Zufütterung werden mit den Müttern und ihren Angehörigen diskutiert.(54)
 - e. Die sichere Zubereitung, Fütterung sowie der Umgang und die Aufbewahrung von Muttermilchersatzprodukten wird mit den Familien, in denen nicht gestillt

wird oder bei denen eine Zufütterung notwendig ist, bei der Entlassung individuell erklärt.(21) Wenn nötig, werden schriftliche Anweisungen ausgegeben.

20. In dieser Einrichtung wissen wir um das Bedürfnis aller Mütter und aller gesunden, termingeborenen Babys, 24 Stunden pro Tag zusammen zu bleiben (Rooming-in) und ermöglichen dies für das natürliche Wohlergehen, unabhängig von der Entscheidung der Eltern hinsichtlich der Ernährungsform oder der Art der Entbindung.(154) (1) (63,117) Diese Einrichtung verfügt nicht über ein spezielles Säuglingszimmer für gesunde, termingeborene Neugeborene, es sei denn dies ist gesetzlich vorgeschrieben (allerdings ist die Abschaffung des Säuglingszimmers keine Forderung von BFHI). Sollte diese Einrichtung über ein Säuglingszimmer verfügen, sind die Kinder darin für Passanten nicht sichtbar und lenken somit kein Interesse auf sich. Das Vorhandensein eines Säuglingszimmers führt nicht zu einer Normalisierung der Trennung von Mutter und Kind noch stellt es eine Aufforderung dar, es zu nutzen.
- a. Rooming-in wird für alle Neugeborenen ermöglicht(155) (2) (21) einschließlich späten Frühgeborenen(140) (1) (56) oder Kindern mit geringem Geburtsgewicht >1.750 g, die die entsprechenden medizinischen Kriterien und Sicherheitsvoraussetzungen erfüllen.(156) (2) Wochenstationsbetten mit seitlich angebrachten Beibetten für das Kind stehen für die Verwendung in der Klinik zur Verfügung.(157,158) (2)
 - b. Nur wenn es aus klinischen Gründen zu rechtfertigen ist, werden Mutter und Kind getrennt. Die Unterbrechung des Rooming-ins sowie die zugrundeliegende Begründung, der Aufenthaltsort des Kindes während der Unterbrechung und die Zeitangaben für die Unterbrechung werden zwingend vom Personal dokumentiert.(154) (1) (56) Sobald die Gründe nicht mehr gegeben sind, wird das Rooming-in wieder fortgesetzt. Sobald eine Mutter von ihrem Kind getrennt werden muss, unterstützt das Personal die Mutter dabei, baldmöglichst mit der Gewinnung ihrer Milch zu beginnen, spätestens innerhalb der ersten sechs Stunden der Trennung.(21) Wenn Eltern verlangen, dass ihr Kind von ihnen getrennt betreut wird, werden die Gründe dafür hinterfragt und die Wichtigkeit des Rooming-ins für die Gesundheit und das Wohlbefinden des Kindes erklärt.(154) (1) Die Aufklärung wird dokumentiert. Falls das Kind entweder aus medizinischen Gründen oder auf elterlichen Wunsch getrennt betreut wird, ist die betreuende Pflegefachkraft dafür verantwortlich, dass es zur Mutter gebracht wird, sobald es Hungerzeichen anzeigt, um das ausschließliche Stillen zu unterstützen.
 - c. Alle routinemäßigen Maßnahmen, Untersuchungen, Neugeborenen screenings, kardiologische Untersuchungen, Impfungen, Hörscreenings und routinemäßigen Laboruntersuchen sollten am Bett der Mutter erfolgen.(48,63) Eine routinemäßige Überwachung des Blutzuckerspiegels bei gesunden, termingeborenen Säuglingen ist nicht indiziert.(52,73) In den meisten Fällen ist es nicht notwendig, ein Neugeborenes zu baden. Auf Wunsch der Eltern können diese ihr Kind jedoch, sobald möglich und mit Unterstützung durch das Personal baden.(48,73)
 - d. Ansonsten gesunde und stabile Säuglinge, die eine intravenöse Antibiose oder Phototherapie benötigen, dürfen bei der Mutter bleiben.(125) (1) (56)
 - e. Den Familien werden regelmäßig Schulungen zu sicherem Rooming-in-Verhalten, der Vorbeugung von Stürzen des Säuglings und Erstickungsfällen angeboten. Dabei wird auch über besonders risikoreiche Zeiten (früher Morgen) und Risikofaktoren (erschöpfte Elter) informiert. Insbesondere wird das Stillen des Säuglings in einem Erwachsenenbett in der Nacht oder bei Müdigkeit statt auf einem Sofa oder Sessel angesprochen.(159) Mutter-Kind-Paaren mit besonderen Risikofaktoren wird eine verstärkte Überwachung angeboten.(127) (5) (56)

21. Das Klinikpersonal sorgt dafür, dass alle Mütter, unabhängig von Geburtsmodus oder gewählter Ernährungsform, wissen, wie sie auf die Hungerzeichen ihres Kindes und sein Bedürfnis nach Nähe und Beruhigung reagieren. Stillen/Füttern nach Zeitplan wird bei stabilen Neugeborenen nicht empfohlen.(21,30,73)
- Es gibt keinerlei Beschränkungen hinsichtlich Häufigkeit oder Dauer des Stillens (Schreien ist ein spätes Hungerzeichen).(21)
 - Müttern wird erklärt, dass;
 - Babys mindestens acht Mal pro Tag an der Brust trinken und viele Babys noch häufigere Mahlzeiten brauchen.
 - Es wichtig ist, bei jeder Mahlzeit beide Brüste anzubieten. Wenn das Baby jedoch an nur einer Brust satt wird, sollte die andere Seite bei der nächsten Mahlzeit angeboten werden.
 - Clusterfeeding (mehrere dicht aufeinanderfolgende Mahlzeiten) ist in den ersten 24 – 35 Stunden weit verbreitet und stimulieren die Milchbildung. Es ist kein Anzeichen für zu wenig Milch noch ist eine Zufütterung erforderlich.(30) Später kann es ein Anzeichen für einen unzureichenden Milchtransfer sein.(160) (5)
 - Eltern von Babys mit geringem Geburtsgewicht (LBW), von frühgeborenen oder frühen termingeborenen Babys sowie von Neugeborenen, die übermäßig an Gewicht verlieren, werden dazu angeleitet, das Kind bei den frühen Hungerzeichen zu stillen und es bei Bedarf aufzuwecken, damit die Kinder mindestens acht Mahlzeiten innerhalb von 24 Stunden erhalten.(56) Wenn eine Trennung erforderlich wird, bringt das Personal die Kinder jedes Mal zum Stillen zu den Müttern, wenn Hungerzeichen erkennbar sind.(21)
22. Bei gesunden, termingeborenen Säuglingen werden weder Beruhigungssauger (Schnuller) noch künstliche Sauger routinemäßig verwendet oder angeboten.(161,162) (1) (155,163) (2) (164,165) (3) (54)
- Verlangt eine Mutter, dass ihr Kind eine Flasche oder einen Beruhigungssauger erhält, hinterfragt das Personal die Gründe für dieses Verlangen, spricht ihre Sorgen an und klärt sie über die Risiken ihrer Verwendung auf. Dabei werden die Auswirkungen auf das Saugen betont. Um Stillprobleme auszuschließen, wird das Stillen begutachtet.(165) (3) (21)
 - Gestillte Kinder erhalten vom Personal nicht routinemäßig Beruhigungssauger. Verlangt eine Mutter, dass ihr Kind einen Beruhigungssauger erhält, hinterfragt das Personal die Gründe für dieses Verlangen, spricht ihre Sorgen an und klärt sie über die Risiken der Verwendung eines Beruhigungssaugers auf. Diese Aufklärung wird dokumentiert. Eine informierte Entscheidung der Mutter über Sauger oder Beruhigungssauger wird akzeptiert und in ihrer Krankenakte dokumentiert.(54)
 - Bei frühgeborenen oder kranken Kindern auf der Neugeborenenintensivstation können Beruhigungssauger für das non-nutritive Saugen indiziert sein.(21,50,163)
 - Stillhütchen (oder Flaschensauger) werden nur nach Empfehlung durch eine Stillberaterin und nachdem andere Versuche, das Problem zu überwinden, fehlgeschlagen sind, eingesetzt.(166) (1) (167) (2) (50)
 - Stillen ist die bevorzugte Beruhigungsmethode für alle gestillten Kindern während einer schmerzhaften Maßnahme.(145) (2) Beruhigungssauger werden nur dann zur Schmerzlinderung während einer Maßnahme verwendet, wenn das Stillen nicht möglich ist und werden danach entsorgt.
23. Diese Einrichtung verwendet evidenzbasierte Quellen für den sicheren Einsatz von Medikamenten bei stillenden Müttern, wie z.B. LactMed(168) InfantRisk(169) Lactation Study Center(170) oder die APILAM-Webseite: www.e-lactancia.org(171). Im deutschsprachigen Raum: www.embryotox.de. Eine medikamentöse Unterdrückung der

Milchbildung wird nicht routinemäßig zum primären Abstillen angeboten.(172,173) Es werden nichtmedikamentöse Maßnahmen empfohlen, wie Kühlen und milde Schmerzmittel zur Linderung von Beschwerden, Entleerung der Brust zur Entlastung sowie Maßnahmen zum Stützen der Brust, um Schwellung und Milchstau zu vermeiden.(174) (1) (172) Ist die Unterdrückung der Milchbildung aus medizinischen oder psychologischen Gründen erforderlich, können Lisurid und Cabergolin eingesetzt werden(175) (1), nachdem die Mutter eine informierte Entscheidung getroffen hat.(173)

Nachsorge/Entlassung aus der Entbindungseinrichtung

24. Diese Einrichtung bietet für alle Mütter, Kinder und Familien koordinierte Pflege mit klarem, genauem Informationsaustausch zwischen allen maßgeblichen Fachkräften im medizinischen und sozialen Bereich.(63)
 - a. Vor der Entlassung versichert sich das Pflorgeteam, dass das Stillen gut verläuft, die stillenden Mütter in der Lage sind, ihre Kinder erfolgreich zu stillen und dass die weitere Betreuung sichergestellt ist, entweder durch Nachsorgetermine (einschließlich Hausbesuchen) und/oder Termine mit StillberaterInnen und/oder Kontakt zu Selbsthilfegruppen.(21,28,62,1,176) (1).
 - b. Wenn das Kind zum Zeitpunkt der Entlassung die Brust noch nicht gut annimmt oder noch nicht gut an der Brust trinkt, wird ein individueller Ernährungsplan ausgearbeitet und – je nach klinischer Situation und Ressourcen der Mutter-Kind-Dyade – kann die Entlassung des Kindes hinausgeschoben werden.(53,54) Ein gesundes Kind wird nicht ohne seine Mutter entlassen, wenn diese aus medizinischen Gründen noch in der Klinik bleiben muss, es sei denn, es ist nicht möglich, dass beide zusammen bleiben (z.B. weil die Mutter auf die Intensivstation verlegt werden muss).
 - c. Schriftliches Informationsmaterial über das Stillen wird bereitgestellt und gegebenenfalls mit den Müttern und ihren Partnern besprochen(177) (2), ersetzt aber keineswegs die personenzentrierte, proaktive, persönliche Unterstützung.(178) (1) (46) (H) Es wird sich darum bemüht, die Familie in die Informationsmaßnahmen einzubeziehen. Vor der Klinikentlassung sorgt das Personal dafür, dass die Mütter über ein gewisses Wissen und Fertigkeiten verfügen (Tabelle 4).
25. Diese Einrichtung arbeitet mit kommunalen Programmen zusammen, um Stillinformationen zu koordinieren und eine kontinuierliche Betreuung anzubieten.
 - a. Vor der Entlassung erhalten alle Mutter-Kind-Dyaden Kontaktdaten von lokalen Selbsthilfegruppen oder anderen kommunalen Einrichtungen zur Stillunterstützung.(1) (1)
 - b. Zwei bis vier Tage nach der Geburt und erneut in der darauffolgenden Woche werden für jede Mutter-Kind-Dyade Termine bei einer Kinderärztin/Kinderarzt vereinbart, um das Wohlergehen von Mutter und Kind, die Ernährungssituation und das Vorliegen einer Neugeborenenengelbsucht zu beurteilen.(21)
 - c. Falls erforderlich, wird ein spezieller Nachsorgetermin bei Ernährungsproblemen vereinbart. Hausbesuche können geplant oder vereinbart werden, da sich gezeigt hat, dass sie wichtig sind, um die Stilldauer zu erhöhen.

Anwendbarkeit

Alle Gebärenden.

Weitere relevante ABM-Protokolle

Protokolle #1, #2, #3, #5, #8, #10, #14, #19, #21, #26, #28

Forschungsbedarf

Bei der Evidenzrecherche für dieses Protokolls haben sich Themenbereiche mit unzureichender bis fehlender Evidenz ergeben, wie z.B. wirksame Strategien zur verstärkten Umsetzung der BFHI-Richtlinien in Krankenhäusern oder bestmögliche Überwachung der Einhaltung der Stillrichtlinien eines Krankenhauses durch das Personal. Es besteht Bedarf an kontrollierten Studien zur pränatalen und frühzeitigen Gewinnung von Muttermilch per Handentleerung bei Müttern von am Termin geborenen Säuglingen, bei denen ein Risiko für eine verzögerte Laktogenese II besteht. Der Einfluss dieser Vorgehensweise auf den Zeitpunkt der Laktogenese II, das Milchvolumen und die Dauer des Stillens sollte besser belegt werden. Stillen nach Bedarf, optimale Stillpositionen, Haut-zu-Kontakt (SSC) mit anderen elterlichen Personen als der Mutter oder anderen Verwandten (wenn die Mutter nicht verfügbar ist), optimale Unterdrückung der Laktation sowie Erfahrungen mit Chestfeeding bei Transgender-Eltern und deren Unterstützung sind weitere Themen, bei denen keine angemessenen oder gar keine Forschung existiert.

ABM-Protokolle verlieren ihre Gültigkeit 5 Jahre nach dem Datum ihrer Veröffentlichung. Der Inhalt dieses Protokolls ist zum Zeitpunkt der Veröffentlichung aktuell. Evidenzbasierte Überarbeitungen werden innerhalb von fünf Jahren oder früher vorgenommen, wenn es wesentliche Änderungen in der Evidenz gibt.

Die vorhergehende Version dieses Protokolls wurde von Barbara L. Philipp verfasst.

Tabelle 1: Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen (Überarbeitung 2018)

Management	Schritt 1 Richtlinien 1a. Den Internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten und die einschlägigen Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung vollständig einhalten. 1b. Schriftliche Stillrichtlinien haben, die mit allen MitarbeiterInnen und Eltern regelmäßig besprochen werden. 1c. Aufbau eines kontinuierlichen Überwachungs- und Datenmanagementsystems.
	Schritt 2. Sicherstellen, dass alle MitarbeiterInnen über ausreichende Kenntnisse und Fähigkeiten für Unterstützung des Stillens verfügen.
klinische Vorgehensweisen	Schritt 3. Die Bedeutung des Stillens und das Stillmanagement mit schwangeren Frauen und ihren Familien besprechen.
	Schritt 4. Sofortigen und ununterbrochenen Hautkontakt ermöglichen und Mütter so bald wie möglich nach der Geburt bei der Initiierung des Stillens unterstützen.
	Schritt 5. Mütter beim Initiieren und Aufrechterhalten des Stillen sowie dem Umgang mit häufig auftretenden Schwierigkeiten unterstützen.
	Schritt 6. Neugeborenen weder irgendwelche Nahrung noch Flüssigkeiten außer Muttermilch geben, außer es ist medizinisch indiziert.
	Schritt 7. Müttern und ihren Babys ermöglichen zusammen zu bleiben und 24 Stunden am Tag Rooming-in zu praktizieren.
	Schritt 8. Mütter dabei unterstützen, die Hungerzeichen ihrer Babys zu erkennen und darauf zu reagieren.
	Schritt 9. Mütter über den Gebrauch und die Risiken von Säuglingsflaschen, Saugern und Beruhigungssaugern beraten.
	Schritt 10. Die Entlassung aus der Klinik so koordinieren, dass Eltern und ihre Babys zeitnah Zugang zu fortlaufender Unterstützung und Betreuung haben.

entnommen aus Die Zehn Schritte WHO/UNICEF(21)

Tabelle 2: Potenzielle Kontraindikationen für das Stillen

mütterliche Erkrankungen	
Ebola Virus	vermutet (bis zum Ausschluss) oder bestätigte Infektion der Mutter mit Ebola Virus.
Herpes Virus	Mütter mit aktiven Herpesläsionen an der Brust/den Brüsten sollten an der betroffenen Brust nicht stillen, können jedoch an der nicht betroffenen Brust stillen. Die Milch kann an der betroffenen Brust abgepumpt werden, da es keinerlei Bedenken hinsichtlich einer hämatologischen Übertragung durch die Milch selbst gibt. Allerdings kann die Milch über die Brustpumpe kontaminiert werden und deshalb sollte, falls irgendein Teil der Brustpumpe mit den Herpesläsionen in Kontakt kommt, die Milch verworfen werden. In diesem Fall sollte die Entleerung der Milch mit anschließendem Verwerfen empfohlen werden, um die Milchbildung aufrecht zu erhalten, bis das Stillen wieder aufgenommen werden kann.
HIV	eine HIV-Infektion der Mutter ist in Gegenden, in denen die Ernährung mit künstlicher Säuglingsnahrung akzeptiert, umsetzbar, erschwinglich, nachhaltig und sicher ist, kontraindiziert. Überprüfen Sie die lokalen Bestimmungen, da die individuellen Empfehlungen verschiedener Länder abweichen können (beispielsweise wird 2018 in den USA von staatlicher Seite das Stillen für HIV-positive Frauen, die in den USA leben, nicht empfohlen, aber es werden Richtlinien und Beratung für diejenigen, die stillen wollen, angeboten)
HLTV I und II	Mütter mit Humanem T-lymphotrope Virus (Humanes T-Zell-Leukämie-Virus) Typ I oder Typ II
Varicella	Falls es zum Ausbruch von Windpocken innerhalb von 5 Tagen vor oder bis zu 48 Stunden nach der Geburt kommt, wird die Trennung von Mutter und Kind bei Gabe von abgepumpter Milch bis die Mutter nicht mehr ansteckend ist empfohlen. Dem Kind sollte so bald wie möglich Varicella-Zoster-Immunglobulin verabreicht werden. Enger Kontakt mit den Hautläsionen vermeiden. (Bei älteren Säuglingen wird eine Trennung von Mutter und Kind nicht empfohlen, da die Mutter vor dem Auftauchen der Hautläsionen bereits ansteckend war und das Kind bereits exponiert war.) Die Konsultation eines Experten wird angeraten.
Brucella	unbehandelte mütterliche Brucellose.
Tuberkulose	Mütter mit aktiver, unbehandelter Lungentuberkulose (bis nicht mehr ansteckend: Behandlungsdauer 15 Tage) sollten nicht stillen, aber das Kind kann die abgepumpte Milch der eigenen Mutter erhalten. War das Kind zum Zeitpunkt der Diagnose allerdings exponiert, es sei denn die Diagnose wurde 15 Tage vor der Geburt gestellt, muss es eine Prophylaxe mit Isoniazid erhalten. Es kann daher keine Begründung für eine Trennung der beiden vorliegen, wenn der Säugling bereits behandelt wird. Die Konsultation eines Experten wird angeraten.
Medikamente	Bei Behandlung mit einigen Medikamenten wie zum Beispiel Chemotherapeutika kann eine zeitweise Stillunterbrechung oder das Abstillen empfohlen werden. Überprüfung bei LactMed, InfantRisk.com oder e-lactancia, Lactation Study oder einer lokal verfügbaren, vertrauenswürdigen Quelle. Im deutschsprachigen Raum: www.embryotox.de
illegale Drogen	Aktueller Konsum illegaler Drogen (z.B. Kokain, Heroin, Phencyclidin), Festlegung aufgrund kinderärztlicher Einzelfallbewertung.

kindliche Erkrankungen	
angeborene Stoffwechselstörungen	Galaktosämie (außer Duarte Variante, bei der Teilstillen möglich ist) angeborener Laktasemangel. Einige angeborene Stoffwechselstörungen können eine Zufütterung erfordern (Phenylketonurie, Ahornsirup-Krankheit).

Quellen: (ABM Protokolle)(59,60), (offizielle Empfehlungen),(172,180) (Webseiten),(169-171) und (5) (181-184)

Kursiv gedruckte Zahlen in Klammern beziehen sich auf die gemäß OCEBM(67) zugewiesenen Evidenzstufen (LOE) (wie auch im restlichen Text).

Tabelle 3: Liste der zu beurteilenden Fähigkeiten bei mit Müttern und Kindern arbeitendem Personal in Entbindungseinrichtungen

1. Wie Zuhör- und Lernfähigkeiten eingesetzt werden, um eine Mutter zu beraten und wie Fähigkeiten zur Vertrauensbildung und Unterstützung in der Beratung einer Mutter eingesetzt werden.
2. Wie eine schwangere Frau zum Stillen beraten wird.
3. Wie einer Mutter das optimale Stillmuster erklärt wird.
4. Wie eine Mutter über die Vorteile des Stillens für ihre eigene Gesundheit beraten wird.
5. Wie eine Mutter Hilfe beim Stillbeginn innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt erfährt.
6. Wie eine Stillmahlzeit angemessen beurteilt wird.
7. Wie eine Mutter wirkungsvoll dabei unterstützt wird, sich und ihr Kind zum Stillen zu positionieren und korrekt anzulegen.
8. Wie eine Mutter beim Gewinnen ihrer Milch und der Becherfütterung ihres Kindes unterstützt wird.
9. Wie Müttern bei den am häufigsten auftretenden Stillschwierigkeiten geholfen wird: a. Mutter denkt, sie habe nicht genügend Milch; b. Mutter mit einem häufig schreienden Kind; c. Mutter mit einem die Brust verweigernden Kind; d. Mutter mit flachen oder invertierten Mamillen; e. Mutter mit Brustdrüsenanschwellung/Milchstau; f. Mutter mit schmerzenden oder rissigen Mamillen; g. Mutter mit Mastitis; h. Mutter stillt ein Baby mit geringem Geburtsgewicht oder rein krankes Kind und füttert dabei gegebenenfalls mit einer Sonde oder einem anderem Hilfsmittel an der Brust zu.
10. Wie der Kodex in der Einrichtung umgesetzt wird.

Quelle: Weltgesundheitsorganisation-UNICEF (21)

Tabelle 4: Themen, die in Geburtsvorbereitungskursen behandelt werden müssen, Modellschema

Besuchstermin (Gestationswoche)	Themen	Unterschrift
Gestationswoche: __ Besuch-Nr.: __	1. Das Recht auf eine respektvolle Wochenbettbetreuung – bezieht sich auf eine Betreuung, die für alle Frauen so organisiert und durchgeführt wird, dass ihre Würde, Privatsphäre und Vertraulichkeit gewahrt werden und gewährleistet ist, dass sie keinerlei Schaden oder Misshandlung erfährt und eine informierte Entscheidung und kontinuierliche Unterstützung während der Geburt ermöglicht	
Gestationswoche: __ Besuch-Nr.: __	2. Nichtmedikamentöse Schmerzlinderungsmethoden während der Geburt und der Einfluss des Geburtsmodus auf den Stillserfolg	
Gestationswoche: __ Besuch-Nr.: __	3. Globale Empfehlungen und die Bedeutung des Stillens, die Wichtigkeit des ausschließlichen Stillens in den ersten sechs	

	Monaten, die Risiken der Gabe von Muttermilchersatzprodukten und die Bedeutung des Weiterstillens nach sechs Monaten mit angemessener Gabe von Beikost für die ersten zwei Jahre und darüber hinaus	
Gestationswoche: __ Besuch-Nr.: __	4. Die Wichtigkeit des sofortigen und anhaltenden Haut-zu-Haut-Kontakt nach der Geburt	
Gestationswoche: __ Besuch-Nr.: __	5. Die Wichtigkeit des frühen Stillbeginns und des 24-Stunden-Rooming-ins	
Gestationswoche: __ Besuch-Nr.: __	6. Die Grundlagen der Milchbildung nach Angebot und Nachfrage zur Sicherstellung einer angemessenen Ernährung des Säuglings	
Gestationswoche: __ Besuch-Nr.: __	7. Die Grundlagen von guter Stillposition und korrektem Anlegen und dem Erkennen der Hungerzeichen	
Gestationswoche: __ Besuch-Nr.: __	8. Umgang mit den häufigsten anfänglichen Problemen wie Schmerzen, Clusterfeeding, schläfrigen Neugeborenen, Anlegeschwierigkeiten, Brustdrüsenanschwellung und sicheren Schlafpraktiken	

Abhängig von den Anforderungen der einzelnen Einrichtungen und/oder der nationalen BFHI-Richtlinien eines-Landes können die Behandlung von Themen und Weitergabe von pränatalen Informationen zu einem bestimmten Zeitpunkt erforderlich sein (z.B. verlangt Baby-Friendly USA, dass bestimmte Themen vor 28 Wochen behandelt werden).

Quellen: (Kursiv gedruckte Zahlen in Klammern beziehen sich auf die gemäß OCEBM(67) zugewiesenen Evidenzstufen (LOE): (1),(40,44,186–187) (2),(43,107,188 189–190) (5),(189–190) (Richtlinien und Protokollen sind keine Evidenzstufen zugeordnet).(21,28,62,63,73)

Gestationswoche: Gestationswoche, in der der Besuch stattfinden sollte.

Tabelle 5: Liste der wichtigen Themen, die jede neue stillende Mutter (und Familie) wissen und/oder demonstrieren sollte (vor der Entlassung der Mütter zu überprüfen)

1. Die Wichtigkeit des ausschließlichen Stillend und Mutter/Eltern-Kind-Augen- und Körperkontakt beim Füttern.
2. Hungerzeichen und Anzeichen für gutes Angelegtsein und Erfassen der Brust, Schlucken, Milchtransfer und kindliche Zufriedenheit und wie diese erkannt werden.
3. Die durchschnittliche Mahlzeitenhäufigkeit (8-12-mal in 24 Stunden), wobei es Säuglinge gibt, die häufigere Mahlzeiten benötigen.
4. Wie schmerzfrei in einer bequemen Position stillen.
5. Säuglinge sollten nach Bedarf entsprechend ihrer Hungerzeichen gefüttert werden, bei jeder Mahlzeit beide Brüste angeboten bekommen und so lange gestillt werden, bis sie zufrieden erscheinen.
6. Wie die Milchbildung und der Milchspendereflex sicherstellen und aufrecht erhalten. a. Warum und wie Kolostrum/Muttermilch von Hand entleeren. b. Mütter, die abpumpen müssen, müssen über korrekten Gebrauch und Pflege ihrer Brustpumpe Bescheid wissen.
7. Die Auswirkungen von Beruhigungssaugern (Schnullern) und künstlichen Saugern auf das Stillen und warum diese zu vermeiden sind bis sich das Stillen eingespielt hat.
8. Nicht alle Medikamente oder Erkrankungen der Mutter sind eine Kontraindikation zum Stillen. a. korrekte Informationsquellen: www.e-lactancia.org und www.mommymeds.com sind nutzerfreundliche Informationsquellen für Eltern. Im deutschsprachigen Raum: www.embryotox.de . a. Gründe, warum stillende Mütter Tabak, Alkohol und andere Drogen meiden sollen.
9. Sichere Schlafempfehlungen (wie Co-Sleeping sicherer gemacht wird), insbesondere das Meiden von Sofas und Tabak.

10. Anzeichen für Unterernährung oder Dehydratation sowie Warnzeichen beim Säugling erkennen, die das Hinzuziehen eines Arztes/einer Ärztin erfordern.

a. Kind: üblicherweise länger als vier Stunden nicht aufwachen oder ständiges Wachsein oder niemals zufrieden erscheinen oder mehr als 12 Mahlzeiten pro Tag, kein Anzeichen für Schlucken bei mindestens jedem 3. – 4. Saugen, zu wenige nasse/schwere Windeln oder Stuhlwindeln pro Tag, Fieber.

b. Mutter: anhaltende Schmerzen beim Erfassen der Brust/Ansaugen oder Verhärtungen in der Brust, Brustschmerzen, Fieber, Zweifel an der Milchbildung, Abneigung gegen das Kind, tiefgreifende Traurigkeit und jegliche Zweifel an der Stillfähigkeit.

Angepasst nach WHO-UNICEF(21) mit Ergänzungen aus folgenden Quellen: (Kursiv gedruckte Zahlen in Klammern beziehen sich auf die gemäß OCEBM(67) zugewiesenen Evidenzstufen (LOE)) (Webseiten)(172,192) (5) (191) (1) (192)

Tabelle 6. Risikofaktoren für eine verspätete oder ausbleibende Laktogenese II oder geringe Milchmenge

mütterliche Faktoren	kindliche Faktoren
Alter über 30 Jahre, Erstgebärende	frühe Termingeburt (37–39 Wochen)
Brustprobleme: unzureichendes Brustdrüsengewebe, flache oder invertierte Mamillen, vorangegangene Brustoperation	Apgar <8
Probleme unter der Geburt: Entbindung per Sectio (insbesondere ungeplant), komplizierte Geburt, signifikanter Blutverlust, protrahierter Geburtsverlauf, Frühgeburt (<37 Wochen), Plazentaretention	hohes Geburtsgewicht (>3600 g)
postpartale Depression	geringes Geburtsgewicht (<2500g)
Stoffwechselstörungen: Diabetes (Gestationsd., Typ 1 oder 2), Bluthochdruck, Präeklampsie, Polyzystisches Ovarialsyndrom, Adipositas (vorgeburtlicher BMI >30), hohe Kortisolspiegel, Hypothyreose, extreme Erschöpfung, Müdigkeit oder Stress	schlechtes oder schmerzhaftes Erfassen der Brust/eingeschränktes Anlegen
vorangegangene geringe Milchmenge	prälaktale Fütterungen
Nikotingenuss und einige Drogen und Medikamente können eine geringe Milchmenge verursachen	Frühgeburtlichkeit (<37 Wochen)

Verspätete Laktogenese II wird definiert als geringe oder fehlende mütterliche Wahrnehmung von vollen, gespannten Brüsten oder Auslaufen von Milch 72 Stunden postpartum
 Quellen: Diese Tabelle wurde aus Informationen aus der Literatur erstellt (Kursiv gedruckte Zahlen in Klammern beziehen sich auf die gemäß OCEBM(67) zugewiesenen Evidenzstufen (LOE): (1) (141,193), (5) (194)

Korrespondenzadresse: abm@bfmed.org

Übersetzung: Denise Both, IBCLC, Füssen

Überprüfung der Übersetzung: Dr. Kathrin Gorlitt, Dirlawang

Originaltext und Quellenangaben unter:

<https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/bfm.2018.29110.mha>