

Universitätsmedizin Mainz

Bausteine für den Aufbau einer guten Stillbeziehung von Frühgeborenen auf einer neonatologischen Intensivstation

Theresa Antabi
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin
Vorbereitungskurs auf das IBCLC Examen 2016/2017
Frankfurt/ Wächtersbach
01.03.2017, Mainz

Gliederung:

1. Vorwort
2. Präpartale Visite
 - 2.1. Aniiinfektiöse und gastrointestinale Bedeutung der Muttermilch
3. Kolostrum gewinnen
 - 3.1. Vorgang
4. Muttermilch- Gewinnung durch die elektrische Pumpe
 - 4.1. Voraussetzungen
 - 4.2. Methode
5. Hinführen an die Brust
 - 5.1. Frühes Bonding
 - 5.2. Bedeutung des Känguruhens
 - 5.3. Der frühe Mund- Brust Kontakt
6. Stillkompetenzen des Frühgeborenen
 - 6.1. Erschwernisse beim Stillen von Frühgeborenen
 - 6.2. Stillreife
7. PIBBS
 - 7.1. Skala
8. Anlegeversuche
 - 8.1. Frühgeborenenhaltung, modifizierte Wiegehaltung
 - 8.2. Rückenhaltung
9. Non nutritives Saugen an der Brust
10. Sondieren über die Magensonde an der Brust
11. Nutritives Saugen an der Brust, Milchtransfer
 - 11.1. Brustkompression
 - 11.2. Zufüttern an der mütterlichen Brust
12. Evaluation
13. Literaturverzeichnis

1. Einleitung

In der vorliegenden Facharbeit setze ich mich mit einem mir sehr wichtigen Thema auseinander. Die Implementierung einer guten Stillbeziehung bei Frühgeborenen Kindern, auf einer neonatologischen Intensivstation.

Die Mutter- Kind- Beziehung ist in den meisten Kliniken geprägt von der Trennung von Mutter und Kind. Dies vor allem dann, wenn das Frühgeborene noch eine intensivpflichtige Versorgung benötigt. Das führt dazu, dass die meisten Kinder die Intensivstation ohne gestillt zu werden verlassen.

Tatsache ist jedoch, dass die Muttermilchernährung als sehr wichtig wahrgenommen wird. Ebenso das „Känguruhen“ und die Einbindung der Eltern in die Pflege der Kinder. Dennoch befindet sich das Stillen in der Prioritätenliste unserer Köpfe weit unten. In vielen Fällen werden die Kinder erst mit der Flasche ernährt, bevor die Mutter das Frühgeborene an die Brust legt.

Die Wichtigkeit des Stillens, auch bei intensivpflichtigen Kindern, sollte nicht außer Acht gelassen werden. Die Mutter- Kind- Beziehung sollte vor allem in dieser Hinsicht gefördert werden.

Eine emotional gefestigte Beziehung von Beginn an, trotz räumlicher Trennung, ist ein extrem wichtiger Teil der Therapie des Frühgeborenen. Nur so können Frühgeborene die vielen, für sie als negativen befundenen Maßnahmen und Eindrücke, die sich aus ihrer Therapie ergeben, verarbeiten und sich deutlich positiver entwickeln. Mütter sprechen in dieser Situation oft davon für ihr frühgeborenes Kind „nichts tun zu können“ und stehen mit Abstand vor dem Inkubator. Gerade nach einer Sectio, also ohne Geburtserlebnis, fällt es den Müttern schwer, sich anfangs emotional auf das Kind einzulassen. Bonding und der Aufbau der Stillbeziehung, die mit der Förderung der Laktation beginnt, sind unerlässlich um eine emotional feste Beziehung zwischen Mutter und Kind zu erhalten, die im Idealfall zu einer Symbiose ähnlichen Beziehung führt, welche pränatal selbstverständlich war.

Die vorliegende Arbeit hat das Ziel darzustellen, wie eine gute Alternative zu der geschilderten Problematik aussehen kann. Gleichzeitig dient sie dazu, Unsicherheiten und Vorurteilen zu begegnen. Generell beziehe ich mich auf intensivpflichtige Frühgeborene, ab einem Gestationsalter von 24 Schwangerschaftswochen.

2. Präpartale Visite

Frühgeburtlichkeit ist oftmals Folge von Symptomen der Mutter, die schon beim niedergelassenen Gynäkologen aufgefallen sind, daher sind die Frauen pränatal in der Entbindungsklinik bekannt. Sie sind in stationärer, oder ambulanter Behandlung in einer Klinik mit Perinatalzentrum Level 1.

Die Präpartale Visite findet unter ruhigen Rahmenbedingungen statt. Eine Pflegeperson der Frühgeborenen Intensivstation bietet den Eltern das Gespräch an, führt die Eltern über die Intensivstation. Dort zeigt und erläutert sie alle relevanten Räumlichkeiten, wie Elternzimmer/- Toilette, Abpumpzimmer und Patientenzimmer. Die Eltern erhalten allgemeine Informationen über die Station. Inhaltlich ist der Fokus des Gesprächs die Vorbereitung auf die Situation nach der Geburt, um die selbstverständlichen Ängste und Sorgen der Eltern etwas abzumildern und sie positiv zu bestärken.

Ein wesentlicher Bereich der präpartalen Visite sollte sich mit dem Eltern- Kind Kontakt beschäftigen. Die Eltern werden außerdem über die Wichtigkeit der Muttermilchernährung von Frühgeborenen informiert, da diese die optimale Ernährung von Neu- und Frühgeborenen bietet und nicht bei ihrer ernährenden Funktion endet. Die Wichtigsten Eigenschaften der Muttermilch im speziellen für Frühgeborene sollten erwähnt werden. Dazu gehört die antiinfektiöse Bedeutung, sowie die Gastrointestinale Bedeutung.

Die Mutter wird über die Gewinnung des Kolostrums per Handentleerung informiert. So wird die Durchführung postnatal einfacher und die Mutter kann schneller selbstständig Kolostrum entleeren und auffangen. Ebenso wird sie über die Häufigkeit der Brustentleerung informiert und über das Abpumpen nach dem 2. Tag postpartum.

Die Eltern erhalten Informationen über den Umgang mit der Muttermilch, die Aufbewahrung und den Transport.

Außerdem werden schriftliche Informationen wie die Bedeutung des Känguruhens, die Bedeutung des Mund- Brust Kontaktes und die Hygiene übergeben.

2.1. Antiinfektiöse und Gastrointestinale Bedeutung:

Frühgeborenenmilch enthält Immunstoffe und vermehrte Lymphozyten zum Schutz der Entwicklung des Kindes. Das Kolostrum bewirkt eine Grundimmunisierung des Kindes. Salpeter in der Muttermilch sorgt für eine bessere Durchblutung des Darms. Daher senkt die Muttermilchernährung während des stationären Aufenthaltes die Häufigkeit des Auftretens von Late-on Sepsen signifikant, ebenso wie das Auftreten von NECs. Gerade weil eine NEC mit einer erhöhten Mortalität und größeren langzeitlichen Einschränkungen verbunden ist, hat dieser Schutz für Frühgeborene eine große Bedeutung (Christensen RD, Gordon PV, Besner GE 2010).

Grundsätzlich senkt Muttermilchernährung das Auftreten von Infektionen wie Atemwegsinfekte, Gastroenteritiden, Harnwegsinfekte, und Meningitiden in der Zeit in der gestillt bzw Muttermilchernährt wird. Die Studie der FDA (Infant Feeding Practices Study II) stellt fest, dass über das Alter von 6 Jahren hinaus Ohrinfektionen, Halsentzündungen und Sinusitiden seltener auftreten.

Frühgeborene haben ein größeres Risiko der Wiederaufnahme ins Krankenhaus, da sie anfälliger für Atemwegsinfekte BPD bedingt sind. Frühgeborene die gestillt oder Muttermilchernährt werden müssen seltener stationär behandelt werden (Blaymore BierJA, Oliver T, Ferguson A, Vohr BR 2002/Vohr BR, Pointdexter BB, Dusick AM, McKinley LT, Higgins RD, Langer JC, Poole WK, 2007).

3. Kolostrum gewinnen

Die frühe Leerung der Brust während der ersten Stunde postpartal, im Vergleich zu einer Leerung zwischen der ersten und sechsten Stunde postpartal führt bei Müttern von Frühgeborenen kleiner als 1500 Gramm, zu einer größeren Milchmenge in der ersten und dritten Lebenswoche (Parker 2012, 2015).

Generell kann durch die Handentleerung in den ersten 48 Stunden mehr Milch entleert werden als durch das Pumpen, was zu einem besseren Aufbau der Milchmenge und zu einer längeren Stillzeit führt (Becker et al 2011, Flaherman et al 2012, Leaf et al 2012, Ohmya et al 2010, Parker et al 2012).

Daher muss die Mutter eine gute Anleitung zur Handentleerung spätestens in der ersten Stunde postpartum erhalten.

Für die Handentleerung sollte ein ruhiger Moment nach der Entbindung abgewartet werden. Im Rahmen der präpartale Visite wurde die Mutter vorbereitet und kann aktiv mitarbeiten. Ist es der Mutter körperlich nicht möglich die Handentleerung selbst durchzuführen, kann dies mit ihrem Einverständnis auch durch das Fachpersonal erfolgen. Die Handentleerung sollte immer mit sauberen, warmen Händen durchgeführt werden.

Um den Milchspendereflex auszulösen, kann die Mutter zur Vorbereitung die Brust mit warmen Tüchern anwärmen.

3.1. Vorgang der Handentleerung

Den Daumen und die Finger 2-3 cm von der Brustwarze entfernt so auflegen, dass sie sich gegenüber liegen und die Brustwarze genau zwischen ihnen liegt. Die Finger in Richtung Brustkorb drücken, dabei nicht spreizen. Die Finger vom Brustkorb weg zusammenführen, dabei jedoch nicht auf der Haut schieben. Den Druck lösen. Die ganze Bewegung rhythmisch wiederholen.

Loslassen und Daumen und Finger an anderer Stelle um die Brustwarze herum neu aufsetzen, bis alle Milchgänge erfasst sind.

Zwischen den Brüsten sollte mehrfach gewechselt werden. Spätestens wenn der Milchfluss nachlässt, wird zur anderen Brust übergegangen.

Die Methode der Handentleerung verbunden mit dem aktiven „gebraucht zu werden“ sorgt bei der Mutter für Stabilität und eine bessere Hormonlage. Sie entwickelt Stolz auf die eigene Produktion und ist motiviert weiter in die Milchgewinnung zu investieren.

In den ersten zwei Tagen sollte die Mutter innerhalb 24 Stunden die Handentleerung 10 bis 12 Mal durchführen. Motivationshilfe dabei ist die steigende Milchmenge.

Um das Kolostrum dem Frühgeborenen, bei einer räumlichen Trennung, zur Verfügung stellen zu können, sollten Prozesse entwickelt werden, sodass die Milch schnellstmöglich auf der Frühgeborenenintensivstation zur Verfügung steht. Oft kann der Vater diese Botengänge übernehmen, z.B. wenn die Mutter körperlich noch nicht dazu in der Lage ist.

4. Muttermilchgewinnung durch die elektrische Pumpe

Ab dem zweiten Lebenstag des Frühgeborenen und nachdem die Mutter die ersten zwei Tage die Brust von Hand entleert hat, kann mit dem Abpumpen begonnen werden.

Um eine ausreichende Milchmenge zu etablieren, sollten innerhalb von 24 Stunden 10 bis 12 Abpumpvorgänge erfolgen. Ein bis zwei Mal sollte Nachts abgepumpt werden (Knoppert 2012, Prime 2012). Dies ist mit einem Doppelpumpset, jeweils 10 Minuten pro Abpumpvorgang effektiv (Bishara 2009).

4.1. Voraussetzungen

Zu einer elektrischen Milchpumpe mit Doppelpumpset muss die Mutter jederzeit Zugang haben, sowie zu sauberen Fläschchen zum korrekten Aufbewahren der gewonnenen Muttermilch.

Das Brustansatzstück des Abpumpsets muss zur Größe der Brustwarze passen. Die Brustwarze soll im Zylinder frei gleiten, sodass nur wenig Gewebe der Areola mit eingesogen wird. Der Abpumpvorgang darf keine Schmerzen verursachen und die Brust soll nach dem Pumpen gleichmäßig geleert sein.

4.2. Methode

Zur Vorbereitung kann feuchte Wärme angewendet werden, um den Milchspendereflex anzuregen (Yigit 2012). Getränke sowie ein Bild oder Tuch des Kindes, sollten bereit stehen. Die Mutter soll die Möglichkeit haben, in einer bequemen Sitzgelegenheit, in einer angenehmen Umgebung, idealerweise am Bett des Kindes, abzupumpen.

Begonnen wird mit einem niedrigen Druck und schneller Frequenz der Pumpe (90-120/min). Wenn der Milchspendereflex ausgelöst ist und die Milch zu fließen beginnt, wird der Druck leicht erhöht und die Frequenz niedriger eingestellt (40-60/Min). In den ersten Tagen

kann es hilfreich sein, zusätzlich beim Pumpen die Brustkompression und nach dem Abpumpvorgang die Handentleerung durchzuführen um eine größere Menge an Muttermilch zu gewinnen.

Die Brustkompression sollte die Mutter selbst durchführen.

Sie hält den Trichter des Brustansatzstückes mit einer Hand von unten an die Brust und übt gleichzeitig Druck aus. Mit der freien Hand kann sie zusätzlichen Druck auf die oberen zwei Quadranten ausüben. Nie sollte es Schmerzen bereiten. Spezielle Büstenhalter ermöglichen es, während die eine Brust komprimiert wird, den anderen Trichter festzuhalten. Das ist für die Mutter deutlich entspannter.

5. Hinführen an die Brust

5.1. Frühes Bonding

Ergebnisse vieler Studien zeigen, dass ein ruhiger, früher Hautkontakt zwischen Mutter und Kind sich nach der Geburt positiv auf beide auswirkt. Die mütterliche Oxytocin- Ausschüttung ist in der ersten Stunde postpartal besonders hoch und steigert sich durch den Hautkontakt zum Kind deutlich. Auch langfristig konnten positive Auswirkungen auf Bindung und Entwicklung erkannt werden. Die Feinfühligkeit der Mütter ist höher, wenn in den ersten sechs Stunden postpartum Hautkontakt zum Kind vorhanden war. Die Nachuntersuchung der Kinder zeigte ein besseres Bindungsverhalten (Bigelow et al 2010). Ebenso führt das Angebot des frühen Kontakts von Mutter zu Kind (<3h pp), bzw. das frühe Bonding nach der Geburt eines Frühgeborenen dazu, dass die Mutter früher zum Kind kommt und in eine bessere Milchbildung gelangt (Kribs 2003, Bystrova 2009, Mehler 2010).

Daher sollte nach jeder Geburt eines Frühgeborenen, auch eines intensivpflichtigen Frühgeborenen, den Eltern/ und hier besonders der Mutter die Möglichkeit gegeben werden ihr Kind zu sehen, es zu berühren und mit ihm zu sprechen. Erstrebenswert ist das Bonding nach der Erstversorgung im Rahmen des ersten Känguruhens.

5.2. Känguruhen

Die Implementierung der Känguruh- Pflege gilt als Meilenstein in der Pflege frühgeborener Kinder.

Man hat festgestellt, dass sich durch das Känguruhen viele positive Effekte auf Neugeborene und Frühgeborene auswirken.

Beim ersten Känguruhen auf Station erleben die Kinder oft die ersten positiven Erfahrungen außerhalb des Inkubators in ihrem biologisch normalen Umfeld. Dort sind sie ihrem Zustand intrauterin am nächsten. Fühlen, Hören und Riechen ihre Mutter.

Vorgehen:

In einer möglichst ruhigen Umgebung liegt die Mutter oberkörperfrei (Schultern mit einer Strickjacke, oder einem Kittel bedecken) auf einer bequemen Liege. Ihr Oberkörper ist leicht erhöht.

Das nur mit einer Windel bekleidete Kind liegt auf der Brust, nahe der Pheromon- abgebenden Mamille. Diese Position ermöglicht es dem Kind die Mamille zu erreichen und ist oft physiologischer als die klassische Bauchlage zwischen den mütterlichen Brüsten mit abgeknicktem Hals. Auch der Blickkontakt ist so einfacher.

Bei Kindern mit CPAP wird auf eine gute Lagerung der Schläuche geachtet.

Instabile Kinder mit Tubus werden anfangs zwischen die Brüste auf den Oberkörper gelegt.

Um die Kinder durch die Umlagerung vom Inkubator zur Mutter und zurück nicht zu sehr zu belasten, sollte es für die Mutter möglich sein mindestens zwei Stunden in dieser Position liegen zu können.

Beim Bonding durch Känguruhen werden Haut und Darm des Frühgeborenen durch Keime der mütterlichen Standardkeimflora besiedelt. Diese Besiedlung mit bekannten und weniger kritischen Keimen verringert die Besiedlungsrate mit Fremdkeimen, besonders mit pathogenen, antibiotikaresistenten Krankenhauskeimen (H. R. Köster, R. Gresens; Bes. Stillsituationen; Hippokrates Verlag Stuttgart, 2012).

Durch die Steigerung der hormonellen und sensorischen Stimulation beim Känguruhen wird die mütterliche Milchproduktion unterstützt. Die Milchmenge erhöht sich (680 versus 400ml/d, Stening 1997). Der biologische Rhythmus des Frühgeborenen stabilisiert sich (Tuoni 2012).

Jedes durchgeführte Känguruhen ermöglicht es dem Frühgeborenen mit der mütterlichen Brust und evt Muttermilch in Kontakt zu kommen (Boo, Jamil 2007). Das erhöht die Stillfrequenz im Verlauf um 25-50%. Die Mutter- Kind Bindung wird ebenso gestärkt (Johnson 2007, Daybee 2011) wie das mütterliche Selbstvertrauen (Rogers 2013).

5.3. Der frühe Brust- Mund Kontakt

Der Mund- zu Brustkontakt ermöglicht die Besiedelung des kindlichen Darms mit der mütterlichen Keimflora und unterstützt die Besiedlung mit Bifidusbakterien, die unter anderem eine schützende Wirkung vor einer nekrotisierenden Enterokolitis haben. Frühgeborene haben bedingt durch die Unreife des Darmsystems, ein deutlich erhöhtes Risiko an dieser Krankheit zu erkranken.

Während des Hautkontaktes kommt es bei der Mutter zu einer Anregung des entero- mammären Systems, bei der Keime aus dem Umfeld der Mutter über das Bronchialsystem-, oder den Gastro-Intestinaltrakt aufgenommen und von ihrem Immunsystem bearbeitet werden. Passende Antikörper der Erreger wandern über den Lymph- und Blutweg zur Brustdrüse. In der Brustdrüse entsteht das sekretorische IgA und gelangt hierüber mit der Muttermilch zum Kind (Laktation und Stillen; 2, 2010).

Der frühe Mund- Brust Kontakt bewirkt, dass die Mutter über mehr Milch in Verlauf verfügt (Stening 1997) und dass in der Muttermilch gezielte Abwehrstoffe enthalten sind (Hassiotou 2012). Selbst wirtschaftlich, ist es ein Vorteil den frühen Mund- Brust Kontakt zu ermöglichen, da dieser den Kinder einen im Durchschnitt zwölf Tage kürzeren Klinikaufenthalt ermöglicht (Raimbault et al 2007).

6. Stillkompetenz von Frühgeborenen

Viele Jahre lang wurde angenommen, dass Frühgeborene unter 34 Wochen Gestationsalters nicht fähig sind aus der Brust zu trinken. Diese Annahme beruhte nicht auf Forschungsergebnissen, sondern aus der Vermutung, dass die Kinder zu instabil und unreif sind um gestillt werden zu können.

Wissenschaftliche Untersuchungen widmeten sich fast ausschließlich dem Trinken aus der Flasche, wobei die Frühgeborenen hierbei tatsächlich häufiger mit einer instabilen Atmung, Bradycardien und Sauerstoffsättigungsabfällen reagieren. Das Frühgeborene kann beim Trinken aus der Flasche den stets konstanten Milchfluss nicht steuern. Bei Saugphasen mit 30 Saugbewegungen und mehr pro Saugschub ist die Wahrscheinlichkeit einer Sauerstoffuntersättigung hoch (Shiao SY 1997).

Die Wiener Kinderärztin, Dr. Marcovich, hat jedoch in einem Versuch festgestellt, dass bereits Kinder unter 700 Gramm in der Lage sind an der mütterlichen Brust zu trinken. Sie beobachtete, dass Neugeborene sobald sie Such- und Schmatzreaktionen zeigten, fähig waren an der Brust zu trinken, ohne zu aspirieren (Hannah Lothrop, Das Stillbuch; Kösel 2000).

Generell sind Frühgeborene beim Stillen physiologisch stabiler als bei der Flaschenfütterung (Meier P 1988, Blaymore Bier JA, Ferguson AF Morales Y 1997).

Evidenzen, dass Flaschengefütterte Kinder früher aus der Klinik entlassen werden sind nicht bekannt. Das Stillen auf Station führt zum Weiterstillen zu Hause (Adv Neonatal Care. 2015 Feb).

Die intrauterine Entwicklung des Schluckens von Fruchtwasser beginnt mit der 12. Schwangerschaftswoche. Ab der 18. Schwangerschaftswoche können erste Saugbewegungen beobachtet werden.

6.1. Erschwernisse beim Stillen von Frühgeborenen

Frühgeborene benötigen umfangreiche Hilfestellung und Unterstützung zum Stillen. Die Fähigkeit zu Stillen, hat angeborene und angelernte Anteile. Die körperlichen Voraussetzungen des Frühgeborenen können, bedingt durch die Unreife, jedoch eingeschränkt sein, da sie den neurologischen Reflexen und ebenso dem eingeübten Verhalten unterliegen. Das Saugpolster, das die Wangen stabilisiert und den Aufbau des negativen Drucks beim Stillen unterstützt, ist noch nicht ausgebildet. Frühgeborene verfügen über einen schwächeren Muskeltonus, der beim Anlegen

des Kindes an die Brust Unterstützung benötigt. Es kann zu Abwehrreaktionen des Kindes kommen, da im Rahmen der intensivmedizinischen Behandlung eventuell starke Manipulationen des Mundes und Unterkiefer erforderlich wurden. Eine intensivmedizinische Betreuung, die das Prinzip des Optimal handling berücksichtigt, ist die beste Voraussetzung für eine sanfte Frühgeborenenpflege und unterstützt somit die Entwicklung und das Verhalten des Kindes.

6.2. Stillreife

Generell ist die sogenannte „Stillreife“ individuell zu betrachten. Es existieren keine universell etablierten Kriterien, an denen man die Stillbereitschaft der Frühgeborenen messen kann (Wambach K, Riordan J. The use of Human Milk and Breastfeeding in the NICU. Breastfeeding and Human Lactation. Burlington: Jones and Barlett.2016).

Stillen ist ein individueller Lernprozess. Saugen, Schlucken und Atmen muss das Kind an der Brust noch nicht koordinieren können, daher gibt es keinen ausschlaggebenden Zeitpunkt an dem man mit dem Stillen beginnen soll.

7. PIBBS the preterm infant breastfeeding behavior scale

(Nyquist KH:early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants, 2008)

Die Schwedin K.H. Nyquist entwickelte eine Skala zur Erhebung objektiver Daten, die eine Übersicht der Entwicklung des oralen motorischen Verhalten von Frühgeborenen ermöglicht.

Diese Skala dient zur Beurteilung oraler Motorik von Frühgeborenen und zeigt die Fortschritte des kindlichen Saugverhaltens. Das ermöglicht es den Müttern, zusammen mit der Stillberatung, dem Kind die optimale Unterstützung an der Brust zu geben. Die Skala wird bei Kindern mit einem Gestationsalter von 28 bis 35 Schwangerschaftswochen angewendet. Die Stillversuche sollten dabei ohne Einschränkung auf Stilldauer- und Frequenz erfolgen.

Die Skala enthält folgende Punkte:

- **Rooting/ Suchreflex**

Das Kind zeigt eine Kopfdrehung, Mundöffnung, Herausstreckung der Zunge, Lippenbewegungen und die Hand- zum- Mund Führung (frühe Hungerzeichen). Das Rooting kann ausgelöst werden, durch eine Berührung der Mamille mit den Lippen des Kindes oder mit dem Geschmack und Geruch der Muttermilch, z.B. wenn sich ein Tropfen Muttermilch auf der Mamille befindet.

- **Latching on/ Andocken**

Es wird beurteilt, wie groß der Anteil der Brust ist, welcher sich im Mund des Kindes befindet. Wenn das Kind gut angedockt ist,

verschwinden die Brustwarze und ein Teil des Vorhofes im Mund des Kindes. Das Kind öffnet zum Andocken den Mund weit und die Zunge liegt am Mundboden.

- **Fester Halt an der Brust**

Es wird ermittelt, wie lange das Kind fest angesaugt an der Brust bleiben kann.

- **Saugen**

Wenn das Kind angedockt ist und die Mamille den Kontakt zum harten Gaumen des Kindes hat, reagiert dieses mit Saugbewegungen. Hier wird beurteilt, wie oft und wie lange die Saugbewegungen ausgeführt werden.

Unreife Frühgeborene machen physiologischen Pausen zwischen den Saugschüben, da sie während des Saugens die Luft anhalten. Die Sauerstoffsättigung kann dabei abfallen, erreicht aber ihren Ausgangswert rasch, sobald die Saugpause einsetzt. Dieses unreife Saugmuster ist kein Stillhindernis.

- **Schlucken**

Beim Schlucken entsteht ein weicher Ton, welcher beim Verschluss der Atemwege hörbar wird. Gerade auf einer Intensivstation ist dies aufgrund der vielen Nebengeräusche, meist nur schwer wahrnehmbar. Der Übergang von einem schnellen, zu einem langsameren rhythmischen Saugmuster bedeutet, dass das Kind tatsächlich Milch aufnimmt. Schnaltz- oder Schmatzgeräusche sind Zeichen für ein inkorrektes Andocken.

7.1. Skala

| | |
|-------------------------|--|
| Rooting | <ul style="list-style-type: none"> - Nicht vorhanden - Suchverhalten erkennbar - Deutliche Suchbewegungen |
| Latching on | <ul style="list-style-type: none"> - Kein Andocken an die Brust - Teilweises Erfassen der Brustwarze - Vollständiges Erfassen der Brustwarze - Mamille und Areola werden erfasst |
| Festhalten an der Brust | <ul style="list-style-type: none"> - Bleibt nicht an der Brust - Weniger als 1 Min an der Brust - Einige Minuten an der Brust - 5-10-15 Min oder länger an der Brust |
| Saugverhalten | <ul style="list-style-type: none"> - Saugt nicht, aber leckt und schmeckt - Einzelne kurze Saugbewegungen, gelegentliche kurze Saugsequenzen (2-9 wiederholte Saugbewegungen) - Wiederholte kurze Saugsequenzen - Gelegentliche, längere Saugsequenzen (mehr als 2 vor einer Pause) - Längste Saugsequenzen (maximale Anzahl wiederholten Saugens vor einer Pause) 1-30 oder mehr |
| Schlucken | <ul style="list-style-type: none"> - Kein Schlucken beobachtbar - Gelegentliches Schlucken - Wiederholtes Schlucken (rhythmisches Saugen und Schlucken) |

(Muttermilchernährung bei Frühgeborenen, Thomas Kühn; Uni-Med Bremen, 2015)

8. Anlegeversuche

Grundsätzlich kann jedes Känguruhen dann zum Anlegeversuch werden, wenn das Kind die Möglichkeit hat sich selbst anzulegen und dem Geruch der Areola folgen kann. Dabei kommt es auf die richtige Positionierung des Frühgeborenen an.

Einen geplanten ersten Anlegeversuch gestaltet man möglichst im Rahmen des Känguruhens in einer ruhigen Umgebung. Die Mutter sitzt oder liegt in einer für sie bequemen Position. Das Kind wird in einem ruhigen Moment, im Hautkontakt auf die Brust der Mutter gelegt. Dann wartet man die Bereitschaft des Frühgeborenen ab (siehe PIBBS). Ein Bereitschaftszeichen des Frühgeborenen ist der Wachzustand. Das Kind sollte ruhig, aber aktiv und wach sein. Es hat einen guten Muskeltonus und man kann evt. Hand- zu- Mund-Aktionen wahrnehmen. Es zeigt Zeichen des Rootings-, oder saugt an Händchen/ Fingern. Schläfrige Kinder profitieren vom direkten Hautkontakt und werden durch diesen stimuliert und wacher. Der Erwartungsdruck der Mutter sollte in dieser Situation nicht zu hoch sein, das Ziel der vollen Stillmahlzeit ist hierbei ein Fernziel.

Anfangs sollte das Kind an die halb- oder vollständig geleerte Brust gelegt werden. Zusätzlich wird die Mahlzeit über die liegende Magensonde sondiert.

Geeignete Stillpositionen sind die Frühgeborenenhaltung und die Rückenhaltung. In diesen Haltungen werden die Atemwege nicht beeinträchtigt, da sie den schwachen Muskeltonus unterstützen. Das Kind wird im Kopf-, Nacken-, Rücken- und Schulterbereich gehalten und stabilisiert. Das Köpfchen des Kindes lässt sich mit einer Hand halten und führen, die andere Hand kann gegebenenfalls die Brust formen (C- oder U-Griff) oder die Brustkompression durchführen. Zu beachten ist immer das Atemhilfsschläuche, Infusionsschläuche und Überwachungskabel locker und frei zugänglich ohne Zug gelagert werden.

8.1. Frühgeborenenhaltung/ modifizierte Wiegehaltung

Das Kind liegt gepolstert auf einem stabilen Stillkissen mit dem Kopf in der Hand der Mutter, mit dem Handballen werden Nacken und Schulterbereich gestützt. Der Kopf des Kindes ist leicht nach hinten geneigt damit der Unterkiefer zuerst das Brustgewebe erfassen kann. Das Kind liegt in einer leicht gebeugten Körperhaltung in der Höhe der Mamille und nah am Körper der Mutter. Ohr, Schulter und Hüfte liegen in einer Linie. Der Bauch des Kindes liegt im direkten Hautkontakt zur Mutter.

8.2. Rückenhaltung

Das Kind liegt gut unterpolstert, seitlich auf der Höhe der mütterlichen Hüfte. Der Bauch des Kindes liegt nahe am Körper der Mutter. Der Rücken ist leicht gebeugt. Die Hand der Mutter hält und stabilisiert das Köpfchen und den Hals des Kindes in Höhe der Mamille.

9. Non- nutritives Saugen an der Brust

Das non- nutritive Saugen an der Brust ist eine therapeutische Maßnahme von der das Frühgeborene sehr profitiert. Studien belegen ein besseres Outcome bezüglich physischer Stabilität und Entwicklung (Walker M, 2014).

Es unterstützt die somatische und psychosomatische Selbstregulation des Kindes.

Schmerzhafte Eingriffe während des Stillens und dem direkten Hautkontakt sind leichter zu bewältigen. Ebenso wird die Magen-Darm Funktion gefördert und einem Reflux entgegen gewirkt (Arnold L. 2010).

Durch das non- nutritive Saugen an der Brust wird der Einsatz von Schnuller und Flasche minimiert und das Kind lernt das physiologische Saugen schneller im Kontakt mit der Mutter.

Die Mutter kann das Verhalten ihres Frühgeborenen besser beobachten und erkennt die Bereitschaftszeichen für Saugen und Stillen. Dies stärkt ihre Selbstsicherheit im Umgang mit dem Kind und unterstützt das Bonding.

Non- nutritives Saugen sollte bei jedem Känguruhen mit der Positionierung auf der Mütterlichen Brust ermöglicht werden. Die Mutter liegt hierbei in leichter Rückenlage und kann das Kind unterstützend halten.

Das Kind kann auch in Rückenhaltung oder der modifizierten Wiegehaltung angelegt werden. Die Erwartungen der Mutter sollten nicht mit einem effektiven Erfassen der Brust und einem Milchtransfer einhergehen.

Kinder mit einem CPAP sollten in einer waagerechten Haltung mit nach oben gerichtetem CPAP an die Brust gelegt werden, z.B. die Frühgeborenenhaltung. Wichtig ist, dass das Kind im direkten Kontakt zur Mamille ist und dort lecken und schmecken kann.

10. Sondieren über die Magensonde an der Brust

Zum Känguruhen mit Möglichkeit zum non-nutritivem Saugen und zu den ersten Anlegeversuchen ist es sinnvoll, den Frühgeborenen die Muttermilch gleichzeitig über die Magensonde zu verabreichen. Dies ist eine positive Lernerfahrung durch die Anregung der Sinne, Geschmack und Geruch, im Zusammenspiel mit der eigenen oralmotorischen Aktivität und dem Sättigungsgefühl.

(Raimbault C, Saliba E, Porter RH. The effect of odour of mother`s milk on breastfeeding behavior of premature neonates. Acta Pediatr. 2007; 96:368-371)

Auch dann, wenn die Mutter nicht bei ihrem Kind sein kann ist es sinnvoller die Frühgeborenen über die Sonde zu ernähren. In einer diesbezüglichen Studie (Garpiel 2012) wurde festgestellt, dass diese Kinder nach der Entlassung häufiger und über einen längeren Zeitraum gestillt wurden, als Kinder die mit der Flasche ernährt wurden. Die Häufigkeit von Känguruhen und Stillversuchen hängt somit zusammen mit der Stillfähigkeit von Mutter und Kind nach der Entlassung.

11. Nutritives Saugen an der Brust; Milchtransfer

Je weiter die Entwicklung des Frühgeborenen voranschreitet und das Frühgeborene saugen, schlucken und atmen zu koordinieren lernt, werden aus den non- nutritiven Phasen an der Brust nutritive Phasen. Trotzdem benötigt das Frühgeborene oft noch Unterstützung beim Milchtransfer. Um diesen zu erleichtern, kann die Mutter durch kurzes Anpumpen oder die Handentleerung, den Milchspendereflex schneller auslösen bevor sie das Kind anlegt. Ebenso hilfreich ist die Brustkompression während des Stillens. Müde Kinder können durch Hautkontakt, oder durch sanftes auf- und ab schaukeln aktiviert werden. Grundsätzlich sind wieder die Bereitschaftszeichen des Kindes abzuwarten. Die Stilldauer wird ebenso an das Kind angepasst.

11.1. Brustkompression

Die Brust wird während des Stillens mit der freien Hand der Mutter sanft im C- Griff komprimiert. An die Saugbewegungen des Kindes werden Wechsel zwischen Kompression und Entlastung angepasst. Diese Methode erleichtert und erhöht den Milchtransfer und erhöht den Fettgehalt der Muttermilch.

11.2. Zufüttern an der mütterlichen Brust

Das Zufüttern an der mütterlichen Brust über eine Sonde oder ein Brusternährungsset ist eine gute Möglichkeit zur Unterstützung des nutritiven Saugens.

Hierbei wird eine Sonde, z.B. eine Magensonde Ch4/6, mit einem Vorstand von 1 cm über der Mamille fixiert. So hat das Kind während dem Stillen zusätzlich zur Mamille und Areola auch die Sonde im Mund. An das Saugmuster angepasst wird hierüber Muttermilch oder Formula in kleinen Dosen verabreicht. Diese Methode führt dazu, dass Kinder länger an der Brust saugen. Gleichzeitig wird die Milchbildung der Mutter gefördert.

12. Evaluation

Ich denke, dass die Auflistung und Erläuterung der einzelnen Schritte zur Implementierung einer guten Stillbeziehung schlüssig und empfehlenswert sind. Die Schwierigkeit zur Umsetzung besteht fast ausschließlich an den personellen Engpässen in der Pflege. Zusätzlich sind Schulungen der einzelnen Fachabteilungen nötig um die geschilderten Maßnahmen zielgerichtet umzusetzen.

Für eine Zertifizierung der UNICEF und WHO mit dem Zertifikat des „babyfriendly hospitals“ sind diese Schritte Voraussetzung bzw werden gefördert und geschult. Natürlich müssen stets die Rahmenbedingungen der jeweiligen Kliniken sowie die individuellen Eigenschaften des Patienten und deren Angehörigen betrachtet werden.

Dieses Konzept fordert ein generalisiertes Umdenken und Handeln aller Fachabteilungen und ist somit nur als Fernziel Stück für Stück zu erreichen. Dennoch sollte dies kein Hinderungsgrund sein angesichts der zahlreichen Vorteile für den Patienten und dessen Angehörige. Auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zeigt das Konzept erhebliche Vorteile durch geringere Folgekosten für die Krankenkassen und frühere stationäre Entlassungen.

Eltern, die im Umgang mit ihrem Kind selbstsicherer und selbstständiger werden, entlasten die Pflege maßgeblich.

Zusammenfassend wird deutlich, dass die Muttermilchernährung sowie das Stillen nicht nur der Ernährung dienen, sondern eine viel weitreichendere und für die Mutter- Kind Bindung essentielle Bedeutung haben.

Sie sind zudem ein sehr wichtiger Baustein in der Allergieprävention, dem Infektionsschutz sowie der neurologischen Entwicklung. Diese einschlägigen Gründe müssen unsere festgefahrenen Denkweisen und Arbeitsweisen überzeugen und ändern.

Die Facharbeit zeigt, dass nur das interdisziplinäre Team, bestehend aus Gynäkologischer Abteilung, Wochenbettstation, Kreissaal, Neonatologische Intensivstation und die periphere Säuglingsstation in Zusammenarbeit mit den Eltern den komplexen Aufbau einer Stillbeziehung erarbeiten können. Berufsgruppenübergreifend muss vom Tag der Aufnahme der Patientin zusammengearbeitet werden. Ärzte, Pflegepersonal und Still- und Laktationsberaterinnen, sowie Hebammen sind gefordert in der Unterstützung von Mutter und Kind. Es wird deutlich, dass das Kind nie alleine betrachtet werden darf, sondern immer gemeinsam mit den Eltern als Einheit.

Die Qualität der Stillbeziehung hinsichtlich der Stildauer wird durch den ganzen Krankenhausaufenthalt geprägt und beeinflusst.

Ich denke, dass unser Bewusstsein, über unsere entscheidende Rolle in der Bindung zwischen Mutter und Kind, stärker werden muss.

Mein Ziel ist es, mit dieser Facharbeit die stillfördernden Maßnahmen in der Kinderklinik Schritt für Schritt umzusetzen, das Personal zu schulen und evidenzbasierend das Stillmanagement auf der neonatologischen Intensivstation weiter zu verbessern.

13. Literaturverzeichnis:

Praxisbuch: Besondere Stillsituationen; Deutscher Hebammenverband; Hippokrates Verlag Stuttgart 2012

Muttermilchernährung bei Frühgeborenen, Thomas Kühn; UNI-MED Verlag AG, Bremen 2015

Stillen von Frühgeborenen, Ausbildungszentrum Laktation und Stillen, 20.11.2016

Das Stillbuch, Hannah Lothrop; Kösel Verlag 2000

Laktation und Stillen, Zeitschrift des Verbandes Europäischer StillberaterInnen; 2- 2010, 23.Jahrgang

Stillen und Stillberatung, Carina Kroth; Ullstein Medical 1998

Z Geburtshilfe Neonatol 2007; 211(1):8-12, DOI 10.1055/s-2006-942116; Georg Thieme Verlag Stuttgart- New York; Breastfeeding in Premature Infants, S. Herbert- Jonat

Australian Breastfeeding Association Reviewed March 2015, <https://www.breastfeeding.asn.au/bfinfo/premature.html>