Universität Hamburg
DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG

HAW HAMBURG

UKE HAMBURG

Stillen und GDM - Wie die präpartale Stillvorbereitung durch Hebammen die Stillbeziehung fördern kann

Bachelorarbeit

Tag der Abgabe: 18.12.2025

Vorgelegt von: Mia Paulina Bösch, [redacted]

Gutachter:innen:

Erstprüfende: Dr. Nina Reitis

Zweitprüfende: Thekla Janßen

“Supporting a woman’s right to breastfeed is a measure of gender equality - and building a breastfeeding-friendly society is everyone’s responsibility.”

UNICEF und WHO, 2018

Sprachgebrauch

In der vorliegenden Bachelorarbeit wird grundsätzlich eine genderneutrale Sprache verwendet. Bei der Widergabe von Inhalten der verwendeten Quellen wurde auf Grund der wissenschaftlichen Genauigkeit der Originalwortlaut beibehalten. Dieser beinhaltet geschlechtsspezifische Bezeichnungen wie „Frauen“ und „Mütter“. Im Zusammenhang mit dieser Arbeit, sind bei Nutzung dieser Bezeichnungen alle gebärfähigen Personen sowie alle Personen nach der Geburt eines Kindes miteingeschlossen, unabhängig von ihrer geschlechtlichen Identität.

Ebenso wird der Begriff „Muttermilch“ aus den Quellen übernommen. Bezieht sich aber im Kontext dieser Arbeit, auf die gebildete Milch nach Geburt eines Kindes, unabhängig von der elterlichen Identität der stillenden Person.

Die Berufsbezeichnung Hebamme ist in § 3 des Hebammengesetzes (HebG) verankert, gilt für alle Berufsangehörigen und schließt somit alle Geschlechter (m/w/d) ein.

Abstract

Einleitung/Hintergrund: Gestationsdiabetes mellitus ist mit einer geringeren Stillprävalenz sowie erhöhten maternalen und neonatalen Risiken verbunden. Gleichzeitig zeigt die Studienlage, dass Stillen einen positiven Einfluss auf die Gesundheit von Mutter und Kind hat. Trotzdem wird deutlich, dass der Stillerfolg bei Schwangeren mit GDM deutlich reduziert ist. Ziel dieser Arbeit ist es, einen praxisorientierten Versorgungsplan für Hebammen zur präpartalen Stillvorbereitung zu erstellen.

Methodik: Es wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken, PubMed, Cinhal und Cochrane durchgeführt. Anhand dieser Recherche wurden 10 Quellen, darunter Studien, Leitlinien und klinische Protokolle, kritisch bewertet und zur Entwicklung der evidenzbasierten Handlungsempfehlungen genutzt.

Ergebnisse: Auf Grundlage der Literatur wurden Maßnahmen zur Stillvorbereitung in den Bereichen physisch, psychisch und sozial identifiziert. Zentrale Themen die förderlich für den Stillerfolg bei GDM waren, sind unter anderem die Gewichtsentwicklung, Bewegung, präpartale Kolostrum Gewinnung, Stillaufklärung, Förderung der Selbstwirksamkeit sowie die Einbindung von Partner:innen und des interdisziplinären Teams.

Diskussion: Die Ergebnisse verdeutlichen, dass eine erfolgreiche Stillbeziehung bei Schwangeren mit GDM einen ganzheitlichen Ansatz benötigt. Einzelne Interventionen zeigen ausschlaggebende positive Effekte, wobei es auch Interventionen gibt bei denen weiterhin Forschungsbedarf besteht, wie die Gewichtsentwicklung und die präpartale Kolostrum Gewinnung. Es wird auch deutlich, dass psychische und soziale Faktoren einen erheblichen Einfluss auf den Stillerfolg haben und stärker berücksichtigt werden müssen.

Fazit**:** Die Arbeit zeigt, dass die präpartale Stillvorbereitung durch Hebammen, bei Schwangeren mit GDM, einen wichtigen Beitrag zum Stillerfolg beitragen kann. Der Versorgungsplan bietet eine strukturierte und evidenzbasierte Orientierung für passende Handlungsempfehlungen in der Praxis. Er zeigt aber auch auf, dass weiterer Forschungsbedarf besteht, um die Maßnahmen evidenzbasiert zu verbessern.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

1. Einleitung und Hintergrund 1

1.1. Definitionen 2

1.2. Vorteile des Stillens bei GDM 3

1.3. Relevanz in der Hebammenarbeit 3

1.4. Entwicklung der Forschungsfrage 4

2. Methodik 5

2.1. Vorgehen 5

2.2. Ein- und Ausschlusskriterien 5

2.3. Schlagwörter 6

2.4. Suche in den Datenbanken 7

2.4.1. Leitlinien 8

2.5. Eingeschlossene Literatur 9

3. Versorgungsplan 11

3.1. Physisch 11

3.1.1 BMI und Gewichtsentwicklung 11

3.1.2 Kolostrum Gewinnung in der Schwangerschaft 13

3.2. Psychisch 15

3.3. Sozial 17

3.3.1. Partner:innen und Ihre Rolle 17

3.3.2. Informationsbeschaffung 18

3.3.3. Hebammen und das interdisziplinäre Team 19

4. Diskussion 20

4.1. Diskussion der Ergebnisse 20

4.2. Diskussion der Methodik 24

4.3 Implikation für die Praxis 26

5. Fazit.....27

Literaturverzeichnis.....29

Anhang

Ia Detaillierte Übersicht der verwendeten Literatur

Ib Bewertung der verwendeten Literatur

Eidesstattliche Erklärung

Abkürzungsverzeichnis

AGREE II	Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CCT	Controlled Clinical Trial
DDG	Deutsche Diabetes Gesellschaft
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DGGG	Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
EISL	Europäisches Institut für Stillen und Laktation
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GDM	Gestationsdiabetes mellitus
HebG	Hebammen Gesetz
IOM	Institute of Medicine
IRMAT	Integrative Review Methodology Appraisal Tool
SGB	Sozialgesetzbuch
SSW	Schwangerschaftswochen
RCT	Randomized Controlled Trial

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schlagwörter, eigene Darstellung *7*
Tabelle 2: Übersicht der eingeschlossenen Literatur, eigene Darstellung *9*

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: PRISMA-Flowchart, eigene Darstellung 10

1. Einleitung und Hintergrund

Stillen ist ein wichtiger Aspekt in der Schwangerschaft und im Wochenbett. Trotzdem gibt es starke Varianz beim Stillerfolg. Besonders Mütter mit Gestationsdiabetes mellitus (GDM) zeigen eine deutlich niedrigere Stillprävalenz bei der Entlassung aus der Klinik, als Mütter ohne GDM. Der Unterschied beträgt ganze 13,2 % (Haile et al., 2016).

Das ausschließliche Stillen am ersten Tag im Krankenhaus und das ausschließliche Stillen am Ende des ersten Monats nach der Geburt schien bei Dagla et al. (2021) die Wahrscheinlichkeit für ausschließliches Stillen am Ende des sechsten Monats nach der Geburt um fast das Sechsfache zu erhöhen (Dagla et al., 2021). Dies unterstreicht, wie entscheidend ein frühzeitiger und erfolgreicher Stillstart für die Aufrechterhaltung des ausschließlichen Stillens über die ersten sechs Monate hinweg ist.

Zudem wurde nachgewiesen, dass die Stillabsicht von Frauen maßgeblich durch ihr Wissen, ihre Einstellungen und Überzeugungen sowie ihr Vertrauen in die Fähigkeit zu Stillen beeinflusst wird (Cummins et al., 2022). Zu den relevanten Faktoren zählen das Gewinnen von Kolostrum in der Schwangerschaft, Ängste hinsichtlich GDM-spezifischer Herausforderungen, sowie Sorgen um die Gesundheit des Kindes (Cummins et al., 2022). Dabei nutzen 92 % der Frauen online Plattformen, um in der Schwangerschaft an Gesundheitsinformationen zu kommen, wobei das Risiko von Falschinformationen nicht unterschätzt werden darf (Giacometti et al., 2024). Deshalb ist die evidenzbasierte Aufklärung mit Fachwissen durch Gynökolog:innen und Hebammen von hoher Relevanz.

Im Jahr 2022 waren rund 9,41 % der Frauen von GDM betroffen (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, 2023). Zusätzlich wurde in den vergangenen Jahren eine Zunahme der Prävalenz beobachtet (Reitzle et al., 2021). Diese Entwicklung lässt sich einerseits auf die verstärkte Anwendung standardisierter Screening Methoden zurückführen, die eine frühere und präzisere Diagnosestellung ermöglichen (Reitzle et al., 2021). Andererseits spielen gesellschaftliche Faktoren eine Rolle, darunter der zunehmende Anteil an Personen mit Übergewicht und Adipositas, sowie der Trend, dass immer mehr Frauen ihre Kinder im höheren Alter bekommen (Reitzle et al., 2021).

Eine Studie aus 2013 zeigt, dass Mütter mit GDM erfolgreicher ins Stillen kommen, als auch eine längere Stillbeziehung führen, wenn sie bereits präpartal eine Stillberatung erhielten oder Hebammenvorsorge in Anspruch nahmen und postpartal neben der ärztlichen Betreuung auch Betreuung durch Pflegepersonal, Hebammen oder Laktationsberater:innen erhielten (Finkelstein et al., 2013). Eine Pressemitteilung der BARMER-Krankenkasse zum Internationalen Hebammentag am 5. Mai 2022 zeigte, dass nur rund 23 % der Frauen die

geteilte Hebammenvorsorge im Anspruch nehmen (BARMER, 2022). Obwohl im Sozialgesetzbuch (SGB) verankert ist, dass jede gesetzlich versicherte Person Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen durch Hebammen und Gynäkolog:innen hat (§ 24d SGB 5, 1988). Ebenfalls haben sie das Recht frei zu wählen, ob sie die Schwangerschaftsvorsorge im Wechsel von Hebamme und Gynäkolog:in oder alleinig bei einer der Berufsgruppen durchführen lassen möchten (Hövel, 2016).

In der Literatur lassen sich zahlreiche Risiken finden, die einen GDM verursachen oder auch durch einen GDM resultieren. Auch dass sich bei Frauen mit GDM eine verzögerte Laktogenese II verzeichnen lässt (Matias et al., 2014). Doch genaue Handlungsempfehlungen, um das Stillen dieser Schwangeren zu verbessern und gezielt das gesundheitliche Outcome von Wöchner:in und Kind zu fördern sind kaum zu finden. Auf Grund dessen wird im Rahmen dieser Bachelorarbeit ein Versorgungsplans für Hebammen erstellt. Dieser Versorgungsplan hat zum Ziel, durch präpartale Stillvorbereitung in der Schwangerschaft das Stillen postpartal zu verbessern und gleichzeitig positiv den gesundheitlichen Risiken durch einen GDM entgegenzuwirken.

1.1. Definitionen

Gestationsdiabetes mellitus

„Gestationsdiabetes mellitus (GDM, ICD-IO: 024.4G) ist definiert als eine Glukosetoleranzstörung, die erstmals in der Schwangerschaft mit einem 75-g-oralen Glukosetoleranztest (OGTT) unter standardisierten Bedingungen und qualitätsgesicherter Glukosemessung aus venösem Plasma diagnostiziert wird. […] Die Diagnose wird bereits mit einem erhöhten Glukosewert gestellt. Die Definition des manifesten Diabetes entspricht der außerhalb einer Schwangerschaft, er gehört nicht in die Kategorie des GDM.“ (Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), 2018, S.7).

„erfolgreiche Stillbeziehung“

Zur Definition einer erfolgreichen Stillbeziehung wird sich in dem Versorgungsplan auf eine Stellungnahme der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezogen, welche auch nach einer Prüfung des Themas, weiterhin die klare Empfehlung zu 6 Monate ausschließlichem Stillen gibt (*WHO*, 2023).

1.2. Vorteile des Stillens bei GDM

Generell bietet Muttermilch wesentliche Vorteile sowohl für die maternale als auch neonatale Gesundheit. Beispiel hierfür ist ein reduziertes Risiko an Brustkrebs zu erkranken und ein verstärkter Schutz gegen Infektionen bei Neugeborenen (Mosca und Giannì, 2017). Betrachtet man das Stillen im Zusammenhang mit einem GDM, treten weitere wichtige Aspekte hervor. Studien zeigen, dass das Risiko der Mutter, in den ersten 15 Jahren nach der Geburt einen manifesten Diabetes mellitus Typ 2 oder ein metabolisches Syndrom zu entwickeln, deutlich reduziert ist, wenn gestillt wurde (Gunderson et al., 2010). Auch für das Kind lässt sich das langfristige Diabetesrisiko durch Stillen senken (Gunderson et al., 2010; Casey et al., 2019b). Neugeborene von Müttern mit GDM tragen zudem ein erhöhtes Risiko für Komplikationen wie Makrosomie, Schulterdystokie, Hyperbilirubinämie und insbesondere neonatale Hypoglykämie (Casey et al., 2019b).

Zu den zentralen Maßnahmen zur Behandlung oder Vorbeugung einer Hypoglykämie zählen ein frühzeitiger Stillbeginn sowie die Gabe von in der Schwangerschaft gewonnenem Kolostrum (Casey et al., 2019b).

Casey et al. (2019b) weist jedoch auch auf die paradoxe Situation hin, dass Frauen mit GDM häufig eine verzögerte Laktogenese II aufweisen und dadurch erschwerte Bedingungen für den Stillstart haben, obwohl gerade das Stillen einen besonders positiven Einfluss auf ihre eigene Gesundheit und die ihrer Kinder haben kann (Casey et al., 2019b).

1.3. Relevanz in der Hebammenarbeit

Für die Hebammenarbeit hat das Thema eine besondere Bedeutung, denn Hebammen nehmen bereits früh in der Schwangerschaft eine zentrale Rolle ein. Sie sind neben den Gynäkolog:innen die ersten Fachpersonen, die Schwangere, Gebärende und Wöchner:innen kontinuierlich über den gesamten Betreuungsbogen vor, während und nach der Geburt begleiten. Speziell in der Schwangerschaft sind sie nicht nur für die Durchführung der in den Mutterschaftsrichtlinien relevanten Untersuchungen in der Schwangerschaftsvorsorge da, sondern auch um Ängste abzufangen, individuelle Ressourcen zu fördern und gemeinsam auf die Geburt und das Wochenbett vorzubereiten (Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) §2, 2023). Sowie das Thema Stillen, welches nicht erst nach Geburt wichtig ist, sondern vor allem in der Schwangerschaft den Grundstein für eine erfolgreiche Stillbeziehung setzen kann. Dafür ist die Aufklärung durch Hebammen wichtig und bei Frauen mit GDM, die statistisch gesehen bereits schlechter in die Laktogenese II kommen, von zentraler Bedeutung (Matias et al., 2014).

1.4. Entwicklung der Forschungsfrage

Nach Durchsicht der Themen und Schwerpunkte wurde das PICO-Schema mit seinen vier Komponenten themengerecht erstellt, um anschließend eine passende Forschungsfrage zu entwickeln.

P (Population) = Schwangere mit GDM

I (Intervention) = Maßnahmen zur Stillvorbereitung

C (Comparison) = ohne Stillvorbereitung

O (Outcome) = erfolgreiche Stillbeziehung, neonatales und maternales Outcome

Für den Versorgungsplan ließ sich anschließend folgende Forschungsfrage formulieren:

„Welche Maßnahmen zur präpartalen Stillvorbereitung durch Hebammen bei Schwangeren mit GDM, fördern eine erfolgreiche Stillbeziehung und damit das neonatale und maternale Outcome?“

2. Methodik

2.1. Vorgehen

Ziel des Kapitels ist es, das methodische Vorgehen der Bachelorarbeit darzustellen und damit sicherzugehen, dass die erlangten Erkenntnisse und Empfehlungen für den Versorgungsplan nachvollziehbar sind. Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, um möglichst evidenzbasierte und praxisnahe Handlungsempfehlungen für Hebammen zu erstellen. Die Methodik umfasst die Erläuterung der Ein- und Ausschlusskriterien, die Schlagwörter und Suchstrategie mit dazugehörigen Suchstrings. Die Recherche orientierte sich an etablierten wissenschaftlichen Standards.

Die systematische Literaturrecherche wurde mit den Datenbanken PubMed, Cinhal und Cochrane durchgeführt. Ergänzend erfolgte eine Leitliniensuche im Leitlinien-Register der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), um Leitlinien zu finden die das Thema und dessen Inhalte bestmöglich widerspiegeln können.

2.2. Ein- und Ausschlusskriterien

In der Suche wurde sich auf Literatur aus den letzten zehn Jahren fokussiert, um möglichst aktuelle Handlungsempfehlungen geben zu können, und es wurde sich ebenfalls auf deutsch- und englischsprachige Literatur beschränkt. Dabei konnten nur Studien genutzt werden, bei der eine Volltextverfügbarkeit bestand. Bei der Auswahl der Literatur war ein wichtiges Einschlusskriterium die bereits bestehende GDM-Diagnose der Teilnehmenden welches mit dem *1 Schlagwort in den Suchstring eingebaut wurde. Studien ohne Fokus auf einen GDM wurden dann eingeschlossen, wenn Interventionen dennoch auf GDM-Faktoren übertragbar waren und durch GDM-spezifische Evidenz ergänzt werden konnten. Dabei wurde darauf geachtet, Studien auszuschließen, die sich ausschließlich auf einen bereits manifestierten Diabetes Mellitus Typ-1/ Typ-2 beziehen.

Hinzu kommt, dass nur Studien bestimmter Studiendesigns in die Auswertung eingeschlossen wurden. Berücksichtigt wurden Clinical Studies/Trials, Randomised Controlled Trials (RCT), Controlled Clinical Trials (CCT), Observational Studies, Systematic Reviews, Reviews, sowie Leitlinien. Die Auswahl dieser Studientypen ist notwendig, um möglichst hohe methodische Qualität mit einzubeziehen und die Empfehlungen mit der höchsten Evidenz zu belegen. Außerdem war wichtig, dass nur peer-reviewed Literatur eingeschlossen wurde.

Weiterführend war es relevant, dass sich die Studien explizit auf Interventionen zur Stillförderung beziehen und diese klar benennen. Die Studien sollten sich ebenfalls im Outcome über die Auswirkungen auf den Stillbeginn, die Stilldauer, als auch die maternale Zufriedenheit beziehen, damit eine Aussage über die Wirkung der Interventionen getroffen werden kann. Studien ohne Angabe zu mindestens einem dieser Outcomes wurden ausgeschlossen. Dabei war ein weiteres Einschlusskriterium, dass sich die genutzten Studien an der Empfehlung der WHO, zum ausschließlichen Stillen von sechs Monaten, orientieren. Zusätzlich sollten lediglich Studien aus Ländern mit vergleichbarer medizinischer Versorgungsstruktur, sowie Industrieländer, in die Auswahl einbezogen werden. Da es international keine einheitlichen Vorgaben zur Hebammenversorgung gibt, wurden auch Studien miteinbezogen, welche sich nicht direkt an Hebammen richten, sondern auch an Laktationsberater:innen oder nur den Oberbegriff des medizinischen Personals ansprechen. Ziel dieser Arbeit war es, Interventionen zur Stillvorbereitung zu finden, um mit Hilfe der Hebammenberufsverordnung zu prüfen, ob diese durch Hebammen in Deutschland ausgeführt werden können.

2.3. Schlagwörter

Zu Beginn wurden Schlüsselwörter gesucht und primär aus der Fragestellung gezogen, um diese bestmöglich beantworten zu können. Begriffe wie „GDM“ oder „Stillen“, sowie „Intervention“ und „präpartal“ sind ausschlaggebend für passende Resultate in der Literatur. Es wurde sich auf englischsprachige Schlagwörter fokussiert, um eine möglichst große Spannweite an Ergebnissen zu erlangen, weil die meisten wissenschaftlichen Arbeiten, zur internationalen Verwendung, auf Englisch verfasst werden. Da nicht in jedem Land der Zugang zu Hebammen gewährleistet ist oder Schwangere die Möglichkeit auf eine Schwangerschaftsvorsorge durch Hebammen haben, wurde dieser Begriff als letztes hinzugenommen.

Im Vorhinein wurde bereits der Grundstein gesetzt die Interventionen in drei Unterkategorien zu unterteilen: „physische“ „psychische und „soziale“ Aspekte sollten im Versorgungsplan berücksichtigt werden. In den Suchstrings wurden die Begriffe zu Beginn nicht genutzt, um zu sehen welche Empfehlungen es gibt und ob diese bereits den drei Unterkategorien zugeordnet werden können.

In der folgenden Tabelle sind die Schlagwörter, als auch Synonyme die mit dem booleschen Operator OR genutzt werden können in der Relevanz gestaffelt aufgeführt. Metformin wurde in der Erstellung des Exposés bereits als störender Faktor in der Suche identifiziert. Mit dem booleschen Operator NOT sollten Ergebnisse die Metformin betreffen aussortiert werden, um möglichst wenig Ergebnisse zu medikamentösen Maßnahmen zu erhalten.

Bei Metformin handelt es sich um ein per oral einzunehmendes Medikament zur Senkung des Blutzuckerspiegels (Embryotox, o.D.). Daher wurde hinter jeden Suchstring, der im nachfolgenden ausgeführt wird, ebenfalls „NOT Metformin“ angehängt. Eine Auflistung der Schlagwörter zeigt Tabelle 1.

Tabelle 1: Schlagwörter, eigene Darstellung

	Schlagwörter	Synonyme
*1	GDM	Gestational Diabetes OR Gestations Diabetes
*2	Lactation	Breastfeeding OR Colostrum OR Stillen OR Kolostrum
*3	Intervention	Support OR Preparation OR Maßnahmen OR Empfehlungen
*4	Prenatal	Perinatal OR Pränatal OR Präpartal
*5	Midwife	Hebamme

2.4. Suche in den Datenbanken

Es wurde in PubMed mit einer erweiterten Suche zu Schlagwort *1 AND *2 gestartet, dabei wurden die Synonyme, zusätzlich mit OR verbunden, an die Schlagworte angehängt. Diese Suche ergab in PubMed 27.202 Ergebnisse. Aufgrund dessen wurde ebenfalls *3 mit AND und die dazugehörigen Synonyme mit OR in den Suchstring eingefügt, dies ergab 619.591 Ergebnisse. Die hohe Anzahl an Ergebnissen veranlasste die Durchführung einer Suche ohne die Synonyme und es wurde erneut mit *1 AND *2 gesucht. Diese Suche ergab 180 Treffer. Da die Anzahl der Treffer weiterhin sehr hoch erschien, erfolgte bei den nachfolgenden Suchstrings bei PubMed eine Ergänzung um einen Design-Filter. Dabei wurden sieben Studiendesigns ausgewählt, um möglichst evidenzbasierte und methodisch hochwertige Studien mit einzuschließen. Die eingeschlossenen Designs umfassten Clinical Studies/Trials, RCTs, CCTs, Observational Studies, Systematic Reviews sowie Reviews.

Die Suche mit den Schlagwörtern *1 AND *2 erfolgt ebenfalls bei Cinhal und Cochrane. Dort gab es keine Möglichkeit das Studiendesign nach den oben genannten Vorgaben zu filtern. Da die Ergebnisanzahl mit 64 und 19 aber überschaubar war, wurde dies nicht als Einschränkung in der Suche wahrgenommen. Ein erneuter Suchstring erfolgt mit einer Kombination aus *1 AND *2 AND *3. Diese Suche ergab bei PubMed, inklusive Design-Filter 29, bei Cinhal 12 und bei Cochrane 20 Ergebnisse. Um nun etwas spezifischere Ergebnisse in Hinblick auf Handlungsempfehlungen für Hebammen zu finden, wurde eine Suche mit *1 AND *2 AND *4 AND *5 durchgeführt, dies ergab in allen drei Datenbanken keine Treffer. Also wurde entschieden *1 aus dem Suchstring zu entfernen und nur mit *2 AND *4 AND *5 zu suchen, dabei wurden bei *4 auch die englischen Synonyme „perinatal“ und „prenatal“ mit OR eingebaut, um eine größtmögliche Spannbreite an Ergebnissen zum Einfluss von

Hebammen zur Laktation über die gesamte Bandbreite vor, während und nach der Geburt zu erhalten. Ziel war es, auch Studien angezeigt zu bekommen die nur ganzheitliche Untersuchungen durchgeführt haben. Diese Suche ergab bei PubMed 14.069. Daher erfolgte die Suche in zwei Suchstrings, einmal mit „prenatal“ und einmal mit „perinatal“, getrennt in den Datenbanken. Insgesamt ergaben die beiden Suchstrings in PubMed, inklusive Design-Filter 43 und 35, in Cinhal 12 und 15 und in Cochrane 14 und 8 Ergebnisse.

Aus den insgesamt 4 verwendeten Suchstrings ergaben sich am Ende 452 Ergebnisse, nach Überprüfung von Zoplikate wurden 206 Quellen als doppelt markiert. Nun erfolgte eine Prüfung auf Titel, Zugriffmöglichkeiten und Abstract. Nachdem interessante Quellen durch ihr Abstract gescreent und der Volltext geprüft wurde, blieben 6 Studien übrig. Auf Grund, der bis jetzt wenigen Studien fiel die Entscheidung, ebenfalls in einer Handsuche der Primärquellen, passende Studien zu identifizieren die mit den Suchstrings nicht gefunden wurden. Die Suche ergab 2 passende Quellen, die in den Versorgungsplan miteinbezogen wurden.

Da sich auf Grund der hohen Ergebnisanzahl, unter Verwendung des booleschen Operator OR, zu Beginn der Suche dazu entschieden wurden nur die primären Schlagwörter zu nutzen, limitieret sich die Suche selbstständig auf englischsprachige Ergebnisse. Eine einzelne Suche mit allen ausschließlich deutschsprachigen Synonymen ergab in allen drei Datenbanken keine Ergebnisse.

Eine Zusammenfassung der Suche ist im PRISMA Flowchart aufgeführt (Abbildung 1).

2.4.1. Leitlinien

Als zusätzliche Stütze zu evidenzbasierten Handlungsempfehlungen wurde eine Suche im AWMF Leitlinien-Register durchgeführt. Nach Durchsicht der thematisch relevanten Leitlinien, wurden zwei Leitlinien als passend identifiziert. Erstens die „S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 2. Auflage, 2018“ und die „S3-Leitlinie Adipositas und Schwangerschaft, 2019“. Beide Leitlinien haben die Entwicklungsstufe S3 und weisen, aufgrund ihrer Evidenz- und Konsensbasierten Empfehlungen, die höchste methodische Qualität auf, die zur Erstellung des Versorgungsplans als passend eingestuft wurden.

2.5. Eingeschlossene Literatur

Eine Übersicht der eingeschlossenen Literatur ist in Tabelle 2 zu finden. Eine ausführlichere Übersichtstabelle der eingeschlossenen Literatur inklusive der Leitlinien ist im Anhang aufgeführt. Dort wurde die Literatur nach der Evidenzpyramide von Polit und Beck (2021) sortiert und die Literaturbewertung der eingeschlossenen Studien, Reviews und Leitlinien mit kritischen Bewertungstools durchgeführt. Dafür wurden passend zum Literaturdesign der jeweiligen Quelle, das „Critical Appraisal Skills Programme“ (CASP, 2024), das „Integrative Review Methodology Appraisal Tool” IRMAT (Kean et al., 2024) und das „Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation” AGREE II Tool (Brouwers et al., 2010) genutzt.

Tabelle 2: Übersicht der eingeschlossenen Literatur, eigene Darstellung

Nr.	Autor:in	Jahr	Titel
1	Abbass-Dick et al.	2019	Perinatal breastfeeding interventions including fathers/partners: A systematic review of the literature
2	Forster et al.	2017	Advising women with diabetes in pregnancy to express breastmilk in late pregnancy (Diabetes and Antenatal Milk Expressing [DAME]): a multicentre, unblinded, randomised controlled trial
3	You et al.	2020	Effects of breastfeeding education based on the self-efficacy theory on women with gestational diabetes mellitus: A CONSORT-compliant randomized controlled trial
4	Dagla et al.	2021	Association between Breastfeeding Duration and Long-Term Midwifery-Led Support and Psychosocial Support: Outcomes from a Greek Non-Randomized Controlled Perinatal Health Intervention
5	Haile et al.	2016	Association between History of Gestational Diabetes and Exclusive Breastfeeding at Hospital Discharge
6	Casey et al.	2019	Perspectives and experiences of collecting antenatal colostrum in women who have had diabetes during pregnancy: a North Queensland semistructured interview study
7	Cummins et al.	2022	Factors that positively influence in-hospital exclusive breastfeeding among women with gestational diabetes: An integrative review
8	Jack et al.	2024	Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #19: Breastfeeding Promotion in the Prenatal Period (Revised 2024)

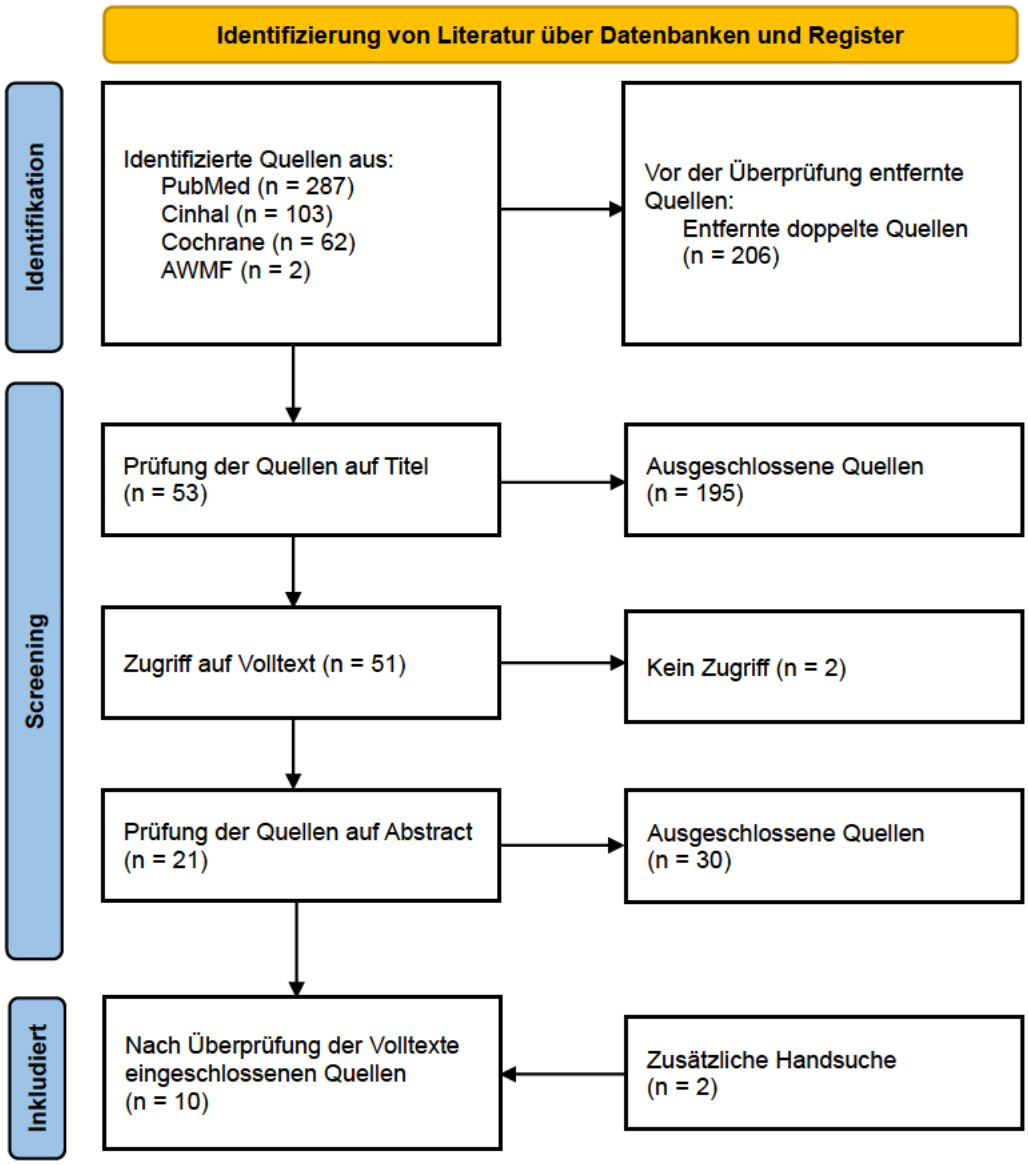

Abbildung 1: PRISMA-Flowchart, eigene Darstellung

3. Versorgungsplan

Der nachfolgende Versorgungsplan ist an Hebammen in der Schwangerschaftsvorsorge adressiert. Die Umsetzung, der im Versorgungsplan genannten Handlungsempfehlungen, richtet sich nach den Vorgaben der Hebammenberufsverordnung (Hebammen Gesetz (HebG), 2023). Diese gibt auch vor, dass bei Abweichungen der Physiologie oder Anzeichen von Regelwidrigkeiten in der Schwangerschaft angemessene Maßnahmen ergriffen werden sollten, wie das hinzuziehen von interdisziplinärem Fachpersonal oder das Weiterleiten an die behandelnden ärztlichen Kolleg:innen (HebG, §9, 2023).

Der Versorgungsplan ist in drei Bereiche aufgeteilt: **physisch**, **psychisch** und **sozial**. Alle drei Punkte wurden einzeln in ihrer Evidenz und dem Hintergrund beleuchtet und darauffolgend passende Handlungsempfehlungen formuliert. Es ist anzumerken, dass sich alle Bereiche gegenseitig beeinflussen und es wichtig ist diese Bereiche ganzheitlich zu betrachten und die Maßnahmen vollumfassend anzuwenden, um das bestmögliche Ergebnis zu erlangen.

Ziel des Versorgungsplans ist es, Hebammen einen klar strukturierten Versorgungsplan an die Hand zu geben, der praxisorientierte Handlungsempfehlungen für Schwangere mit GDM umfasst. In allen drei relevanten Bereichen soll dieser Plan dazu beitragen, das Stillmanagement gezielt zu unterstützen und dadurch ein bestmögliches Stilloutcome zu fördern.

3.1. Physisch

Im Bereich der physischen Faktoren gibt es zwei in der Literatur häufig auftretenden Unterpunkte. Der Themenbereich Body-Mass-Index (BMI) und Gewichtsentwicklung, lässt sich in Gewichtszunahme in der Schwangerschaft, körperliche Aktivität und Ernährung unterteilen. Der zweite Unterpunkt ist die präpartale Kolostrum Gewinnung. Diese werden in den nachfolgenden Gliederungspunkten mit der Evidenz belegt und Handlungsempfehlungen dargestellt, die einen positiven Einfluss auf das Stilloutcome bei Schwangeren mit GDM haben.

3.1.1 BMI und Gewichtsentwicklung

Frauen mit einem BMI über 30 gelten als adipös (Rasmussen, Yaktine, und Institute of Medicine (U.S.), 2009). Eine Datenanalyse ergab, dass diese Frauen seltener ausschließlich stillen als Frauen mit einem normalen BMI (Cummins et al., 2022). Als normaler BMI zählt der Bereich zwischen 18,5 - 24,9. Berechnet wird dieser mit folgender Formel: BMI = Körpergewicht (kg) / Körpergröße (m)² (Rasmussen, Yaktine, und Institute of Medicine (U.S.),

2009). Ebenfalls haben mehrere Studien einen möglichen Zusammenhang zwischen Adipositas und GDM festgestellt, welcher zu einer verzögerten Laktogenese führt (Haile et al., 2016).

In der Studie von Haile et al. (2016) wurden die prägraviden Gewichte und die Gewichtszunahme bei Frauen mit diagnostiziertem GDM, in Bezug auf das ausschließliche Stillen untersucht. Ausschließliches Stillen wurde bei prägraviden Normalgewichtigen Frauen in 77,1 % der Fälle beobachtet, bei Übergewichtigen in 74,8 % der Fälle, dies bietet keinen aussagekräftigen Unterschied (Haile et al., 2016), im Gegenteil zum prägraviden Untergewicht. Dort waren es in der Studie nur 70,6 % und bei prägraviden Adipositas 69,9 % (Haile et al., 2016). In der Studiengruppe waren 22,2 % der Befragten mit GDM vor der Schwangerschaft adipös, 5,4 % untergewichtig (Haile et al., 2016). Es unterstreicht den Risikofaktor, dass Adipositas die Entstehung eines GDM in der Schwangerschaft erhöhen kann (DGG, 2019). Die Zahlen geben Aufschluss darüber, dass Schwangere, die vor der Schwangerschaft untergewichtig oder adipös waren, in diesem Fall 27,6 %, zu einer Gewichtsregulierung in Richtung Normgewicht noch vor dem Schwangerschaftseintritt geraten werden sollte, um die Wahrscheinlichkeit für erfolgreiches ausschließliches Stillen postpartal zu erhöhen.

Die Studie von Haile et al. (2016) zeigt, dass eine Gewichtszunahme, während der Schwangerschaft, die unterhalb der vom Institute of Medicine (IOM) empfohlenen Richtlinien liegt, mit einer reduzierten Wahrscheinlichkeit des ausschließlichen Stillens assoziiert ist. In der Gruppe der Frauen mit einer geringeren Gewichtszunahme als vorgegeben, lag die Rate des ausschließlichen Stillens bei 64,4 %. Demgegenüber betrug sie bei Frauen mit einer normgerechten Gewichtszunahme 77,2 % und bei Frauen mit einer darüberhinausgehenden Gewichtszunahme 75,8 % (Haile et al. 2016). Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Gewichtsentwicklung während der Schwangerschaft einen relevanten Einfluss auf das Stillverhalten haben kann. Daher scheint eine kontinuierliche und kritische Beobachtung der Gewichtsentwicklung in der Schwangerschaft als sinnvoll, um das Stilloutcome zu fördern.

Handlungsempfehlungen

Gewichtszunahme in der Schwangerschaft

- „Adipöse Schwangere mit GDM sollen für das Stillen besonders motiviert und unterstützt werden.“ (DDG und DGGG, 2018, S. 73).

- Zur Regulierung der Gewichtszunahme soll den Betroffenen zu Bewegungsinterventionen geraten werden (DDG und DGGG, 2018).
- Auf die negativen Auswirkungen einer zu geringen Gewichtszunahme in der Schwangerschaft soll hingewiesen werden (Haile et al., 2016).
- „Eine Gewichtszunahme innerhalb der IOM-Grenzen soll angestrebt werden“ (DDG und DGGG, 2018, S. 43).

Körperliche Aktivität

- „Körperliche Aktivität/Training soll bereits präkonzeptionell oder im ersten Trimenon begonnen werden“ (DDG und DGGG, 2018, S. 38).
- „Aerobes Ausdauertraining leichter bis mittlerer Intensität, Training mit einem elastischen Band oder andere Varianten von Krafttraining sollen nach den Präferenzen der Schwangeren empfohlen werden.“ (DDG und DGGG, 2018, S. 38).
- „Als einfachste Art der körperlichen Bewegung ohne Hilfsmittel soll zügiges Spazierengehen von mindestens 30 Minuten Dauer mindestens 3 x wöchentlich durchgeführt werden.“ (DDG und DGGG, 2018, S. 38).

Ernährung

- „Adipösen Schwangeren soll empfohlen werden […] die Ernährung nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung umzustellen.“ (DGGG, 2019, S. 87)
  - ➔ Die Ernährung sollte ausreichen kalorisch und dem Schwangerschaftsbedarf angepasst sein, mit einer Verteilung von etwa 40 - 50 % Kohlenhydraten, 20 % Protein und 30 – 35 % Fett (Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), 2015).
- Schwangeren soll geraten werden, eine tägliche Kohlenhydratzufuhr von mindestens 40 % der empfohlenen Gesamtenergie sicherzustellen (DDG und DGGG, 2018).
- „Bei der Auswahl der kohlenhydrathaltigen Lebensmittel sollen solche mit hohem Ballaststoffanteil und niedrigem glykämischen Index bevorzugt werden.“ (DDG und DGGG, 2018, S. 40).

3.1.2 Kolostrum Gewinnung in der Schwangerschaft

International wird zunehmend Kolostrum in der späten Schwangerschaft gewonnen, um unmittelbar nach der Geburt Muttermilch bereitzustellen, wenn das Stillen nicht direkt funktioniert oder Neugeborene ein erhöhtes Risiko für Hypoglykämie haben, wie es bei einem GDM der Fall ist (Forster et al., 2017). Da Frauen mit GDM häufig Schwierigkeiten haben in den ersten zwei Tagen Kolostrum zu gewinnen legt dies nahe, bereits vor der Geburt mit der präpartalen Kolostrum Gewinnung zu starten, um einen leichteren Einstieg in die

Laktation nach der Geburt zu erlangen (Haile et al., 2016). Die DAME-Studie zeigte einen moderaten Zusammenhang zwischen der präpartalen Kolostrum Gewinnung und der Anzahl der Neugeborenen, die in den ersten 24 Lebensstunden ausschließlich Muttermilch erhielten (Forster et al., 2017). Eine weitere Studie zeigte im gleichen Zusammenhang eine signifikante Reduzierung der Säuglinge die Formula Nahrung erhielten, verglichen mit den Säuglingen welche Mütter keine präpartale Kolostrum Gewinnung durchgeführt haben (Cummins et al., 2022, Forster et al., 2017). Daraus lässt sich schließen, dass die präpartale Kolostrum Gewinnung einen Einfluss auf die Stillwahrscheinlichkeit hat. Obwohl dieser Anstieg an ausschließlich gestillten Säuglingen nicht signifikant ist, konnten bei diesen Säuglingen das zufüttern von Formula Nahrung vermieden und langfristige positive Effekte der Muttermilch mitgenommen werden, welche die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung eines manifesten Diabetes Mellitus bei diesen Säuglingen reduzieren kann (Forster et al., 2017). In der Studie von Casey et al. (2019a) haben sich die Teilnehmenden zusätzlich über soziale Mediengruppen, YouTube Videos und schriftliches Material von ihren Hebammen und Laktationsberater:innen über die präpartale Kolostrum Gewinnung informiert (Casey et al., 2019a).

Handlungsempfehlungen

- Beginn ab der 35 + 0 und 36 + 0 Schwangerschaftswoche (SSW) (Casey et al., 2019a; Forster et al., 2017).
- Den Frauen soll empfohlen werden zweimal pro Tag, bis zur Geburt, für max. 10 Minuten Kolostrum zu gewinnen, außer es gibt Bedenken oder Nebenwirkungen (Forster et al., 2017; Casey et al., 2019a).
- Frauen sollen schriftliche und mündliche Anweisungen zum Ausstreichen der Brust sowie zur sicheren Lagerung und zum Transport des Kolostrums gegeben werden (Forster et al., 2017).
- Es soll eine Dokumentation über Datum, Uhrzeit, Menge, sowie ggf. Gebärmutteraktivität erfolgen (Forster et al., 2017).
- Spritzen, Labels und Anleitung sollten den Frauen zu Beginn ausgehändigt werden (Casey et al., 2019a).

3.2. Psychisch

In der Literatur konnten im psychischen Bereich drei zentrale Themenfelder identifiziert werden: Informationen über Stillen und GDM, Gefühle und Emotionen, sowie Selbstwirksamkeit. Diese Aspekte stehen in engem Zusammenhang und zeigen in vielen Studien Überschneidungen. Aus diesem Grund wurde die Evidenz zusammenhängend dargestellt und anschließend Handlungsempfehlungen für die einzelnen Themenbereiche abgeleitet.

Evidenz und Hintergrund

Ein wichtiger psychischer Faktor für das Stillen in den ersten 24 Stunden ist bei Frauen mit GDM die Einstellung zum Thema und die Absicht postpartal zu stillen (Cummins et al., 2022). In einer Studie wurde festgestellt, dass das Wissen, die Einstellung als auch die Überzeugung zum Stillen die Rate zum ausschließlichen Stillen im Krankenhaus beeinflusste (Cummins et al., 2022). Frauen mit GDM, zeigten eine geringere Überzeugung davon, dass das Stillen die optimale Ernährungsform für ihr Kind darstellt (Cummins et al., 2022). Zudem vertraten sie häufiger die Ansicht, dass zwischen der Qualität von Muttermilch und Formula Nahrung keine relevanten Unterschiede bestehen (Cummins et al., 2022). Doch aufgrund der positiven Auswirkungen des Stillens auf die mütterliche und kindliche Gesundheit, sollten Frauen mit GDM nachdrücklich über diese Aspekte, bereits in der Schwangerschaft, aufgeklärt und ermutigt werden ihre Kinder zu stillen (DDG und DGGG, 2018, S.72). „In einer […] Studie berichteten Frauen mit GDM, dass der Glaube, ihren Babys den besten Start ins Leben zu ermöglichen, sie motivierte, vor der Geburt Muttermilch abzupumpen und im Krankenhaus mit dem ausschließlichen Stillen zu beginnen“ (Cummins et al., 2022).

Mehrere Studien weisen darauf hin, dass Schwangere mit GDM, häufig Gefühle wie Schuld, Verunsicherung oder Angst äußern. Diese Emotionen werden insbesondere mit einem Mangel an Informationen in Verbindung gebracht, welche Maßnahmen sie in dieser Situation für sich selbst und ihr Kind ergreifen können (Cummins et al., 2022). Zudem berichten betroffene Frauen über Ängste hinsichtlich potenzieller Herausforderungen beim Stillen (Cummins et al., 2022; Casey et al., 2019a). Es ist wichtig in diesen Fällen Symptome und Verhaltensmuster rechtzeitig zu erkennen, um dem frühen Abstillen und einer kürzeren Stilldauer entgegenzuwirken, welche mit dem Auftreten von depressiven Symptomen während der Schwangerschaft assoziiert sind (Dagla et al., 2021).

Auch das Selbstvertrauen ist ein wichtiger positiver Faktor für den frühen Beginn des ausschließlichen Stillens im Krankenhaus. Deshalb ist es wichtig dieses in der Schwangerschaft bereits zu stärken, damit postpartal eine sich aufs Stillen positiv auswirkende Selbstwirksamkeit entwickeln kann (You et al., 2020). Vor allem ist dies wichtig, da Frauen mit

GDM, die Diagnose als auch die Einstufung zu einer Risikoschwangerschaft bereits als sehr belastend empfinden (Casey et al., 2019a).

Es wird deutlich, dass zahlreiche psychische Faktoren existieren, die einen erheblichen negativen Einfluss auf eine erfolgreichen Stillbeziehung haben können. Diese Befunde unterstreichen die Bedeutung einer umfassenden Aufklärung, sowie einer erhöhten Sensibilität gegenüber psychisch belastenden Situationen, während der Schwangerschaft, um günstige Voraussetzungen für ein positives Stilloutcome zu schaffen (Dagla et al., 2021).

Handlungsempfehlungen

Informationen über Stillen und GDM

- „Alle Schwangeren mit GDM sollen bereits vor der Entbindung auf die Vorteile des Stillens für Mutter und Kind hingewiesen werden und Strategien für einen erfolgreichen Stillstart aufgezeigt werden.“ (DDG und DGGG, 2018, S. 73).
- „Allen Schwangeren mit GDM soll eine ausschließliche Stillzeit von mindestens 4 – 6 Monaten empfohlen werden“ (DDG und DGGG, 2018, S. 73).
- Das vorhandene Wissen über das Thema Stillen sollte abgefragt werden, um anschließend wichtige Aspekte zu ergänzen und Wissenslücken zu füllen, da dies ausschlaggebend für einen erfolgreichen Stillstart ist (You et al., 2020).
- Bei jeder Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung sollte bewusst über das Stillen gesprochen werden und dabei auf die Vorteile, die Physiologie und den Ablauf des Stillens eingegangen werden (Jack et al., 2024).

Gefühle und Emotionen

- Gefühle wie Angst, Scham, Verwirrtheit oder Zweifel sollten erkannt und angesprochen werden, um zu ermutigen in Zukunft selbstständig nach Hilfe zu fragen (Cummins et al., 2022; Casey et al., 2019a).
- Erkennen und Abfragen von Angst- und depressiven Symptomen zwischen der 24. - 28. SSW und zwischen der 34. - 38. SSW, um frühzeitige Behandlung durch individuelle Aufklärung oder ggf. psychotherapeutische Hilfe zu ermöglichen (Dagla et al., 2021; Jack et al., 2024).

Selbstwirksamkeit

- Für die Individualität der Stillbeziehungen zwischen Mutter und Kind sollte sensibilisiert werden und individuelle Unterstützungsmöglichkeiten für die Klinik, wie

Hilfsmittel, sollten besprochen werden, um die Selbstwirksamkeit zu fördern (You et al., 2020; Jack et al., 2024).

- Frauen mit GDM sollten ermutigt werden persönliche Strategien zu entwickeln, um die Kontrolle über die Frustration zu gewinnen und eine biopsychosoziale Stärke für die Stillbeziehung zu entwickeln (Casey et al., 2019a).

3.3. Sozial

In den sozialen Bereich fallen drei Unterpunkte, die sich aus der gelesenen Literatur ergaben und Einfluss auf das Stillen haben. Dies ist zum einen Partner:innen und Ihre Rolle, Informationsbeschaffung und Hebammen und das Interdisziplinäre Team. Zu den Themenbereichen wird zum einen die Evidenz und der Hintergrund beschrieben und anschließend Handlungsempfehlungen formuliert.

3.3.1. Partner:innen und Ihre Rolle

Die Unterstützung durch Familie, Freundeskreis und die Partner:innen sind wichtige Faktoren, die die Entscheidung zum ausschließlichen Stillen bei Frauen mit GDM stark beeinflussen kann (Casey et al., 2019a; Cummins et al., 2022). Denn wenn Partner:innen Formula Nahrung bevorzugten, war die Rate des ausschließlichen Stillens in den ersten Tagen niedrig (Cummins et al., 2022). In der Literatur wurde aufgezeigt, dass Frauen, deren Partner:innen bereits während der Schwangerschaft in die Aufklärung zum Thema Stillen einbezogen wurden, beim Stillen 19 % mehr Unterstützung durch ihre Partner:innen erhielten als Frauen in den Kontrollgruppen, in denen ausschließlich die Frau über das Stillen informiert wurde (Abbass-Dick et al., 2019). Darüber hinaus berichteten diese Frauen häufiger, von ihren Partner:innen hilfreiche Informationen erhalten zu haben, als die Frauen der Kontrollgruppe (Abbass-Dick et al., 2019). Die benötigte Hilfe der Partner:innen bezieht sich nicht nur auf das Stillen, sondern auch, der stillenden Frau Raum zu geben sich auf das Stillen zu fokussieren, emotionalen Support zu bieten, den Haushalt zu übernehmen und sich um den Säugling zu kümmern (Abbass -Dick et al., 2019). Durch die Unterstützung der Partner:innen fühlten sich die Frauen mit GDM sicherer ihren Säugling weiter zu stillen (Cummins et al., 2022). Die Verfasser der verwendeten Studien im Systematic Review von Abbass-Dick et al. (2019) sind sich ebenfalls einig, dass die Aufklärung beider Partner:innen und die damit verbundene Hilfe der Partner:innen in der Stillzeit einen positiven Effekt auf die ausschließliche Stillrate im 6. Monat postpartal haben (Abbass-Dick et al., 2019). Auch zum Thema der präpartalen Kolostrum Gewinnung, half es den Frauen mit GDM, in der

Familie, bei Ihren Müttern oder Partner:innen, nach Unterstützung zu fragen (Casey et al., 2019a).

Handlungsempfehlungen

- Es sollte eine Aufklärung der Partner:innen und/oder Familienmitglieder über stillsensible Themen in der Schwangerschaft, sowie die Auswirkungen eines GDM stattfinden (Jack et al., 2024; Abbass-Dick et al., 2019).
- Es sollte eine Partnerschaftliche Aufklärung über präpartale Kolostrum Gewinnung erfolgen (Casey et al., 2019a).
- Es soll Unterstützung dabei geboten werden, noch vor der Geburt Kommunikations- und Problemlösungsstrategien in der Partnerschaft zu entwickeln (Abbass-Dick et al., 2019).
- Die werdenden Eltern sollten über Möglichkeiten der Hilfestellungen durch Partner:innen in Form von Ermutigung des Weiterstillens, Unterstützung/Überwindung von Stillschwierigkeiten und die Aufklärung von Familienmitgliedern über die Vorteile des Stillens aufgeklärt werden (Abbass-Dick et al., 2019; Casey et al., 2019a; Jack et al., 2024).

3.3.2. Informationsbeschaffung

Casey et al. (2019a) fand heraus, dass YouTube Videos und spezielle Gruppen in den Sozialen Medien einen positiven Einfluss auf Frauen mit GDM hatten (Casey et al., 2019a). Aber auch schriftliches Material von ihren Hebammen und Laktationsberater:innen, half ihnen sich selbst über das Thema Stillen und Präpartale Kolostrum Gewinnung zu Informieren (Casey et al., 2019a; Jack et al., 2024). Das Europäische Institut für Stillen und Laktation (EISL) stellt auf Grundlage fundierten Fachwissens zahlreiche Informationsbroschüren zur Verfügung. Diese Materialien sollen Eltern dabei unterstützen, einen erfolgreichen Stillstart zu erleben und eine langfristige Stillbeziehung aufzubauen (EISL, o.D.). Jack et al. (2024) empfiehlt, sich über Unterstützungsmöglichkeiten in der Umgebung zu informieren und diese gezielt an die Familien weiterzugeben, wie zum Beispiel die „baby-friendly hospital initiative“ (BFHI), eine Initiative von WHO und UNICEF (Jack et al., 2024). Sie bietet Informationsbroschüren zum Thema Stillen an, zeigt Eltern Seiten zum Finden von Hebammen, Laktationsberater:innen oder Stillgruppen und informiert über babyfreundlich zertifizierte Krankenhäuser, die auf Grund ihrer besonderen Schulung des Personals ein erhöhtes Augenmerk auf die Stillbeziehung legen und stärker auf die Bedürfnisse von Frauen, Babys und Familien eingehen, indem sie Bindungsförderung unterstützen und Raum für

das gemeinsame Ankommen bieten (Jack et al., 2024; WHO/UNICEF-Initiative Babyfreundlich, o.D.).

Handlungsempfehlungen

- Weitergabe von strukturierten, schriftlichen Materialien zum Thema Stillen (Jack et al., 2024; Casey et al., 2019a).
- Geeignete Online-Angebote/Apps und Videos sollten als Informationsquelle zur Verfügung gestellt und empfohlen werden (Jack et al., 2024; Casey et al., 2019a).

3.3.3. Hebammen und das interdisziplinäre Team

In der internationalen Literatur wird die entscheidende Bedeutung von Hebammen für die Förderung des Stillens sowie für die Aufklärung und Unterstützung stillender Mütter wiederholt betont, sowohl aus fachlicher Perspektive als auch aus Sicht der Mütter (Dagla et al., 2021). Eine qualitative Studie zeigt, dass professionelle vorgeburtliche Unterstützung die Entwicklung von Strategien für erfolgreiches ausschließliches Stillen stärkt und die Frauen ermutigte postpartal Hilfe in Anspruch zu nehmen (Casey et al., 2019a). Studien belegen, dass sich die Bedenken von Frauen durch angemessene Aufklärung und ausreichende Unterstützung deutlich reduzieren lassen. Dadurch gewinnt sie mehr Vertrauen in ihre eigene Fähigkeit, erfolgreich zu stillen (Cummins et al., 2022). Einer Analyse aus Dagla et al. (2021) zufolge, schien sich die Wahrscheinlichkeit für ausschließliches Stillen am Ende des 6. Monats nach der Geburt mit jeder zusätzlichen Sitzung unter Anleitung einer Hebamme um 4 % zu erhöhen (Dagla et al., 2021). Frauen mit GDM benötigen sowohl eine beruhigende Begleitung als auch eine enge Unterstützung durch Gynäkolog:innen und Hebammen, die es ihnen ermöglicht, die körperlichen Veränderungen und deren Auswirkungen auf das Neugeborene besser zu verstehen und sie erleichtert zugleich das Stillen im Krankenhaus sowie im häuslichen Umfeld (Cummins et al., 2022). In der Studie von Casey et al. (2019a) berichteten die Teilnehmenden über die bedeutende Rolle, die Hebammen und Laktationsberater:innen bei der Beratung und Ermutigung spielten, Kolostrum zu gewinnen (Casey et al., 2019a).

Handlungsempfehlungen

- Beratung und Unterstützung durch Hebammen während der gesamten Schwangerschaft (Dagla et al.,2021).
- Teilnahme an einem von Hebammen geleiteten Programm zur Schwangerschaftsvorsorge, Vorbereitung auf die Geburt und das Wochenbett (Dagla et al., 2021).

- „Bei Schwangerschaften mit besonderem Überwachungsbedarf können häufigere als vierwöchentliche Untersuchungen (bis zur 32. SSW) und häufigere als zweiwöchentliche Untersuchungen (in den letzten 8 SSW) angezeigt sein.“ (G-BA § 3 (1), 2023).
- „Zur notwendigen Aufklärung über den Wert dieser den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft entsprechenden ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Geburt sollen Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen und Hebammen zusammenwirken“ (G-BA § 1 (2), 2023).

4. Diskussion

Ziel der Arbeit ist es, Handlungsempfehlungen zu entwickeln, mit denen Hebammen bereits in der Schwangerschaft positiven Einfluss auf den Stillerfolg von Schwangeren mit GDM haben können. Die drei zentral zu betrachtenden Bereiche werden in der nachfolgenden Diskussion der Ergebnisse aufgearbeitet.

4.1. Diskussion der Ergebnisse

Der Versorgungsplan beantwortet durch die aufgeführten praxisnahen Handlungsempfehlungen klar die Forschungsfrage, zeigt aber auch auf an welchen Punkten in der Forschung noch Bedarf besteht.

Im Bereich der physischen Aspekte lässt sich abschließend zusammenfassen, dass deutlich wird welchen großen Einfluss das präkonzeptionelle Gewicht auf den Stillerfolg hat. Was besonders aufgefallen ist und in der genutzten Literatur kaum zum Vorschein kommt ist die Tatsache, dass nicht nur die übermäßige Gewichtszunahme negative Auswirkungen auf die maternale und neonatale Gesundheit hat. Auch in Bezug auf das Stillen, wird vor allem eine zu geringe Gewichtszunahme in der Schwangerschaft mit einem geringeren Stillerfolg assoziiert, dazugibt es jedoch kaum bis keine Empfehlungen in der Literatur (Haile et al., 2016). Haile et al. (2016) zeigt allerdings nicht auf, welchen Zusammenhang es ggf. zwischen präkonzeptioneller Adipositas und der zu geringen Gewichtszunahme gibt, die Kausalität der Ergebnisse fehlt. Diese Limitation lässt Raum für die Hypothese, ob die beiden Punkte ein und derselben Population zuzuordnen sind. Weiter lässt sich zu der zu geringen Gewichtszunahme spekulieren, ob es einen Zusammenhang mit den psychischen Faktoren wie Angst und Scham bzgl. der GDM-Diagnose gibt. Und ob diese gegebenenfalls dazu führen, dass Frauen mit GDM weniger Essen oder mehr Sport treiben als nötig, um gegen den GDM anzukämpfen.

Die Handlungsempfehlungen in diesem Versorgungsplan zum Thema Gewichtsentwicklung stammen zum größten Teil aus den verwendeten Leitlinien (DDG und DGGG, 2018; DGGG, 2019), die sich auf GDM und Adipositas beziehen. Keine der beiden geht explizit auf Empfehlungen zur Verbesserung des Stillens ein. Die Empfehlungen lassen sich aber mit den zugrunde liegenden Ergebnissen aus der Studie von Haile et al. (2016) untermauern, da sie zur Regulierung der Gewichtszunahme/-Abnahme passend sind. Hebammen könnten durch ihre Beratungsfunktion großen Einfluss auf die Frauen haben, weshalb die Empfehlungen mit in den Versorgungsplan aufgenommen wurde. Die Durchführbarkeit muss aber in Frage gestellt werden, da Hebammen in der Realität oft neben den Haupttätigkeiten wenig Kapazität haben, um nachhaltige Ernährungs- und Bewegungsinterventionen zu begleiten.

Die zukünftige Forschung sollte daher genauer untersuchen, warum eine zu geringe Gewichtszunahme in der Schwangerschaft bei Frauen mit GDM so einen Einfluss auf den Stillerfolg hat und welche Interventionen dagegen getroffen werden können (Haile et al., 2016). Dabei sollte die Kausalität zwischen präkonzeptioneller Adipositas und der zu geringen Gewichtszunahme in der Schwangerschaft untersucht werden, welche bei der Studie von Haile et al. (2016) noch nicht mit betrachtet wurde.

Zum Thema präpartale Kolostrum Gewinnung ist wichtig anzumerken, dass Forster et al. (2017) in der DAME-Studie keinen signifikanten Unterschied im Stillerfolg, allein durch die Kolostrum Gewinnung in der Schwangerschaft feststellen konnte. Auch das Risiko zu vorzeitigen Wehen, während der Kolostrum Gewinnung wurde untersucht, es konnten aber keine negativen Folgen festgestellt werden (Forster et al., 2017). Trotz dessen weist Forster et al. (2017) darauf hin, dass Frauen über dieses Risiko, durch die Ausschüttung von Oxytocin, hingewiesen werden sollen und eine Dokumentation von auftretenden Symptomen empfohlen wird (Forster et al. 2017). Haile et al. (2016) stellte die Vermutung auf, dass die präpartale Kolostrum Gewinnung einen besseren Einstieg ins Stillen bei Frauen mit GDM bieten könnte. Die Vorteile, die in der Literatur aufgezeigt werden, beziehen sich größtenteils auf die verbesserte neonatale Versorgung postpartal, um Formula Nahrung zu vermeiden (Forster et al., 2017; Cummins et al., 2022). Da die Fragestellung auch auf die Verbesserung des neonatale Outcomes abzielt wird die präpartale Kolostrum Gewinnung in diesem Zusammenhang in dem Versorgungsplan als sinnvoll erachtet.

Dabei lässt sich aber diskutieren, ob die präpartale Kolostrum Gewinnung nicht zumindest auf psychischer Ebene einen positiven Effekt auf das Stilloutcome hat, da die Frauen lernen sich mit Ihrem Körper auseinanderzusetzen und eine positive Einstellung zu Thema Stillen erlangen. Leitlinien, die eine klare Empfehlung zur präpartalen Kolostrum Gewinnung

beschreiben, fehlen in Deutschland bislang, obwohl sie in der Praxis von vielen Hebammen angewendet wird und in vielen Informationsbroschüren abgebildet wird (WHO/UNICEF-Initiative Babyfreundlich, o.D.; EISL, o.D.). In der weiterführenden Forschung sollten Studien daher den tatsächlichen Einfluss der präpartalen Kolostrum Gewinnung zur Verbesserung des Stillerfolgs bei Frauen mit GDM untersuchen (Forster et al., 2017).

Im Bereich der psychischen Faktoren wird deutlich, dass mehr Stillwissen zu einer positiveren Einstellung dem Stillen gegenüber führt und diese wiederum Auswirkungen auf eine gute Selbstwirksamkeit und einen besseren Stilleinstieg hat (Casey et al., 2019; Cummins et al., 2022; You et al., 2020). Es ist also wichtig bereits in der frühen Schwangerschaft mit der Wissensvermittlung bei Frauen mit GDM zu beginnen. Dabei wird das Blutzucker Screening erst zwischen der 24 + 0 und 27 + 6 SSW durchgeführt (DDG und DGGG, 2018), was der frühzeitigen Aufklärung wiederum im Weg stehen könnte und die Frage aufwirft, ob ein früheres Blutzucker Screening sinnvoll wäre. Weitere Studien sollten prüfen, ob eine engere Zusammenarbeit zwischen Gynökolog:innen, Diabetolog:innen und Hebammen den Stillerfolg verbessern kann und welche Maßnahmen für eine bessere Kommunikation zwischen den Instanzen notwendig wäre, damit Schwangere mit GDM ganzheitlicher betreut werden können.

Alyousefi et al. 2022 berichtet von dem prenatal breastfeeding self-efficacy score (PBSES), einem Fragebogen zur Erkennung der Selbstwirksamkeit, und fand heraus, dass der erzielte Wert bei Frauen mit GDM deutlich niedriger war als bei Frauen ohne GDM. Es spricht dafür ein besonderes Augenmerk auf die Fragen, Probleme oder Wissensstände von Frauen mit GDM zu legen, darauf mit Fachwissen einzugehen und Wissenslücken gezielt zu füllen (Alyousefi et al., 2022). Der PBSES wurde erstmals von Wells et al. (2006) untersucht und getestet, jedoch war ein Volltextzugriff auf die Primärquelle nicht möglich, weswegen sie im Versorgungsplan keine Berücksichtigung finden konnte.

In der Literatur wird klar, dass psychische Variablen wie Angst, Scham und Überforderung oft auf das zentrale Thema des mangelnden Vertrauens in einen Selbst und die Fähigkeit zu Stillen zurückzuführen sind (Casey et al. 2019; Cummins et al., 2022; Dagla et al. 2021). Diese Gefühle und Emotionen lassen sich von Hebammen, die als erste Instanz zur Verfügung stehen, gezielt auffangen, um gemeinsam nach einem Lösungsweg zu suchen. Dabei sollte eine transparente interdisziplinäre Kommunikation beachtet werden, um größtmöglichen Erfolg bei der betroffenen Person zu erzielen (G-BA §1 (2), 2023). Dagla et al. (2021) berichtet auch von der Entwicklung depressiver Symptome, die oft zu spät erkannt werden und einen negativen Einfluss auf den Stillerfolg postpartal haben. Eine signifikante Erhöhung dieser Symptome ist in der GDM-Population zu beobachten (Dagla et al., 2021).

Dagla et al. (2021) stellte die „perinatal anxiety screening scale“ (PASS) in ihrer Intervention als passendes Tool vor, sie wurde 2014 erstmals von Somerville et al. entwickelt und validiert. Sie soll problematische Angstzustände während der Schwangerschaft frühzeitig erkennen (Somerville et al., 2014). Dabei sollten Hebammen Ihren Kompetenzbereich wahren und bei Bedarf an das interdisziplinäre Team weiterleiten (HebG, §9, 2023). Das Tool ist passend für den Bereich der psychischen Faktoren, da hier die Hinweise auf die Durchführbarkeit in Deutschland fehlten, wurde diese Skala vorerst nicht in den Versorgungsplan aufgenommen. Trotzdem gibt es ein erkennbares Potenzial eine solche Skala in die Schwangerschaftsvorsorge durch Hebammen mit einzubauen, um neben der „Edinburgh postnatal depression scale“ (EPDS) die bereits Verwendung im Wochenbett findet (DDG und DGGG, 2018), auch ein Fragebogen für die Schwangerschaft zur Verfügung zu stellen. Es sollte daher erforscht werden, ob ein standardisiertes Instrument zur Erfassung der psychischen Gesundheit in der Schwangerschaft umsetzbar ist und in die Betreuung durch Hebammen in Deutschland integriert werden kann und ob die Nutzung eines solchen Instrumentes die Stillraten von Frauen mit GDM verbessern kann.

Im Bereich der sozialen Faktoren haben Casey et al. (2019), Cummins et al. (2022) und Abbass-Dick et al. (2019) aufgezeigt, dass ein entscheidender Faktor für das ausschließliche Stillen bis zum 6. Monat postpartal die Partner:innen und dessen Unterstützung sind. Weshalb das Einbeziehen der Partner:innen von entscheidender Rolle ist. Ein Problem in der Umsetzung könnte das zeitliche Management während der Schwangerschaftsvorsorgen sein, denn es ist kein Standard, dass zu jedem Termin auch die Partner:innen mit anwesend sind oder gar die Möglichkeit besteht einen Beratungstermin mit beiden Elternteilen zu verwirklichen. Dieser Punkt schränkt die Handlungsempfehlungen in ihrer Durchführbarkeit ein. Diese Aspekte sollten in der weiterführenden Forschung berücksichtigt werden. Bei der Informationsbeschaffung haben Hebammen großes Potenzial, den Schwangeren oder Paaren qualitative und evidenzbasierte Empfehlungen an die Hand zu geben, um die Informationsbeschaffung von nicht evidenzbasierten Onlineplattformen so gering wie möglich zu halten. Da es in der Zeit der Digitalisierung immer häufiger vorkommt, dass Frauen sich über das Internet und die sozialen Medien über Themen rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett informieren (Giacometti et al., 2024). Die Seite des Europäischen Institut für Stillen und Laktation bietet zahlreiche Informationsbroschüren zu allen Themen rund ums Thema Stillen an (EISL, o.D.).

Die drei Bereiche sind stark miteinander verknüpft und auch in der Diskussion der Ergebnisse fällt auf, wie abhängig jeder einzelne Bereich vom Erfolg des anderen ist. Es zeigt, dass Stillförderung nicht nur Kolostrum Gewinnung präpartal ist, sondern sich mulidimensional über alle Bereiche der Schwangerschaftsvorsorge erstreckt.

4.2. Diskussion der Methodik

Die Erarbeitung eines Versorgungsplans war passend zur Beantwortung der Forschungsfrage und zur Erstellung von evidenzbasierten Handlungsempfehlungen für die präpartale Stillvorbereitung. Anhand der systematischen Literaturrecherche konnten die Empfehlungen aus zehn Quellen passend zur Fragestellung gefiltert werden. Die Nutzung der Datenbanken PubMed, Cinhal und Chochrane stellten sich als passend und angemessen dar. PubMed bot, als wichtigste medizinische Datenbank, die meisten Ergebnisse an. Es konnte eine evidenzbasierte Grundlage zur zentralen Thematik des GDM in Bezug zum Stillen geschaffen und gleichzeitig interventionelle Studien gefiltert werden, welche für die Erarbeitung des Versorgungsplanes geeignet waren. Cinhal konnte mit berufspraktischer Evidenz ergänzen, bot aber bei weitem nicht das Spektrum an Ergebnissen wie PubMed an und war in der Anzahl der passenden Quellen sehr beschränkt. Cochrane war speziell für die Suche nach Systematic Reviews passend, die eine verlässliche Grundlage für Empfehlungen darstellen.

Für die Suche wurden passende Suchbegriffe tabellarisch dargestellt, die Nutzung dieser Suchbegriffe und Ihrer Synonyme gestaltete sich in der Suche durch die hohe Anzahl der Ergebnisse zu Beginn sehr schwer. In allen vier genutzten Suchstrings, zur Suche von passender Literatur, wurde jeder dieser Begriffe mindestens einmal genutzt. Trotzdem könnte es sein, dass durch die wenige Varianz in den Suchstrings Studien, die thematisch zum Versorgungsplan gepasst hätten, nicht erfasst wurden. Insgesamt ist die Suche jedoch gut reproduzierbar und erleichtert die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse im Versorgungsplan.

Während der Suche nach passender Literatur wurde der Suchzeitraum auf die letzten zehn Jahre begrenzt. Bei der mehrfachen Durchsicht eingeschlossenen Literatur zeigte sich, dass mehrere Primärquellen älter als 2015 waren. Rückblickend stellt sich also die Frage, ob eine Erweiterung dieses Suchzeitraums potenziell passende Ergebnisse geliefert hätte. Auch der verwendete Studiendesignfilter bei PubMed erleichterte zwar die Auswahl der Treffer könnte aber dazu geführt haben, dass praxisrelevante Evidenz nicht eingeschlossen wurde, da das Literaturdesign häufig nicht durch den Titel oder das Abstract zu erkennen ist.

Insgesamt wurden zwei Reviews in meine Arbeit eingeschlossen, dabei war das Systematic Review von Abbass-Dick et al. (2019), welches 12 Studien inkludierte in der Evidenz und Methodik deutlich stärker als das Integrative Review von Cummins et al. (2022) mit 26 inkludierten Studien. Da das Integrative Review deutliche heterogenere Ergebnisse liefert und Cummins et al. (2022) auch selbst von widersprüchlicher Evidenz durch Einfluss von verschiedenen Ethnien spricht. Die Handlungsempfehlungen von Cummins et al. (2022)

könnten also durchaus eine geringere Evidenzstärke haben, als die Handlungsempfehlungen von Abbass-Dick et al. (2019), diese mögliche Verzerrung der Gewichtung sollte bei Nutzung des Versorgungsplans berücksichtigt werden.

Beide verwendeten Leitlinien sind laut Gültigkeitsdatum abgelaufen und befinden sich zurzeit in der Überarbeitung. Dabei stellen sie jedoch die einzigen Empfehlungen für die deutsche Gesundheitsversorgung dar, weshalb die Nutzung für den Versorgungsplan fachlich gerechtfertigt ist. Die „S3-Leitlinie Stilldauer und Interventionen zur Stillförderung“ hätte sich als passend identifiziert, da sie sich mit evidenzbasierter Stillempfehlung für Deutschland befasst, befindet sich zum Zeitpunkt der Bachelorarbeit aber noch in der Anmeldung.

Allgemein ist die gewählte Evidenz hauptsächlich englischsprachige und aus westlich geprägten Gesundheitssystemen, was die Übertragbarkeit auf Deutschland möglicherweise einschränkt. Dadurch werden Bevölkerungsgruppen aus unterschiedlichen Kulturen, Ethnizitäten und Familienkonstellationen nur wenig berücksichtigt. Obwohl in den meisten Studien von Partnern und nicht explizit von Vätern gesprochen wird, lassen sich die Empfehlungen nicht automatisch auch auf Queere Paarkonstellationen übertragen. Diese Aspekte sollten in der weiterführenden Forschung berücksichtigt werden.

Was bei der Wahl der Methodik und dem Aufbau des Versorgungsplanes auffällt, ist die Unterteilung der Handlungsempfehlungen in die drei Bereiche von physisch, psychisch und sozial, die einen besseren Überblick über die Empfehlungen bietet. Die gewählte Einteilung führte aber dazu, dass sich die eingeschlossene Literatur stark verteilte und die einzelnen Bereiche nur mit zwei bis drei thematisch passenden Quellen zur Entwicklung von evidenzbasierten Handlungsempfehlung belegt werden konnten. Dies könnte zur Folge haben das nicht die gesamte Evidenzlage in den Handlungsempfehlungen widerspiegelt wird. Die meisten eingeschlossenen Studien haben eine hohe Anzahl an Stichprobengröße von 226 bis 2038 Teilnehmenden, dabei fällt die qualitative Studie von Casey et al. (2019) mit nur sechs Teilnehmenden aus dem Rahmen und lässt offen, wie viel Wert man auf die erlangten Erkenntnisse aus der Studie legen kann.

Insgesamt ist die Methodik schlüssig, die Ergebnisse müssen jedoch aufgrund der Selektionsbias und Publikationsbias sowie der begrenzten Übertragbarkeit kritisch interpretiert werden.

4.3 Implikation für die Praxis

Aus den Ergebnissen des Versorgungsplans ergeben sich einige relevante Implikationen für die Praxis, um die Betreuung von Schwangeren mit GDM in der Schwangerschaft zu verbessern. Die BFHI bietet Schulungen für Geburtskliniken, Perinatalkliniken, Kinderkliniken und Neonatologien an (WHO/UNICEF-Initiative Babyfreundlich, o.D.). Dabei wird nur die Betreuung rund um die Geburt, mit regelmäßig geschultem Fachpersonal, durch die Zertifizierung abgedeckt. Eine passende Erweiterung wäre freiberuflichen Hebammen die BFHI-Schulungen zugänglich zu machen, um eine einheitliche evidenzbasierte Stillberatung bieten zu können und den Schwangeren über den gesamten Betreuungsbogen von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit konsistentem Fachwissen entgegenzutreten.

Da auch nur etwa ein Viertel der Frauen die geteilte Vorsorge nutzen (BARMER, 2022), wäre eine frühzeitige Information über das Betreuungsangebot durch Hebammen in den gynäkologischen Praxen von Vorteil. Dabei lässt sich aber ein gewisses Konkurrenzproblem erkennen, da sich Berichte über Gynäkolog:innen, die die geteilten Vorsorgen aus verschiedenen Gründen nicht unterstützen oder sogar ablehnen, häufen (Piecha, 2017). Der Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF) hat dazu einen Flyer mit dem Titel „Gynäkolog*in und Hebamme: Schwangerenvorsorge Hand in Hand“ entwickelt, der den Frauen zur Information des Betreuungsangeboten zur Verfügung gestellt werden könnte (Piecha, 2017).

Es stellt sich jedoch die Frage wie eine Zunahme der Frauen, die eine geteilte Hebammenvorsorge in Anspruch nehmen wollen, personell abgedeckt werden kann, wenn bereits jetzt der Fachkräftemangel ein zunehmendes Problem in der Sicherstellung der Versorgung von Schwangeren, Gebärenden und jungen Müttern darstellt (Schulz et al., 2021).

Die im Versorgungsplan genannten Handlungsempfehlungen sind grundsätzlich durch jede Hebamme in Deutschland umsetzbar, sie erfordern aber angemessene zeitliche und personelle Ressourcen, die nicht immer gegeben sind. Auch wird im Versorgungsplan keine spezielle Rücksicht auf kulturelle oder ethnische Unterschiede genommen, welche zum Beispiel beim Thema Partner:innen zu Problemen in der Umsetzbarkeit führen können.

5. Fazit

Das Ziel des Versorgungplanes war es, evidenzbasierte Handlungsempfehlungen zu erfassen, mit denen Hebammen in der Schwangerschaftsvorsorge von Schwangeren mit GDM, gezielt den Stillerfolg beeinflussen können. Der Versorgungsplan zeigt, dass präpartale Stillvorbereitung eine wirksame Methode sein kann, um den Stillerfolg zu verbessern und damit die maternale als auch neonatale Gesundheit zu unterstützen. Die Ergebnisse machen deutlich, dass geeignete Interventionen an physische, psychische und soziale Faktoren anknüpfen müssen, da alle drei Bereiche maßgeblich miteinander verbunden sind.

Es wird deutlich, dass die Gewichtsentwicklung in der Schwangerschaft eine zentrale Rolle für den Stillerfolg spielt, der jetzige Forschungsstand aber noch keine klaren Erklärungen oder auch passende Interventionen bietet. Bei der präpartalen Kolostrum Gewinnung ist sich die Studienlage uneinig über die wirkliche Bedeutung zu der Verbesserung des Stillens. Trotzdem deuten die Ergebnisse daraufhin, dass sie Schwangere mit GDM einen leichteren Stillstart ermöglicht. Um eine erfolgreiche präpartale Kolostrum Gewinnung zu erzielen ist die frühzeitige und strukturierte Aufklärung über Stillwissen, Förderung der Selbstwirksamkeit und das Annehmen von Unterstützung entscheidend. Diese Aspekte können dazu beitragen das psychische Faktoren wie Ängste, Unsicherheiten oder Schamgefühle reduziert werden und damit der Stillerfolg nachhaltig gefördert wird. Auch depressive Symptome können durch zu spätes Erkennen negative Folgen für die Stillbeziehung haben, weshalb die Entwicklung von einem evidenzbasierten Screening Tool, für die psychischen Gesundheit in der Schwangerschaft, auch zu Förderung des Stillerfolgs beitragen würde.

Partner:innen sollten, wenn möglich in die Stillvorbereitung miteinbezogen werden, solange die kulturellen Strukturen der Familie dies befürworten. Keine Familie sollte zu Maßnahmen gedrängt werden. Eine Nutzen Risiko Abwägung durch die betreuende Hebamme sollte in diesen Fällen immer an erster Stelle stehen.

Die Methodik der Bachelorarbeit ist insgesamt gut strukturiert, dennoch müssen die erlangten Ergebnisse kritisch betrachtet werden, da die Übertragbarkeit auf Deutschland nicht abschließend bewiesen ist. Auch auf Grund der abgelaufenen deutschen Leitlinien, die eine methodische Einschränkung darstellen, die wegen fehlender neuerer Evidenz beim Erstellen des Versorgungsplans in Kauf genommen wurde. Die „S3-Leitlinie Stilldauer und Interventionen zur Stillförderung“ bietet möglicherweise aktuellere und passendere Ansätze, um den Versorgungsplan nach Veröffentlichung dieser Leitlinie nochmals zu überarbeiten. Ebenso die noch ausstehende Überarbeitung der „S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 2. Auflage“, bietet nach Veröffentlichung die Möglichkeit die Handlungsempfehlungen mit aktueller Evidenz zu überprüfen.

Da wir uns eine ganzheitliche Betreuung wünschen, sollte der Fokus nie nur auf der präpartalen Stillvorbereitung liegen, die Betreuung in der Klinik als auch über das gesamte Wochenbett ist für die erfolgreiche Stillbeziehung von maßgeblicher Wichtigkeit. Dagla et al. (2021) gibt auch an, dass nur Interventionen die sich durch Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ziehen den größtmöglichen Erfolg im ausschließlichen Stillen erzielen können, als nur präpartale oder postpartale Interventionen allein.

Die Ergebnisse zeigen, dass ein Umdenken der Gynäkolog:innen stattfinden muss und die interdisziplinäre Zusammenarbeit noch mehr in den Fokus rücken sollte. Damit Schwangere mehr zur geteilten Schwangerschaftsvorsorge aufgeklärt und ermutigt werden können, um ihnen die bestmögliche Betreuung zu gewährleisten. Dazu zählt auch, ein Konzept für die multidisziplinäre Betreuung mit den Diabetolog:innen zu finden, welches sie kommunikativ besser mit den betreuenden Hebammen vernetzt.

Trotz der Limitationen zeigt die Arbeit, dass die Betreuung durch Hebammen eine zentrale Rolle in der präpartalen Stillvorbereitung bei Schwangeren mit GDM einnimmt und die gezielten Interventionen einen wesentlichen Beitrag zum Stillerfolg leisten können. Dabei ist wichtig, dass bei allen Aspekten des Versorgungsplans individuell und bedürfnisorientiert in die Stillvorbereitung gegangen wird und immer gemeinsam mit der Schwangeren/Familie agiert wird.

Literaturverzeichnis

AWMF-Regelwerk Leitlinien, Stufenklassifikation nach Systematik. https://www.awmf.org/regelwerk/stufenklassifikation-nach-systematik (Zugegriffen: 28. November 2025)

Abbass-Dick, J., Brown, H.K., Jackson, K.T., Rempel, L., Dennis, C.-L., (2019). Perinatal breastfeeding interventions including fathers/partners: A systematic review of the literature. Midwifery 75, 41–51. https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.04.001

Alyousefi, N., Alemam, A., Altwaijri, D., Alarifi, S., Alessa, H., (2022). Predictors of Prenatal Breastfeeding Self-Efficacy in Expectant Mothers with Gestational Diabetes Mellitus. Int J Environ Res Public Health 19, 4115. https://doi.org/10.3390/ijerph19074115

BARMER (2022) *Internationaler Hebammentag am 5. Mai – Versorgungsqualität rund um die Geburt verbessern | BARMER*. Verfügbar unter: https://www.barmer.de/presse/presseinformationen/pressearchiv/internationaler-hebammentag-1125708 (Zugegriffen: 28. November 2025).

Brouwers, M.C., Kho, M.E., Browman, G.P., Burgers, J.S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I.D., Grimshaw, J., Hanna, S.E., Littlejohns, P., Makarski, J., Zitzelsberger, L., for the AGREE Next Steps Consortium, (2010). AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. Canadian Medical Association Journal 182, E839–E842. https://doi.org/10.1503/cmaj.090449

Casey, J.R.R., Mogg, E.L., Banks, J., Braniff, K., Heal, C., (2019a). Perspectives and experiences of collecting antenatal colostrum in women who have had diabetes during pregnancy: a North Queensland semistructured interview study. BMJ Open 9, e021513. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021513

Casey, J.R.R., Banks, J., Braniff, K., Buettner, P., Heal, C., (2019b). The effects of expressing antenatal colostrum in women with diabetes in pregnancy: A retrospective cohort study. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology 59, 811–818. https://doi.org/10.1111/ajo.12966

CASP Checklists - Critical Appraisal Skills Programme (2024). Verfügbar unter: https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/ (Zugegriffen: 02. Dezember 2025).

Cummins, L., Meedya, S. und Wilson, V. (2022) „Factors that positively influence in-hospital exclusive breastfeeding among women with gestational diabetes: An integrative

review“, *Women and Birth*, 35(1), S. 3–10. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.03.005.

Dagla, M., Mrvoljak-Theodoropoulou, I., Vogiatzoglou, M., Giamalidou, A., Tsolaridou, E., Mavrou, M., Dagla, C., Antoniou, E., (2021). Association between Breastfeeding Duration and Long-Term Midwifery-Led Support and Psychosocial Support: Outcomes from a Greek Non-Randomized Controlled Perinatal Health Intervention. Int J Environ Res Public Health 18, 1988. https://doi.org/10.3390/ijerph18041988

Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG) & Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) (28.02.2018), S3-Leitlinie Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge. 2. Auflage https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/057-008 (Zugegriffen: 04. November 2025).

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE), Österreichische Gesellschaft für Ernährung (ÖGE), Schweizerische Gesellschaft für Ernährungsforschung (SGE). D-A-CH-Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. 2. Aufl. Neustadt an der Weinstraße: Neuer Umschau Buchverl.; 2015

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) (01.10.2019), S3-Leitlinie Adipositas und Schwangerschaft. 1. Auflage. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-081 (Zugegriffen: 04. November 2015).

Embryotox - Metformin (o.D.). Verfügbar unter: https://www.embryotox.de/arzneimittel/details/ansicht/medikament/metformin (Zugegriffen: 16. Dezember 2025).

Europäisches Institut für Stillen und Laktation - EISL (o.D.). Verfügbar unter: https://www.stillen-institut.com/de/fachinformationen (Zugegriffen: 03. Dezember 2025).

Finkelstein, S. A., Keely, E., Feig, D. S., Tu, X., Yasseen, A. S., 3rd, & Walker, M. (2013). Breastfeeding in women with diabetes: lower rates despite greater rewards. A population-based study. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association*, *30*(9), 1094–1101. https://doi.org/10.1111/dme.12238

Forster, D.A., Moorhead, A.M., Jacobs, S.E., Davis, P.G., Walker, S.P., McEgan, K.M., Opie, G.F., Donath, S.M., Gold, L., McNamara, C., Aylward, A., East, C., Ford, R., Amir, L.H., (2017). Advising women with diabetes in pregnancy to express breastmilk in late pregnancy (Diabetes and Antenatal Milk Expressing [DAME]): a multicentre, unblinded, randomised controlled trial. The Lancet 389, 2204–2213. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31373-9

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (19.12.2023) | *Mutterschafts-Richtlinie (Mu-RL)*. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/richtlinien/19/ (Zugegriffen: 06. Dezember 2025).

Giacometti, C.F., Galfano, G.S., Wajman, D.S., Cordioli, E., Beck, A.P.A., Podgaec, S., (2024). Internet use by pregnant women during prenatal care. Einstein (Sao Paulo) 22, eAO0447. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2024AO0447

Gunderson, E.P., Jacobs, D.R., Chiang, V., Lewis, C.E., Feng, J., Quesenberry, C.P., Sidney, S., (2010). Duration of Lactation and Incidence of the Metabolic Syndrome in Women of Reproductive Age According to Gestational Diabetes Mellitus Status: A 20-Year Prospective Study in CARDIA (Coronary Artery Risk Development in Young Adults). Diabetes 59, 495–504. https://doi.org/10.2337/db09-1197

Haile, Z.T., Oza-Frank, R., Azulay Chertok, I.R., Passen, N., (2016). Association between History of Gestational Diabetes and Exclusive Breastfeeding at Hospital Discharge. J Hum Lact 32, NP36–NP43. https://doi.org/10.1177/0890334415618936

HebG - *Gesetz über das Studium und den Beruf von Hebammen* (Stand 12.12.2023). Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/hebg_2020/BJNR175910019.html#BJNR175910019BJNG001300000 (Zugegriffen: 21. November 2025).

Hövel, J. auf dem „Infos für Schwangere“, *Deutscher Hebammenverband*. Verfügbar unter: https://hebammenverband.de/infos-fuer-schwangere (Zugegriffen: 28. November 2025).

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) (2023) Bundesauswertung Perinatalmedizin: Geburtshilfe. Erfassungsjahr 2022, https://iqtig.org/downloads/auswertung/2022/pmgebh/DeQS_PMGEBH_2022_BUAW_Bund_2023-07-20.pdf (Zugegriffen: 09. Dezember 2025)

Jack, A., Mullin, C., Brown, E., Burtner, M., Standish, K.R., Fields, A., Rosen-Carole, C., Hartman, S., (2024). Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #19: Breastfeeding Promotion in the Prenatal Period (Revised 2024). Breastfeeding Medicine 19, 575–587. https://doi.org/10.1089/bfm.2024.0203

Kean, E. B., Miller, E., Smith, C., & Lim, Y. S. (2024). *Integrative Review Methodology Appraisal Tool (IRMAT) User Guide.* Scholar@UC, University of Cincinnati Digital Repository. https://doi.org/10.7945/z5gg-rv58

Matias, S.L., Dewey, K.G., Quesenberry, C.P., Gunderson, E.P., (2014). Maternal prepregnancy obesity and insulin treatment during pregnancy are independently associated with delayed lactogenesis in women with recent gestational diabetes mellitus1234. Am J Clin Nutr 99, 115–121. https://doi.org/10.3945/ajcn.113.073049

Mosca, F. und Giannì, M.L. (2017) „Human milk: composition and health benefits“, *La Pediatria Medica e Chirurgica*, 39(2). Verfügbar unter: https://doi.org/10.4081/pmc.2017.155.

Piecha, R. (2017) „Dürfen sich Arzt/Ärztin und Hebamme die Schwangerschaftsvorsorge teilen? » Mother Hood e.V.“, *Mother Hood e.V.*, 1 Februar. Verfügbar unter: https://mother-hood.de/aktuelles/vorsorge-arzt-hebamme/ (Zugegriffen: 07. Dezember 2025).

Rasmussen, K. M., Yaktine, A. L., & Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines (Eds.). (2009). *Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines*. National Academies Press (US). https://doi.org/10.17226/12584

Reitzle, L., Schmidt, C., Heidemann, C., Icks, A., Kaltheuner, M., Ziese, T., Scheidt-Nave, C., (2021). Gestationsdiabetes in Deutschland: Zeitliche Entwicklung von Screeningquote und Prävalenz. Robert Koch-Institut. https://doi.org/10.25646/8324

Schulz, A.A., Laschewski, T. und Wirtz, M.A. (2021) *Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen: Determinanten vorzeitiger Ausstiege aus dem Hebammenberuf*, *https://journals.publisso.de/de/journals/zhwi/volume8/zhwi000022*. German Medical Science GMS Publishing House;Düsseldorf. Verfügbar unter: https://doi.org/10.3205/zhwi000022.

Somerville, S., Dedman, K., Hagan, R. *et al.* The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. *Arch Womens Ment Health* **17**, 443–454 (2014). https://doi.org/10.1007/s00737-014-0425-8

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 24d Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe (1988). Verfügbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/__24d.html (Zugegriffen: 28. Dezember 2025).

Wells, K.J.; Thompson, N.J.; Kloeblen-Tarver, A.S. Development and psychometric testing of the Prenatal Breast-feeding Selfefficacy Scale. Am. J. Health Behav. (2006), 30, 177–187. https://doi.org/10.5993/AJHB.30.2.7

WHO *Guideline for Complementary Feeding of Infants and Young Children 6-23 Months of Age*. 1st ed (2023). Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864 (Zugegriffen: 01. Dezember 2025)

WHO/UNICEF-Initiative Babyfreundlich (o.D.). Verfügbar unter: https://www.babyfreundlich.org/home/ (Zugegriffen: 07. Dezember 2025).

You, H., Lei, A., Xiang, J., Wang, Y., Luo, B., Hu, J., (2020). Effects of breastfeeding education based on the self-efficacy theory on women with gestational diabetes mellitus: A CONSORT-compliant randomized controlled trial. Medicine 99, e19643. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000019643

Anhang

Ia Detaillierte Übersicht der verwendeten Literatur

Nr.	Autor:in	Jahr	Titel	Design	Land	Teilnehmeranzahl	Empfehlung zum ausschließlichen Stillen	Kernaussagen
1	DDG und DGGG	2018	Gestationsdiabetes mellitus (GDM), Diagnostik, Therapie und Nachsorge, 2. Auflage	S3-Leitlinie	/	/	Richtet sich nach WHO-Empfehlung von mindestens 6 Monaten	/
2	DGGG	2019	Adipositas und Schwangerschaft	S3-Leitlinie	/	/	/	/
3	Abbass-Dick et al.	2019	Perinatal breastfeeding interventions including fathers/partners: A systematic review of the literature	Systematic Review	Kanada	12 Studien	Richtet sich nach WHO-Empfehlung von mindestens 6 Monaten	- Positive Bedeutung von Einbindung von Partner:innen für Stillerfolg und maternaler Zufriedenheit
4	Forster et al.	2017	Advising women with diabetes in pregnancy to express breastmilk in late pregnancy (Diabetes and Antenatal Milk Expressing [DAME]): a multicentre, unblinded, randomised controlled trial	RCT	Australien	635	Erfassung des Stillens nur bis 3. Monat postpartal Richtet sich nach WHO-Empfehlung von mindestens 6 Monaten	- Kein erhöhtes Risiko durch Präpartale Kolostrum Gewinnung - Tendenz zu mehr exklusiven Stillens bis Entlassung - Kein signifikanter Unterschied zum Langzeitstillen
5	You et al.	2020	Effects of breastfeeding education based on the self-efficacy theory on women with gestational diabetes mellitus: A CONSORT-compliant randomized controlled trial	RCT	China	226	Entspricht der WHO-Empfehlung von mindestens 6 Monaten	- Die Interventionen erhöhen das Stillwissen und die Selbstwirksamkeit - Exklusives Stillen in der Interventionsgruppe deutlich höher - Wirksam für Frauen mit GDM

Nr.	Autor:in	Jahr	Titel	Design	Land	Teilnehmeranzahl	Empfehlung zum ausschließlichen Stillen	Kernaussagen
6	Dagla et al.	2021	Association between Breastfeeding Duration and Long-Term Midwifery-Led Support and Psychosocial Support: Outcomes from a Greek Non-Randomized Controlled Perinatal Health Intervention	Non-RCT	Griechenland	1080	Entspricht der WHO-Empfehlung von mindestens 6 Monaten	- Langfristige Stillraten deutlich erhöht - Hebammenbetreuung erhöht Stilldauer - Mentale Gesundheit beeinflusst das Stillen
7	Haile et al.	2016	Association between History of Gestational Diabetes and Exclusive Breastfeeding at Hospital Discharge	Querschnittsstudie	USA	2038	Erfassen des Stillens nur bei Entlassung WHO-Empfehlung zu mind. 6 Monaten wird angesprochen	- Frauen mit GDM haben geringere exklusive Stillraten - zu geringe Gewichtszunahme = weniger exklusives Stillen - Adipositas = weniger exklusives Stillen - Stillintention hat starke Bedeutung
8	Casey et al.	2019	Perspectives and experiences of collecting antenatal colostrum in women who have had diabetes during pregnancy: a North Queensland semistructured interview study	Qualitative Studie	Australien	6	Bezug auf DAME-Studie Keine eigene Still Empfehlung beschrieben	- Frauen erleben Stress, Schuld, Druck und Angst bzgl. GDM - Vorteile werden überbetont und wirken belastend Beratung muss realistisch und sensibel stattfinden
9	Cummins et al.	2022	Factors that positively influence in-hospital exclusive breastfeeding among women with gestational diabetes: An integrative review	Integrative Review	Australien	26 Studien	Richtet sich nach WHO-Empfehlung von mindestens 6 Monaten	- Präpartale Stillvorbereitung verbessert das Stillen - Kontinuierliche Unterstützung verbessert Stillen - Persönliche Faktoren beeinflussen das Stillen massiv
10	Jack et al.	2024	Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #19: Breastfeeding Promotion in the Prenatal Period (Revised 2024)	Klinisches Protokoll	USA	/	Richtet sich nach WHO-Empfehlung von mindestens 6 Monaten	Pränatale Stillförderung verbessert die Stillraten Stillberatung soll in jeder Vorsorge erfolgen

Ib Bewertung der verwendeten Literatur

Nr.	Tool	Bewertung
1	AGREE II	Die Leitlinie erfüllt zum größten Teil die Kriterien der 6 Domänen mit höchster Bewertung. Sie weist in der Domäne des Geltungsbereichs und Zweck keine Defizite auf. In der Beteiligung der Interessengruppen, wurden viele Fachgesellschaften und interdisziplinäre Expert:innen involviert, was aber auffällt ist, dass keine Patient:innenvertretung befragt wurde. Bei der Methodik wurde die Auswahl der Evidenz eindeutig beschrieben und Stärken und Schwächen aufgezeigt. Sie beinhaltet eine systematische Bewertung von Risiken und Outcomes für Mutter und Kind. Ein Verfahren zur Aktualisierung der Leitlinie besteht, laut dem sollte aber bereits zum 31.10.2025 die überarbeitete Version veröffentlicht werden, dies ist nicht passiert. Die Empfehlungen sind im Text durch Tabellen klar erkennbar und ihre Evidenz eindeutig beschrieben. Förderliche und hinderliche Faktoren wurden zwar beschrieben, sind aber nicht systematisch erfasst. Außerdem werden nur wenig Tools zur Umsetzung der Empfehlungen gegeben, diese sind aber im Allgemeinen sehr praxisnah formuliert.
2	AGREE II	Die Leitlinie erfüllt zum größten Teil die Kriterien der 6 Domänen mit hoher Bewertung. Sie zeigt klar welche Fachgesellschaften beteiligt waren und das ebenfalls Hebammenverbände mitgewirkt haben, was auch hier fehlt, ist die Patient:innenvertretung, da laut Organisation keine Stelle verfügbar war. Es wurde für die Methodik eine systematische Recherche durchgeführt, die PICO-Fragen beantwortet und eine Evidenz- und Konsensbewertung ist erläutert. Ein Verfahren zur Aktualisierung ist gegeben. Die gegebenen Empfehlungen sind in Tabellen klar formuliert und der Empfehlungsgrad nachvollziehbar. Die Leitlinie spart aber an praktischen Tools zur Umsetzung und dem Aufzeigen des Ressourcen Bedarfs. Zudem ist die Finanzierung und die Sicherstellung der Unabhängigkeit beschrieben und Interessenkonflikte werden tabellarisch strukturiert aufgezeigt.
3	CASP	Das systematic Review erfüllt die CASP-Kriterien überwiegend gut. Die Fragestellung ist klar formuliert. Eine systematische Literaturrecherche wurde in verschiedenen Datenbanken durchgeführt. Ein- und Ausschlusskriterien wurden benannt. Zur Qualitätskontrolle wurde das Cochrane Risk of Bias Tool verwendet. Die Ergebnisse der Studien stimmen größtenteils überein, die Effekte der Interventionen wurden tabellarisch dargestellt. In der Anwendbarkeit wird klar auf mögliche kulturelle Unterschiede hingewiesen. Speziell für meinen Versorgungsplans liegt die Limitation dieses systematic Reviews in der fehlenden Population mit GDM.
4	CASP	Das RCT erfüllt die meisten CASP-Kriterien sehr gut. Die Fragestellung wird klar formuliert. Es fand eine computergesteuerte block Randomisierung statt. Eine Verblindung der Teilnehmenden und Behandelnden konnte durch die benötigte Anleitung und Durchführung der Interventionen nicht eingehalten werden. Für das Outcome konnte die Extraktion aus den Krankenakten verblindet werden. Viele verschiedene Outcomes wurden sehr ausführlich dargestellt und Effektgrößen angezeigt. Es gibt keinen Hinweis auf Schäden durch die Interventionen. Die Empfehlungen sind übertragbar auf die Niedrigrisko-Population mit GDM die in der Studie behandelt wurde. Eine Ausweitung der Empfehlungen auf die Hochrisiko-Population muss laut Aussage der Autor:innen mit Vorsicht interpretiert werden.
5	CASP	Das RCT erfüllt die meisten CASP-Kriterien weitgehend gut. Die Fragestellung ist klar formuliert und der Fokus klar angegeben. Es fand eine verdeckte, computergesteuerte Zuteilung der Teilnehmnden in die Interventions- oder Kontrollgruppe statt. Laut Autor:innen ist die Studie verblindet, was aber auf Grund von Intervention und Standardversorgung fraglich bleibt. Das Forschungspersonal zur Begutachtung des Outcomes war verblindet und unabhängig. Die Effektgrößen wurden tabellarisch in Form von Raten und Scores dargestellt. Risiken konnten nicht beobachtet werden, dafür deutliche Outcome-Verbesserungen. Die Stichprobe der Teilnehmenden war sehr hochgebildet und lässt somit offen, ob die Übertragbarkeit auf den Rest der Population die gleichen Ergebnisse ergeben würde. Ebenfalls sind die Interventionen ressourcenabhängig, da sie durch Laktationsberater:innen durchgeführt wurden.

Nr.	Tool	Bewertung
6	CASP	Das Non-RCT erfüllt die CASP-Kriterien weitgehend gut. Die Fragestellung ist präzise. Die Rekrutierung der Teilnehmenden fand über ein ausgewähltes Gesundheitszentrum statt. Ob Gruppen zu Beginn vergleichbar waren, ist aufgrund der fehlenden Randomisierung unklar. Störfaktoren wurden nur teilweise adressiert. Die Interventionen sind detailliert beschrieben, nachvollziehbar und das Outcome in Ihren Messfaktoren schlüssig. Eine Übersicht über das Follow-up der Teilnehmende wurde nur kurz beschrieben. Ergebnisse wurden in Tabellen klar dargestellt. Diese sind durch benannte Effektstärken präzise und nachvollziehbar. Über Risiken wird nicht berichtet und die Interventionen als sicher beschrieben. Für meinen Versorgungsplan ergibt sich eine Limitation durch die fehlende Population mit GDM.
7	CASP	Die Querschnittsstudie erfüllt die CASP-Kriterien überwiegend gut. Das Ziel der Studie ist klar formuliert. Die Rekrutierung der Teilnehmenden fand größtenteils durch die IFPS-II-Daten statt und ist daher offen für Verzerrungen der Selektions- und Erinnerungsverzerrungen. Die Diagnose des GDM wurde nicht diagnostisch festgestellt, sondern nur von den Teilnehmenden selbst angegeben. Die Datenerhebung fand mit strukturierten Fragebögen statt. Durch die große Teilnehmendenanzahl sind die Ergebnisse präzise. Übertragbarkeit der Ergebnisse ist eingeschränkt, da keinerlei kulturelle oder ethnische Variation in den Teilnehmenden gegeben war. Der Nachweis zur Kausalität der Empfehlungen ist gering.
8	CASP	Die qualitative Studie erfüllt die CASP-Kriterien überwiegend gut. Das Ziel der Studie ist klar angegeben. Es wurden semistrukturierte face-to-face Interviews mit den Teilnehmenden durchgeführt, die Einblicke in die individuellen Erfahrungen ermöglichten. Das Setting, die Dauer, der Leitfaden als auch das Vorgehen werden dargestellt. Die Teilnehmenden und die Interviewer:in waren sich nicht bekannt, die Rollen waren jedoch jeweils bekannt. Ein Ethikvotum inklusive dokumentierter Einwilligungen hat stattgefunden. Die Ergebnisse wurden mit sechs Hauptthemen strukturiert in einer Tabelle dargestellt und mit Originalzitaten belegt. Relevante Erkenntnisse wurden erhoben, dabei ist die Übertragbarkeit aber eingeschränkt, da die Studie in einem klinischen Setting stattgefunden hat und eine passende Anwendung auf andere Kulturen und Länder offen bleibt.
9	IRMAT	Das integrative Review erfüllt die IRMAT-Kriterien weitestgehend gut. Die Fragestellung ist klar formuliert und Ein- Ausschlusskriterien sind nachvollziehbar beschrieben. Die ausdrückliche Beschreibung des Stichprobenrahmens fehlt. Die Datenbanken werden genannt, jedoch fehlen die Suchstrings zur Reproduzierung der Suche. Das Review wurde von zwei unabhängigen Prüfern gescreent. Eine Zusammenfassung der Studien wird dargestellt und die Studienauswahl durch ein PRISMA-Flowchart visualisiert. Zur Analyse wurde die Methode von Whittmore und Knafl wie auch die MMAT (Mixed Methods Appraisal Toll) genutzt. Widersprüchliche Evidenz, beispielsweise zu Einfluss von Ethnie und Effekten der Interventionen, wird dargestellt. Eine Qualitätsprüfung der Studien fand ebenfalls mit MMAT statt. Die Schlüsselergebnisse werden in vier Kategorien zusammengefasst. Es wird zudem ein ausdrücklicher weiterer Forschungsbedarf benannt.
10	AGREE II	Das Protokoll erfüllt die Kriterien der 6 Domänen in Ihrer Bewertung überwiegen gut. Der Zweck die Zielgruppe und Anwendungsbereiche werden klar beschrieben. Das Protokoll wurde durch ein multidisziplinäres Team aus verschiedenen Fachrichtungen erstellt. Die Patient:innenvertretung und somit die Sicht der Betroffenen fehlt, allerdings wird im Text auf kulturelle und soziale Aspekte eingegangen. Es wurde eine strukturierte Literaturrecherche in mehreren Datenbanken durchgeführt und das Auswahlverfahren klar beschrieben. ABM gibt aber selbst an, dass es sich nicht um ein vollständiges systematic Review handelt. Viele Kernaussagen sind in Tabellen dargestellt, was das Protokoll übersichtlich macht. Die Empfehlungen sind nummeriert aufgeführt und mit den Evidenzleveln versehen, dabei wird auch in den verschiedenen Populationen unterschieden. Es wird im Protokoll nicht über Implementierungsstrategien der Empfehlungen in den Alltag gesprochen oder Umsetzungshilfe angegeben. Der Ressourcenbedarf wird nicht benannt. Es wird offen dargelegt, dass interne von ABM genutzte Peer-Review Verfahren angewandt wurden. Es fand keine Finanzierung statt.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Mia Paulina Bösch,

[redacted] dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel

„Stillen und GDM - Wie die präpartale Stillvorbereitung durch Hebammen die Stillbeziehung fördern kann“

selbstständig und ohne fremde Hilfe, insbesondere ohne entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten sowie ohne die Anwendung von KI-Sprachmodellen wie z.B. ChatGPT, angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle wörtlichen oder sinngemäßen Entlehnungen aus anderen Arbeiten sind an den betreffenden Stellen als solche kenntlich gemacht und im entsprechenden Verzeichnis aufgeführt, das gilt insbesondere auch für alle Informationen aus Internetquellen. Ich erkläre zudem, dass ich die an der Medizinischen Fakultät Hamburg geltende „Satzung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zur Vermeidung wissenschaftlichen Fehlverhaltens an der Universität Hamburg“ in der jeweils gültigen Fassung eingehalten habe.

Des Weiteren versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit vorher nicht in dieser oder ähnlicher Form in einem anderen Prüfungsverfahren dieser oder einer anderen Fakultät bzw. Hochschule eingereicht habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Bachelorarbeit zum Zweck der Plagiatsprüfung gespeichert und von meiner/-m Erst- und Zweitprüfenden mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Ich erkläre mich einverstanden, dass oben genannte Bachelorarbeit oder Teile davon von der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg oder von der HAW Hamburg veröffentlicht werden.

Hamburg, der 18.12.2025

[redacted]

Mia Paulina Bösch