

ABM Statement

Ausbildungsziele und Kompetenzen von Ärztinnen und Ärzten in Bezug auf das Stillen (überarbeitete Fassung 2018)

Joan Younger Meek and The Academy of Breastfeeding Medicine

Die Academy of Breastfeeding Medicine ist eine weltweite Organisation von Ärztinnen und Ärzten, die sich die Förderung, den Schutz und die Unterstützung des Stillens und der Humanlaktation zum Ziel gesetzt hat. Unsere Aufgabe ist es, Mitglieder der verschiedenen medizinischen Fachrichtungen mit diesem gemeinsamen Ziel in einem Verband zu vereinen.

Einführung

Die Wissenschaft des Stillens und der Humanlaktation erfordert, dass Ärztinnen und Ärzte aus vielen verschiedenen Fachbereichen ein gemeinsames Diskussionsforum haben, um die Weiterentwicklung der ärztlichen Ausbildung zu fördern. Zur weltweiten Optimierung der Stillpraxis, müssen Ärztinnen und Ärzte die für eine evidenzbasierte Stillmedizin erforderliche Einstellung und Kompetenzen erlangen. Das Studium des Stillens und der Humanlaktation ist derzeit kein anerkanntes medizinisches Fachgebiet, so dass die Existenz einer fachübergreifenden Organisation, die sich der ärztlichen Ausbildung und der Erweiterung des Wissens auf diesem Gebiet widmet, von entscheidender Bedeutung ist.

Hintergrund

Die zahlreichen Vorteile des Stillens für Mütter und Kinder sind gut dokumentiert.(1-3) Ärztinnen und Ärzte (Mediziner) spielen eine Schlüsselrolle bei der Unterstützung des Stillens, und sie begleiten Frauen, Kinder und Familien über alle Lebensphasen. Um für das Stillen einzutreten, Familien über das Stillen aufzuklären und ein optimales klinisches Management des Stillens zu gewährleisten, müssen diese Ärztinnen und Ärzte Kompetenzen in den Bereichen Stillbeginn, Aufrechterhaltung und Unterstützung des Stillens erlangen und wissen, wie man Stillkomplikationen diagnostiziert und behandelt.(4-8) Dass es in der ärztlichen Ausbildung einen erheblichen Mangel in Bezug auf Unterstützung und Anleitung beim Stillen gibt, ist in der medizinischen Literatur gut dokumentiert.(9,10)

Die „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und des Kinderhilfswerks der Vereinten Nationen (UNICEF), die 2018 überarbeitet wurden, fordern, dass das gesamte Gesundheitspersonal über ausreichende Kenntnisse, Kompetenzen und Fähigkeiten verfügt, um das Stillen zu unterstützen.(11) Die *Innocenti-Erklärung zum Schutz, zur Förderung und zur Unterstützung des Stillens*(12) nennt vier Hauptziele für die Stillunterstützung: Die Einrichtung nationaler Ausschüsse zur Überwachung, die Sicherstellung, dass Mutterschaftseinrichtungen die „Zehn Schritte“ praktizieren, die Durchsetzung des Internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten(13) und die Verabschiedung von Gesetzen zum Schutz der Stillrechte von berufstätigen Frauen. Wo es nationale Komitees gibt, haben viele von ihnen das Ziel, alle Gesundheitsdienstleister in Bezug auf angemessenes Stillen und Stillunterstützung zu schulen (z. B. die australische Nationale Stillstrategie,(14) die nationale Stillkommission in Deutschland,(15) das indische Stillförderungsnetz,(16) das kenianische Nationale Komitee für die Ernährung von Säuglingen und

Kleinkindern und das Stillkomitee der Vereinigten Staaten(17)). Das United States Breastfeeding Committee hat Kernkompetenzen für die Versorgung und Betreuung von stillenden Müttern und Vätern für alle Gesundheitsfachleute („Core Competencies in Breastfeeding Care and Services for All Health Professionals“) veröffentlicht(18).

Die Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) wurde gegründet, um die Ausbildung von Ärzten und Ärztinnen zu fördern, und ihr zentrales Ziel ist es, einen Standard für die ärztliche Ausbildung zum Thema Stillen und Humanlaktation zu entwickeln und zu verbreiten.(19) Dieses Statement enthält Leitlinien für die Integration der Stillmedizin in die medizinische Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten im Rahmen des Studiums, der Promotion und der postgradualen Weiterbildung/Nachdiplomstudium. Obwohl diese Anleitung auch auf andere Gesundheitsdisziplinen anwendbar sein kann, richten sich die Kompetenzen speziell an Ärztinnen und Ärzte. ABM-Protokolle sind hilfreich für die Vermittlung evidenzbasierter Praktiken während der gesamten medizinischen Ausbildung. ABM erkennt an, dass die Terminologie zur Beschreibung der Stufen der medizinischen Ausbildung in den verschiedenen medizinischen Ausbildungssystemen rund um den Globus unterschiedlich ist. In dieser Erklärung wird der Begriff „medizinische Ausbildung im Grundstudium“ (Undergraduate Medical Education) verwendet, um die Ausbildung zu beschreiben, die vor dem Erwerb des Dokortitels absolviert wurde; „medizinische Hochschulausbildung“ (Graduate Medical Education) bezieht sich auf die klinische Ausbildung, die nach der Verleihung des Dokortitels und vor der selbständigen Ausübung der ärztlichen Tätigkeit absolviert wurde (d. h. die Ausbildung während der Facharztausbildung und/oder Assistenzarztzeit); und „postgraduale Weiterbildung“ (Postgraduate Education) bezieht sich auf die kontinuierliche medizinische Fortbildung (CME) und die Aufrechterhaltung der Zertifizierung, die während der laufenden beruflichen Entwicklung und/oder als Voraussetzung für die Aufrechterhaltung der Approbation/Zulassung nach Abschluss der Ausbildungsphasen absolviert wurde.

Leitlinien

Medizinische Ausbildung im Grundstudium

a. Unabhängig von ihrer Fachrichtung, sollten alle Ärzte und Ärztinnen über grundlegende Kenntnisse und Fähigkeiten hinsichtlich Stillbeginn, Aufrechterhaltung des Stillens sowie Diagnose und Behandlung von Stillproblemen verfügen.(20) Daher sollten die Theorie und Praxis des Stillens routinemäßig in die Lehrpläne der medizinischen Fakultäten aufgenommen werden.(21)

Medizinstudierende sollten die Anatomie der Brust, die Physiologie der Laktation (einschließlich der Milchbildung), die hormonellen Auswirkungen auf Mutter und Kind, Veränderungen der Fruchtbarkeit sowie die biochemischen und immunologischen Eigenschaften der Muttermilch kennen. Die Studierenden sollten in der Lage sein, die biologischen, soziologischen und kulturellen Aspekte zu erklären, die mit dem Schutz, der Förderung und der Unterstützung des Stillens verbunden sind. Sie sollten die Ungleichheiten erkennen, die zwischen verschiedenen Gruppen bestehen,(22) und dass strukturelle, institutionelle und systemische Barrieren sowie Rassismus und implizite Vorurteile eine Herausforderung für Schwarze, Indigene und People of Color (BIPOC) darstellen, um eine angemessene Still- und Laktationsunterstützung zu erhalten.(23) Sie sollten die Möglichkeit haben, eine mütterliche Anamnese zu erheben, eine Ernährungsanamnese eines Neugeborenen oder eines Kindes zu erstellen und stillende Mütter und Kinder in einer Vielzahl von Situationen zu beobachten. Die Studierenden müssen den Wert des Stillens und der Ernährung mit Muttermilch erkennen, aber auch wissen, welche Risiken mit einem nicht optimalen Stillen verbunden sind. Idealerweise sollte diese Ausbildung in das gesamte Curriculum integriert werden, in Blockrotationen, systembasierte Curricula oder fallbasiertes Lernen in der vorklinischen Ausbildung eingebettet werden und während der klinischen Rotationen im

Bereich der Mutter-Kind-Gesundheit, einschließlich Geburtshilfe und Gynäkologie, Pädiatrie und Familienmedizin, vertieft werden.(24) Unabhängig von der Wahl des Fachgebiets, sollten alle Studierenden diese Grundausbildung erhalten.

Alle entsprechenden Prüfungen, ob standardisierte Fachprüfungen, schriftliche oder mündliche Prüfungen oder beobachtete strukturierte klinische Prüfungen (OSCE), sollten die Wissensbasis und die klinischen Entscheidungsfähigkeiten im Bereich Stillen bewerten. Die Prüfungen für die Approbation bzw. Zertifizierung sollten ebenfalls eine Bewertung des Stillwissens und der Stillfähigkeiten beinhalten. Auf einer grundlegenden Ebene sollten alle Medizinstudierenden und somit alle Ärzte und Ärztinnen die wissenschaftliche Evidenz für das Stillen, den evidenzbasierten klinischen Umgang mit Müttern und Neugeborenen und den gesellschaftlichen Kontext der Laktation verstehen, um eine Gesundheitsversorgung zu bieten, die den Stillbeginn und die Aufrechterhaltung des Stillens unterstützt, die es vermeidet, Barrieren für stillende Frauen zu schaffen, und die es Frauen ermöglicht, ihre Stillziele zu erreichen.(25) Für die Ausbildung von Medizinstudenten stehen Online-Kurse zur Verfügung.(26) Zusätzliche Ressourcen können bei der Entwicklung eines Stillcurriculums hilfreich sein.(24,25,27-29)

b. Die vorklinische Ausbildung an medizinischen Fakultäten zum Thema Stillen sollte die folgenden Ziele verfolgen(8,20,24,25,30):

- Auflistung der gesundheitlichen Risiken des Nicht-Stillens für Kinder, Mütter, Familien und die Gesellschaft.
- Erkenntnis, dass die meisten Säuglinge, auch solche mit besonderen gesundheitlichen Bedürfnissen, gestillt werden können.
- Beschreibung der Anatomie der Brustdrüse und der umgebenden Bruststrukturen und Erkennen von normaler und abnormaler Histologie.
- Beschreibung der Physiologie der Milchproduktion und -sekretion.
- Beschreibung der Hormone der Laktation und ihre vielfältigen Wirkungen auf Mutter und Kind.
- Erläuterung der biochemischen und immunologischen Eigenschaften der Humanmilch.
- Beschreibung der Physiologie der laktationsbedingten Fruchtbarkeitsunterdrückung.
- Diskussion der biologischen, soziologischen, psychologischen und kulturellen Aspekte der Unterstützung des Stillens.
- Identifizierung struktureller, institutioneller und systemischer Barrieren, die zu Ungleichheiten beim Stillbeginn und der Stilldauer bei BIPOC oder auf der Grundlage von Bildungsniveau und sozioökonomischem Status beitragen.
- Identifizierung nationaler und/oder internationaler Ziele für Stillraten und Ziele für Stillpraktiken.
- Vergleich der Dynamik des Anlegens und Saugens beim Stillen mit der Mechanik des Flaschenfütterns.
- Beschreibung evidenzbasierter Praktiken für Mütter, die nachweislich die Raten des Stillbeginns, der Stilldauer und der Ausschließlichkeit des Stillens erhöhen.

c. Die klinische Ausbildung im Medizinstudium (Famulatur in Geburtshilfe und Gynäkologie, Pädiatrie, Familienmedizin, Mutter-Kind-Gesundheit, Präventivmedizin oder öffentliches Gesundheitswesen usw.) sollte relevante Ziele im Zusammenhang mit dem klinischen Management des Stillens wie folgt behandeln(8,20,24,25,30):

- Identifizierung von Faktoren, die zur elterlichen Entscheidungsfindung über das Stillen beitragen.
- Prinzipien der gemeinsamen Entscheidungsfindung, um Familien in Diskussionen über den Stillbeginn und die Fortsetzung des Stillens einzubeziehen.

- Erhebung einer detaillierten Stillanamnese und Durchführung einer stillbezogenen Untersuchung von Mutter und Kind.
- Beschreibung des Zusammenhangs zwischen Interventionen unter der Geburt und dem Beginn des Stillens.
- Beschreibung der Auswirkungen von intrapartalen und unmittelbar postpartalen Interventionen und Medikamenten auf das Stillen.
- Beobachtung der ersten Stillmahlzeit im Kreißaal und darauf vorbereitet zu sein, sie zu unterstützen.
- Erkennen von korrektem Anlegen und effektivem Saugen an der Brust.
- Beratung von Müttern über die Bedeutung des ausschließlichen Stillens.
- Beratung einer stillenden Mutter über die grundlegenden Nährstoffbedürfnisse für sich und ihr Kind.
- Beratung von Müttern über den Aufbau und die Aufrechterhaltung der Milchbildung während einer krankheits- oder schul- bzw. berufsbedingten Trennung.
- Anbieten von umsichtiger Beratung für stillende Mütter und Kinder.
- Zugang zu evidenzbasierten Ressourcen, um Medikamente und Behandlungsoptionen zu empfehlen, die mit dem Stillen vereinbar sind.
- Anwendung der Prinzipien der gemeinsamen Entscheidungsfindung, um mit der stillenden Frau Optionen der Familienplanung zu besprechen.
- Besprechung von Ursachen, Vorbeugung und Umgang mit häufigen Stillproblemen (z. B. wundte Brustwarzen, geringe Milchmenge, geringe Gewichtszunahme und Gelbsucht).
- Beschreibung der normalen Wachstumsmuster von gestillten Säuglingen und Kindern.
- Beschreibung des richtigen Zeitpunkts für die Einführung und die Auswahl von Beikost.
- Fähigkeit, die eigene Tätigkeit mit anderen Fachleuten des Gesundheitswesens, Laien und Unterstützungsgruppen in der Gemeinde zu koordinieren, um das Stillen zu unterstützen und entsprechende Überweisungen auszustellen.
- Unterstützung von Richtlinien und Verfahren in allen Fachbereichen, die das Stillen fördern.

Medizinische Hochschulausbildung (klinische Ausbildung)

a. Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (nach dem Medizinstudium) in den Bereichen Geburtshilfe und Gynäkologie, Pädiatrie, Familienmedizin und Präventivmedizin berichten von mangelnder Stillausbildung, mangelndem Wissen und mangelnder klinischer Erfahrung in Bezug auf Stillfertigkeiten sowie mangelnder Kompetenz oder mangelndem Selbstvertrauen bei der Unterstützung von Patienten beim Stillen.(31-35) Auch in der Pädiatrie gibt es Widersprüche bei der Stillausbildung in den verschiedenen Ausbildungsprogrammen.(36) Assistenzärzte und Assistenzärztinnen berichten von einem Bedarf an mehr direkter Interaktion mit Patientinnen in Bezug auf das Stillen. Assistenzärztinnen und Assistenzärzte stellen auch fest, dass es an Erfahrung in der Beratung stillender Mütter und der Entwicklung von Problemlösungsfähigkeiten während ihrer Ausbildung mangelt.(37) Bei Assistenzärzten und Assistenzärztinnen haben sich Defizite bei der Beurteilung von Wachstumsmustern gestillter Säuglinge gezeigt.(38) Studiengangsleiter berichten auch, dass die Ausbildungsprogramme keine angemessene Ausbildung oder Erfahrung im Stillen bieten.(39)

b. Mehrere spezifische Aktivitäten zur Erlangung der Kompetenz der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte im Umgang mit dem Stillen haben zu einem Wissenszuwachs bei ihnen und zu einer Verbesserung des Stillmanagements und des Stillverhaltens geführt. Beispiele hierfür sind(40-42):

- Didaktische Präsentationen und Diskussionen in Kleingruppen über Stillempfehlungen, Vorteile, Informationsquellen und mütterlichen Medikamentengebrauch

- Rollenspiele zu Stillberatungsfähigkeiten.
- Videos über Stillbeginn, die Beurteilung des Anlegens und die Angemessenheit des Stillens.
- Podiumsdiskussion mit stillenden Müttern und Personen, die Unterstützung anbieten.
- Teilnahme an der postpartalen Visite mit einem Arzt mit Erfahrung in der Stillunterstützung und/oder mit einer international zertifizierten Stillberaterin (IBCLC).
- Beaufsichtigte Beurteilung des Anlegens und der Stilltechnik bei Mutter-Kind-Paaren.
- Angeleitete Begleitung von mütterlichen Problemen und der Aufrechterhaltung des Stillens nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz, einschließlich Kenntnis der geltenden gesetzlichen Bestimmungen für stillende Frauen am Arbeitsplatz und Anleitung zur Milchgewinnung per Hand oder mittels Milchpumpen.
- Beobachtung von Stillberatungen.
- Teilnahme an ambulanten Still- oder Laktationsberatungen/Spezialsprechstunden.
- Teilnahme an Treffen von Peer-Beratern (z. B. La Leche League International) oder an Peer-Unterstützung durch andere ehrenamtliche oder staatlich unterstützte Programme (z. B. Australian Breastfeeding Association, National Childbirth Trust [Vereinigtes Königreich] oder Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children [Vereinigte Staaten] sowie an Kliniken angebundene Gruppen).

c. Die Kompetenzen von Assistenzärzten in der Grundversorgung bauen bezüglich des Stillens auf den Kompetenzen auf, die für Medizinstudenten festgelegt wurden.(8,10,20,24,25,30,32,42-44) Die Kompetenzen von Assistenzärzten werden im Folgenden gemäß den Kompetenzbereichen des Accreditation Council for Graduate Medical Education 45 (ACGME) klassifiziert. Der ACGME ist die Organisation, die für die Akkreditierung von medizinischen Weiterbildungsprogrammen in den Vereinigten Staaten und einigen internationalen Standorten zuständig ist. Die Kompetenzen sind weltweit relevant.

Medizinisches Wissen

- Wissen um die Risiken des Nichtstillens für Säuglinge, Mütter und die Gesellschaft.
- Erkennen der anatomischen Strukturen der Brust.
- Beschreibung der Physiologie der Milchproduktion und der Entleerung von Milch.
- Beschreibung der Physiologie der Fruchtbarkeitsunterdrückung in der Stillzeit und deren Nutzen und Grenzen als Methode der Familienplanung.
- Beschreibung der Hormone der Laktation und ihre vielfältigen Wirkungen auf Mutter und Kind.
- Erläuterung der biochemischen und immunologischen Eigenschaften der Humanmilch.
- Beschreibung der Bedeutung des Stillens für den Aufbau des Mikrobioms.
- Beschreibung der Stillempfehlungen.
- Erläuterung der Bedeutung des ausschließlichen Stillens.
- Beschreibung der Unterschiede in den Raten des Stillbeginns und der Stilldauer in Abhängigkeit von Faktoren wie ethnische Zugehörigkeit, sozioökonomischer Status und Ausbildung der Mutter.
- Beschreibung des Saugens und Vergleich der Mechanismen des Stillens und der Flaschenfütterung.
- Erkennen der Auswirkungen von intrapartalen und postpartalen Medikamenten und Interventionen auf die Stillzeit.
- Beschreibung der Bedeutung des Haut-zu-Haut-Kontaktes für den Stillbeginn.
- Beschreibung der Anzeichen für eine ausreichende Milchaufnahme durch den Säugling.
- Beschreibung des normalen Wachstumsmusters von gestillten Säuglingen.
- Aufzählung von absoluten Kontraindikationen für das Stillen.

- Beschreibung der Laktations-Amenorrhöe-Methode zur Familienplanung.
- Benennung der Indikationen für das Abpumpen von Muttermilch.
- Beschreibung, wie das Stillen während der Trennung von Mutter und Kind aufrechterhalten werden kann.
- Auflistung der spezifischen Vorteile der Muttermilch für frühgeborene Säuglinge.
- Erläuterung, dass späte Frühgeborene im Vergleich zu Termingeborenen ein höheres Risiko für Komplikationen und Stillprobleme aufweisen.
- Beschreibung der Wechselwirkungen zwischen Gelbsucht, Stillen und Muttermilch mit entsprechenden Diagnose- und Behandlungsstrategien.
- Erläuterung der Rolle von Humanmilchbanken und die entsprechenden Indikationen und die Verwendung von Spendermilch.

Patientenversorgung

- Erhebung der relevanten Krankengeschichte von stillenden Müttern und Säuglingen.
- Beurteilung der mütterlichen Brust, einschließlich der Brustwarzenform und der Beurteilung von Narben.
- Unterstützung des Haut-zu-Haut-Kontakts im Kreißsaal oder Operationssaal.
- Hilfestellung beim ersten Anlegen nach der Entbindung, falls erforderlich.
- Untersuchung der Mundhöhle des Säuglings und des allgemeinen Gesundheitszustands.
- Beurteilung des Stillens und des Anlegens der stillenden Mutter und des Säuglings.
- Beurteilung des Saugmusters des Säuglings.
- Erkennen von Müttern und Säuglingen, bei denen das Risiko eines unzureichenden Milchtransfers besteht.
- Abwägen der Vorteile des ausschließlichen Stillens gegen einen möglichen Bedarf an Nahrungsergänzung.
- Beratung der Mütter über die Wahrnehmung von unzureichender Milchmenge.
- Beratung der Mütter zu Techniken manueller Milchgewinnung.(46)
- Beratung der Mütter zum Stillen von Mehrlingen.
- Beratung von Müttern über ihre eigene Ernährung während der Stillzeit.
- Gegebenenfalls Empfehlung von Vitamin D, Eisen und anderen Nährstoffen.
- Beratung von Müttern und Familien zur sicheren Schlafumgebung für gestillte Neugeborene und Säuglinge.(47,48)
- Aufzeigen häufiger Ursachen, Vorbeugung und Behandlung von Verstopfungen.(49)
- Erstellung einer Differenzialdiagnose für wundte Brustwarzen oder Brustschmerzen.
- Beurteilung und Behandlung wundter Brustwarzen und Brustschmerzen.
- Diagnose und Behandlung von Milchstau, Mastitis und Abszessen.(50)
- Beurteilung mütterlicher Infektionen und dem möglichen Risiko einer Übertragung auf den gestillten Säugling.
- Beratung der Familien zu den Risiken und Vorteilen des formellen Milchaustauschs.51
- Erstellung einer Differenzialdiagnose für neonatale Hypoglykämie und Behandlung der Blutzuckerwerte des Neugeborenen so, dass das Stillen unterstützt wird.(52)
- Beurteilung und Behandlung von Säuglingen mit Neugeborenenengelbsucht so, dass das Stillen unterstützt wird.(53)
- Überwachung von unzureichender Milchproduktion oder des Milchtransfers und Supplementierung, sofern dies medizinisch notwendig ist.(54)
- Neugeborene identifizieren und behandeln, bei denen ein Risiko für übermäßigen Gewichtsverlust und Dehydrierung besteht.
- Beurteilung und Behandlung von Säuglingen mit Ankyloglossie.(55)

- Aufzeichnung, Überwachung und Interpretation von Wachstumsmustern von Säuglingen anhand der WHO-Wachstumsstandards messen.
- Beurteilung und Behandlung von Säuglingen mit geringer Gewichtszunahme.
- Entwicklung von Behandlungsplänen, die die Verwendung von abgepumpter Muttermilch und/oder gespendeter Humanmilch vorsehen, wenn eine Supplementierung erforderlich ist.
- Unterstützung nicht-traditioneller Familieneinheiten beim Stillen (z. B. gleichgeschlechtliche Paare, Transgender).
- Beratung von Familien über das Stillen von Adoptiv- oder Pflegekindern.
- Beratung von Familien über Impfungen während der Stillzeit.
- Beratung von Familien zu Familienplanung und den möglichen Auswirkungen auf das Stillen.
- Beratung von Müttern über die Aufrechterhaltung des Stillens während der Trennung vom Säugling.
- Beratung von Müttern über die Lagerung von abgepumpter Muttermilch.
- Beratung der Mütter über die Rückkehr zur Arbeit oder zur Schule.
- Bewertung des Medikamentenrisikos während der Stillzeit unter Verweis auf geeignete evidenzbasierte Ressourcen verweisen (z. B. LactMed, Embryotox).(56)
- Beratung stillender Mütter zum Gebrauch von Partydrogen.
- Überwachung und Betreuung von Säuglingen von Müttern mit Drogenmissbrauch, die stillen möchten.(57)
- Unterstützung des Stillens unter besonderen Umständen (z.B. bei Frühgeburtlichkeit, angeborenen Anomalien, Lippen-Kiefer-Gaumenspalten,(58) angeborenen Herzerkrankungen, Trisomie 21, mütterlicher Diabetes und verzögerter Laktogenese II).
- Unterstützung eines adäquaten Stillbeginns und des weiteren Stillens bei Frühgeborenen entsprechend dem Gestationsalter.
- Beratung der Mütter zur Einführung von Beikost.
- Beratung der Mütter zum Abstillen.

Kommunikation und interpersonelle Kompetenzen.

- Anwendung der Prinzipien der gemeinsamen Entscheidungsfindung bei der Beratung von Müttern und Familien über die optimale Ernährung von Säuglingen im Hinblick auf die Gesundheit, die Abstände zwischen den Geburten und die Ernährung.
- Sensibilität für kulturelle und ethnische Unterschiede und Praktiken im Zusammenhang mit dem Stillen und der Säuglingspflege demonstrieren.
- Sensibilität für das Spektrum der Familienkonfigurationen und die Auswirkungen auf das Stillen zeigen.

Systembasierte Vorgehensweisen.

- Identifizierung und Unterstützung bei der Umsetzung von Richtlinien, die das Stillen in Entbindungseinrichtungen unterstützen (z.B. die Zehn Schritte),(11) die von Baby-Friendly USA,(59) in den Vereinigten Staaten und anderen geeigneten länderspezifischen Einrichtungen, wie z.B. Gesundheitsministerien, umgesetzt werden.
- Erkennen von Hindernissen für erfolgreiches Stillen und Vorschläge für Strategien zu deren Überwindung.
- Beschreibung von strukturellen, institutionellen und systemischen Barrieren, die zu Ungleichheiten bei Stillbeginn und Stilldauer bei BIPOC oder auf der Grundlage von Bildungsniveau und sozioökonomischem Status beitragen.
- Beschreibung, inwiefern Rassismus und implizite Vorurteile eine Herausforderung für farbige Familien darstellen, damit diese eine angemessene Still- und Laktationsunterstützung erhalten.

- Erkennen von kulturellen und psychosozialen Faktoren, die sich auf die Stillraten auswirken.
- Bei Bedarf Überweisung stillender Mütter und Säuglinge an Experten.
- Auflistung von Möglichkeiten, wie die Allgemeinheit das Stillen unterstützen kann.
- Aufzeigen von kommunalen Ressourcen, die stillende Mütter unterstützen können, wie z.B. stillfreundliche Ärztinnen und Ärzte, Geburtsvorbereitungskurse oder Kurse für die Zeit nach der Geburt, Anlaufstellen für das Stillen, Unterstützung von Mutter zu Mutter und Internetressourcen.
- Beschreibung der Rolle von IBCLCs, anderen Ebenen der professionellen und Laien-Stillunterstützung sowie anderen Mitgliedern des Gesundheitsteams bei der Betreuung von Müttern und Babys.
- Kenntnis der aktuellen Gesetze zum Schutz stillender Mütter in Bezug auf Mutterschaftsurlaub, Stillen oder Abpumpen/Abpumpen von Muttermilch am Arbeitsplatz und Stillen in der Öffentlichkeit.
- Engagement für gesetzliche Maßgaben, die es Familien ermöglichen, ihre Stillziele zu erreichen.
- Erleichterung von Nachsorgeuntersuchungen für stillende Mütter und Säuglinge.

Praxisbezogenes Lernen und Weiterbildung.

- Auffinden von Ressourcen für CME.
- Bewertung der aktuellen Wissensbasis zum Stillen und Identifizierung von Wissenslücken und klinischen Fähigkeiten.
- Durchführung einer evidenzbasierten Überprüfung zu Themen der Stillanleitung oder klinischen Fragen.
- Untersuchung von programm- oder krankenhausspezifischen Stillbeginn- und Stilldauerdaten.
- Teilnahme an oder Entwicklung von Plänen zur Qualitätsverbesserung, um die Stillraten und die Stillunterstützung in der örtlichen Klinik, Praxis oder im Krankenhaus zu verbessern.

d. Die Ausbildung zum Thema Stillen und Laktation sollte über einen längeren Zeitraum in das Curriculum integriert werden und in einer Vielzahl von klinischen Kontexten stattfinden: Ambulante Polikliniken und -praxen, stationäre Einrichtungen (z. B. Kreißsaal, Neugeborenenstation, Mutter-/Baby-Stationen oder Wochenbettstationen, neonatologische Intensivstationen, stationäre allgemeine Pädiatrie und medizinische und chirurgische Abteilungen für Erwachsene) und kommunale Einrichtungen, öffentliche Einrichtungen wie Kliniken der örtlichen Gesundheitsämter oder staatlich finanzierte kommunale Gesundheitszentren. Darüber hinaus sollten stillspezifische Curricula durch eine Vielzahl von Lehrveranstaltungen vermittelt werden, darunter Didaktik, Fallvorstellungen und -diskussionen, tägliche Visiten und Treffen, in denen Artikel aus Fachzeitschriften kritisch besprochen werden. Assistenzärzte und Assistenzärztinnen können an Live-Präsentationen oder Diskussionen teilnehmen, Online-Ressourcen (z. B. Videos) ansehen, Stilllehrbücher oder Zeitschriften (z. B. Breastfeeding Medicine, Journal of Human Lactation oder fachspezifische Literatur) lesen und webbasierte Online-Schulungsmodule absolvieren.(60-62) In den Vereinigten Staaten ist auf der Website der American Academy of Pediatrics ein multidisziplinäres, kompetenzbasiertes Curriculum zur Stillausbildung verfügbar, das zahlreiche Aktivitäten zur Integration in das gesamte Assistenzarztprogramm bietet.(63) Die Einführung dieses Curriculums wurde mit einer besseren Betreuung von stillenden Müttern und Säuglingen und einer höheren Stillrate in Verbindung gebracht, wenn es in die Facharztausbildung integriert wurde.(64) In jedem Land würde die Einbindung von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten in Polikliniken eine wichtige Erfahrung mit häufigen Stillproblemen in einer vielfältigen Patientenpopulation bieten.

e. Das Wissen, die Fähigkeiten und die Einstellung der Assistenzärzte und Assistenzärztinnen sind für die Unterstützung der Patienten beim Stillen von großer Bedeutung. Genauso wichtig ist es, dass

Assistenzärztinnen und Assistenzärzte in der Ausbildung selbst unterstützt werden, wenn sie stillende Eltern sind. Assistenzärztinnen berichten von mangelnder Unterstützung durch ihre Dozenten und Kollegen für das Stillen und ihr Bedürfnis, nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz Milch abzupumpen.(65,66) Die Leiter der Facharztausbildung, Dozenten, Dekane und Abteilungsleiter sowie das Verwaltungspersonal müssen sich für Programm- und Personalrichtlinien einsetzen, die das Stillen für Assistenzärztinnen, aber auch für Medizinstudierende, Dozentinnen und sonstiges Personal, unterstützen.

f. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass Ärzte und Ärztinnen in der Facharztausbildung eine Vorreiterrolle übernehmen müssen, um den Lehrplan für die Humanlaktation zu einem dauerhaften und nachhaltigen Bestandteil der medizinischen Ausbildung zu machen.(24) Ärzte in der Verwaltung (z. B. Abteilungsleiter, Leiter von Facharztprogrammen) müssen dieses Fachwissen entweder selbst ermitteln und unterstützen oder innerhalb des lokalen Ausbildungsprogramms, der Einrichtung oder des Krankenhauses entwickeln.

g. Es gibt Wahlfächer in der Stillmedizin in Form von Blockkursen, die dem Stillen gewidmet sind und in verschiedenen klinischen Umgebungen stattfinden, in Ausbildungsprogrammen für Familienmedizin und Pädiatrie.(37,67) Diese Wahlfächer können fortgeschrittenere Themen beinhalten (z.B. Relaktation, induzierte Laktation) und sollten anspruchsvollere klinische Problemlösungsfähigkeiten fördern und/oder Erfahrungen in der klinischen Forschung oder Lobbyarbeit bieten. Es ist wichtig, dass der Lehrkörper von Personen betreut wird, die über ein hohes Maß an Wissen und Kompetenzen im Bereich Stillen und Humanlaktation verfügen. Die ABM verfügt über ein Peer-Review-Verfahren zur Überprüfung der Qualifikationen und des Hintergrunds von Ärztinnen und Ärzten, die sich mit dem Stillen befassen, und vergibt die Auszeichnung „Fellow of the Academy of Breastfeeding Medicine“.(19) Die Mitgliedschaft in der ABM ist eine, aber nicht die einzige Möglichkeit, um Personen mit einem hohen Grad an Spezialisierung in der Stillmedizin zu identifizieren. Das Aufkommen von stillmedizinischen Vorgehensweisen bietet eine zusätzliche Gelegenheit zur Ausbildung von Assistenzärzten und Assistenzärztinnen in einem intensiven Umfeld und sollte dazu beitragen, die teilnehmenden Assistenzärzte und Assistenzärztinnen zu ermutigen, die Stillmedizin zu einem integralen Bestandteil ihrer beruflichen Praxis zu machen.(68)

h. Ausbildungsprogramme für bestimmte Teilbereiche (z.B. Stipendienprogramme für bestimmte Fachgebiete, wie z.B. Mütter-/Fetalmedizin oder Neonatologie) erfordern eine zusätzlich strukturierte didaktische und erfahrungsbezogene Ausbildung sowie Forschungsmöglichkeiten, um die Erkenntnisse zu vertiefen und das Verständnis für die Rolle und Bedeutung des Stillens und der Muttermilch zu fördern.

Postgraduale Weiterbildung/Nachdiplomstudium/Weiterbildung/CME

a. Praktizierende Ärztinnen und Ärzte, insbesondere in den Bereichen Geburtshilfe und Gynäkologie,(69) Pädiatrie und Familienmedizin,(70) benötigen eine kontinuierliche Fortbildung in der Stillmedizin, um ihre klinischen Kompetenzen und ihr Fachwissen zu erhalten und zu erweitern. Die wichtigsten Bestandteile der Fortbildung sollten die Bedeutung des Stillens und insbesondere die Risiken des Nichtstillens, das Stillmanagement und die Beratungsfähigkeiten umfassen.(71,72) Praktizierende Ärzte und Ärztinnen sind sich oftmals bewusst, dass sie die gesundheitlichen Auswirkungen des Stillens nicht genau verstehen.(73) Von Patientenseite wurde berichtet, dass sie von ihren Ärztinnen und Ärzten keine routinemäßige pränatale oder postpartale Stillberatung erhalten.(74) Die Einstellung der Ärztinnen und Ärzte zur Beratung von Müttern ist nachweislich ein wichtiger Faktor für deren Stillentscheidungen. Die ärztliche Stillausbildung kann die Stillraten erhöhen.(75,76) Die mangelnden

ärztlichen Kenntnisse haben dazu geführt, dass die Patienten sich anderweitig beraten lassen. Einige Ärztinnen und Ärzte unterstützen das Stillen nicht proaktiv, sind neutral oder geben keine angemessenen Ratschläge.(77,78) Mütter, die berichten, dass sie von ärztlicher Seite ermutigt wurden, stillen mit größerer Wahrscheinlichkeit weiter.(79) Die Rolle des Arztes oder der Ärztin bei der Ermutigung zum Stillen ist nachweislich besonders wichtig für Patientengruppen, bei denen die Wahrscheinlichkeit, dass sie mit dem Stillen beginnen, geringer ist.(80) Umfragen unter praktizierenden Ärzten und Ärztinnen zeigen, dass viele entweder die Leitlinien zum Stillen nicht kennen oder diese bei der Beratung ihrer Patientinnen nicht befolgen.(6,81-83) Die Anforderungen zur Aufrechterhaltung der Facharzt- oder Subspezialitäten-Zertifizierung sollten stillbezogene Materialien in die für die laufende Zertifizierung erforderlichen Aktivitäten einbeziehen.

b. Praktizierende Ärztinnen und Ärzte haben folgenden Weiterbildungsbedarf in Bezug auf das Stillen:

- Kompetenz in der Vermittlung von Stilltechniken.
- Klinisches Management und Problemlösungskompetenz in der Stillzeit.(84)
- Bewusstsein für mütterliche Belange wie Gewichtsverlust, Verhütung während der Stillzeit und mütterliche Medikamente.
- Schulung in der Beurteilung des Anlegens und des korrekten Erfassens der Brust.(85)
- Erkennung und Behandlung von mütterlichen Komplikationen wie Mastitis und Milchstau.(86)
- Beurteilung von Problemen mit Brustwarzen- oder Brustschmerzen.
- Anwendung von evidenzbasierten Strategien für die Beurteilung und Überwachung zur Unterstützung des ausschließlichen Stillens.
- Umgang mit der Wahrnehmung von Müttern, nicht genug Muttermilch zu haben.(79)
- Beratung von Müttern bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz und bei der Fortsetzung des Stillens.
- Verfügbarkeit von Beratungsstellen, für die Unterstützung des Stillens.(87)
- Mehr praktische Schulungen und Materialien für das Selbststudium.(88)
- Interaktive Fortbildungsveranstaltungen.(89,90)
- Anerkennung der Rolle der familiären Unterstützung.(89)
- Vermeidung der routinemäßigen Bereitstellung von Säuglingsnahrung, Säuglingsnahrungsproben oder Schulungsmaterialien mit Logos oder Produktinformationen für Säuglingsnahrung.(91)

c. Der jährlich angebotene ABM-Kurs „Was jede/r Arzt/Ärztin über das Stillen wissen muss“ bietet Fortbildung auf Einstiegsebene für Ärztinnen und Ärzte sowie andere Angehörige der Gesundheitsberufe. Die ABM sponsert auch eine jährliche internationale Konferenz, auf der sich Ärztinnen und Ärzte über den aktuellen Stand des Wissens und der Forschung zum Thema Stillen informieren können.(19) Viele nationale Organisationen bieten ebenfalls Fortbildungen zum Thema Stillen für praktizierende Mediziner an. Es gibt eine wachsende Zahl von Angeboten, die Fortbildungen (CME) zum Thema Stillen für Ärzte anbieten, darunter Online-Ressourcen und webbasierte Seminare.

d. Die für Assistenzärztinnen und Assistenzärzte erforderlichen Qualifikationen sind auch auf praktizierende Ärztinnen und Ärzte anwendbar. Viele von ihnen sind in verantwortlichen Positionen und können die Gesundheitspolitik beeinflussen, so dass sich zusätzliche Weiterbildungsziele für CME auf die Förderung des Stillens beziehen(6-8):

- Förderung von Krankenhausrichtlinien und Abläufen, die das Stillen unterstützen.
- Entwicklung von Krankenhausrichtlinien gemäß der Zehn Schritte und Umsetzung dieser Richtlinien und Abläufe.
- Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen der Primärversorgung, geeigneten Subspezialitäten (z.

- B. Neonatologie, Mutter-/Fetalmedizin) und Zahnmedizin, um optimale Ergebnisse zu erzielen.
- Bereitstellung von Räumlichkeiten zum Stillen oder Milchabpumpen und von geschützten Stillbereichen für alle stillenden Mütter, sowohl für Patientinnen als auch für das Personal, im Krankenhaus und in der Praxis.
 - Entwicklung von Praxisabläufen, die das Stillen fördern und unterstützen.
 - Setzen Sie sich dafür ein, dass die von Ärzten und/oder Stillberaterinnen erbrachten Stillleistungen von staatlichen Kostenträgern und Krankenkassen erstattet werden.
 - Einsatz für eine staatliche Politik und Gesetzgebung, die stillende Mütter und Kinder unterstützt und die Stillraten erhöht.
 - Erhöhung der Verfügbarkeit von Stillberaterinnen und anderem qualifiziertem Personal zur Unterstützung des Stillens im stationären und ambulanten Bereich.
 - Nachverfolgung der Stillraten in der Praxis und/oder im Krankenhaus, um den Beginn und die Dauer des Stillens sowie die Rate des ausschließlichen Stillens zu erfassen.
 - Entwicklung von Verfahren zur Qualitätsverbesserung, die einen positiven Einfluss auf die Stillraten haben.
 - Einsatz für den Abbau struktureller, institutioneller und systemischer Barrieren und dafür Rassismus und implizite Vorurteile, die zu rassistisch bedingten Ungleichheiten beim Stillen beitragen, abzuschwächen.
 - Einführung von Maßnahmen, die die kulturellen Unterschiede in der lokalen Stillgemeinschaft anerkennen.
 - Vermittlung eines positiven Bilds des Stillens als normales Verhalten in den Medien.
 - Förderung der Unterstützung des Stillens und der Verwendung von abgepumpter Milch in Kinderbetreuungseinrichtungen.
 - Umsetzung von evidenzbasierten Protokollen zur Stillpolitik und zum Stillmanagement, wie sie z.B. von der ABM zur Verfügung stehen.

Zusammenfassung

Die medizinische Fachwelt spielt eine entscheidende Rolle bei der Förderung, dem Schutz und der Unterstützung des Stillens, um optimale Ergebnisse für alle Familien zu erzielen. Die Umsetzung einer qualitativ hochwertigen Stillausbildung in der gesamten medizinischen Ausbildung ist von entscheidender Bedeutung, um sicherzustellen, dass Ärztinnen und Ärzte in der Ausbildung die entsprechenden Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen entwickeln und dass praktizierende Ärzte und Ärztinnen ihre Fähigkeiten und Kompetenzen aufrechterhalten, um das Menschenrecht aller Eltern auf Stillen und das Recht jedes Kindes, gestillt zu werden, zu schützen.(92)

Danksagung

Die Autorin dankt Dr. Abigail Adair-Dimmick für ihren Beitrag zur Durchführung der Literaturübersicht für diese überarbeitete Stellungnahme.

Originaltext unter <https://www.bfmed.org/assets/bfm.2018.29113.jym.pdf>

Übersetzung: Denise Both, IBCLC

Lektorat der Übersetzung: Dr. Kathrin Gorrill, Dirlewang

Quellen

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al: Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effects. *Lancet* 2016;387:475–490.
2. Grummer-Strawn LM, Rollins N. Summarising the health effects of breastfeeding. *Acta Paediatr* 2015;104:1–2.
3. Feltner C, Weber RP, Stuebe A, et al. Breastfeeding Programs and Policies, Breastfeeding Uptake, and Maternal Health Outcomes in Developed Countries. Comparative Effectiveness Review No. 210. (Prepared by the RTI International—University of North Carolina at Chapel Hill Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2015-00011-I.) AHRQ Publication No. 18-EHC014-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, July 2018. Available at <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/topics/breastfeeding/research> (accessed November 2, 2018).
4. U.S. Department of Health and Human Services. The Surgeon General’s Call to Action to Support Breastfeeding. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, 2011. Available at www.surgeongeneral.gov/library/calls/breastfeeding/index.html (accessed November 2, 2018).
5. How Doctors Can Help, The Surgeon General’s Call to Action to Support Breastfeeding. Available at www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/actionguides/doctors_in_action.pdf (accessed November 2, 2018).
6. Eidelman AI, Schanler RJ, Johnston M, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827–e841.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. Optimizing support for breastfeeding as part of obstetric practice. Committee Opinion No. 756. *Obstet Gynecol* 2018;132:e187–e196.
8. American Academy of Family Physicians. Breastfeeding, family physicians supporting (position paper). June 17, 2017. Available at www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding-support.html (accessed November 2, 2018).
9. Freed GL, Clark SJ, Sorenson J, et al. National assessment of physicians’ breast-feeding knowledge, attitudes, training, and experiences. *JAMA* 1995;273:472–476.
10. Williams EL, Hammer LD. Breastfeeding attitudes and knowledge of pediatricians-in-training. *Am J Prev Med* 1995;11:26–33.
11. Baby Friendly Hospital Initiative Global Criteria, revised 2018. Ten steps to successful breastfeeding. Available at www.who.int/nutrition/bfhi/ten-steps/en (accessed November 2, 2018).
12. WHO/UNICEF Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. *Spedale degli Innocenti*, Florence, Italy, July 30–August 1, 1990. Available at www.unicef.org/nutrition/index_24807.html (accessed November 2, 2018).
13. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Available at www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf (accessed November 2, 2018).
14. Australian Government Department of Health Enduring Australian National Breastfeeding Strategy. Available at www.health.gov.au/breastfeeding (accessed November 2, 2018).
15. NSK Präambel. 1994. Available at www.bfr.bund.de/cd/2404 (accessed November 2, 2018).
16. Breastfeeding Promotion Network of India. Available at www.bpni.org (accessed November 2, 2018).
17. United States Breastfeeding Committee Strategic Framework. Available at www.usbreastfeeding.org/strategic-framework (accessed November 2, 2018).
18. United States Breastfeeding Committee. Core Competencies in Breastfeeding Care and Services for All Health Professionals, Revised ed. Washington, DC: United States Breastfeeding Committee, 2010.
19. Academy of Breastfeeding Medicine. Available at www.bfmed.org (accessed November 2, 2018).
20. American Academy of Pediatrics, The American College of Obstetricians and Gynecologists. The scope of breastfeeding. In Schanler R, Senior Editor. *Breastfeeding Handbook for Physicians*, 2nd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2014, pp. 1–26.
21. Anjum Q, Ashfaq T, Siddiqui H. Knowledge regarding breastfeeding practices among medical students of Ziauddin University Karachi. *J Pak Med Assoc* 2007;57:480–483.
22. Anstey EH, Chen J, Elam-Evans LD, et al. Racial and geographic differences in breastfeeding—United States, 2011–2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017;66:723–727.
23. Asiodu IV, Waters, CW, Laydon A. Infant feeding decision-making and the influences of social support persons among first-time African American mothers. *Matern Child Health J* 2017;21:863–872.

24. Lawrence RA, Lawrence RM. Educating and training the medical professional. In: *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*, Lawrence RA, Lawrence RM, editors, 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier, 2016, pp. 754–765.
25. Naylor A, Cataldo J, Creer E, et al. *Lactation Management Curriculum: A Faculty Guide for Schools of Medicine, Nursing, and Nutrition*, 4th ed. Wellstart International, in collaboration with the University of California, San Diego, 1999.
26. Wellstart International (2013) *Lactation Management Self-Study Modules, Level I, Fourth Edition*, Shelburne, Vermont: Wellstart International. Available at www.wellstart.org/Self-Study-Module.pdf (accessed November 2, 2018).
27. Turner-Maffei C: Lactation resources for clinicians. *J Midwifery Womens Health* 2007;52:e57–e65.
28. Labbok, M, *Glob. libr. women’s med.*, (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10397. Available at: http://www.glowm.com/section_view/item/396/recordset/71685/value/396 (accessed December 17, 2018).
29. Dozier AM. Quick reference breastfeeding guide available for medical students and residents. *Breastfeed Med* 2012;7: 320.
30. Ogburn T, Espey E, Leeman L, et al. A breastfeeding curriculum for residents and medical students: A multi-disciplinary approach. *J Hum Lact* 2005;21:458–464.
31. Freed GL, Clark SJ, Cefalo RC, et al. Breast-feeding education of obstetrics-gynecology residents and practitioners. *Amer J Obstet Gynecol* 1995;173:1607–1613.
32. Freed GL, Clark SJ, Curtis P, et al. Breast-feeding education and practice in family medicine. *J Fam Pract* 1995;40: 297–298.
33. Goldstein AO, Freed GL. Breast-feeding counseling practices of family practice residents. *Fam Med* 1993;25:524–529.
34. Leavitt G, Martinez S, Ortiz N, et al. Knowledge about breastfeeding among a group of primary care physicians and residents in Puerto Rico. *J Community Health* 2009;34: 1–5.
35. Pound CM, Moreau KA, Hart F, et al. The planning of a national breastfeeding educational intervention for medical residents. *Med Educ Online* 2015;20:26380.
36. Osband YB, Altman RL, Patrick PA, et al. Breastfeeding education and support services offered to pediatric residents in the US. *Acad Pediatr* 2011;11:75–79.
37. Freed GL, Clark SJ, Lohr JA, et al. Pediatrician involvement in breast-feeding promotion: A national study of residents and practitioners. *Pediatrics* 1995;96:490–494.
38. Guise J-M, Freed G. Resident physicians’ knowledge of breastfeeding and infant growth. *Birth* 2000;27:49–53.
39. Eden A, Mir M. Breastfeeding education of pediatric residents: A national survey. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000; 154:1271–1272.
40. Saenz RB. A lactation management rotation for family medicine residents. *J Hum Lact* 2000;16:342–345.
41. Hillenbrand KM, Larsen PG. Effect of an educational intervention about breastfeeding on the knowledge, confidence, and behaviors of pediatric resident physicians. *Pediatrics* 2002;110:e59.
42. Bunik M, Gao D, Moore L. An investigation of the field trip model as a method for teaching breastfeeding to pediatric residents. *J Hum Lact* 2006;22:195–202.
43. Baldwin C, Kittredge D, Bar-on M, et al. *Academic Pediatric Association Educational Guidelines for Pediatric Residency*. MedEdPORTAL; 2009. Available at <http://services.aamc.org/30/mededportal/servlet/s/segment/mededportal/?subid=1736> (accessed November 2, 2018).
44. Howett M, Spangler A, Cannon RB. Designing a university-based lactation course. *J Hum Lact* 2006;22:104–107.
45. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Available at www.acgme.org (accessed November 2, 2018).
46. Stanford Medicine Newborn Nursery. Available at <https://med.stanford.edu/newborns/professional-education/breast-feeding/hand-expressing-milk.html> (accessed November 2, 2018).
47. AAP Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2016;138:e20162938.
48. Feldman-Winter L, Goldsmith JP. AAP Committee on Fetus and Newborn, AAP Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. *Pediatrics* 2016;138:e20161889.
49. Berens P, Brodribb, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #20: Engorgement, revised

2016. *Breastfeed Med* 2016;11:159–163.
50. Amir LH, Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #4: Mastitis, revised March 2014. *Breastfeed Med* 2014;9:239–243.
51. Sriraman NK, Evans AE, Lawrence R, et al. Academy of Breastfeeding Medicine’s 2017 position statement on in- formal breast milk sharing for the term healthy infant. *Breastfeed Med* 2018;13:2–4.
52. Wight N, Marinelli KA, The Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #1: Guidelines for blood glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in term and late-preterm neonates, Revised 2014. *Breastfeed Med* 2014;9:173–179.
53. Flaherman VJ, Maisels MJ, The Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #22: Guidelines for management of jaundice in the breastfeeding infant 35 weeks or more of gestation, Revised 2017. *Breastfeed Med* 2017;12:250–257.
54. Kellams A, Harrel C, Omage S, et al. ABM clinical pro- tocol #3: Supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, Revised 2017. *Breastfeed Med* 2017;12: 1–11.
55. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol #11: Guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad. Available at <https://abm.memberclicks.net/assets/ DOCUMENTS/PROTOCOLS/11-neonatal-ankyloglossia- protocol-english.pdf> (accessed November 2, 2018).
56. Drugs and Lactation Database, LactMed. Available at <https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm> (accessed November 2, 2018).
57. Reece-Stremtan S, Marinelli KA, The Academy of Breast- feeding Medicine. ABM clinical protocol #21: Guidelines for breastfeeding and substance use or substance use disor- der, Revised 2015. *Breastfeed Med* 2015;10:135–141.
58. Reilly S, Reid J, Skeat J, et al. ABM clinical protocol #17: Guidelines for breastfeeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate, revised 2013. *Breastfeed Med* 2013;8:349–353.
59. Baby-Friendly USA. Available at www.babyfriendlyusa.org (accessed September 7, 2018).
60. Lasarte Velillas JJ, Hernandez-Aguilar MT, Pallas Alonso CR, et al. A breastfeeding e-learning project based on a web forum. *Breastfeed Med* 2007;2:219–228.
61. O’Connor ME, Brown EW, Lewin LO. An Internet-based education program improves breastfeeding knowledge of maternal-child healthcare providers. *Breastfeed Med* 2011; 6:421–427.
62. Tender JA, Cuzzi S, Kind T, et al. Educating pediatric residents about breastfeeding: Evaluation of 3 time- efficient teaching strategies. *J Hum Lact* 2014;30:458–465.
63. American Academy of Pediatrics Breastfeeding Residency Curriculum. Available at www.aap.org/en- us/advocacy-and- policy/aap-health-initiatives/Breastfeeding/Pages/Residency- Curriculum.aspx (accessed September 7, 2018).
64. Feldman-Winter L, Barone L, Milcarek B, et al. Residency curriculum improves breastfeeding care. *Pediatrics* 2010; 126:289–297.
65. Miller NH, Miller DJ, Chism M. Breastfeeding practices among resident physicians. *Pediatrics* 1996;98:434–437.
66. Dixit A, Feldman-Winter L, Szucs KA. “Frustrated,” “depressed,” and “devastated” pediatric trainees: US ac- ademic medical centers fail to provide adequate workplace breastfeeding support. *J Hum Lact* 2015;31:240– 248.
67. Meek JY: An Integrated Approach to Breastfeeding Edu- cation in Pediatric Residency Training. *Academy of Breast- feeding Medicine News and Views* 1999;5(4).
68. Shaikh U, Smillie CM. Physician-led outpatient breastfeed- ing medicine clinics in the United States. *Breastfeed Med* 2008;3:28–33.
69. Mass SB. Educating the obstetrician about breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol* 2015;58:936–943.
70. Srinivasan A, Graves L, D’Souza V. Effectiveness of a 3- hour breastfeeding course for family physicians. *Can Fam Physician* 2014;60:e601–e606.
71. Naylor AJ, Creer AE, Woodward-Lopez G, et al. Lactation management education for physicians. *Semin Perinatol* 1994;18:525–531.
72. Sigman-Grant M, Kim Y. Breastfeeding knowledge and attitudes of nevada health care professionals remain virtu- ally unchanged over 10 years. *J Hum Lact* 2016;32:350– 354.
73. McFadden A, Renfrew MJ, Dykes F, et al. Assessing learning needs for breastfeeding: Setting the scene. *Matern Child Nutr* 2006;2:196–203.

74. Izatt S. Breastfeeding counseling by health care providers. *J Hum Lact* 1997;13:109–113.
75. Grossman X, Chaudhuri J, Feldman-Winter L, et al. Hospital Education in Lactation Practices (Project HELP): Does clinician education affect breastfeeding initiation and exclusivity in the hospital? *Birth* 2009;36:54–59.
76. Holmes AV, McLeod AY, Thesing C, et al. Physician breastfeeding education leads to practice changes and improved clinical outcomes. *Breastfeed Med* 2012;7:403–408.
77. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Do perceived attitudes of physicians and hospital staff affect breastfeeding decisions? *Birth* 2003;30:94–100.
78. Dillaway HE, Douma ME. Are pediatric offices “supportive” of breastfeeding? Discrepancies between mothers’ and healthcare professionals’ reports. *Clin Pediatr* 2004;43: 417–430.
79. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, et al. Clinical support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics* 2003;112:108–115.
80. Lu MC, Lange L, Slusser W, Hamilton J, Halfon N. Provider encouragement of breast-feeding: Evidence from a national survey. *Obstet Gynecol* 2001;97:290–295.
81. Schanler RJ, O’Connor KG, Lawrence RA. Pediatricians’ practices and attitudes regarding breastfeeding promotion. *Pediatrics* 1999;103:e35.
82. Feldman-Winter L, Szucs K, Milano A, et al. National trends in pediatricians’ practices and attitudes about breastfeeding: 1995 to 2014. *Pediatrics* 2017;140: e20171229.
83. Meek JY. Pediatrician competency in breastfeeding support has room for improvement. *Pediatrics* 2017;140: e20172509.
84. Krogstrand KS, Parr K. Physicians ask for more problem-solving information to promote and support breastfeeding. *J Am Diet Assoc* 2005;105:1943–1947.
85. Okolo SN, Ogbonna C. Knowledge, attitude and practice of health workers in Keffi local government hospitals regarding Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) practices. *Eur J Clin Nutr* 2002;56:438–441.
86. Bagwell JE, Kendrick OW, Stitt KR, et al. Knowledge and attitudes toward breastfeeding: Differences among dietitians, nurses, and physicians working with WIC clients. *J Am Diet Assoc* 1993;93:801–804.
87. Taveras EM, Ruowei L, Grummer-Strawn L, et al. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2004;113: 283–290.
88. Wallace LM, Kosmala-Anderson J. A training needs survey of doctors’ breastfeeding support skills in England. *Matern Child Nutr* 2006;2:217–231.
89. Burt S, Whitmore M, Vearncombe D, et al. The development and delivery of a practice-based breastfeeding education package for general practitioners in the UK. *Matern Child Nutr* 2006;2:91–102.
90. Ingram J. Multiprofessional training for breastfeeding management in primary care in the UK. *Int Breastfeed J* 2006;1:9.
91. Valaitis RK, Sheeshka JD, O’Brien MF. Do consumer infant feeding publications and products available in physicians’ offices protect, promote, and support breastfeeding? *J Hum Lact* 1997;13:203–208.
92. Joint statement by the UN Special Rapporteurs on the Right to Food, Right to Health, the Working Group on Discrimination against Women in law and in practice, and the Committee on the Rights of the Child in support of increased efforts to promote, support and protect breastfeeding. Available at www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20871 (accessed November 2, 2018).

Joan Younger Meek, MD, MS, FABM

Lead Author

The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee:

Michal Young, MD, FABM, Chairperson Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson

Sarah Calhoun, MD Sarah Dodd, MD

Megan Elliott-Rudder, MD

Susan Lappin, MD Ilse Larson, MD

Ruth A. Lawrence, MD, FABM Kathleen A. Marinelli, MD, FABM

Nicole Marshall, MD Katrina Mitchell, MD Sarah Reece-Stremtan, MD

Casey Rosen-Carole, MD, MPH, MEd

Susan Rothenberg, MD Tomoko Seo, MD, FABM Adora Wonodi, MD

For correspondence: abm@bfmed.org