

Orale Therapie mit der eigenen Muttermilch

Was ist orale Therapie mit der eigenen Muttermilch?

Unter der oralen Therapie versteht man das regelmäßige Verabreichen von kleinen Mengen (0,1-0,2 ml) Muttermilch in die Wangentaschen des Kindes, bis zum Beginn des oralen Füttervorgangs.¹⁻⁵

Dies kann ab der Geburt beginnen:

- als regelmäßige Mundpflege für Kinder, die noch keine Flüssigkeit per os bekommen haben
- alle 3–6 Stunden zur enteralen Ernährung
- als orale Stimulation für Non-Nutritives Saugen (NNS)

Studien belegen durchweg, dass diese Praxis sicher, kostengünstig, realisierbar und selbst für Kinder mit einem Gewicht von unter 1000 g gut verträglich ist.^{1,3,4}

Warum ist die orale Therapie mit der eigenen Muttermilch wichtig?

Kolostrum und Vormilch weisen einen hohen Gehalt an immunologischen, antiinfektiösen und entzündungshemmenden Faktoren auf. Die orale Therapie gilt daher als eine Form der Immuntherapie.^{2,3,5}

Es ist erwiesen, dass die Durchführung einer oralen Therapie Mütter motiviert und bestärkt, weiterhin Milch für ihr Kind abzupumpen und die Häufigkeit der Mahlzeiten mit Muttermilch zu steigern.¹ Darüber hinaus bietet sie den Familien die Gelegenheit zur sinnvollen Beteiligung an der Pflege, stärkt die Bindung und fördert das mütterliche Vertrauen.^{1,4}

Die Forschung zum klinischen Nutzen der oralen Therapie entwickelt sich ständig weiter. Nach bisherigem Stand steht sie in positiver Verbindung mit einem verringerten Sepsisrisiko,^{1,4} einer kürzeren Gesamtdauer der parenteralen Ernährung, einem früheren Beginn sowohl der enteralen als auch der oralen Ernährung, sowie mit kürzeren Krankenhausaufenthalten.⁶⁻⁸

Wie sieht die Umsetzung aus?

Entwickeln / Überarbeiten Sie Protokolle, die:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> eine orale Therapie innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt empfehlen (nach medizinischem Ermessen). | <input type="checkbox"/> Mütter bei frühem (innerhalb von 3 Stunden nach der Geburt) und häufigem (mind. 8 Mal innerhalb von 24 Stunden) Abpumpen unterstützen, um auf eigene Muttermilch zurückgreifen zu können. | <input type="checkbox"/> auf neonatologischen und Wochenbettstationen regelmäßige Mitarbeiterschulungen zum Wert von Kolostrum (unabhängig vom Volumen) und oraler Therapie vorsehen. |
| <input type="checkbox"/> die verstrichene Zeit zwischen Geburt und erster oraler Therapie mit Muttermilch in Stunden festhalten. | <input type="checkbox"/> für die orale Therapie vorzugsweise frisch abgepumpte Muttermilch einsetzen. | <input type="checkbox"/> gewährleisten, dass jede Durchführung einer oralen Therapie dokumentiert wird, ebenso wie sämtliche Gründe für ein etwaiges Unterlassen der Therapie. |
| <input type="checkbox"/> die Durchführung der oralen Therapie in regelmäßigen Abständen (alle 3–6 Stunden) bis zu Beginn der oralen Fütterung empfehlen. | <input type="checkbox"/> vorsehen, dass die Eltern nach jeder Abpumpung bei ihrem Kind eine orale Therapie durchführen. | |

Wie kann das überprüft werden?

Zu Strategien für das Bemessung von Best Practice zählen:

- Ermitteln der in Frage kommenden Kinder, bei denen
 - a) innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt und
 - b) alle 3–6 Stunden bis zum Beginn der oralen Fütterung eine orale Therapie durchgeführt wird.
- Ursachenermittlung einer suboptimalen Durchführung der oralen Therapie.

Monatliche Auswertungen der Protokolle:

- heben jüngste Fortschritte hervor und können auf der Station die Motivation zur Fortführung qualitätsverbessernder Maßnahmen steigern.
- zeigen auf, wo noch Änderungen erforderlich sind und ermöglichen die rechtzeitige Durchführung von Weiterbildungen für das Personal zur kontinuierlichen Verbesserung der klinischen Praxis.
- ermöglichen das Erkennen und Beheben von Hindernissen.

Literaturhinweise: 1 Snyder R et al. *Pediatr Neonatol.* 2017; 58(6):534–540. 2 Rodriguez NA et al. *Trials.* 2015; 16:453. 3 Rodriguez NA et al. *Adv Neonatal Care.* 2010; 10(4):206–212. 4 Lee J et al. *Pediatrics.* 2015; 135(2):e357–66. 5 Gephart SM, Weller M. *Adv Neonatal Care.* 2014; 14(1):44–51. 6 Seigel JK et al. *Breastfeed Med.* 2013; 8(6):491–495. 7 Nasuf AWA et al. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018; 9:CD011921. 8 Tao J et al. *Eur J Clin Nutr.* 2020; 74(8):1122–1131.