

Persönliche PDF-Datei für

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:

Georg Thieme Verlag KG
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
ISSN

Alle Rechte liegen beim
Verlag



Pumpmanagement und Handgewinnung – Aufbau und Etablierung einer guten Milchproduktion

Anja Bier

Ein gutes Handgewinnungs- und Pumpmanagement, das Mütter von Anfang an bei der Etablierung der Milchproduktion und des Stillens unterstützt, trägt entscheidend dazu bei, Mutter-Kind-Paaren einen guten Start zu ermöglichen und die Chance auf eine lange und erfüllende Stillbeziehung zu erhalten.

Milchpumpen sind eine uralte Erfindung und können für manche Mutter-Kind-Paare entscheidend sein, um den Aufbau der Milchproduktion zu ermöglichen und das Stillen an der Brust vorzubereiten oder zu unterstützen. Ein modernes Pumpmanagement kennt mehrere Wege, um das Pumpen so effizient und zeitsparend wie möglich zu gestalten und dabei gleichzeitig die Milchbildung zu maximieren.

Es gibt jedoch noch ein einfacheres Hilfsmittel, das vor allem in den ersten Tagen nach der Geburt von besonderer Bedeutung ist: die eigenen Hände. Die Handgewinnung von Kolostrum stellt ein großartiges Werkzeug dar, das für viele Situationen besser geeignet ist als eine Pumpe.

Wann verwende ich also was und wie leite ich Frauen individuell für ihre Situation passend an?

Der Beginn: die ersten Stunden und Tage nach der Geburt

Wenn Mutter und Kind zusammen sind

Es gibt mehrere Situationen, in denen das direkte Stillen an der Brust für ein Neugeborenes (noch) nicht möglich ist oder aufgrund besonderer medizinischer Erfordernisse durch eine aktive Kolostrumgabe ergänzt werden sollte. Für die Kolostrumgewinnung ist eine Pumpe nur wenig geeignet: die wertvollen Kolostrum-Tropfen verschwinden im Pumpset und müssen mühsam wieder daraus hervor-

geholt werden, um sie dem Kind zu verabreichen [1, 3]. Außerdem bestärkt die Situation schon rein optisch viele Frauen in der Sorge, „noch keine Milch“ zu haben oder zumindest keine ausreichende Menge zur Verfügung stellen zu können.

Sinnvoll ist daher in den ersten Stunden und Tagen nach der Geburt die Kolostrumgewinnung von Hand. Diese ist rasch und ohne Hilfsmittel zu bewerkstelligen und kann auch schon direkt im Kreißsaal eingesetzt werden, wenn es die Situation erfordert.

Besonders Neugeborene von Müttern mit Diabetes/Gestationsdiabetes sind hier betroffen. Zur Prävention einer Hypoglykämie sollen sie leitlinienkonform eine Frühfütterung 30 Minuten postpartal erhalten [4]. Zu diesem Zeitpunkt befinden sie sich bereits im Hautkontakt, haben aber meist noch nicht selbst zur Brust gefunden und „angedockt“ [5]. Daher bietet die Handgewinnung die Absicherung der Hypoglykämie-Prävention, ohne den wichtigen natürlichen Prozess des Bondings und Self-Attachments zu stören. Schwangere mit Diabetes/Gestationsdiabetes sollten bereits vor der Entbindung über diese Möglichkeit aufgeklärt und zur Handgewinnung angeleitet werden. In vielen Kliniken werden sie heute bereits zur präpartalen Kolostrumgewinnung beraten, die für diese Zielgruppe ab der 37. Schwangerschaftswoche sinnvoll ist. (Weitere Informationen dazu auf der Webseite des Europäischen Instituts für Stillen und Laktation (EISL) „Hypoglykämie beim Neugeborenen“ [8].)

Merke

Manchmal kommt es vor, dass nach einer Geburt das erste Stillen an der Brust trotz ununterbrochenem Hautkontakt und ausreichend Zeit nicht gelingt oder dass aus medizinischen Gründen eine Unterbrechung des Hautkontakts notwendig wurde, was die Saugbereitschaft des Kindes verringern und das anschließende erste Stillen erschweren kann. Auch für diese Fälle ist die Handgewinnung von Kolostrum eine einfache Möglichkeit, um den folgenden Grundsatz sicherzustellen: **Kein Kind verlässt den Kreißaal ohne Kolostrum!**

Dies gilt natürlich ebenso für eine Geburt per Sectio: Zwar ermöglichen immer mehr Kliniken heute selbstverständlich das Sectio-Bonding, aber manchmal gelten besondere Umstände, unter denen es stattdessen notwendig wird, das Bonding auf dem Oberkörper des Vaters oder einer anderen Begleitperson durchzuführen. Zur Absicherung der Kolostrumgabe ist es daher sinnvoll, mit der entbindenden Frau kurz vor der Sectio noch etwas Kolostrum von Hand zu gewinnen, so dass es anschließend bei Bedarf direkt zur Verfügung steht. Frisch gewonnenes Kolostrum kann mehrere Stunden bei Raumtemperatur gelagert werden [1, 3].

Eine besondere Gruppe stellen Late-Preterm- und Nearly-Term-Kinder dar (Geburten mit Gestationsalter 34–36 bzw. 37–38 Wochen). Diese Neugeborenen wirken oft in den ersten Stunden unauffällig und werden häufig wie vollständig reifgeborene Kinder behandelt. Meist sind sie jedoch ab Tag 2 schläfrig und nur schwer zum Stillen an der Brust zu bewegen. Daher ist eine intensive und regelmäßige Kolostrumgewinnung und -verabreichung bereits an Tag 1, ergänzend zum Stillen an der Brust, eine gute Möglichkeit, um präventiv tätig zu werden. Ab Tag 2, wenn das Stillen an der Brust nur schwer gelingt, ist die regelmäßige Kolostrumgabe per Spritze oder Löffel notwendig [1, 3].

Wenn Schwierigkeiten auftreten ist eine ergänzende Handgewinnung von Kolostrum für alle Mutter-Kind-Paare sinnvoll. Das gilt z.B. bei einem schläfrigen Baby, bei unru-

higen Kindern oder wenn die Mutter bereits in der Vergangenheit Schwierigkeiten mit der Milchbildung hatte.

Normalerweise ist in den ersten Tagen kein Einsatz einer Milchpumpe notwendig, wenn Mutter und Kind zusammen sind und viel direkten Körperkontakt (im besten Fall: Hautkontakt) miteinander halten, wenn die Mutter früh auf Stillzeichen des Kindes reagiert und häufig anlegt sowie im Bedarfsfall durch Handgewinnung von Kolostrum das Stillen unterstützt und ergänzt (► **Abb. 1**).

Zusätzliche Stimulation und Absicherung der Milchmenge mit Hilfe einer Pumpe wird lediglich dann empfohlen, wenn die Mutter nur mit Hilfe eines Stillhütchens anlegen kann. In diesem Fall sollte sie in den ersten Tagen 1–2-mal täglich mit einer elektrischen Pumpe die Brust zusätzlich zum Stillen stimulieren, bis die Milchbildung gut funktioniert und das effektive Trinken des Kindes sowie eine gute Gewichtsentwicklung gesichert ist.

Merke

Noch ein paar Worte zum Sprachgebrauch: Die Handgewinnung von Kolostrum wird leider häufig noch als „Ausstreichen“ von Milch oder „Abdrücken“ von Milch bezeichnet. Diese Begriffe führen jedoch zu Missverständnissen und einer ungünstigen Technik. Der neutrale Begriff „Handgewinnung“ ist daher besser geeignet, um Frauen anzuleiten.

Die Handgewinnung wird durch eine kurze Brustmassage (Oxytocinmassage) eingeleitet und anschließend durch drei entscheidende Schritte geprägt:

1. Anheben und Komprimieren des Brustgewebes in Richtung Brustkorb
2. Kompression und Abrollen der Finger, ohne auf der Haut zu verrutschen (also KEIN „Streichen“)
3. Lösen der Kompression, eventuell nach einiger Zeit auch Versetzen der Finger, um andere Regionen der Brust zu entleeren



► **Abb. 1** Handgewinnung von Kolostrum (© A. Bier).

Die genaue Technik und Positionierung der Finger, sowie die Anleitung zur Brustmassage finden Sie auf den EISL-Webseiten inklusive Verlinkung auf Videos und Informationsmaterial für Eltern [6, 7].

Wenn Mutter und Kind getrennt sind

Eine Trennung von Mutter und Kind beispielsweise nach einer Frühgeburt, bringt eine Vielzahl von Herausforderungen für die Etablierung des Stillens mit sich. Häufig ist gerade für diese Kinder die Muttermilch besonders wichtig (z.B. zur Prophylaxe einer Nekrotisierenden Enterokolitis, NEC). Gleichzeitig ist der Aufbau der Milchbildung ganz ohne die stimulierende Unterstützung des Babys eine zusätzliche Herausforderung in einer sowieso schon belastenden Situation.

Frauen benötigen daher gute Informationen und Ermutigung, um die ersten beiden Wochen der intensiven Arbeit zum Aufbau der Milchbildung zu bewältigen. Eine realistische Perspektive, wie es nach diesen beiden Wochen weitergeht und wie längerfristig der Übergang zum direkten Stillen an der Brust gelingen kann, ist notwendig, um die Motivation zu erhalten.

In etlichen Studien konnte gezeigt werden, dass soviel direkter Hautkontakt wie möglich nicht nur positive Auswirkungen auf eine Vielzahl von kindlichen Faktoren hat, sondern auch signifikant die Milchproduktion der Mutter steigert und die Etablierung der Milchbildung erleichtert [1, 3]. Wann immer möglich, ist ein postpartales Bonding im direkten Hautkontakt wünschenswert und wird heute in progressiven Kliniken vielen Mutter-Kind-Paaren auch bei Frühgeborenen nach der Erstversorgung des Kindes ermöglicht. In allen Kliniken sollten regelmäßige und intensive Skin-to-Skin-/Känguru-Zeiten während der folgenden Tage und Wochen selbstverständlich sein.

Neben dem ausgedehnten Hautkontakt, trägt der möglichst frühe Beginn der Stimulation der Brust innerhalb der ersten 6 Stunden postpartum entscheidend zum optimalen Aufbau der Milchmenge bei [1–3].

In den ersten Stunden und Tagen unterscheiden wir zwischen zwei Zielen:

1. die Gewinnung von Kolostrum zur Verabreichung an das Kind
2. die notwendige Stimulation der Brust zum Aufbau der Milchproduktion

Beide Komponenten werden in dieser Phase am besten getrennt voneinander betrachtet:

- Für die Gewinnung von Kolostrum bleibt die Handgewinnung das Mittel der ersten Wahl (s. o.).
- Zur Stimulierung der Brust wird eine elektrische Doppelpumpe verwendet, um den Aufbau der Milchproduktion zu ermöglichen. Die Gewinnung von Kolostrum steht dabei nicht im Vordergrund.

Wenn Mutter und Kind unmittelbar nach der Geburt getrennt werden, sollte die Frau innerhalb der ersten Stunde postpartal zum erstmaligen Gewinnen von Kolostrum per Hand angeleitet werden. Innerhalb der ersten 6 Stunden postpartal beginnt sie dann zusätzlich mit der Stimulation per Pumpe. In den ersten Tagen wird die Mutter angeleitet, mindestens 8-mal, besser 10-mal täglich zuerst Kolostrum von Hand zu gewinnen und direkt im Anschluss für ca. 15–20 Minuten zu pumpen. Dabei kommt vor allem die Technik des Power-Pumpings (s. Glossar) zum Einsatz. Insgesamt benötigt so die Kombination aus Handgewinnung und Pumpen ca. 20–25 Minuten pro Session.

► **Tab. 1** Beispiel eines möglichen Tagesablaufs für den 2. Tag post partum.

Uhrzeit	Ablauf
05:00	Wecker stellen für 1. Session Handgewinnung + Power-Pumping, weiterschlafen
07:30	2. Session Handgewinnung + Power-Pumping
08:00	Frühstück, Duschen, etc.
09:00	3. Session Handgewinnung + Power-Pumping
09:30	Mutter geht zu ihrem Kind für ausgedehnten Hautkontakt
12:00	4. Session Handgewinnung + Power-Pumping direkt auf der NICU beim Kind
12:30	Rückkehr auf die Wochenstation, Mittagessen, Ruhepause
14:30	5. Session Handgewinnung + Power-Pumping
15:00	Ausgedehnter Hautkontakt mit dem Kind auf der Kinderstation
17:30	6. Session Handgewinnung + Power-Pumping direkt auf der NICU beim Kind
18:00	Rückkehr auf die Wochenstation, Abendessen
19:00	7. Session Handgewinnung + Cluster-Pumping für eine Stunde (s. Glossar)
22:00	8. Session Handgewinnung + Power-Pumping
00:00	9. Session Handgewinnung + Power-Pumping, anschließend Nachtruhe

Die hohe Frequenz führt ohne gute Information und Anleitung rasch zu einem Gefühl der Überforderung auf Seiten der Mutter. Daher ist es wichtig, mit ihr möglichst konkret zu besprechen, wie dieses Schema in der Praxis umgesetzt werden kann (► **Tab. 1**). Entscheidend ist die Frequenz insgesamt über den Tag, die Abstände zwischen den Pumpzeiten müssen dazu nicht gleichförmig sein. Dies stellt in der Praxis eine große Erleichterung für die Frauen dar, weil sie so das Pumpen in ihren Tagesablauf integrieren können und nicht umgekehrt ihren Tagesablauf an einen bestimmten Pump-Abstand anpassen müssen.

Die beiden Sessions 4 und 6 im obigen Beispiel, die direkt nach ausgedehntem Hautkontakt und in Anwesenheit des Kindes durchgeführt werden, sind häufig besonders effektiv und geben vielen Frauen einen Motivationsschub.

Zum Einsatz kommen sollten moderne elektrische Klinikpumpen, die von verschiedenen Herstellern angeboten werden. Praktische Tipps in Bezug auf die Auswahl der richtigen Pumptrichter, die Handhabung und weitere Aspekte finden sich am Ende des Artikels.

Aufbau-Phase: Etablierung der Milchbildung

Die entscheidenden ersten beiden Wochen

Durch ausreichend häufige Stimulation der Brust wird eine gute Etablierung der vollen Milchbildung in den ersten 14 Tagen nach der Geburt erreicht. Sie ist entscheidend für den Erhalt der Milchproduktion auch in den folgenden Wochen und Monaten. Ziel ist es, zwei Wochen postpartal eine Tages-Gesamtmenge von mindestens 500–700 ml, optimal 800–1000 ml Muttermilch zu etablieren [3]. Ein kleines Frühgeborenes wird zu diesem Zeitpunkt diese Mengen noch nicht benötigen, das sollte aber keinesfalls dazu führen, dass Frauen das Signal erhalten, die Überproduktion wäre unnötig. Die Etablierung der hohen Milchmenge dient hier nicht der unmittelbaren Versorgung des Kindes, sondern sichert die Milchbildung für die nächsten Monate ab!

Sobald die Initiale Brustdrüsenanschwellung („Milcheinschuss“) anzeigt, dass die Frau in die Laktogenese II eintritt, ist die Handgewinnung von Kolostrum nicht mehr notwendig. Die Milchproduktion wird nun durch mindestens 8-mal, besser 10-mal tägliches Pumpen vollständig aufgebaut – am besten durch eine Kombination aus Power-Pumping und Cluster-Pumping (s. Glossar). Bei Bedarf kann zusätzlich die Technik des Hands-on-Pumpings (s. Glossar) eingesetzt werden, um die Milchmenge und/oder den Fettgehalt der Milch zu steigern.

Nach Möglichkeit sollte immer mit Doppelset gepumpt werden, dies führt zu einer Erhöhung der Milchmenge und bietet außerdem den ganz praktischen Aspekt der deutlichen Zeitersparnis.

STADIEN DER LAKTATION

Mammogenese (in der Frühschwangerschaft): Proliferation und Differenzierung des Milchdrüsenorgans unter Hormoneinfluss, Bildung von Alveolen

Laktogenese I (2. Schwangerschaftshälfte und erste Tage postpartal): Sekretorische Differenzierung der Epithelialzellen durch hohe Prolaktinkonzentration, Bildung von Kolostrum; reichliche Milchbildung wird noch durch Plazentahormone gehemmt

Laktogenese II (Initiale Brustdrüsenanschwellung/„Milcheinschuss“): Beginn der reichlichen Milchbildung nach Abfall der placentaren Hormone, ca. 36–96 Stunden pp. Lymphschwellung der Brust; Schließung der tight junctions zwischen den Laktozyten

Laktogenese III (früher: Galaktopoese, Phase der Laktationserhaltung): Nach Etablierung der vollen Milchbildung Anpassung der Milchmenge an den tatsächlichen Bedarf; Steuerung durch Füllungsgrad der Brust und Entnahme von autokrinen Inhibitoren

Involution (Phase nach dem ausschließlichen Stillen bis zum vollständigen Abstillen): Durch fehlende Milchentnahme und Verbleib der autokrinen Inhibitoren in der Brust schließlich Zell-Apoptose der Laktozyten; Um-/ Rückbau des Brustdrüsenorgans zum prägravidem Stadium

Einige moderne Milchpumpen bieten verschiedene Programmierungen an, um den Aufbau der Milchbildung zu unterstützen. In der Praxis ist es nicht sinnvoll, sich zu sehr auf die technischen Aspekte von verschiedenen Pump- und Stimulationszyklen zu konzentrieren. In einigen Fällen verwenden Frauen auch durch fehlende Anleitung oder Missverständnisse über Wochen Programme, die eigentlich nur für die ersten Tage vorgesehen sind, oder sie fühlen sich von den verschiedenen Möglichkeiten der Einstellung überfordert.

Sinnvoller und für den Gesamterfolg wesentlich bedeutsamer ist die gute Aktivierung der Oxytocinausschüttung vor dem Pumpen und zwischendurch. Dies wird durch häufigen Kontakt mit dem Baby und gutes Pumpmanagement (kurze Unterbrechungen, Brustmassagen plus Hands-on-Techniken) ermöglicht. Eine „normale“ rhythmisch saugende Pumpe, bei der man die Stärke des Vakuums individuell einstellen kann und die mit einem Doppelset betrieben werden kann, ist vollkommen ausreichend.

Dass durch kurze Unterbrechungen der Bruststimulation der Oxytocinspiegel immer wieder in Spitzen ansteigt und so eine effektivere Entleerung der Brust möglich wird, ist bereits seit längerem bekannt. Dies entspricht auch dem

natürlichen Saugverhalten von Säuglingen: Sie wechseln zwischen nutritivem und non-nutritivem Saugen, legen zwischendurch kleine Pausen ein und beginnen, manchmal unterstützt von einem Wechsel der Brust, nach kurzer Zeit erneut zu trinken. Dieses natürliche Verhalten wird in den ersten Wochen häufig in den frühen Abendstunden noch intensiviert und ist dann als Clusterfeeding bekannt.

Modernes Pumpmanagement versucht, dieses Verhalten nachzuahmen und nutzt dazu verschiedene Methoden. Das Europäische Institut für Stillen und Laktation (EISL) hat für den Gebrauch im deutschsprachigen Raum die folgenden Begriffe und Definitionen etabliert:

GLOSSAR

Power-Pumping

geeignet als „Standardmethode“ im Alltag während der Aufbau-Phase

1. Brustmassage/Oxytocinmassage
2. doppelseitiges Abpumpen für ca. 5 Minuten
3. kurze Unterbrechung – ein Glas Wasser trinken, strecken, aufstehen (Steigerung der Oxytocinausschüttung)

Punkte 1– 3 insgesamt 3-mal wiederholen – Gesamtdauer 15–20 Minuten.

Cluster-Pumping

als ergänzende Methode 1–2-mal täglich während der Aufbau-Phase

1. Brustmassage/Oxytocinmassage
2. Doppelseitiges Abpumpen für ca. 10–12 Minuten oder bis die Milch nicht mehr fließt
3. Pause von ca. 10–12 Minuten

Punkte 1–3 insgesamt ca. 3-mal wiederholen – Gesamtdauer ca. 1 Stunde

Hands-on-Pumping

ergänzend zur Steigerung der Milchmenge und/oder des Fettgehalts der Milch

Während des Pumpens wird gleichzeitig die Brust mit kreisenden Bewegungen der Finger massiert und/oder immer wieder komprimiert (Brustkompression) (► **Abb. 2**). Dies ist einfacher durchzuführen, wenn die Mutter während des Pumpens die Hände frei hat, was durch ein Pump-Bustier (zum Kaufen erhältlich, aber auch einfach selbst herzustellen) ermöglicht wird, das die Pumptrichter an der Brust festhält.

Für Frauen, die absehbar für längere Zeit regelmäßig pumpen, empfiehlt sich die Anschaffung oder Herstellung eines solchen Bustiers in jedem Fall – auch für den Alltagsgebrauch.

Erhalt-Phase: die Milchproduktion läuft

Pumpmanagement alltagstauglich machen

Die anstrengenden ersten beiden Wochen sind geschafft, die Mutter hat ihre Milchproduktion gut aufgebaut und pumpt aktuell rund 8–10-mal täglich. Nun kann sie langsam die Frequenz senken und auf ein einfacheres Pumpmanagement umstellen, ohne dass ein Einbruch der Milchmenge zu erwarten ist.

Das Pumpen kann nun wie folgt ohne Power-Pumping oder Cluster-Pumping fortgeführt werden:

1. Brustmassage/ Oxytocinmassage
2. durchgehendes Pumpen für ca. 15 Minuten oder bis die Milch nicht mehr fließt

Mit einem Pump-Bustier ausgestattet, kann die Mutter auch einfach „nebenher“ pumpen, während sie liest, fernsieht oder sogar während des Essens oder beim Wäsche falten. Dies ist für manche Frauen psychologisch bedeutsam, weil die Ablenkung dazu beiträgt, dass sie weniger intensiv auf „jeden Tropfen lauern“, was manchmal deutlich zur Entspannung der Gesamtsituation beiträgt.

Schrittweise erfolgt nun auch eine Reduktion der Frequenz: Meist ist eine Reduzierung auf ca. 5–8 Pump-Sessions täglich möglich, ohne dass die Gesamtmilchmenge pro Tag absinkt. In der Literatur wird auch beschrieben, dass eine Gesamt-Pump-Zeit von mindestens 100 Minuten in 24 Stunden ausreichend ist, um die Milchproduktion zu erhalten. Für einige Frauen ist es einfacher, häufige kurze Pump-Sessions einzulegen und auf diese Weise die Gesamt-Tagesdauer zu erreichen.

Wenn die Milchmenge nach längerer stabiler Frequenz etwas absinkt, ist es möglich, für einige Tage das Cluster-Pumping 1–2-mal täglich wiedereinzuführen, ohne die Frequenz insgesamt wieder zu steigern.



► **Abb. 2** Brustkompression während des Pumpens (Hands-on-Pumping). (© A. Bier).

Praktische Tipps zu Auswahl, Handhabung und Anwendung von Pumpen

- Selbstverständlich müssen Pumptrichter in der passenden Größe verwendet werden, um Schmerzen und Verletzungen zu vermeiden. Entscheidend ist die „Dicke“ der Mamille: Es gibt Pumptrichter mit größerem und kleinerem Durchmesser des Pumpkanals. Viele Hersteller bieten auch Hilfestellungen zur Ermittlung der passenden Größe, z.B. durch eine Lochkarte für die Mamillen oder über Videos/Bilder auf ihrer Webseite an.
- Häufig halten Mütter ohne entsprechende Anleitung die Pumptrichter zu weit hinten fest, am Ansatz zu den Schläuchen. Günstiger ist es, die Hände direkt an den Trichtern im Kontakt mit der Brust zu positionieren. Das verringert die Verletzungsgefahr durch schräg aufgesetzte oder zu fest in die Brust gedrückte Pumptrichter (► **Abb. 2**).
- Pumpen sollte nicht schmerzen – Frauen benötigen die Information, dass ein höheres Vakuum keinesfalls eine Erhöhung der Milchmenge bedeutet. Der individuelle optimale „Pump-Punkt“ lässt sich wie folgt ermitteln: Die Mutter beginnt mit einem Vakuum auf niedriger Stufe und steigert dieses langsam bis zu dem Punkt, an dem es unangenehm wird. Daraufhin dreht sie eine Stufe zurück, so dass sie wieder im Komfortbereich liegt.
- Wärme vor und während des Pumpens erhöht die Milchmenge [1, 3]. Dies kann einfach durch ein erwärmtes Kirschkernkissen, warme Waschlappen oder mit Hilfe der eigenen Hände geschehen. Einige Hersteller bieten auch speziell geformte Wärmkissen an, die um die Pumptrichter herumgeschnallt werden können.
- Studien zeigten, dass entspannende Musik vor und während des Pumpens nicht nur zum Wohlbefinden der Mutter, sondern auch zu einer Erhöhung der Milchmenge beiträgt [1–3]. Auch andere Entspannungstechniken können hilfreich sein, um die Milch ins Fließen zu bringen, ebenso wie das Riechen an der Kleidung des Babys, das Ansehen von Fotos/Videos des Kindes und die Konzentration auf positive Gefühle.

Autorinnen/Autoren



Anja Bier

ist Still- und Laktationsberaterin IBCLC und Mitarbeiterin des Europäischen Instituts für Stillen und Laktation (EISL).

Korrespondenzadresse

anja.bier@stillen-institut.com

Literatur

- [1] Lactation Education Accreditation and Approval Review Committee (LEAARC); Hetzel Campbell S, Lauwers J, Mannel R, Spencer S, eds. Core Curriculum for Interdisciplinary Lactation Care. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2019
- [2] Lauwers J, Swisher A. Counseling the Nursing Mother. A Lactation. Consultant's Guide. 7. Aufl. Burlington: Jones & Bartlett Learning. 2021
- [3] Walker M. Breastfeeding Management for the Clinician. Using the Evidence. 4. Aufl. Burlington: Jones & Bartlett Learning. 2017
- [4] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF). Betreuung von Neugeborenen diabetischer Mütter. Im Internet: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-006l_S2k_Betreuung_von_Neugeborenen_diabetischer_Muetter_2017-10-abgelaufen.pdf; Stand: 07/2017
- [5] Europäisches Institut für Stillen und Laktation (EISL). Bonding und Self-Attachment. Im Internet: <https://www.stillen-institut.com/de/bonding-und-self-attachment.html>; Stand: 05/2021
- [6] Europäisches Institut für Stillen und Laktation (EISL). Brustmassage. Im Internet: <https://www.stillen-institut.com/de/brustmassage.html>; 02/2021
- [7] Europäisches Institut für Stillen und Laktation (EISL). Gewinnen von Muttermilch. Im Internet: <https://www.stillen-institut.com/de/gewinnen-von-muttermilch.html>; 03/2021
- [8] Europäisches Institut für Stillen und Laktation (EISL). Hypoglykämie beim Neugeborenen: <https://www.stillen-institut.com/de/hypoglykaemie.html>; 02/2021

Bibliografie

Hebamme 2021; 34: 58–63
 DOI 10.1055/a-1474-8835
 ISSN 0932-8122
 © 2021. Thieme. All rights reserved.
 Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
 70469 Stuttgart, Germany