



Ausbildungszentrum  
Laktation und Stillen  
Frühe Kindheit und Familie

## Posttraumatische Fütterstörung bei Frühgeborenen

### *Stillen als Lösungsansatz?*

Facharbeit im Rahmen  
der Zusatzqualifikation  
- Stillspezialistin -

Kursleitung  
Claudia Braches, IBCLC, ENFB

Vorgelegt von:  
Sandra Waletzko  
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin  
Kurs 2021/2022  
Eldagsen, Januar 2022

## Motivation

Diese Facharbeit wird das Thema der posttraumatischen Fütterstörung thematisieren, da unsere Nachsorgeambulanz eine Zunahme an Fütterstörungen beobachtet.

Meist entwickeln sich Fütterstörungen erst nach einigen Lebenswochen oder Monaten und treten somit häufig auf, wenn die Frühgeborenen bereits in das häusliche Umfeld entlassen worden sind. Die Sorgen und Ängste der Eltern sind groß und häufig ist der letzte Ausweg der Rückschritt zur Magensonde, um die Versorgung mit ausreichend Nahrung und Flüssigkeit zu gewährleisten.

Viele Interventionen während des stationären Aufenthaltes werden sich nicht vermeiden lassen, doch einige Handlungsweisen können überdacht und verändert werden. Diese möchte ich im Folgenden, anhand einer Analyse von Arztbriefen und Patientenakten, sowie einer eigens durchgeführten Mitarbeiterbefragung, aufzeigen. Zudem möchte ich darauf eingehen, ob das Stillen in vielen Fällen das Risiko einer posttraumatischen Fütterstörung verringern könnte.

Ich danke meinen Kollegen sehr für das mir entgegengebrachte Vertrauen und ihre aktive Teilnahme an meiner Umfrage. Nur durch ihre ehrliche Beteiligung konnte ich, im Zuge meiner Facharbeit, Schwachstellen eruieren und Lösungsansätze erarbeiten.

Im Nachfolgenden wird aus Gründen der leichteren Lesbarkeit auf geschlechtsspezifische Formulierungen verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter.

## **Gliederung**

1. Definition posttraumatische Fütterstörung .....	4
1.1. Differentialdiagnosen .....	5
2. Auswertung Nachsorgeambulanz .....	5
2.1. Vorgehensweise .....	6
2.2. Auswertung.....	6
3. Auswertung Mitarbeiterbefragung .....	7
3.1. Befragungsergebnisse.....	7
4. Fragenbogenevaluation und Lösungsansätze.....	10
5. Veränderungen der stationären Strukturen .....	18
5.1. Mitarbeiterschulungen .....	18
5.2. Ausarbeitung eines Stillprotokolls .....	18
5.3. Weitere Interventionen.....	19
6. Konklusion.....	20
7. Quellenangaben.....	21

## 1. Definition posttraumatische Fütterstörung

Chatoor beschreibt eine posttraumatische Fütterstörung als „intensive Erwartungsangst und manchmal Panik (Chatoor, 2012: S.135)“ vor Nahrung. Ausgelöst werden kann diese durch Erbrechen, Reflux, Verschlucken, Intubation, Absaugen im Mund-Nasenbereich, Einführen einer Sonde zur künstlichen Ernährung oder füttern unter Zwang, welche beim Kind starken Stress auslösen. „Der Widerstand gegen das Füttern ist das zentrale Symptom dieser Fütterstörung (Chatoor, 2012: S. 136)“.

Hommel führt diese Diagnose wie folgt aus: „Diese Form der Fütterstörung geht auf aversive Erfahrungen im Mund-Rachen-Raum zurück und ist durch eine angstbesetzte, teilweise bis zur vollständigen Abwehr oraler Nahrungsaufnahme gekennzeichnet, da die Angst vor dem Essen jegliches Bewusstsein von Hunger zu übertreffen scheint (Hommel, 2010: S. 11)“. Weiter schreibt sie: „Den genannten Erfahrungen wird eine traumatische Qualität zugeschrieben, da sie im Sinne einer klassischen Konditionierung mit dem ursprünglich angenehmen Reiz der Nahrungsaufnahme bei Hunger des Kindes gekoppelt – einen aversiven Reiz ergeben, der Abwehr gegenüber jeglicher oder bestimmter Stimulation im Mund-Rachen-Schlund-Bereich hervorruft und damit zur Nahrungsverweigerung führt (Hommel, 2010: S. 11)“.

Diese aversiven Erfahrungen werden in der Neonatologie häufig durch orale Überstimulation wie Absaugkatheter, Magensonden, Tuben, Intubation etc. hervorgerufen. Gerade Frühgeborene unter 32. SSW mit langer Liegedauer erleben diese negativ behafteten Erfahrungen für eine geraume Zeit. Viele dieser therapeutischen Interventionen, wie Intubation bei Atemdepression sowie Magensonden bei insuffizienter Nahrungsaufnahme oder Frühgeburt, werden sich nicht vermeiden lassen, um das Überleben der Kinder zu sichern.

Doch nicht nur oben genannte, medizinisch notwendige Prozeduren können negative Erfahrungen hervorrufen. Auch Füttern unter Zwang durch Festhalten oder Druck, Penetration mit Trinksaugern im Mundbereich, gewaltsames Öffnen des Mundes oder Füttern eines schreiendes Kindes, können zu posttraumatischen Fütterstörungen führen. Die Kinder geraten in eine Zwangssituation, aus der sie eigenständig nicht entkommen können und so wird die eigentlich angenehme

Nahrungsaufnahme zu einem Stressfaktor. Durch die regelmäßige Wiederholung dieser Stresssituation (bei jeder Mahlzeit) kommt es zur Konditionierung und Abwehrreaktion des Kindes.

### **1.1. Differentialdiagnosen**

Die posttraumatische Fütterstörung muss zu anderen frühkindlichen Fütterstörungen abgegrenzt werden. Zu nennen wären hier:

#### *Fütterstörung mit unzureichender Eltern-Kind-Reziprozität*

Diese Fütterstörung tritt bei unzureichender Eltern-Kind-Bindung auf. Sie hat keine organischen Ursachen.

Diese Kinder leiden an einer unsicheren Bindung zu ihren Bezugspersonen, haben einen Mangel an altersentsprechenden Signalen während der Fütterung (zum Beispiel: Blickkontakt, Lächeln) und haben ein Wachstumsdefizit. Häufig sind den Eltern diese Probleme nicht bewusst (vgl. Chatoor, 2012: S. 41, 43).

#### *Sensorische Nahrungsverweigerung*

Bei dieser Form der Fütterstörung verweigern Kinder bestimmte Nahrungsmittel, Geschmäcker, Gerüche oder Konsistenzen (vgl. Chatoor, 2012: S. 105).

Diese Form beginnt meist mit der Einführung neuer Nahrung. Die Kinder würgen oder spucken das Essen wieder aus und verweigern, weiter zu essen. Diese Kinder weisen nicht zwangsläufig ein Wachstumsdefizit auf, haben jedoch Ernährungsdefizite (Vitamine, Eisen o.ä.). Diese Fütterstörung hat keine traumatische Erfahrung als Auslöser. Die Kinder leiden zudem häufig an anderen sensorischen Verweigerungen, wie schmutzige Hände, Laufen über Sand oder Gras oder bestimmte Materialien in der Kleidung (vgl. Chatoor, 2012: S. 109, 113-114).

## **2. Auswertung Nachsorgeambulanz**

In der Auswertung wurde das Jahr 2020 betrachtet. Hierzu wurden die Fälle von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500g bzw. <32 SSW betrachtet.

### **2.1. Vorgehensweise**

Die Auswertung der Arztbriefe bezüglich posttraumatischer Fütterstörungen war nicht gänzlich unproblematisch: Nach Auskunft der Nachsorgesprechstunde wird die Diagnose „Fütterstörung“ häufig nicht als solche im Arztbrief notiert, da dies die Eltern zusätzlich unter Druck setzen würde. Kinder mit potentieller Fütterstörung wurden daher anhand auffälliger Formulierungen (z.B. „häufige kleine Mahlzeiten“, „lange Trinkdauer“, „Patient toleriert nur bestimmte Konsistenzen im Mund“, „isst nur mit Ablenkung oder in bestimmten Positionen“, „Eltern sind in Sorge bzgl. des Essverhaltens“ oder „Eltern führen Ernährungsprotokoll“) ermittelt. Im Anschluss wurde Einsicht in die jeweiligen Akten des Erstaufenthaltes der Kinder genommen, um nach einem möglichen traumatischen Erlebnis bezüglich des Fütterns zu suchen. Dies könnte beispielsweise durch häufige Apnoen, Bradycardien oder Sauerstoffentsättigungen während der Fütterung ausgelöst worden sein. Des Weiteren wurde nach Formulierungen im Pflegebericht gesucht, ob die Kinder schlecht getrunken hätten, viel Stimulation benötigten, schläfrig waren und sie im Verhältnis einen längeren Zeitraum benötigten, um das Trinken zu lernen. Weiter wurden die ärztlichen Verordnungen der Kinder gesichtet, um Anordnungen, das Trinken betreffend, zu finden (z.B. „Soll Trinken lernen“, „Trinkversuch zu jeder Mahlzeit“ oder „Magensonde ex; Härtetest“).

### **2.2. Auswertung**

Im Jahr 2020 erfüllten 220 Patienten die oben genannten Einschlusskriterien. Hiervon hatten 36 eine eindeutige, massive Fütterstörung mit andauernder Nahrungsverweigerung - darunter 12 mit Sondenernährung.

16 weitere zeigten Auffälligkeiten beim Trinken, wie zum Beispiel: Trinkmengen deutlich unter der errechneten Tagesmenge, lange Fütterzeiten (über 30 Min/MZ), Einsatz von hochkalorischer Nahrung, häufiges Erbrechen während oder direkt nach der Mahlzeit. Sie konnten im Verlauf aber durchaus an feste Nahrung gewöhnt werden.

Somit hatten knapp 24% der in der Ambulanz vorgestellten ehemaligen Frühgeborenen eine milde bis hochgradige Form der Fütterstörung.

Die Dunkelziffer wird hier voraussichtlich höher liegen, da einige Eltern das Angebot des Nachsorgetermins nicht wahrnehmen oder an andere Ambulanzen angeschlossen sind, bzw. möglicherweise auch über die Problematik der Nahrungsaufnahme schweigen oder sie relativieren.

Von 220 vorgestellten Kindern bekamen im 6. Lebensmonat 37 Kinder Muttermilch oder Zwiemilch (ob gestillt oder aus der Flasche, geht nicht immer eindeutig aus den Arztbriefen hervor). Alle übrigen erhielten Pre- oder 1-Nahrung. Unter den 37 Muttermilchernährten befand sich keines mit Fütterstörung.

Dies führt zu der Frage, ob gestillte Kinder weniger häufig von posttraumatischen Fütterstörungen betroffen sind als flaschenernährte Säuglinge.

### 3. Auswertung Mitarbeiterbefragung

- Befragt wurden insgesamt 72 Pflegekräfte der neonatologischen Intensiv- und IMC-Station sowie der Nachsorgestation. Teilgenommen haben 58 Mitarbeiter – dies entspricht einer Beteiligung von 81%.
- Die Zahlen in Klammern geben die prozentuale Anzahl der Antworten an. Die Zahl in Klammern zeigt den prozentualen Anteil, der auf die betreffende Frage nicht geantwortet hat.
- Der „A-Bereich“ ist der IMC-Bereich der Intensivstation, die 65 ist die Nachsorgestation.
- In der Befragung wird nach Stillversuchen gefragt. Der geeignetere Ausdruck wäre Stilltraining. Da der etablierte Ausdruck in der Klinik „Stillversuch“ lautet, wurde diese Ausdrucksweise in der Befragung angepasst.

#### 3.1. Befragungsergebnisse

##### 1) *Erster Trinkversuch (7%)*

- Ich warte auf die Mutter um Anzulegen 31%
- Ich füttere die Flasche 62%

##### 2) *Känguruhen*

- Ich lege das Kind mittig auf die Brust

- Immer 12%, Meistens 75%, Selten 8%, Nie 5%
  - Ich lege das Kind in Seitenlage direkt vor die Mamille( 3%)
    - Immer 3%, Meistens 26 %, Selten 66%, Nie 2%
- 3) *Ich erkläre den Müttern, dass ihr Kind entlassen werden kann, wenn es die verordnete Trinkmenge schafft und sie daher eher die Flasche füttern sollte als anzulegen. (2%)*
- Immer 2%, Meistens 11%, Selten 35%, Nie 50%
- 4) *Einer PUMPENDEN Mutter biete ich eher (7%)*
- Einen Stillversuch an 73%, Die Flasche mit Muttermilch an 20%
- 5) *Ich entkleide die Kinder vor dem Kuschneln (auch im A-Bereich/65) (2%)*
- Immer 10% , Meistens 48%, Selten 31%, Nie 9%
- 6) *Ich kenne die FRÜHzeichen des Hungers bei Sgl*
- Ja 78%, Nein 0%, Nicht sicher 22%
- 7) *Ich füttere Kinder NUR, wenn sie Trinkbereitschaft zeigen*
- Immer 33%, Meistens 60%, Selten 7%, Nie 0%
- 8) *Ich füttere Kinder durch aktives Einführen des Saugers in den kindlichen Mund (3%)*
- Immer 7%, Meistens 40%, Selten 34%, Nie 16%
- 9) *Ich füttere Kinder, in dem ich zeitweilig den Mund des Kindes mit den Fingern öffne, um den Sauger einzuschieben*
- Immer 2%, Meistens 5%, Selten 55%, Nie 38%
- 10) *Mir fehlt oft die Zeit/Ruhe für das Füttern*
- Ja 56%, Nein 10%, Zum Teil 34%
- 11) *Ich animiere das Kind, weiter zu trinken durch (3%)*
- Orale Stimulation mit dem Trinksauger 48%
  - Kopfmassage 22%
  - Kneten von Händen oder Füßen 33%
  - Gar nicht 16%
  - Anderes (Freitext): Zwischenwickeln, Umlagern, freundliche Ansprache, Suchreflex auslösen, Aufstoßen lassen
- 12) *In welcher Position halte ich das Kind beim Füttern*



- In der Armbeuge 54%
- Im Bett mit OK-Hochhaltung durch Pflegekraft 22%
- In RL auf dem überschlagenen Knie mit Hand zur Stütze an Kopf und Nacken 86%
- In Seitenlage auf dem Arm 28%
- In Seitenlage im Bett 12%

13) *Ich wickle das Kind in ein Handtuch/Mullwindel, um die Arme des Kindes vor dem Körper zu halten (9%)*

- Immer 3%, Meistens 40%, Selten 34%, Nie 14%

14) *Beim Füttern ist mir wichtig, dass das Kind (3%)*

- Schnell trinkt 5%
- Sauber trinkt 71%
- Austrinkt 7%
- Befriedung durch die MZ erfährt 91%
- Bäuert 64%

15) *Ich empfinde die verordneten Trinkmengen überwiegend als*

- Zu viel 83%, Zu wenig 0%, Angemessen 5%, Weiß nicht 12%

16) *Ich fühle mich durch Verordnung/ ärztl. Anordnung (z.B. soll Trinkversuche machen/ Soll trinken lernen/ Trinken lassen/ Magensonde ex) unter Druck gesetzt*

- Immer 2%, Meistens 38%, Selten 43%, Nie 17%

17) *Ich mache nicht gerne Stillversuche weil (3%)*

- Ich es ekelig /nicht schön finde 2%
- Ich unsicher bin, wie man korrekt anlegt 31%
- Ich die Privatsphäre der Mutter achten will 12%
- Der Zeitaufwand zu groß ist 28%
- Stillversuche stellen kein Problem für mich dar 60%

18) *Ich kann einer Mutter die Vorteile von Muttermilch ggü. Formulanahrung (Flaschennahrung) erklären (2%)*

- Ja 95%, Nein 0%, Weiß nicht 3%

19) *Bei einem Stillversuch muss ich die Brust der Mutter anfassen*

- Ja 26%, Nein 64%, Weiß nicht 10%

20) *Ich würde öfter Stillversuche anbieten, wenn ich mehr Informationen/ Schulungen zum Thema hätte (3%)*

- Ja 66%, Nein 14%, Weiß nicht 17%

21) *Stillen ist für Frühgeborene anstrengender als Flasche trinken*

➤ Ja 41%, Nein 41%, Weiß nicht 18%

#### 4. Fragebogenevaluation und Lösungsansätze

**Frage 1:** 62% der Befragten gaben an, dass sie eher die Flasche füttern, als auf die Mutter zu warten und das Kind an die Brust zu legen. Hier sollte ein Standard erarbeitet werden, welcher vorgibt, dass ein Kind die erste Erfahrung hinsichtlich der oralen Nahrungsaufnahme an der Brust machen sollte, um einen besseren Stillerfolg zu erzielen (vgl. Casavent, 2015). So wäre der erste Kontakt mit Nahrung nicht die Überstimulation des harten Trinksaugers. Zudem haben Flaschenkinder 4x häufiger Apnoen, Bradycardien und Sauerstoffsättigungen, als gestillte Kinder (vgl., Kliethermes et al 1999, Tuoni et al., 2012). Diese Negativerfahrungen assoziieren die Frühgeborenen mit der Nahrungsaufnahme und können dadurch posttraumatische Fütterstörungen entwickeln.

**Frage 2:** Den Müttern sollte immer angeboten werden, das Frühgeborene beim Känguruhen direkt vor der Mamille zu platzieren. Somit kann das Kind ersten, non-nutritiven, Kontakt zur Brust aufnehmen oder an der Brust lecken und saugen. Dies ist jedoch für Kinder, welche noch durch CPAP-Beatmung unterstützt und mittig zwischen die Brüste gelegt werden, sehr schwierig, da sie das Beatmungssystem an einem Positionswechsel hin zur Mamille hindert.

**Frage 3:** Wichtig ist, die Mutter von Anfang an in ihrer Kompetenz zu unterstützen und zu erläutern, dass sich auch ein frühgeborenes Kind an der mütterlichen Brust geborgen fühlt und Interesse an der Nahrungsaufnahme aus der Brust hat. Die mütterliche Kompetenz sollte nicht durch Erläuterungen und Falschaussagen geschmälert werden, dass Flasche füttern zu einer schnelleren Entlassung führen würde. Bislang gibt es keine Evidenzen, dass dies tatsächlich der Fall ist. Wird das Stillen bereits auf Station begonnen, führt dies zu einem Weiterstillen zu Hause (vgl. Briere, 2015: S. 65-69, Wener et al., 2021).

**Frage 4:** 20% der Befragten bieten keinen Stillversuch/Stilltraining an, sondern geben der Mutter die Flasche zum Füttern.

Hilfreich wären Reflexionsgespräche und ein neuer Pflegestandard, welcher festhält, dass lediglich das Pflegepersonal und auch Väter die Flasche füttern. Selbstverständlich sollte auch auf die Wünsche der Mütter eingegangen werden. Falls eine Mutter das Stillen auf Station ablehnt, muss dies akzeptiert werden - nachdem ihr jedoch in einem Beratungsgespräch ihre Möglichkeiten ausführlich dargelegt worden sind!

**Frage 5:** Mutter und Kind gehören beim Kuscheln immer entkleidet, damit sie in direkten Hautkontakt treten können. Der Hautkontakt wirkt therapeutisch für Mutter und Kind und erhöht dabei sowohl die Stillfrequenz, als auch die Milchmenge, und verlängert darüber hinaus die Stilldauer (vgl. Briere, 2015 ).

Mütter von extrem Frühgeborenen sind eine lange Zeit auf das Abpumpen angewiesen, bis ihre Kinder stabil genug für nutritives Saugen sind. Daher ist es in ihrem Fall umso wichtiger, dass die etablierte Milchbildung aufrecht erhalten wird, damit sie ihre Kinder im weiteren Verlauf stillen können. Der therapeutische Hautkontakt unterstützt dabei in hohem Maße.

Dies wird vor allem außerhalb des Intensivbereichs noch sehr vernachlässigt. Doch auch Kinder ohne Atemunterstützung benötigen intensiven Hautkontakt und profitieren in vielerlei Hinsicht davon (Bspw. Respiratorisch, Thermoregulativ, Stärkung der Mutter-Kind-Bindung und besserer Immunschutz) (vgl. Tuoni et al., 2012).

**Frage 6:** Alle Mitarbeiter sollten auf frühe Hungerzeichen, wie Suchbewegung, Beugen der Extremitäten, Schmatzen, Lippen lecken und Weiteres aufmerksam gemacht werden. So merken die Kinder, dass ihre Bedürfnisse erkannt und verstanden werden. Oben genannte Zeichen sollten auch den Eltern erklärt werden, damit Mütter rechtzeitig ein Stilltraining einleiten.

Oftmals zeigt sich im Stationsalltag, dass das Pflegepersonal zwar um die Hungerzeichen weiß, doch durch feste Strukturen wie Versorgungs- und Fütterzeiten nicht auf die kindlichen Bedürfnisse eingegangen wird/ werden kann. Dadurch sind Kinder schon zu hungrig geworden und schreien stark, wenn die Mütter sie angelegen wollen. Die Kinder haben in diesem Stadium meist keine Geduld

mehr, um an die Brust zu gehen und den Milchspendereflex auszulösen. Das starke Schreien verunsichert zudem auch die Mütter und setzt sie unter Stress. Ein frühzeitiges Eingehen auf die kindlichen Bedürfnisse entspannt die Situation für alle Beteiligten.

Wenn schreienden Kindern eine Flasche in den Mund gesteckt wird, beobachtet man häufig, dass sich das Kind verschluckt, Apnoen hat oder bradycard wird. Ein schreiendes Kind sollte nicht gefüttert werden - man sollte es erst beruhigen. Sonst könnte das Frühgeborene wieder eine negative Erfahrung machen: Nahrung = Verschlucken, was sich zu einer oben beschriebenen traumatischen Erfahrung ausdehnen, und schließlich zur Ursache einer Fütterstörung entwickeln kann.

**Frage 7-9:** Hier muss dringend fortgebildet werden, damit ein Kind nur gefüttert wird, wenn es tatsächlich trinkbereit ist. Die Einführung des PIBBS-Scale-Bogens (Preterm Infant Breastfeeding Behavior Scale) nach Nyqvist et al. oder eines EFS-Bogens (Early Feeding Scale) nach Thoyre et al. könnte an dieser Stelle hilfreich sein, um die Trinkbereitschaft eines Kindes zu „visualisieren“. Bei wiederholten Fütterversuchen eines nicht trinkbereiten Kindes kann eine Aversion gegen die Nahrungsaufnahme entstehen. Dies wird ausgelöst durch negative Stimulationen mit dem Sauger, der als Fremdkörper gegen den Willen des Kindes in die kindliche Mundhöhle eingeführt wird und somit zu posttraumatischen Fütterstörungen führen kann (vgl. Hommel, 2010: S. 11).

An dieser Stelle kommt den Kindern das Brustfüttern absolut zu Gute. Ein Kind, welches nicht trinkbereit ist, wird die Brust nicht erfassen und kann auch durch gewaltsames Öffnen des Mundes hierzu nicht gezwungen werden.

**Frage 10:** 40% geben an, dass ihnen die Zeit zum Füttern fehlt. Die einfachste Lösung ist hier, die Eltern in ihren Fähigkeiten zu stärken und sie als Kompetenz anzuerkennen. Sie sind möglichst frühzeitig in die Pflege ihres Kindes einzubinden, um sie in die speziellen Bedürfnisse eines Kindes im Krankenhaus einzuarbeiten (z.B. Nahrung sondieren, Umgang mit Kabeln, Schläuchen oder Lagerung). Ihnen ist zu zeigen, dass sie ihre Kinder am Besten versorgen können und sie sind zudem zu einer möglichst andauernden Anwesenheit bei ihrem Kind zu

animieren. Dies erfolgt in Anlehnung an die Leitsätze Leitsätze zur entwicklungs-fördernden Betreuung Frühgeborener 2 + 6 des Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind e.V.“. Die Zeit, die anfangs dafür aufgebracht werden muss, amortisiert sich im Verlauf des Aufenthaltes.

**Frage 11:** 66% der Kollegen geben an, die Kinder mit dem Sauger oral zu stimulieren/penetrieren, um das Kind zum Trinken zu animieren. Diese Form der Animation stellt eine Überstimulation der Nerven im kindlichen Mund dar.

Gestillte Kinder werden zwar durch eine weiche Brust auch stimuliert, jedoch nicht penetriert und ein harter, vorgeformter Sauger stellt einen viel stärkeren oralen Reiz dar. Daher sollte dieser möglichst nicht im Mund gedreht oder am Gaumen entlang geschabt werden.

Stillen wiederum erfordert eine aktive Teilnahme des Kindes. Ist es schläfrig oder öffnet den Mund nicht, wird kein Milchtransfer stattfinden. Dies bedeutet, dass ein nicht trinkbereites Frühgeborenes an der Brust nicht dazu „genötigt“ und animiert werden kann, zumindest Teilmengen seiner Nahrung zu sich zu nehmen, was wiederum posttraumatische Fütterstörungen verhindern kann.

Andere genannte Formen der Animation wie Zwischenwickeln, Umlagern, freundliche Ansprache, Aufstoßen lassen oder Suchreflex stimulieren, sind durchaus legitime Mittel, die auch stillende Mütter anwenden können.

**Frage 12:** Mit 86% ist das Füttern in der Kniebeuge in Rückenlage, mit der Hand am Nacken des Kindes, die bevorzugte Position. In 22% der Fälle wird das Kind im Bett liegend gefüttert, während die Pflegekraft den Oberkörper des Kindes aufrecht hält. Begründet werden diese Fütterpositionen damit, dass das Kind so am Besten beobachtet und schnell interveniert werden kann, falls es sich verschluckt, bradycard wird oder ähnliches.

Bisher wird den Eltern von Frühgeborenen die Fütterung in der Kniebeuge in Rückenlage als geeignete Position gezeigt. Diese Art des Haltens kann jedoch Stress beim Kind auslösen, da:

- 1 Der Griff am Nacken des Kindes zum Aufstellreflex führt und somit zu erhöhtem Muskeltonus, welcher wiederum die Nahrungsaufnahme stört.

- 2 Das Kind in Rückenlage keine Möglichkeit hat, überschüssige Milch herauslaufen zu lassen. Es verfügt zwar über den angeborenen Zungenstoßreflex, dieser schiebt aber nur feste Nahrung oder Gegenstände wieder aus dem Mund. Flüssige Nahrung können Frühgeborene nicht bewusst ausspucken, wie es Kindern oder Erwachsenen möglich ist. Somit bleibt den Frühgeborenen nur der verzweifelte Versuch, möglichst viel der Flaschennahrung zu schlucken, um nicht zu „ertrinken“. Dies führt zu vermehrtem Verschlucken, mit einhergehender Cortisol und Adrenalinausschüttung, Bradycardien/Apnoen und den bekannten Negativerfahrungen bei den Frühgeborenen.
- 3 Das Kind in der Fütterposition in der Kniebeuge und halb aufrecht im Bett an Hinterkopf/Nacken gehalten wird. Hierbei wird es vor und zurück bewegt beim Aufsetzen für das Aufstoßen, Hochnehmen bei Verschlucken etc. Hat es keine zusätzliche Begrenzung der Arme, kann dies unter Umständen einen Moro-Reflex auslösen, welcher wiederum zu Adrenalin- und Cortisolausschüttung führt. Diese Hormone zählen zu den „Stresshormonen“ und stehen damit nicht im Einklang mit dem positiven Gefühl der Befriedigung von Grundbedürfnissen wie Hunger und Nähe (vgl. [www.medlexi.de](http://www.medlexi.de)). Daher reagieren viele Frühgeborenen im Anschluss der Mahlzeit durch den Abfall des Adrenalinspiegels mit vermehrten Apnoen.

Hier es ist von Nöten, die Mitarbeiter über die Auswirkung der Fütterposition auf das Kind aufzuklären und ihnen geeignetere Positionen zu zeigen, wie beispielsweise das Füttern in Seitenlage. Hierzu eignet sich eine etwas abgewandelte Form der Rückenhaltung beim Stillen: das Kind liegt in Seitenlage auf dem Oberschenkel der fütternden Person, während der kindliche Hinterkopf durch die Hand gestützt wird. In dieser Position kann die Flasche aktiv vom Kind erfasst werden und die überschüssige Milch problemlos aus dem Mund herausfließen. Hierdurch trinkt das Kind ruhiger, verschluckt sich weniger und hat stabilere Vitalwerte, als beim herkömmlichen Flaschenfüttern in der Kniebeuge (vgl. Garpiel, 2012). Ist das Kind zudem noch in eine Mullwindel oder ein Handtuch eingewickelt, kann es die Hände vor dem Körper positionieren und somit leichter in seine Homöostase finden.

So wird die Mahlzeit für die Kinder deutlich weniger stressbelastet, und damit etwaige Fütterstörungen vermieden.

**Frage 14:** 40% der Befragten gaben an, dass ihnen beim Füttern wichtig ist, dass das Kind sauber trinkt. An dieser Stelle muss darüber aufgeklärt werden, dass „unsauberes“ Trinken, bei dem Nahrung aus dem Mund läuft, eine Kompetenz des Kindes darstellt und nicht abgewöhnt werden sollte.

**Frage 15:** 82% der Befragten gaben an, dass die verordnete Trinkmenge als zu viel für das jeweilige Kind empfunden wird. Da die Patienten auf unseren Stationen sehr starr in feste Nahrungsgruppen eingeteilt werden (>2000g = 6 Mahlzeiten/Tag), haben die Kinder selten die Chance, ihrem natürlichen Hungergefühl nachzukommen. Gerade 6 Mahlzeiten sind unphysiologisch, da sie den kindlichen Magen übermäßig dehnen. Zudem begünstigen sie Störungen der Verdauung wie Reflux und Pylorusstenose (vgl. Krogh, 2012; Heacock, 1992). Die Trinkmenge wird nach der Finkelsteinschen Regel gesteigert. Setzt man diese Menge an Nahrung in Relation zur durchschnittlichen Kolostrummenge und der Magengröße des Kindes, zeigt sich eine deutliche Diskrepanz (vgl. Zangen, 2001).

Physiologisch sinnvoller sind 8 bis 12 Mahlzeiten mit reduzierter Nahrungsmenge, in Anlehnung an bedarfsgestillte Kinder, welche meist häufiger als alle 4 Stunden angelegt werden. Ein frühes und häufiges Anlegen fördert zudem eine bessere Laktogenese II. Zudem sind kleinere Mahlzeiten besser verdaulich und Frühgeborene mit Atemdepression können leichter atmen, wenn der Magen nicht überfüllt wird.

Hier wäre ein interdisziplinäres Gespräch mit den Oberärzten sinnvoll, um zu erörtern, ob die 6 kindlichen Mahlzeiten nicht gänzlich abgeschafft werden sollten, so dass stattdessen direkt von 8 auf „ad Libitum“ umgestellt werden kann. So haben die Mütter bessere Möglichkeiten, ihr Kind voll zu Stillen. Die verordnete Nahrungsmenge passt sich dabei eher der natürlichen Laktogenese und dem kindlichen Magenwachstum an.

**Frage 16:** 40% der Befragten fühlten sich meistens durch ärztliche Anordnungen und Anweisungen zum Thema Füttern unter Druck gesetzt. Dieser subjektive Druck wird beim Füttern unter Umständen auf das Kind übertragen, da man sich genötigt fühlt, der ärztlichen Anordnung Folge zu leisten. So besteht das Risiko,

dass die Kinder auch dann weiter gefüttert werden, wenn diese keine Bereitschaft mehr signalisieren. Ein nicht trinkberechtigtes Kind wiederholt zu füttern, führt zu bereits erwähnten Folgen wie Verschlucken sowie Aversion gegen Nahrung.

Bei Kinder mit erschwerter Nahrungsaufnahme, welche ansonsten entlassungsbereit sind, kann auch über eine Entlassung mit Magensonde nachgedacht werden. Viele Eltern signalisieren in Gesprächen, dass sie diese Möglichkeit durchaus begrüßen würden, da sie sich im Umgang mit der Magensonde sicher genug fühlen, um dies auch zu Hause weiterzuführen. Hierbei ist anzumerken, dass eine Entlassung mit Magensonde schonender für das Kind ist, als es unter Zwang an das Trinken zu gewöhnen.

Weiterhin muss man den Kindern Zeit gewähren, ein Hungergefühl zu entwickeln. Meist werden die Kinder aufsondiert und mit sehr viel Nahrung versorgt, da ein Frühgeborenes einen höheren Energieumsatz hat und eine frühzeitige kalorienreiche Ernährung zur besseren neurologischen Entwicklung führt. Dies kann jedoch zur Folge haben, dass die Kinder somit kein Hungergefühl und die positive Erfahrung mit Nahrung als hungerstillendes Mittel kennenlernen und daher auch kein gesteigertes Interesse an der Nahrungsaufnahme haben/ausbilden. Zudem haben häufige kleinere Portionen Muttermilch einen größeren positiven Effekt auf die neurologische Entwicklung als vergleichsweise höhere Volumen Formula (vgl. Rozé et al, 2012).

**Frage 17:** Fortbildungen und Mikroschulungen helfen hier, die Unsicherheiten bezüglich des Anlegens zu beseitigen.

Fehlende Privatsphäre lässt sich in einem Mehrbettzimmer leicht durch Paravents herstellen. Zusätzlich kann man der Mutter raten, beim Stillen und Känguruhen, Strickjacken oder Blusen zu tragen, die unerwünschte Einblicke vermeiden. Des Weiteren könnten Bondingtücher eine gute Alternative sein.

Zudem sollte man mit den Kollegen ins Gespräch gehen und noch einmal genauer beleuchten, aufgrund welcher Erfahrungen und Situationen sie den Eindruck gewannen, dass Müttern ihre eigene Privatsphäre wichtiger war, als die Nähe zu ihrem Kind. Der Zeitaufwand/ Zeitmangel ist in der Kinderkrankenpflege allgegenwärtig, lässt sich aber schnell reduzieren, indem man die Eltern von Anfang an in die Pflege einbindet und sie anleitet.



Wenn Eltern gleich zu Beginn Hilfestellung bekommen und ihnen der Umgang in dieser besonderen Situation gezeigt wird, stärkt es die elterlichen Kompetenzen und das Selbstvertrauen. Sie werden dadurch schneller selbstständig und können autonom handeln, was wiederum den Zeitaufwand der Pflegekräfte deutlich senkt.

Hierbei können die Stillbeauftragten sowie die Elternberatung unterstützen, da sie für Gespräche und Beratungen freigestellt sind. Sie haben somit mehr Zeit für pflegerische Anleitungen und Stilltrainings, als die am Bett arbeitenden Pflegekräfte.

**Frage 19:** 26% waren der Auffassung, dass man als Pflegekraft die mütterliche Brust anfassen muss, um ein Stilltraining durchzuführen.

Es gibt jedoch keinen zwingenden Grund, die mütterliche Brust zu berühren. Viel wichtiger ist es, die Mutter anzuleiten, wie sie sich und dem Baby selbst helfen kann. Vieles kann man entweder theoretisch, am eigenen Körper oder mit Hilfe einer Puppe zeigen und erläutern. Greift man als Pflegekraft oder Stillberater in die Mutter-Kind-Beziehung ein, schmälert dies die mütterliche Kompetenz und das Selbstvertrauen. Die Mutter wird sich unter Umständen bei der nächsten Mahlzeit nicht zutrauen, eigenständig ein Stilltraining durchzuführen, weil sie das Gefühl gewonnen haben könnte, dass sie dafür die unterstützende Hand der Stillberatung/Pflegekraft benötigt.

**Frage 20:** 41% der Befragten waren der Meinung, dass Stillen anstrengender sei als das Füttern mit Flasche. Auf Nachfrage woran die Kollegen dies ausmachten, wurde meist die erreichte Trinkmenge als Indikator genannt. Allerdings sind gestillte Frühgeborene deutlich kreislaufstabiler, haben weniger Sauerstoffabfälle oder Apnoen und verschlucken sich darüber hinaus auch weniger. Zudem hat das Stillen noch viele weitere positive Effekte, wie zum Beispiel mehr Hautkontakt, Unterstützung des vestibulären Systems durch Positionswechsel, Selbstbestimmung von Trinkgeschwindigkeit, Menge der Nahrung, sowie viele andere Aspekte, (z.B. sinnliche Wahrnehmung) welche insgesamt die Entwicklung des Kindes, insbesondere seine Hirnentwicklung positiv beeinflussen.

Somit muss der Kollegenkreis dafür sensibilisiert werden, dass ein Stilltraining einer erhöhten Nahrungsaufnahme durch eine Flaschenmahlzeit vorzuziehen ist. Diese kann im Vergleich zum Stillen bis zu 4x mehr Apnoen sowie Bradycardien auslösen und dadurch Fütterstörungen hervorrufen (vgl. Garpiel, 2012).

## **5. Veränderungen der stationären Strukturen**

Die folgenden, zum Teil stichpunktartig aufgeführten Empfehlungen basieren auf den Erkenntnissen, die sich aus der Auswertung der Befragung in Verbindung mit den theoretischen Erkenntnissen zur Auswirkung von Flaschenfütterung von Neugeborenen ergeben:

- Viele das Flasche füttern dem Stillen vorziehen.
- Die Position, in der das Kind von der überwiegenden Zahl der Befragten gehalten wird, keiner physiologisch sinnvollen Art und Weise entspricht.
- Die Stimulationsversuche bei der Flaschenfütterung unverhältnismäßig sind.
- Es den Kollegen an Informationen und Fortbildungen mangelt, sie aber durchaus Interesse daran haben.

### **5.1. Mitarbeiterschulungen**

Themen, welche nach der Befragung als sinnvoll erachtet werden:

- Stilltraining und korrektes Anlegen
- Kommunikationstraining
- Posttraumatische Fütterstörung
- Entwicklungsfördernde Betreuung
- Eltern und ihre Kompetenzen an-/erkennen
- Im weiteren Verlauf: Alternative Füttermethoden wie Fingerfeeding, Löffeln oder Bechern

### **5.2. Ausarbeitung eines Stillprotokolls**

Ein Protokoll dieser Art sollte u.a. folgende Punkte beinhalten:

- Anamnese Mutter
- Muttermilchgewinnung: Art und Menge

- Erst-/Gespräche
- Einführung der PIBBS-Scale
- Stilltraining im Verlauf
- Alternative Füttermethoden
- Wünsche der Eltern

### **5.3. Weitere Interventionen**

#### *Reduzierung der Trinksaugerauswahl*

Auf unseren Stationen gibt es 6 verschiedene Trinksauger.

Vor allem bei Kindern, die augenscheinlich noch Probleme mit der Nahrungsaufnahme haben, werden gern verschiedene Sauger ausprobiert und dies mitunter von Mahlzeit zu Mahlzeit. Solche Handlungen können zu Saugverwirrungen führen und machen es den Frühgeborenen dadurch unter Umständen noch schwerer, ein Saugen an der Brust zu erlernen.

Sauger mit unten abgeflachter Form werden komplett aus dem Sortiment genommen und gegen weichere, runde Sauger mit großer Lippenauflage und geringerer Durchflussrate ersetzt. Dies stellt einen ersten Schritt dar, um Fütterstörungen zu reduzieren.

Im weiteren Verlauf soll auf das Flaschenfüttern zugunsten von alternativen Füttermethoden wie Fingerfeeding verzichtet werden. Dies erfolgt wiederum nur bei Abwesenheit der Mutter, falls zu wenig Muttermilch zur Verfügung steht, oder ein Stillen nicht möglich ist. Fingerfeeding ist bei Frühgeborenen dem Bechern und Löffeln vorzuziehen, da die beiden letztgenannten Alternativen keine Saugbefriedigung bieten.

#### *Seitliche Fütterposition*

Der nächste Schritt wird sein, die Fütterpositionen in Seitenlage unter Kollegen und Eltern zu etablieren.

#### *Entwicklung folgender Standards*

- Erste nutritive Erfahrung an der Brust.
- Känguruhen in Nähe der Mamille.
- Mütter mit Stillwunsch werden zum Stilltraining angeleitet, eine primäre Fütterung mit der Flasche nur auf ausdrücklichen Wunsch der Mutter.

- Kein Füttern von Flaschen nach einem Stilltraining, sofern die Kinder noch über eine Magensonde verfügen, wird die Restmenge der Nahrung an der Brust sondiert.

## 6. Konklusion

### *Könnte das Stillen ein Lösungsansatz sein?*

Bisher wurde dem Stillen wenig Beachtung geschenkt. Die Ernährung mit Muttermilch wurde zwar angestrebt, doch es wurde als ausreichend erachtet, dass die Frühgeborenen die Muttermilch aus der Flasche trinken. Die Kinder wurden zum Känguruhen mittig zwischen den Brüsten platziert, ein Kuschneln vor der Mamille wurde den Müttern jedoch nicht angeboten. Doch vor allem das Füttern mit der Flasche erhöht das Risiko der posttraumatischen Fütterstörung, da hier viele physiologisch ungünstige Handlungen geschehen können, welche beim Stillen gar nicht erst nicht möglich sind. Es erscheint daher mehr als sinnvoll, das Stillen stärker zu etablieren. Gleichzeitig muss zweifellos mit kleinen Schritten begonnen werden, das Stillen zu fördern und das Flaschenfüttern zu reduzieren. Bei zu großen Umstrukturierungen besteht das Risiko, dass das Team aus Ärzten und Pflegekräften den Anschluss und das Interesse verliert.

Durch meine Facharbeit konnte ich herausarbeiten, dass das Stillen durchaus ein Lösungsansatz für die vermehrt auftretenden posttraumatischen Fütterstörungen der Frühgeborenen auf unserer Station ist. Viele negative Erfahrungen, die Frühgeborene und ihre Eltern während ihres Aufenthaltes bei uns machen, können durch einfaches Anlegen an die Brust vermieden werden. Ich persönlich würde mir deshalb wünschen, dass sich unser Team gemeinsam auf den Weg machen kann, diese Erkenntnisse in seiner Arbeit umzusetzen, um die ohnehin schwierige Situation mit Frühgeborenen perspektivisch für alle Beteiligten zumindest in Bezug auf den Aspekt des Fütterns erleichtern zu können.

## 7. Quellenangaben

1. Chatoor, Irene (2012): Fütterstörung bei Säuglingen und Kleinkindern – Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten, 2. Auflage, 2012, Klett Cotta Verlag, Stuttgart
2. Hommel, Susanne (2010): Frühkindliche Ess- und Fütterstörungen, *Zeitschrift Pädiatrie*, 4+5/2010, Verlag; Rosenfluh Publikationen AG
3. Casavent, Sharon (2015): Caregiving Factors Affecting Breastfeeding Duration Within a Neonatal Intensive Care Unit, *Adv Neonatal Care*.2015 Dec;15(6):421-8.doi: 10.1097/ANC.0000000000000234.
4. Kliethermes et al (1999): Transitioning preterm infants with nasogastric tube supplementation: increased likelihood of breastfeeding, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurse*. May-Jun 1999;28(3):264-73. doi: 10.1111/j.1552-6909.1999.tb01991.x.
5. Tuoni et al (2012): Kangaroo Mother Care: four years of experience in very low birth weight and preterm infants, *Minerva Pediatr* 2012 Aug;64(4):377-83.
6. Briere, Carrie-Ellen (2015): Breastfed or Bottle-Fed, Who goes Home sooner? *Adv Neonatal Care: Feb 2015, Volume 15*, doi: 10.1097/ANC.0000000000000159
7. Wener et al (2021): Evaluation of Methods of Breast or Bottle Feeding on Length of Hospitalization of Preterm Infants, *Breastfeed Med*. 2021 Nov;16(11):899-903. doi: 10.1089/bfm.2021.0066
8. Garpiel, Susan (2012): Premature Infant Transition to Effective Breast-feeding: A Comparison of Four Supplemental Feeding Methods, *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing* 41(s1) DOI:10.1111/j.1552-6909.2012.01362\_35.x
9. Nyqvist, Kirsten (2008): Early attainment of breastfeeding competence in very preterm infants, PIBBS, *Acta Paediatr*. 2008 Jun; 97(6):776-81.
10. Krogh et al. (2012): Bottle-feeding and the Risk of Pyloric Stenosis, <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2785>

11. Rozé et al (2012): The apparent breastfeeding paradox in very preterm infants: relationship between breast feeding, early weight gain and neurodevelopment based on results from two cohorts, EPIPAGE and LIFT, *BMJ Open* 2012 Apr 5;2(2):e000834. doi: 10.1136/bmjopen-2012-000834. Print 2012.
12. Heacock et al (1992): Influence of breast versus formula milk on physiological gastroesophageal reflux in healthy, newborn infants, *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1992 Jan;14(1):41-6. doi: 10.1097/00005176-199201000-00009.
13. MedLexi.de, o.V.:  
<https://medlexi.de/Moro-Reflex> [Stand: 26.04.2022]