

Ausbildungszentrum Laktation und Stillen

Vorbereitung auf die Zusatzqualifikation

Still- und Laktationsberaterin IBCLC/

Stillbeauftragte für das Krankenhaus

Elisabeth Hanauske

Mühltorstrasse 21a

63654 Büdingen

Tel. 06042/951874

lisahanauske@web.de

eine Facharbeit von

Elisabeth Hanauske

**Auswertung des Stillverlaufsbogens für Frühgeborene im
Hinblick auf das ausschließliche Stillen, bzw. die Versorgung
mit Muttermilch**

Gliederung

I Einleitung

Bedeutung des Stillens und der Versorgung mit Muttermilch für Frühgeborene

II Hauptteil

Der Stillverlaufsbogen für Frühgeborene

A

Erstellung und Ziel des Bogens
Aufteilung / Unterteilung
Durchführung

B

Gesamtbeurteilung
Auswertung / Ergebnisse

C

Fazit

III Schlußwort

Viele Studien belegen die Vorzüge der Muttermilch bei Neugeborenen, insbesondere aber bei unreifen Frühgeborenen¹. Muttermilch ist nicht das Beste, sondern vorrangig das Natürlichste fürs Baby².

Muttermilch beinhaltet über 1000 bisher erforschte Inhaltsstoffe und passt sich jederzeit der kindlichen Situation an, beispielsweise mit der Freisetzung spezifischer Antikörper. Es ist belegt, dass die Babys, die gestillt werden, seltener an einer NEC (Nekrotisierende Enterokolitis) erkranken, über eine stabilere Kreislauftsituation verfügen und eine kürzere Krankenhausverweildauer besitzen³. Da die Mortalitäts- und Morbiditätsrate bei Muttermilchernährung für Frühgeborene signifikant abnimmt und die langfristige Gesundheit und geistige Entwicklung des Kindes positiver verlaufen (Bayley Entwicklungstest mit 2 Jahren), rät auch die WHO zum ausschließlichen Stillen von 6 Monaten und darüberhinaus ergänzt mit Beikost bis zum 2. Lebensjahr oder länger. Deshalb bildet Muttermilchernährung eine wichtige Säule der Therapie in der Versorgung Frühgeborener.

Die Muttermilch der Mutter eines Frühgeborenen wird auch Prätermmilch genannt. Sie unterscheidet sich in einigen Punkten von der reifen Muttermilch. Je früher ein Baby geboren wird, umso höher ist der Eiweißanteil. Insbesondere der Anteil der Immunzellen ist überproportional enthalten. Bei Frühgeborenen unter der 30. SSW enthält die Prätermmilch außerdem mehr mittelkettige Fette (Omega 3 LC PUFA z. B. DHA)⁴. Sie ist an die Bedürfnisse des Frühgeborenen angepasst. Das Lactoferrin sorgt dafür, dass das in der Muttermilch enthaltene Eisen vom Verdauungsapparat besser aufgenommen und verarbeitet werden kann, ebenso sorgt auch die in der mütterlichen Milch enthaltene Lipase für eine metabolisch stressfreie Weiterverarbeitung wichtiger Inhaltsstoffe.

Dr. Angelika Kribs, Neonatologin Uni Köln nimmt zu diesem Themenbereich u.a. wie folgt Stellung: „ Gerade für Frühgeborene bildet die Ernährung mit Muttermilch die Grundlage für eine gesunde Entwicklung. Der Stillförderung muss daher in diesem Bereich eine besondere Bedeutung gegeben werden, um für das einzelne Kind und seine Familie ein möglichst gesundes, unbeeinträchtigtes Leben zu erreichen.“

¹ Muttermilchernährung bei Frühgeborenen Thomas Kühn UniMed Verlag 2015

² Intuitives Stillen Regine Gresens Kösel Verlag 2016

³ Siehe 1 und Das besondere Stillbuch für Frühgeborene und kranke Babys Brigitte Benkert Ravensburger 2001

⁴ Siehe 1

Warum ist es so wichtig, neben der erfolgreichen Laktation und Muttermilchverabreichung eben das Stillen selbst zu fördern?

Stillen ist die Fortsetzung der Schwangerschaft, die beim Frühgeborenen plötzlich abgebrochen wurde, ohne dass Mutter und Kind „reif“ dazu waren. Bonding, Känguruen und Stillen tragen zum einen zur Stabilisierung, zum anderen der emotionalen Bindung zwischen Mutter und Kind, bzw. Eltern und Kind bei.

Zudem findet der Informationsaustausch vom Kind zur Mutter direkt über die Haut statt. Die Mutter produziert unmittelbar die Immunglobuline, die das Kind jetzt benötigt.

Einige Inhaltsstoffe der Muttermilch verändern sich zudem durch Lagerung⁵.

Desweiteren gelten natürlich alle Punkte wie auch beim reifen Neugeborenen bzgl. des Stillens. Unter anderem sind hier Zeitersparnis, Intimität, die praktische Komponente und beidseitige Ansprache und Entwicklungsförderung zu nennen.

Als Neonatalbegleiterin befasse ich mich schon seit längerem mit der Frage: Wie kann man die Muttermilchernährung und das Stillen auf einer neonatologischen Intensivstation weiter fördern?

Um zu belegen, dass das erstellte Konzept erfolgreich ist, muss man es über einen längeren Zeitraum verfolgen und dokumentieren. Aus diesem Grund hab ich vor ca. 2 ½ Jahren den Stillverlaufsbogen auf meiner Station(Level II) eingeführt. Er ist im Anhang zu finden.

Zuvor wurden schon grundlegende Elemente zur Muttermilchernährung und Stillförderung eingeführt:

- ° Präpartale Visite mit Schwerpunkt Muttermilchernährung
- ° Besichtigung der Intensivstation und Begleitung der Eltern vor der Entbindung
- ° direkt pp wenigstens kurzes Bonding falls es der Zustand von Mutter und Frühgeborenes zulassen
- ° Kolostrumgewinnung per Handentleerung bereits im Kreißaal und/oder in den ersten 6 Stunden pp

⁵ Laktation und Stillen Seminar 4 Lifestyle Folie 55

- ° Entspannter Empfang von den Eltern beim ersten Besuch am Inkubator des Kindes
- ° immer wiederkehrende Motivation und Information zum Pumpen und Stillen
- ° Känguruen frühstmöglich etablieren
- ° Mundpflege mit Muttermilch
- ° Kindliches Suchen und Erforschen der Brust beim Känguruen unterstützen
- ° Frühzeitiges Anlegen und zeitgleiches Sondieren wenn Still/ Saugbereitschaft beobachtet wird
- ° Stillunterstützung
- ° Einzug in das Mutter / Kind – Zimmer für 2-3 Tage vor Entlassung

Im Allgemeinen wurden diese Punkte von der Mehrheit des Teams in der täglichen Arbeit berücksichtigt und befolgt.

Der Stillverlaufsbogen sollte direkt bei Aufnahme des frühgeborenen Kindes angelegt werden und mit Schwangerschaftswoche und Geburtsgewicht versehen werden.

Dies wurde von Kolleginnen, die wie ich an der Stillförderung sehr interessiert sind, auch konsequent gemacht und der Verlauf bis zur Entlassung genau dokumentiert.

Leider gab es auch Teammitglieder, die dies nicht als notwendig ansahen und die freiwillige Mitarbeit verweherten.

In diesem Zusammenhang musste ich wieder erkennen, dass auch die Stillförderung ein Prozess darstellt. Mit vielen kleinen Schritten und einer großen Ausdauer kommt man seinem Ziel immer näher.

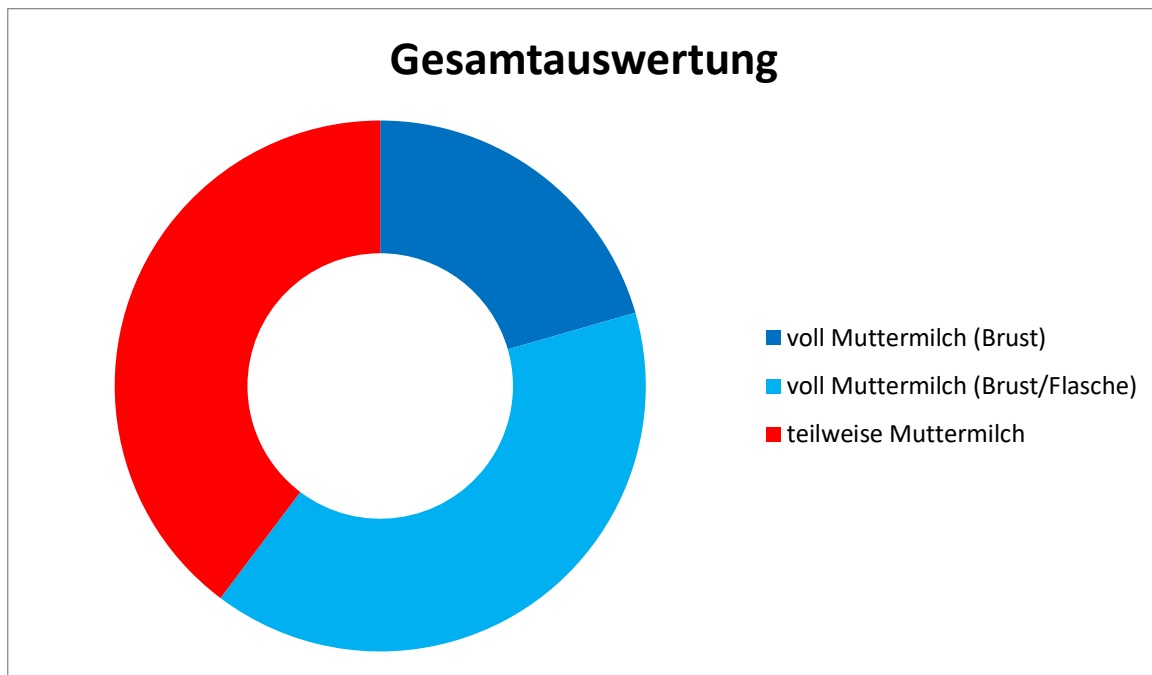
Im Folgenden nun erläutere ich die Auswertung des Stillverlaufs bogens.

An der stationsinternen Studie nahmen im Zeitraum von August 2014 bis Dezember 2016 insgesamt 89 Frühgeborene zwischen der 26. und 36. SSW teil.

15 Frühgeborene konnten nicht in die Auswertung miteinbezogen werden, da die Angaben auf dem Stillverlaufsbogen nicht ausreichend ausführlich waren. Das bezog sich meist auf den vorletzten und letzten Punkt des Bogens über die Ernährung, bzw. das ausschließliche Stillen bei der Entlassung.

Für 74 Frühgeborene konnte die Auswertung vorgenommen werden.

Grafik 1



voll Muttermilch (Brust)	15
voll Muttermilch (Brust/Flasche)	29
teilweise Muttermilch	29

Grafik 1 stellt die Aufteilung aller teilnehmenden Frühgeborenen zwischen der 26. und 36. SSW dar.

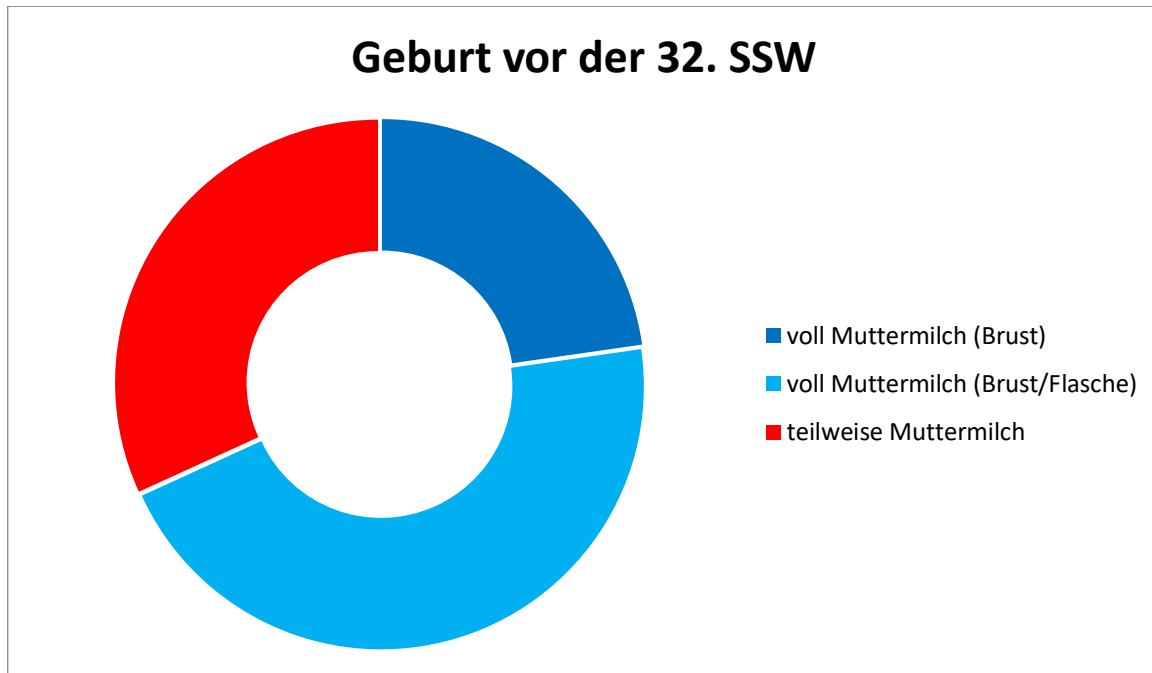
44 Babys erhielten am Tag der Entlassung ausschließlich Muttermilch.

29 Babys bekamen zur Entlassung teils Muttermilch und teils Frühgeborenenennahrung.

Bei den Kindern, die nicht ausreichend Muttermilch erhielten, wurde der prozentuale Anteil von Muttermilch nicht erfasst.

Von den 44 Kindern, die voll Muttermilch erhielten, wurden 15 Kinder zur Entlassung ausschließlich gestillt, was etwas mehr wie ein Drittel ausmacht.

Grafik 2



voll Muttermilch (Brust)	5
voll Muttermilch (Brust/Flasche)	10
teilweise Muttermilch	7

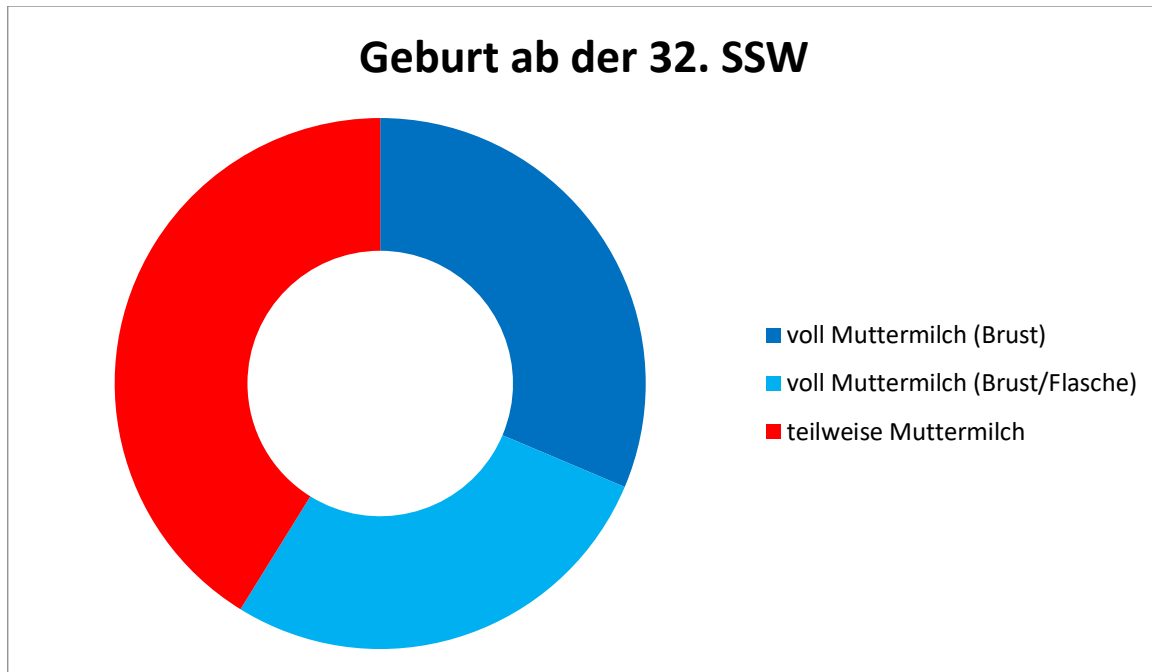
Grafik 2 zeigt die Aufteilung in Bezug auf die Schwangerschaftswoche kleiner als 32 SSW.

Da in unserem Hause nur Kinder ab 29 plus 0 dauerhaft versorgt werden dürfen, finden in dieser Grafik 2 auch Frühgeborene ihren Platz, die intrauterin vor der 29 SSW verlegt wurden, im Level 1 Zentrum des Uniklinikums Frankfurts versorgt und in der 29 SSW heimatnah rückverlegt wurden, ihren Platz. Das betraf 11 Kinder dieser Grafik 2 kleiner als 32 SSW. 14 Kinder wurden in unserem Hause entbunden und sind dort auch bis zur Entlassung verblieben.

Auch hier zeigt es sich, dass $\frac{2}{3}$ der kleinen Patienten bei Entlassung ausschließlich Muttermilch erhielten, von denen wiederum $\frac{1}{3}$ ausschließlich gestillt wurden.

Meiner Meinung nach ist dies schon ein sehr gutes Ergebnis.

Grafik 3



voll Muttermilch (Brust)	16
voll Muttermilch (Brust/Flasche)	14
teilweise Muttermilch	21

Grafik 3 zeigt das Ergebnis für Frühgeborene ab der 32 SSW.

30 Frühgeborenen erhielten ausschließlich Muttermilch zur Entlassung, 21 nur teilweise.

16 Frühgeborene wurden voll gestillt nach Hause entlassen. Das sind mehr als 50 %.

Wie kann man diesen Grafiken und Auswertungen nun bewerten? Die Studie von „Koletzko et al. Nutritional Care of Preterm Infants World Review of Nutrition and dietetics Vol 110 Karger 2014“ zeigt, dass nur 6 % der Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g die Neonatologie in den USA nur ausschließlich gestillt verlassen haben. Leider gibt es für Europa bisher keine verlässlichen Angaben⁶. So haben wir mit unserem Stillverlaufsbogen

⁶ Siehe 1

neonatologisches Neuland betreten. Der Anfang ist gemacht, um eine Beziehung von einzelnen stillfördernden Komponenten in Verbindung zum ausschließlichen Stillerfolg herzustellen.

Mir ist bewusst, dass leider nicht alle Frühgeborene, die in dem eingangs erwähnten Zeitfenster bei uns versorgt wurden, in der Studie erfasst wurden. Zudem wäre es interessant zu wissen, wie viele Mütter von Beginn an nicht gepumpt haben, bzw. sich gegen eine Muttermilchernährung ausgesprochen haben. Meinem Gefühl nach ist diese Rate unter 10%, aber erfasst wurden diese Kinder in der Studie nicht.

Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl von 74 Frühgeborenen bezweifle ich selbstverständlich auch die repräsentative Aussage. Allerdings sollten uns unsere hausinternen Ergebnisse beflügeln, auch zukünftig an diesem Prozess zur Stillförderung zu arbeiten.

Nichtsdestotrotz werden wir weiterhin mit dem Stillverlaufsbogen arbeiten.

Er wird in nächster Zukunft in Rücksprache mit dem Team überarbeitet.

Bei jeder Frühgeburt sollte er angelegt und bis zur Entlassung vom gesamten Team konsequent geführt werden, auch wenn eine Mutter sich gegen das Stillen entscheidet.

Eventuell könnte mit einbezogen werden, wie oft, bzw. lange eine Mutter täglich Zeit mit oder bei ihrem frühgeborenen Kind verbringt. War sie vielleicht auch selbst während des gesamten kindlichen Krankenhausaufenthaltes bei ihrem Kind?

Außerdem ist es mir wichtig, Stillzeichen zu dokumentieren, schnell und unkompliziert. In diesem Punkt wäre mir eine Erweiterung, bzw. Verfeinerung sehr wichtig.

Neben dem Stillverlaufsbogen, der eine Übersicht über das Stillmanagement des einzelnen Frühgeborenen geben soll, müssen weitere Komponenten in der Stillförderung angegriffen und verbessert werden. Insbesondere die Teamschulung ist hier zu nennen. Eine einheitliche Herangehensweise ist zur Stillförderung elementar.

Ebenso muss die frühzeitige Kolostrum-Gewinnung im Kreißsaal und auf der Wochenstation weiter ausgebaut werden. Im Vordergrund steht hier die rechtzeitige Information der

Mutter und die Zusammenarbeit mit den Kollegen im Kreißaal und auf der Entbindungsstation.

Unser Pumpplan muss auf die neuesten Erkenntnisse der Muttermilchgewinnung angepasst werden und die Umsetzung muss erfolgen.

Eine zusätzliche Unterstützung von einer Still- und Laktationsberaterin sollte sich dauerhaft etablieren. Empfohlene Stellenplanung für IBCLC Vollzeitstellen laut Empfehlung der USLCA aus dem Jahr 2010 liegt pro 1000 Geburten in einem Level 2 –Zentrum bei 1,6 Stellen⁷.

In unserem Haus sind wir weit von dieser Empfehlung entfernt.

Da unsere Station in nächster Zukunft von bisher 12 auf 19 Patientenplätze erweitert werden soll, sehe ich hier eine Chance endlich den Empfehlungen nachzukommen. Insbesondere der Erweiterung durch mehr Mutter/Kind-Einheiten muss eine adäquate und kompetente Begleitung zum Stillen unbedingt folgen.

Abschließend möchte ich nochmals darauf hinweisen, dass ich mit den ersten Ergebnissen zum großen Thema „Frühgeborene stillen“ sehr zufrieden bin.

Erste Schritte wurden gemeinsam gegangen, viele werden noch folgen.

Der Prozess der Stillförderung muss stets weiter vorangetrieben werden.

Trotz fehlender Einsicht einzelner und dem wichtigen Faktor Zeit muss man aber auch betonen, dass der Stillerfolg aber auch manchmal an der unzureichenden Kooperation von Seiten der Eltern leidet. Ein Schwerpunkt hierbei ist die Motivation und das Durchhaltevermögen der Mutter. Viele Frühgeborenen-Mütter fühlen sich „schuldig“ oder unfähig und sehr ängstlich und unsicher im Umgang mit ihrem Kind. Ich sehe es als unsere Aufgabe, sie aus dieser Isolation zu holen, sie umfassend zu informieren und in die Pflege mit einzubeziehen. Ihre spezifische Muttermilch ist in diesem Moment das beste, natürliche und mit das wichtigste für ihr Baby. Nur sie selbst ist in der Lage gerade dies zu geben! Früher, regelmäßiger Hautkontakt und stetige, einheitliche Begleitung bestimmen den Weg zum erfolgreichen Stillen wesentlich mit.

⁷ Ausbildungszentrum Laktation und Stillen Seminar 1 Folie 14

Da wir als Level 2 Station eher klein und übersichtlich sind, empfinde ich auch als Pluspunkt, dass wir das Frühgeborene und die Eltern bereits von Geburt, manchmal auch schon präpartal, bis zur Entlassung begleiten. Die Eltern empfinden darin große Sicherheit.

Letzte Sicherheit im Umgang mit dem Frühgeborenen gewinnen die Eltern kurz vor Entlassung durch den Einzug ins Mutter/Kind-Zimmer. Manchmal finden sie hier dann die Selbstsicherheit ausschließlich zu stillen. Auch die Mütter unserer kleinsten fünf Frühgeborenen kleiner 32 SSW haben dieses Angebot alle gerne und erfolgreich angenommen.

Die Fähigkeit zu stillen ist ANGEBOREN.

Die körperliche FUNKTION zu stillen, kann bei Frühgeborenen eingeschränkt sein.

Reife Frühgeborene brauchen keine Hilfe.

Frühgeborene Babys brauchen Unterstützung⁸.

⁸ Ausbildungszentrum Laktation und Stillen Seminar 4 Folien 62

MKK Main-Kinzig-Kliniken	Formblatt	Geltungsbereich: GN Kinderklinik
		Stillverlaufsbogen K2

Patientenetikett

GA: _____

GG: _____

	ja	nein	Datum	Dauer/ Bemerkung	HZ
Präpartale Visite					
Bonding KRS					
Kolostrum KRS					
1. Mutterbesuch K2					
1. Känguruhen					
Regelmäßiges Känguruhen					
Pumpplanerläuterung					
Abpumpen 1-9 LT 8-10xtgl.					
Abpumpen ab 10 LT 6-8xtgl.					
Stillanleitung					
1. Kontaktaufnahme Brust					
1. Anlegen					
Mutter/Kind Zimmer					
Ernährung mit MM ausschl. bei E					
Stillen ausschl. bei E					