



VSLÖ

Herbst 2021

Verband der Still- und Laktations-
beraterInnen Österreichs IBCLC

news

In der
Heftmitte:
Das Plakat
zur WSW



© Adobe Stock

KRISEN

Psychische Erkrankungen
in Schwangerschaft und
Stillzeit aufgezeigt und
angesprochen

FAKTEN

Psychische
Krankheitsbilder,
Essstörungen,
D-MER beschrieben

HILFEN

Hilfsangebote
für Betroffene,
Screening Tools
für Betreuende

Liebe Leserinnen und Leser,



herzlich willkommen zu unserer Herbstausgabe der VSLÖnews!

„DAS geht uns alle etwas an“

Muttermilch ist die natürliche Ernährung für unsere Babys und leistet zur Gesundheit einen wichtigen Beitrag. Aber auch die **psychische Gesundheit der Frauen/ Paare** ist ein wesentlicher Aspekt in der ganzheitlichen Sichtweise und sollte in die Stillberatung miteinbezogen werden.

„Frühe Hilfe zur Selbsthilfe“

„Let's work together!“

Einige Kliniken, Gemeinden und Projekte haben mittlerweile erkannt, welches Potential in der multidisziplinären Zusammenarbeit steckt. Einerseits können die schwangeren Frauen/ Paare „von Anfang an“ gut beraten werden und kommen informiert zur Geburt, andererseits kann das Gesundheitspersonal durch die VOR-Arbeit in der Schwangerschaft, bei der Geburt, im Wochenbett und der Zeit danach entlastet werden. Ich kann aus meiner eigenen Arbeitserfahrung bestätigen, wie entlastend und stärkend zugleich, gemeinsames, vernetztes Arbeiten sein kann.

DSAⁱⁿ Anita Schoberlechner

„Biopsychosoziale peripartale Beratung“
Diese Ausgabe beschäftigt sich mit einigen psychischen Situationen und Krisen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Stillzeit und möglichen Hilfsangeboten. Eine Zeit, in der wir Fachpersonal nicht schwarz-weiß denken, sondern individuell die vielfältigen Möglichkeiten und bunten Alternativen, in unsere Beratungen einfließen lassen sollten.

„Biopsychosoziale peripartale Beratung“

Diese Ausgabe beschäftigt sich mit einigen psychischen Situationen und Krisen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Stillzeit und möglichen Hilfsangeboten.

Eine Zeit, in der wir Fachpersonal nicht schwarz-weiß denken, sondern individuell die vielfältigen Möglichkeiten und bunten Alternativen, in unsere Beratungen einfließen lassen sollten.

Viel Freude beim Lesen und Weiterbilden!
Alles Liebe, Anita Schoberlechner Präsidentin des VSLÖ

Krisenzeiten

Perinatale Psychiatrie kompakt beschrieben

Zusammenfassung des Vortrages von Dr.ⁱⁿ Veronika Walpoth im Rahmen der VSLÖ online Fortbildung am 12. März 2021 von Natalie Groiss

erkrankt im Laufe des Lebens an einer depressiven Episode. Das bedeutet, Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer.

Erkrankungen um rund 10% verzeichnet.³ Nicht ohne Grund wird die Depression daher weltweit zu den großen Volkskrankheiten gezählt.

Owohl Psychische Erkrankungen gerade angesichts der weltweiten Covid-19 Pandemie mehr denn je auf dem Vormarsch sind, so sind sie zugleich nach wie vor mit einem gesellschaftlichen Tabu behaftet. Dieses Paradoxon führt dazu, dass die berechneten Zahlen mit Vorsicht zu verwerten sind. Depressionen werden hinsichtlich ihrer Schwere häufig unterschätzt.⁴ Etwa jede vierte Frau und jeder achte Mann

Der österreichische Depressionsbericht geht davon aus, dass aufgrund der hohen Dunkelziffer die Zahlen deutlich über den berechneten liegen.¹ Weltweit sind rund 350 Millionen Menschen von einer Depression betroffen. In Österreich sind es – Schätzungen der WHO zufolge 5-6% der Bevölkerung – das entspricht etwa einer halben Million Menschen!² Schon vor der Pandemie wurde in Österreich ein bedrohlicher Anstieg psychischer

Psychische Erkrankungen machen auch vor Frauen in der Schwangerschaft und in der Zeit nach der Geburt nicht halt. Depressive Störungen betreffen ca. 10-15 Prozent aller Schwangeren und Frauen nach einer Entbindung. Sie sind depressiven Episoden in anderen Lebensphasen symptomatisch sehr ähnlich, wobei Angst- und Paniksymptome bei postpartalen Depressionen insgesamt ausgeprägter sind. Im Folgenden soll ein Über-

blick über die postnatalen Störungen gegeben werden.

Der Baby-blues – lästig, aber harmlos

Der Name „Baby-blues“ ist ein umgangssprachlicher Begriff in der englischen Sprache, wobei „blues“ so viel wie „Melancholie“ bedeutet. Der Baby-blues ist im Vergleich zu den anderen Störungsbildern nicht behandlungsbedürftig. Er dauert nur wenige Tage an und hat seinen Höhepunkt vom 3. bis zum 5. Tag nach der Entbindung, korreliert somit mit dem physiologischen Abfall der Hormonspiegel nach der Geburt. Allgemein besteht eine erhöhte Empfindlichkeit. Symptomatisch steht eine Stimmungslabilität mit raschem Wechsel zwischen Glückseligkeit, Weinen, Reizbarkeit, etc. im Vordergrund. Hilfreich ist das Konzept „Mothering the Mother“, also Ruhe, Abschirmung vor allzu viel Außenreizen, Verständnis und Fürsorge des Partners oder anderer Familienmitglieder. In der Regel klingen die Symptome von selbst ab. Nur in sehr seltenen Fällen, wenn die Symptome mehr als zwei oder drei Tage bestehen, sollte an den Beginn schwerwiegenderer Erkrankungen gedacht werden.

Die Perinatale Depression

Zu peripartalen Depressionen werden sowohl antepartale (Manifestation während der Schwangerschaftsmonate) als auch postpartale Depressionen (Manifestation im Wochenbett) gezählt. Etwa jede 10. Frau erlebt nach der Geburt eines Kindes eine schwere depressive Episode. Wenn eine depressive Vorerkrankung besteht, ist die Häufigkeit sogar noch höher.

Die postnatale Depression (PND) oder auch Wochenbettdepression genannt, hat häufig einen schleichen den Beginn in den ersten Tagen oder Wochen nach der Geburt. Laut Prof.in Dr.in med Anke Rhode, die am Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde im Universitätsklinikum Bonn an der Gynäkologischen Psychosomatik tätig ist, kann der Beginn sogar auch erst Monate nach der Geburt lie-

gen.⁵ Rund 75% treten nach der ersten Geburt auf. Die Dauer ist abhängig vom Schweregrad und kann von Wochen oder sogar mehrere Monate andauern. Im Extremfall kann es auch zu einer Chronifizierung kommen. 2 bis 4% der PNDs verlaufen behandlungsbedürftig. Die Symptome reichen von einer leichten Verstimmung bis hin zu einer schweren Depression. Zu Beginn zeigen sich häufig **Schlafstörungen** und **das Gefühl, eine schlechte Mutter zu sein**. Weitere Symptome sind in Tabelle 1 aufgelistet.

gische, psychische und soziale Faktoren in komplexer Wechselwirkung beitragen. [...] Nach den sogenannten Vulnerabilitäts-Stress-Modellen entstehen depressive Störungen vor dem Hintergrund der Veranlagung einer Person (Vulnerabilität, z.B. durch familiäre Vorbelastung oder bestimmte Persönlichkeitsmerkmale) durch die Interaktion von akuten oder chronischen Belastungen (auslösende Faktoren, z.B. Stress, Armut, Gewalterfahrung, Arbeitslosigkeit) mit neurobiologischen (z.B. Störun-

Konzentration/ Gedächtnis	Konzentrationsstörungen, manchmal Gedächtnisprobleme
Denken	Grübeln, Denkverlangsamung, Denkhemmung
Antrieb	Lust- und Interesselosigkeit, Antriebsminderung, Apathie, sozialer Rückzug, Bewegungsunruhe
Affektivität	Depressivität, Versagens- und Schuldgefühle, als unzureichend empfundene Mutter-Kind-Gefühle, innere Unruhe, Gereiztheit, Aggressivität
Ängste	Unbestimmte Angst, Panikattacken
Zwang	Zwangsgedanken und -impulse, z.B. dem Kind etwas anzutun, selten Zwangshandlungen z.B. Waschzwang
Schlaf	Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Früherwachen
Suizidalität/ Autoaggressivität	Lebensmüde Gedanken, Suizidgedanken, selten Suizidhandlungen, selten selbstverletzende Handlungen
Somatische Symptome	Müdigkeit, Appetitminderung, Gewichtsverlust, Druckgefühl in der Brust, Kloßgefühl im Hals, vielfältige andere körperliche Missempfindungen und Schmerzen
Produktiv-psychotische Symptome	Nur bei schwerer psychotischer Depression, depressiver Wahn z.B. Schuldwahn

Tabelle 1: Mögliche Symptome der postnatalen Depression

Auf der Suche nach den Ursachen

Im österreichischen Depressionsbericht aus 2019 heißt es dazu: „Depressive Erkrankungen werden heute als multifaktorielles Geschehen gesehen, zu dessen Entstehung neurobiolo-

gen der Neurotransmission und der neurohormonalen Regulation, neuroendokrinologische Störungen) bzw. psychischen Veränderungen (z.B. unverarbeitete Trauer oder Verlusterlebnisse) sowie anderen modifizierenden Faktoren (z.B. Vorerkrankungen, mangelnde emotionale Unterstützung).“



Neuere Untersuchungen gehen davon aus, dass etwa 30% des Risikos an einer Depression zu erkranken, vererbt ist.

Ein besonderes hohes Risiko besteht vor allem bei früheren depressiven Episoden, Eheproblemen, wenig Unterstützung bei gleichzeitig hohem Leistungsanspruch und geringem Selbstwert.

Auswirkungen

„Perinatale Depressionen wirken sich nicht nur auf die betroffene Frau und Mutter, sondern auch auf die weitere Entwicklung des Embryos bzw. Kindes, auf die Partnerschaft und die Familie aus. Unbehandelte postpartale Depressionen tendieren häufig zu Persistenz, nicht selten bis weit über das erste postnatale Jahr hinaus. Die negativen Konsequenzen wie partnerschaftliche Probleme, Familienkonflikte oder finanzielle Engpässe sind vielfältig, komplex und wirken lange Jahre nach. Die nachteiligen Effekte auf den frühen Bindungsprozess, eine verzögerte und beeinträchtigte affektive und kognitive Entwicklung des Kindes lassen sich bis ins Jugendalter hinein empirisch nachverfolgen.“¹

Postnatale Psychose

Im Vergleich zum eher schleichen Beginn bei der PND, beginnt die Psychose meist plötzlich – in der Regel 2 bis 14 Tage nach der Entbin-

dung. Die Postnatale Psychose ist im Vergleich zu den anderen psychischen Störungen selten, dafür ist in den meisten Fällen eine stationäre Behandlung erforderlich. Bei einer Psychose kommt es – ähnlich wie bei der PND – zu Konzentrationsstörungen, irrealen Gedanken und Stimmungsschwankungen. Der große Unterschied liegt aber in der verändert wahrgenommenen Realität. Im Gegensatz zur PND ist die Stimmung meist gehoben, je nach Ausmaß als hypomanisch oder manisch bezeichnet. Dazu kommen Symptome wie Gedankenrasen, Antriebssteigerung, vermindertes Schlafbedürfnis und Größenwahn.

Eine Frau, bei der der Verdacht auf eine postnatale Psychose besteht, muss immer – und zwar kurzfristig – einem/einer Psychiater*in vorgestellt werden, da sie unter dem Einfluss der psychotischen Symptome nicht mehr in der Lage ist, ihre Handlungen richtig einzuschätzen. Es kommt auch vor, dass sie das Kind unangemessen behandelt, es beispielweise wie eine Puppe angreift oder Stimmen hört, die ihr befehlen das Kind aus dem Fenster zu werfen.

Je früher die Behandlung (meist Antipsychotika, früher auch als Neuroleptika bezeichnet) beginnt, desto schneller klingen die Symptome auch wieder ab. Deshalb ist ein beherrztes und vor allem rasches Einschreiten, manchmal leider auch gegen den Willen der Mutter, erforderlich.

Um die erlebte Psychose zu verarbeiten, kann eine anschließende psychotherapeutische Behandlung sinnvoll sein. Die Mutter muss verkraften und bewältigen, was da mit ihr passiert ist. Auch für eine erneute Schwangerschaft muss eine entsprechende Vorbereitung und eine eventuelle medikamentöse Vorbeugung getroffen werden, da das Risiko einer Neuerkrankung als hoch einzuschätzen ist.

Post Traumatische Belastungsstörung (PTBS)

Bei der PTBS gibt es ein besonders schlimm erlebtes Ereignis, welches wie ein Film immer und immer wieder vor dem inneren Auge abläuft. Das können ganze Filmsequenzen, einzelne Szenen oder auch einzelne Bilder sein, die häufig auch als „Flashbacks“ bezeichnet werden.

Besonders Frauen in Industrienationen gehen häufig gut informiert und mit jeder Menge Erwartungen in eine Geburt und sind dann nicht selten enttäuscht, wenn die Geburt nicht wie geplant verläuft. Sie quälen sich mit Versagensgefühlen, und das Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefert-seins dringt oft tief in die Seele der betroffenen Frau. Die Haltung und Sprache, mit der Pflegenden, Gynäkolog*innen und Hebammen den Frauen gegenüber treten, kann als gar nicht wichtig genug betont werden. Die Begleitung im Geburtsprozess hat erheblichen Anteil, wie Länge und Schwere der Wehen oder Scham erlebt werden.

Manchmal klingen die Symptome, zu denen auch ein Gefühl des inneren Betäubt-seins, erhöhte Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen gehören, auch nach Wochen nicht ab. Dann, und wenn Symptome einer Depression dazu kommen, sollte auf jeden Fall eine psychiatrische Begutachtung erfolgen. Die depressiven Symptome werden häufig zu schweren lebensmüden Gedanken und weisen eine hohe Komorbidität auf. Idealerweise erhält die Frau Unterstützung durch eine Psychotherapie (am besten bei einem/einer Traumaspezialist*in) und bei depressiver Symptomatik auch durch die Verordnung von Antidepressiva.

Bin ich allein?

Perinatales Management bei psychischen Krisen

Burn out, Baby-blues, Depression, PTBS, Bipolare Störung, Angsterkrankung, Psychose. All das sind Begriffe, die immer mehr Einzug in unseren Sprachgebrauch und in unsere Gesellschaft halten. Die Häufigkeit täuscht nicht: alleine die Depression wird derzeit als die dritthäufigste Ursache für die morbiditäts- und mortalitätsbedingte Krankheitslast in Europa angesehen.¹ Kaum eine Familie, in deren unmittelbarem oder erweitertem Kreis nicht jemand mit einer psychischen Erkrankung zu finden wäre.

Psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angsterkrankungen, Zwangsstörungen und Psychosen treten typischerweise im jungen bis mittleren Erwachsenenalter erstmals auf. Das bedeutet, häufig sind Frauen bereits erkrankt, wenn sie sich mit ihrer Familienplanung beschäftigen. Früher galt als genereller Tenor, Frauen mit psychischen Erkrankungen sollten besser auf Kinder verzichten. Aber die Behandlungsmöglichkeiten haben sich enorm verbessert, auch Medikamente sind nebenwirkungsärmer und gezielter einsetzbar geworden.

Dazu kommt, dass die Berücksichtigung des Rechtes auf Selbstbestimmung eine differenzierte Auseinandersetzung einfordert, wobei Ängste hinsichtlich möglicher Auswirkungen auf das Kind nach wie vor eine große Rolle spielen. Diese Ängste sind auf beiden Seiten zu finden: auf Seiten der Frau, die zum Beispiel übereilt und gegen jede Empfehlung ihr gewohntes Medikament absetzt, als auch auf Seiten der behandelnden Fachärzte*innen. Die Gabe von Medikamenten und speziell Psychopharmaka in der Schwangerschaft oder Stillzeit ist bei den allermeisten Ärzt*innen mit großer Unsicherheit und leider oft auch Unwissenheit verbunden.

So schwer es sein kann, einzelne Störungsbilder voneinander abzugrenzen,

so herausfordernd mag sich auch die Therapie jeder einzelnen Erkrankung gestalten. Ulrich Schweiger und Valerija Sipos wagen in ihrem im Jahr 2020 im Herder-Verlag erschienenen Buch „Depressionen verstehen“ folgenden Vergleich:

„Dabei gibt es „die Depression“ so wenig wie es „den Hund“ gibt. Ein zwei Kilogramm schwerer Chihuahua und ein 40 Kilogramm schwerer französischer Schäferhund sind genetisch sehr ähnlich, haben aber viele unterschiedliche Eigenschaften und Verhaltensweisen. Ähnlich wie bei der Entwicklung von Expertisen für Hunde ist es deshalb klug, Depression als ein Konzept zu verstehen, das sehr unterschiedliche Dinge zusammenfasst“²

Auch das perinatale Management kann als kluges Konzept verstanden werden. Ein Konzept, das einerseits als Leitfaden dient, andererseits genug Spielraum für die individuelle Gestaltung eines jeden einzelnen Falles lässt.

Psychiatrische Betreuung in der Schwangerschaft

Eine Vorhersage, wie psychische Erkrankungen sich in der Schwangerschaft entwickeln oder ob sie überhaupt erstmals auftreten, kann nicht gemacht werden. Nach dem Motto: „Alles ist möglich“ kann es sein, dass sich Erkrankungen während der Schwangerschaft verbessern. Sie können sich aber auch wesentlich verschlechtern – oder es verändert sich überhaupt nichts.³

Eine engmaschige und auf gegenseitigem Vertrauen basierende Behandlung ist ein entscheidender Faktor. Wichtig ist eine sorgfältige Beratung unter Berücksichtigung aller bisherigen Erkrankungen und zusätzlich folgender Punkte:

- Mögliche krankheitsauslösende Faktoren



- Rezidiv-Gefahr in der Schwangerschaft
- Vorgehen bei bestehender Medikation (Absetzen/Umstellung)
- Gynäkologische Überwachung der Schwangerschaft, Pränataldiagnostik
- Psychiatrische Überwachung der Schwangerschaft, engmaschige Kontakte, häufigere Kontrollen des Serumspiegels
- Rezidiv-Gefahr nach der Entbindung, medikamentöse Prophylaxe direkt nach der Entbindung, Reizabschirmung und soziale Unterstützung
- Geburt und Stillen: konkrete Besprechung der Vorstellungen

Zu Beginn steht eine mögliche Teratogenität für die behandelnden Ärzte*innen im Vordergrund. Deshalb ist es besonders wichtig zu wissen, dass selbst riskante Medikamente ihre Wirkung nicht in jedem Einzelfall entfalten. „In der Mehrzahl der beim Menschen bekannten Teratogene (Fehlentwicklung verursachende Substanzen) führt selbst die Anwendung in der Frühschwangerschaft nur höchstens zu einer Verdopplung bis Verdreifachung des ohnehin für alle Schwangeren geltenden Basisrisikos. Dieses Basisrisiko beträgt 3%. [...]“⁴ Wichtig ist es, bei stabil eingestellten Patientinnen nicht voreilig zu handeln. Jede medikamentöse Umstellung sollte klug überlegt werden. An dieser Stelle sei auch das Institut für Embryonaltoxik-

kologie an der Charité Berlin „embryotox“ erwähnt. Das Institut bündelt nicht nur die größte im deutschsprachigen Raum zur Verfügung stehende Datenbank, sondern auch die Expertise und jahrelange Erfahrung auf diesem Gebiet.

Vor der Einnistungsphase ist das Fehlbildungsrisiko offenbar gering. In den ersten zwei Wochen nach der Empfängnis scheint es nach einem „Alles oder nichts Prinzip“ zu gehen. Entweder überleben die pluripotenten Stammzellen die negativen Einflüsse oder sie gehen mit der nächsten Regelblutung ab. Deshalb ist es eher unwahrscheinlich, dass eine so frühe Exposition mit dauerhaften Schäden verbunden ist. Anders hingegen in der Embryonalentwicklungsphase, dort besteht eine besonders hohe Sensibilität gegenüber negativen Einflüssen. In diesem Zeitraum, beim Menschen sind das etwa 15-60 Tage nach der Befruchtung, ist das Risiko für eine Fehlbildung am höchsten. In der Fetalphase (Entwicklung von Gewebe und Organreifung) nimmt das Risiko dann wieder ab.

Da bedeutet, vor allem bei ungeplanten Schwangerschaften, die häufig nicht vor der 5. oder 6. Schwangerschaftswoche bekannt werden, ist der Großteil der Organogenese bereits abgeschlossen. Vor allem deshalb sollte nicht reflexartig eine gut funktionierende Therapie abgebrochen werden.

Mit fortschreitender Schwangerschaft rückt dann zunehmend die Entwicklung des Kindes und die Gefahr der Fetotoxizität, vor allem in Hinblick auf Wachstumsretardierung oder vorzeitiger Wehentätigkeit.

Die Geburtsplanung

Rohde, Dorsch & Schaefer beschreiben in ihrem Buch „Psychisch krank und schwanger – geht das?“, dass im Vergleich zur Schwangerschaft das Erkrankungsrisiko nach der Geburt des Kindes deutlich höher liegt. Ihre Empfehlung lautet daher, diese Zeit besonders gut vorzuplanen.³

Es sollte etwa sechs bis acht Wochen vor der Entbindung mit der Patientin und möglichst auch mit dem/der Partner*in (eventuell auch mit

anderen Familienangehörigen) eine Vorbesprechung stattfinden, schriftlich dokumentiert werden und an alle Beteiligten (Hebamme, Psychiater*in Gynäkolog*in, Schwangerenambulanz, Wochenbettstation,...) ausgefertigt werden.

Folgende Punkte sind aus Sicht der Autoren wichtig:

- **Wahl der Entbindungsklinik**

Die Klinik sollte möglichst eine angeschlossene Neonatologie haben, da es beim Neugeborenen zu Anpassungsschwierigkeiten kommen kann. Damit wird eine Trennung von Mutter und Kind vermieden, falls das Kind transferiert werden muss. Auch wenn dies eher selten vorkommt, so bietet diese Vorgehensweise für das Kind die größtmögliche Sicherheit.

- **Hebammenbetreuung:** sollte möglichst kontinuierlich von der Schwangerschaft über die Geburt bis zur Zeit danach durch die gleiche Person gegeben sein. Dies gibt noch mehr Sicherheit.

- **Entbindungsart:** spontan oder per Kaiserschnitt? Diese Frage sollte intensiv mit der/dem Gynäkolog*in besprochen werden. Kaiserschnitt kann gerade bei Frauen mit traumatischen Vorgeschichten eine gute Lösung sein.
- **Medikation gegen Ende der Schwangerschaft:** in vielen Fällen ist es möglich, Tage oder Wochen vor der Geburt die Dosis des Psychopharmakons zu senken.

- **Bedarfsmedikation während der Geburt:** eventuell gibt es der Patientin Sicherheit zu wissen, dass sie im Notfall auf eine Bedarfsmedikation zurückgreifen kann. Dies sollte im Vorfeld besprochen und festgelegt werden.

- **Medikation nach der Entbindung:** In der Regel sollte sofort ab dem Tag nach der Entbindung die alte Dosierung wieder eingenommen werden. Je nach Art der Erkrankung und der Vorgeschichte kann sogar eine vorübergehende Erhöhung indiziert sein.

- **PDA und Schmerzmedikation:** sollten auch in Absprache mit der/dem Psychiater*in im Vorfeld festgelegt werden. Dies kann ebenfalls zu einer größeren Sicherheit beitragen.

- **Mögliche auftretende Symptome und die entsprechende Reaktion:** es ist sinnvoll, aus der Vorgeschichte die Symptome herauszuarbeiten, die bei

einer Verschlechterung als erstes aufzutreten. Dies ist wichtig, da außenstehende Personen so wissen, worauf sie zu achten haben und wie sie reagieren können. (Erhöhung oder Gabe eines anderen Medikaments)

- **Stillen:** Hier stehen die persönlichen Wünsche, die Ängste und das Sicherheitsbedürfnis der Frau im Vordergrund. Eine Frau sollte nie zum Abstillen gedrängt werden. Ihr Wunsch sollte in jedem Fall berücksichtigt und die Therapie entsprechend angepasst werden. Es gibt beinahe aus jeder Substanzklasse einen oder mehrere Vertreter, die unter Monotherapie mit dem Stillen vereinbar sind. Tatsächlich sind es nur einige wenige Medikamente, mit denen das Stillen völlig inkompatibel ist. Ebenso nicht vereinbar mit dem Stillen ist die Einnahme von zwei oder mehr Medikamenten gleichzeitig.

Sollte die Frau Abstillen wollen, so sollte sie über die Bedeutung des Kolostrums und über die mögliche Gewinnung und Gabe informiert werden.

Das Abstillen selbst sollte nach Möglichkeit immer konservativ geschehen, da die Gabe von Cabergolin vermehrt psychische Nebenwirkungen hat.

- **Mitaufnahme und Unterstützung durch den/die Partner*in.**

- **Dauer des Aufenthaltes:** hier sollte überlegt werden, wie lange der Aufenthalt nach der Geburt sinnvoll ist. In manchen Fällen ist es hilfreich noch ein paar Tage länger zu bleiben, um sich besser auf die neue Situation einstellen zu können. Für andere Frauen mag dies erhöhten Stress bedeuten und eine engmaschige Betreuung zu Hause sinnvoller sein.

- **Stressreduktion/Reizabschirmung:** Ziel ist es, nach der Entbindung möglichst viel Ruhe zu schaffen, d.h. Besuche zu begrenzen oder ganz zu vermeiden, möglichst ein Einzelzimmer, möglichst durchgängige einheitliche Betreuung.

- **Weiterbetreuung nach der Entbindung:** spätestens nach vier bis sechs Wochen sollte eine Wiedervorstellung bei dem/der Psychiater*in erfolgen.

- **Unterstützung zu Hause:** Zur guten Vorbereitung der Geburt gehört es auch, sich über Unterstützungs- und Hilfsmöglichkeiten Gedanken zu machen. Und vor allem die Bereitschaft, diese auch anzunehmen.

Natalie Groiss

Stillgeschichte

Wieder eine Stillgeschichte, die Mut macht. Viel Freude beim Lesen!

Schon lange vor meiner ersten Schwangerschaft wurde bei mir eine Depression diagnostiziert. Nach langer Therapie, guter medikamentöser Einstellung und viel Arbeit an mir selbst, war ich stabil und wir wagten uns an den Kinderwunsch. Auch während der Schwangerschaft nahm ich meine Medikamente (Sertralin 50mg), die ich zuvor mit Hilfe der Psychiaterin und Embryotox im Hinblick auf die bevorstehende Schwangerschaft ausgewählt hatte.

Als ich den positiven Schwangerschaftstest in Händen hielt, überkamen mich viele Sorgen und Ängste – ich rutschte wieder in die Depression. Ich brauchte mehrere Wochen um mich über die Schwangerschaft zu freuen und meine Depressionen wieder in den Griff zu bekommen. Aber ab dann war es eine entspannte und wunderschöne Schwangerschaft, die ich bis zur Geburt sehr genoss!

Schon während der Schwangerschaft beschäftigte ich mich mit dem Thema Stillen. Es war mein großer Wunsch mein Baby zu stillen. Dass dies aufgrund meiner Flachwarzen nicht einfach werden würde, hatte ich leider schon befürchtet. Nach der Geburt klappte das Stillen gar nicht. Die Hebamme organisierte mir Stillhütchen, an denen mein Sohn zwar saugte, aber es war mehr ein Nuckeln, das nicht wirklich zielführend war. Ich hatte fürchterliche Schmerzen und war verzweifelt. Auf der Geburtenstation wurde mir kaum geholfen und es wurde Druck gemacht, dass mein Sohn zu viel Gewicht abgenommen hatte und ich deshalb ein Fläschchen geben musste. Damit war ich natürlich sehr unglücklich, da mir bewusst war, dass das Füttern mit dem Fläschchen sich negativ auf das Stillen auswirken würde.

Alles in allem war der Stillstart schwierig, doch ich wollte nicht aufgeben!

Zum Glück habe ich eine IBCLC Stillberaterin in meinem näheren Bekanntenkreis und sie kam mir damals schnell zur Hilfe! Sie stellte fest, dass die Stillhütchen vom Krankenhaus zu klein waren und meine Brustwarzen dadurch stark in Mitleidenschaft gezogen worden waren. Der Umstieg auf die nächste Größe brachte mir große Erleichterung! Sie empfahl mir meine Brust vor dem Stillen gut zu massieren und nach dem Stillen noch Luft an die offenen Brustwarzen zu lassen. Zusätzlich sollte ich 3 Mal täglich Milch abpumpen um den Milcheinschuss zu fördern und die Menge zu steigern. Tag für Tag wurde so das Stillen einfacher und ich begann es zu genießen. Das zufriedene Schmatzen meines Sohnes beim Trinken an der Brust und die Nähe erfüllten mich mit Zufriedenheit und Stolz, dass wir es geschafft hatten.

Im Zuge eines Besuches beim Kinderarzt, fragte ich diesen, ob meine Medikamente gegen die Depression Einfluss auf unseren Sohn hätten. Würden sie ihm auf lange Sicht Schaden zufügen? Hatte das Medikament Wirkung auf seinen kleinen Körper? Seine Antwort war nicht sehr beruhigend. Er meinte, dass es dazu keine Studien gebe und ich es schon sehen würde. Er schien sich bei diesem Thema nicht auszukennen und hatte auch keine Intention näher darauf einzugehen. Für ihn war das Thema mit seiner Antwort erledigt.

Meine Bekannte, die IBCLC Stillberaterin, beruhigte mich hingegen sehr und meinte, dass Sertralin zu den Antidepressiva der Wahl während der Stillzeit gehöre. Die Einnahme sei auf keinen Fall ein Grund mit dem Stillen aufzuhören.

Das Stillhütchen wurde ich während der gesamten Stillzeit nicht los. Ich habe meinen Sohn bis er 11 Monate alt war mit Stillhütchen gestillt. Das Abstillen verlief problemlos – es scheint für uns beide der richtige Zeitpunkt gewesen zu sein.

Bei meinem zweiten Sohn, ging es mir zu Beginn der Schwangerschaft

wieder psychisch sehr schlecht. Es brauchte wieder Wochen bis ich mich freuen und die bevorstehende Zeit genießen konnte. Meine Medikamente nahm ich nach wie vor in der gleichen Dosis. Der Rest der Schwangerschaft verlief wieder problemlos.

Nach der Geburt versuchte ich noch im Kreissaal meinen Sohn zu stillen, aber auch dieses Mal wollte es ohne Stillhütchen nicht klappen. Nach ein paar Wochen probierte ich es immer wieder ohne Stillhütchen, bis es schlussendlich klappte! Dies war ein riesiger Erfolg für mich und ich konnte die Stillzeit noch mehr genießen! Erst jetzt merkte ich auch, wie viel unkomplizierter es war im Vergleich zum Stillen mit Stillhütchen. Ich musste nicht erst in meiner Tasche nach den Stillhütchen suchen, Stillhütchen auflegen, stillen, Stillhütchen abwaschen und trocknen, Stillhütchen wieder verstauen. Ich musste mir keine Gedanken machen, ob ich unterwegs die Stillhütchen dabei hatte und wo ich im Notfall welche kaufen könnte. Einfach überall und jederzeit ohne Hilfsmittel stillen zu können war großartig!

Als mein jüngerer Sohn dann 16 Monate alt war, hatte ich eine kurze depressive Verstimmung. Die Nähe zu meinem Sohn während des Stillens spendete mir in dieser Zeit Trost. In der Nacht kuschelten wir uns aneinander und ich fühlte mich sicher. Bei all den Sorgen, Ängsten und Gedanken, war das Stillen eine vertraute Gewohnheit, die Sicherheit vermittelte.

Ein paar Wochen später entschied ich mich abzustillen. Mein Sohn, der den Busen über alles liebte, akzeptierte meine Erklärung, dass dieser nun leer sei. Er bekam von nun an nachts Wasser und wie auch zuvor viel Körpernähe. Auch dieses Mal hatte ich das Gefühl, dass der Zeitpunkt für uns beide gepasst hat.

Wie geht das?

Mutterschaft und Essstörungen im Fokus

Die physiologischen und psychologischen Auswirkungen einer mütterlichen Essstörung in allen Varianten zeigt eine deutliche Beeinträchtigung für die Schwangerschaft, die Geburt und natürlich für das heranwachsende Kind.

Essstörungen sind psychische Störungen und werden demnach auch nach der internationalen diagnostischen Klassifikation ICD-10 (aktuellere Version) eingeteilt.

Anorexia Nervosa

Diagnosekriterien nach ICD-10

- Untergewicht von mindestens 15 % oder BMI < 17,5 (kg:m²)
- Selbstherbeigeführter Gewichtsverlust durch Diät plus eines der folgenden Kriterien:
 - Selbstinduziertes Erbrechen
 - Selbstinduziertes Abführen
 - Starke körperliche Aktivität
 - Diuretika-, oder Appetitzügler-Missbrauch
- Körperschemastörung (je dünner die Menschen werden, desto stärker wird die Gewichtsphobie)
- Endokrine Störungen (Amenorrhoe, Libido-, Potenzverlust)
- Verzögert Entwicklung bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät

Mit dem ICD-10 Diagnose-Instrument können auch Männer und Frauen in der Menopause mit Anorexia Nervosa diagnostiziert werden.

Anorexia hat auch Auswirkungen auf eine mögliche Mutterschaft. Eine massive Unterernährung hemmt die Fruchtbarkeit, die Menstruation bleibt aus. Zeitgleich haben diese Menschen auch eine geringere Libido. So sorgt die Natur dafür, dass eine Frau, die sich selbst nicht ernähren kann, mit geringerer Wahrscheinlichkeit ein Kind in die Welt setzt. Dennoch möchten auch Personen mit Anorexia in einer Beziehung leben. Um diese Beziehung

aufrecht zu erhalten werden oft eigene Wünsche und Bedürfnisse übergangen, sodass diese Frauen dennoch sexuell aktiv sind, obwohl dies nicht aus ihrem inneren Antrieb kommt.

Weiteres Merkmal der Anorexia nervosa, das mit der Intensität der Erkrankung stärker wird, ist soziale Isolierung, die wenig Raum für Empathie bzw. ein Gegenüber lässt, auch nicht für ein Kind. Die Gedanken verengen sich - so kommt es oft zu depressiven Zuständen, Zwanghaftigkeit und Perfektionismus. Menschen mit Anorexia nervosa sind meist extrem leistungsorientiert. Die Gedanken kreisen um Gewicht, Essen und Kalorien.

Es gibt keinen Aspekt des Körpers, der durch das ständige Hungern nicht beeinträchtigt ist. Es kommt zu einer Gesamtkörperschwäche; Störungen des ZNS - Apathie und Konzentrationsschwächen; Kardiovaskuläre und peripher Vaskuläre Störungen - Palpitationen, Schwindel, Kurzatmigkeit, Brustschmerz, kalte Extremitäten; Störungen im Skelettsystem - Knochenschmerzen; Störungen der Reproduktion - Reifestopp, Libidoverlust, Fertilitätsverlust, Regression in einen premenachalen Zustand; Endokrinologische Störungen - Müdigkeit und Kältesensibilität; Gastrointestinale Störungen - Erbrechen, Abdomenschmerz.

Ähnlich wie beim Alkoholismus gibt es geringe bis keine Krankheitseinsicht.

Bulimia Nervosa

Diagnosekriterien nach ICD-10

- Andauernde Beschäftigung mit Essen
- Essattacken mit großem Nahrungskonsum in kurzer Zeit 5.000 bis 10.000 kcal.
- Verschiedene Verhaltensweisen zur Gewichtskontrolle
 - Selbstinduziertes Erbrechen

- Abführmittelabusus
- Zeitweiliges Hungern
- Diuretika, Appetitzügler

- Krankhafte Furcht davor, dick zu werden: selbstgesetzte Gewichtsgrenze weit unterhalb des prämorbidem „optimalen“ gesunden Gewichtes.

Obwohl viele Bulimische Frauen normalgewichtig sind, gibt es einen hohen Anteil von hormonellen Störungen, so sind 50 - 70 % der Frauen amenorrhöisch.

Andere Merkmale der Bulimie sind sozialer Rückzug, depressive Zustände, Obsession mit der eigenen Figur, Gedankliche Verengung auf die Themen Gewicht, Essen und Kalorien, Impulsivität, Selbstverletzung, oft sind unter diesen Patientinnen Borderline-Persönlichkeiten.

Schwangerschaft im Kontext einer Essstörung

Schwangerschaft ist der Inbegriff von Weiblichkeit. Eine gesunde Frau freut sich in der Regel über die damit einhergehenden körperlichen Veränderungen, wie das langsame Wachsen des Bauches und die Rundung der Brüste. Für gesunde Frauen ist die Gewichtszunahme im Rahmen einer Schwangerschaft (bei normaler Zunahme etwa 11 - 16 kg) völlig normal.

Patientinnen mit Anorexie und Bulimie haben allerdings ein massives Problem mit der Gewichtszunahme und 90 % der Frauen fokussieren auf ihren Bauch.

Pregorexia ist ein neuer Begriff, der eine äußerst alarmierende und gefährlich Situation beschreibt, bei der eine Frau mit Essstörung versucht, Gewichtszunahme in der Schwangerschaft zu vermeiden oder, noch schlimmer, sogar versucht abzunehmen.

Die Studienlage zeigt einen signifikanten Unterschied in der Wahr-



„Mir fehlte damals die Unterstützung. Schön, dass Frauen heute gute Informationen zum Stillen bekommen.“

Hermine K., Urgroßmutter



„Stillen schützen, zum Schutz der Gesundheit von Mutter und Kind! Ich helfe dabei!“

Dr. Johannes Armingier, Gynäkologe



STILLEN SCHÜTZEN

Unsere gemeinsame Verantwortung

„Weiterstillen trotz Wiedereinstieg ins Berufsleben? Von mir gibt's Unterstützung dabei!“

Mag. Marcel Braumann, Personalleiter



„Meine Vision: Gemeinsam in Österreich das Stillen wieder selbstverständlich zu machen.“

DSA Anita Schoberlechner IBCLC, VSLÖ Präsidentin



Verband der Still- und LaktationsberaterInnen Österreichs IBCLC



 www.facebook.com/stillen.at
 www.instagram.com/stillen.at

scheinlichkeit einer Schwangerschaft zwischen essgestörten Frauen und gesunden Frauen. Anorektische aber auch bulimische Frauen haben eine hohe Infantilitätsrate mit Amenorrhoe und ohne Ovulation, trotzdem kann es gelegentlich zu einer Schwangerschaft kommen.

Eine Essstörung ist ein Risikofaktor für eine Schwangerschaft. Besonders hoch ist das Risiko dann, wenn die Essstörung unerkannt ist, wobei eine Anorexie optisch leichter zu erkennen ist als eine Bulimie. Die Fragen nach einer möglichen Essstörung sollte daher zur Grundstandardanamnese in der Schwangerschaft gehören. Bei einer aktuell bestehenden Essstörung, die mit der Mutter besprochen werden kann, ist das Risiko mittelschwer, da in diesem Fall die Hoffnung auf eine entsprechende Compliance der Mutter besteht, für ihr ungeborenes Kind alles ihr Mögliche zu tun. Geringer wird das Risiko bei Frauen, die in ihrer Geschichte eine Essstörung hatten, aber derzeit gesund sind. Zwar besteht durch die rasche Gewichtszunahme ein potentiell hohes Risiko, das einen Rückfall triggern kann, je länger die Essstörung allerdings vorbei ist desto größer die Chance, dass dieses Kapitel tatsächlich in die Vergangenheit gehört.

Wie erkennt man eine Essstörung?

Bei einer fortgeschrittenen Anorexie ist diese oft an blau angelaufenen Händen und einer durch Karotin verfärbten Haut (hoher Konsum von kalorienarmen Karotten) zu erkennen. Während der Schwangerschaftsuntersuchung fallen vielleicht auch eine vaginale Atrophie und das fehlende Fettgewebe in den Brüsten auf. Auch die Frage nach dem Gewicht vor der Schwangerschaft und die Beobachtung der Gewichtszunahme während der Schwangerschaft kann aufschlussreich sein. Bei schwangeren Frauen mit Essstörungen kommt es zudem häufiger zu Blutungen oder Präeklampsie, auch Fehl- und Frühgeburten sind häufiger und die Sectio-Rate ist erhöht.

Welche Auswirkungen hat eine Schwangerschaft auf die Essstörung?

Frauen mit Essstörungen haben häufiger negative Gefühle bei Entde-

ckung der Schwangerschaft. Schwangerschaft bedeutet Gewichtszunahme. Wenn eine Frau immer schon Probleme mit dem Gewicht hatte, wenn sie sich zu dick fühlt, wenn sie eigentlich abnehmen möchte, dann kann eine Schwangerschaft ein Trigger sein, die Symptome können sich verschlechtern oder eine Essstörung erst richtig auslösen.

Bei anderen Frauen ist der Fokus mehr auf das Kind gerichtet, besonders mit Unterstützung des Partners kann es dann auch zu einer Reduktion des Schweregrades eine Anorexie oder Bulimie kommen.

Wichtig ist es, dass Frauen über die Schwangerschaft sprechen können, dass in psychotherapeutischer Arbeit das wachsende Kind im Bauch symbolisiert wird, und das wachsende Bäuchlein auch mit dem Kind in Verbindung gebracht wird.

Nach einer Schwangerschaft gibt es bei Frauen mit Anorexie und Bulimie hohe Raten an postpartalen Depressionen (25 - 50 %) oder es kommt zu einer Rückkehr der Symptome.

Welche Folgen hat eine Essstörung für das Kind?

Wenn die Mutter eine Essstörung hat ist es wahrscheinlich, dass das Neugeborene mit Untergewicht geboren wird, die Kinder haben niedrigere APGAR Scores, es kommt häufiger zu angeborenen Missbildungen wie z.B. LGKS und die Kinder liegen öfter in Beckenendlage. Wir wissen auch, dass das Stillen wesentlich beeinträchtigt sein kann. Mütter stillen oft nicht zum eigenen oder zum Kindeswohl, sondern weil Stillen eine Gewichtsreduktion mit sich bringt. Manche halten Stillen gar nicht aus, weil sie ihren Körper ablehnen, oder weil die Brust in der Stillzeit wächst. Für körperablehnende Frauen ist der ständige Kontakt mit der Brust oder das Auslaufen der Brust schlicht zu viel Körperlichkeit. Im Alter von 2 - 4 Wochen scheint es bei gestillten Kindern eine höhere Saugrate zu geben. Gewicht und Größe ist bei Kindern essgestörter Mütter nach 12 Monaten im Vergleich zu anderen signifikant verringert. Die Gewichtspho-

bie der Mutter zeigt sich auch deutlich im Ernährungsverhalten ihres Kindes. Es gibt häufiger untergewichtige Kinder, weil die Mütter meinen, die Kinder müssen nur gesund ernährt werden und dürfen ja nicht dick werden. Gleichzeitig gibt es auch häufig übergewichtige Kinder, weil die Mütter sagen: „Ich darf das nicht essen, aber alles was ich nicht essen darf, darf mein Kind essen.“

Während dem Essen, dem Füttern oder dem Selbstessen kritisieren die Mütter ihre Kinder: „Iss besser, iss nicht zu viel, iss nicht zu schnell, ...“

Auch emotional sind diese Kinder beeinträchtigt. Signifikant häufiger zeigen die Kinder Overeating als Reaktion auf negative Gefühle. Die impulsiven, obsessiven Symptome der Bulimie und Anorexie führen häufig zu einer Vernachlässigung der Kinder. Die extreme Einengung auf die Essstörung hat deutliche emotionale affektive Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung. Körperkontakt mit ihrem Kind ist für betroffene Frauen schlecht auszuhalten. Bei Kindern aus solchen Mutter-Kind-Beziehungen gibt es eine höhere Rate an Einnässen, Sprachproblemen, emotionalen Problemen, Aggressivität, Zwangsstörungen. Wenn vor allem die Mädchen in die Pubertät kommen, dann gibt es oft die Anorexie a deu. Es kommt sogar zu einer Rivalität wer dünner ist, wer mehr Diäten macht. Es gibt vor allem für Töchter - durch ein genetisches Risiko als auch durch die negative Vorbildwirkung der Eltern - ein erhöhtes Risiko, dass auch sie eine Essstörung entwickeln werden.

Sind die Kinder jedoch nicht essgestört, übernehmen sie oft die Verantwortung für ihre Mütter, erinnern z.B. ihre Mutter, dass sie etwas essen müssen.

Adipositas und Bingeeating

wurden im Vortrag nur nebenbei erwähnt.

Bingeeating ist eine ähnliche Essstörung wie Bulimie, aber nur mit Episoden von Essanfällen. Das heißt, je häufiger eine Binge-Essattacke vorkommt, desto übergewichtiger werden die

Patient*innen. Manche Patienten haben nur eine solche Attacke am Tag, andere aber auch 3. Als Beispiel, was in solch einer Essattacke gegessen wird: 10 Semmeln, 1/8 kg Butter, Marmelade, Wurst, Käse und eine ganze Torte. Es handelt sich also nicht einfach um viel Essen, sondern es ist ein Zwang, ein Kontrollverlust und eine absolute Enttölpelung. Für die Mütter ist dies eine extreme psychische Belastung.

Unerfüllter Kinderwunsch ist auch bei Frauen mit Übergewicht ein The-

ma. Die Rate der Schwangerschaften ist deutlich geringer. Je höher der BMI, desto mehr Komplikationen gibt es bei der Mutter und beim Fetus, vermehrte Frühgeburten, höhere Sectio-Raten. Auch beim Stillen warten viele Hindernisse auf Frauen mit Übergewicht. (siehe VSLÖnews Herbst 2020 Adipositas & Stillen)

Alle Formen von Essstörungen wirken sich auf die Schwangerschaft, den Fötus/das Kind und die Mutter-Kind-Beziehung aus. Es geht darum, das

Tabu um Essstörungen zu brechen, Mütter aufzuklären was eine Essstörung ist, und wie sich diese auf ihre Gesundheit, ihre Psyche und auf das Kind auswirkt. Ziel ist es das Kind zu schützen und die Mutter auf ihrem Weg zur Mutterschaft zu unterstützen.

Andrea Hemmelmayer

nach einem Vortrag von Prof. Dr.ⁱⁿ MMag.^a Barbara Mangweth-Matzek - Medizinische Universität Innsbruck/Psychiatrie II

Immer gleich gut?

Qualität der Muttermilch bei Nährstoffmangel

Muttermilch ist die ideale Nährstoffquelle für Säuglinge, sodass die weltweite Gesundheitsempfehlung lautet, Säuglinge in den ersten 6 Lebensmonaten ausschließlich zu stillen und anschließend mit geeigneter Beikost bis zum Alter von 2 Jahren oder darüber hinaus weiter zu stillen.

Wie ist die Qualität der Muttermilch allerdings einzuschätzen, wenn eine Mutter infolge einer Essstörung oder einer Hungerkatastrophe unter Nährstoffmangel leidet?

Muttermilch ist ein sehr stabiles Lebensmittel, offensichtlich hat die Evolution Hungerphasen im Leben einer Mutter eingerechnet. Muttermilch wird, wenn die aktuelle Ernährung dazu nicht ausreicht, aus den Energie- und Nährstoffspeichern des mütterlichen Körpers produziert. Daher entscheidet bereits die Ernährung in und vor der Schwangerschaft über die Milchbildung, die Qualität der Muttermilch und über den weiteren Ernährungszustand und die Gesundheit der Mutter.

Zwar scheint die Ernährung der Mutter nur einen sehr geringen Einfluss auf den Gehalt an Makronährstoffen (Kohlenhydrate, Proteine und Fette) und damit auf den Energiegehalt

der Muttermilch zu haben. Wenn der Brustdrüse bei einer schwer unternährten Mutter allerdings nicht genügend Rohstoffe zur Verfügung stehen, kann die Milchmenge abnehmen oder total versiegen. Die Zusammensetzung der Makronährstoffe in der Milch verändert sich dennoch wenig, nur bei schwerer Unterernährung ist der Gehalt an IgA und einigen Immunstoffen in der Muttermilch verringert.

Anders sieht dies beim Gehalt einiger Mikronährstoffe, vor allem Vitaminen, aus, hier besteht bei untergewichtigen, unterernährten Frauen und Frauen mit Essstörungen das Risiko von Mangelzuständen dieser lebenswichtigen Mikronährstoffe. Und wenn diese nicht mehr durch den Körperspeicher der Mutter abgedeckt werden können, finden sich diese Mängel auch in der Muttermilch.

Vor allem der Gehalt an wasserlöslichen Vitaminen (vor allem B-Vitaminen) in der Muttermilch ist unterschiedlich stark von der Ernährung der Mutter abhängig. Ein Mangel kann drastische Auswirkungen auf das gestillte Kind haben. Daher sollten diese Vitamine bei unter- und mangelernährten Müttern entsprechend substituiert werden.

Fettlösliche Vitamine (Vitamin A und Vitamin D) sind speicherbare Vitamine

und damit vom langfristigen Ernährungszustand der Frau abhängig, sie müssen gegebenenfalls ebenso substituiert werden.

Selen und Jod sind Mineralstoffe, die bei einer Mangelernährung auch in geringerem Maß in der Muttermilch erscheinen. Beim Eisengehalt der Muttermilch wurden keine Unterschiede zwischen anämischen und nicht anämischen Frauen festgestellt. Muttermilch enthält immer ausreichend Kalzium, mit dem mütterlichen Skelett steht selbst bei Mangelernährung ein riesiger Körperspeicher zur Verfügung, die Knochendichte der Mutter könnte allerdings darunter leiden.

In der Regel können grenzwertig ernährte Frauen, selbst wenn sie physisch schwer arbeiten, eine kurze Geburtenabfolge haben und ihre Kinder über mehrere Jahre stillen, noch Muttermilch in ausreichender Qualität und Quantität produzieren. Langfristig ist jedoch mit einer Verschlechterung des mütterlichen Ernährungszustandes zu rechnen. Um schwere Unterversorgung sowohl bei der Mutter und als auch beim Kind zu vermeiden ist eine Supplementation vor, während oder spätestens nach der Schwangerschaft sinnvoll.

Andrea Hemmelmayr

Es gibt Hilfe!

Krisen rund um die Geburt gemeinsam meistern

Krisen können in allen Lebensabschnitten auftreten, peripartal werden sie jedoch oft zur besonders großen Belastung! Zu wissen, wo und wie Hilfe in Anspruch genommen werden kann, ist oft schon der erste Schritt in Richtung Entlastung. Krisen müssen und sollen nicht allein durchgestanden werden! Ein offenes Gespräch ist immer ein wesentlicher Schritt zur Bewältigung einer Krise. Neben der Familie bieten meist auch Freunde Hilfe zur Alltagsentlastung an bzw. können diese organisieren. Nachfolgend werden Hilfsangebote aufgelistet, die persönliche, telefonische und online Beratungsstellen bzw. ambulante und stationäre Behandlungsmöglichkeiten aufzeigen.

TELEFONISCHER HILFERUF

Sozialpsychiatrischer Notdienst 24h österreichweit: 01 313 30
Kriseninterventionszentrum österreichweit: 01 406 95 95
Telefonseelsorge 24h Notdienst österreichweit: 142

FRÜHE HILFEN (www.fruehehilfen.at)

Diese Netzwerke unterstützen Familien österreichweit in belastenden Situationen rund um die Geburt. Familienbegleiter*innen beraten Schwangere bzw. junge Eltern und unterstützen sie, die richtigen Hilfsangebote zu finden und organisieren alle in Frage kommenden Unterstützungsleistungen.

NANAYA (www.nanaya.at)

Diese Beratungsstelle in Wien bietet ein breit gefächertes Angebot für Familien in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt und Leben mit Kindern. Die Anlaufstelle bietet Informationen zu medizinischen, psychologischen und sozialen Fragen. Hier trifft sich auch die Selbsthilfegruppe „Mutterglück?!“ (= Hilfe bei postpartaler Depression), Vorträge werden angeboten und Beratungen in englischer Sprache ermöglicht.

HPE (www.hpe.at)

Die Organisation bietet Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter. Das Angebot umfasst professionelle persönliche bzw. telefonische Beratung, anonyme Online-Beratung, Informationsmaterialien, Seminare, Vorträge und Veranstaltungen zum Thema psychischer Erkrankungen. HPE ist österreichweit in allen Bundesländern aktiv.

SUPRA

(www.gesundheit.gv.at/leben/suizidpraevention/inhalt)
Diese Webseite bietet Erste-Hilfe-Tipps, Notfallkontakte und Hilfsangebote österreichweit in jedem Bundesland für Menschen mit Suizidgedanken. Auch Menschen, die jemanden mit Suizidgedanken kennen oder jemanden durch Suizid verloren haben finden hier Hilfe.

VERRÜCKTE KINDHEIT

(www.verrueckte-kindheit.at)
Dies ist ein Projekt von HPE Österreich, das Beratung und Information in verschiedenster Form für Kinder und junge Erwachsene mit einem psychisch erkrankten Elternteil bietet.

PRO MENTE AUSTRIA

(www.promenteaustria.at)
Dieser Dachverband von 24 gemeinnützigen Organisationen begleitet österreichweit psychisch erkrankte Menschen und ihr soziales Umfeld.

FAMILIENBERATUNG EKIZ

(www.ekiz-dachverband.at)
Eltern-Kind-Zentren sind Orte der Begegnung, an denen Erfahrungen ausgetauscht werden, Beratungen stattfinden, sich Gleichgesinnte treffen und Rat eingeholt werden kann.

FAMILIENHILFE DER CARITAS

(www.caritas.at)
Familienhilfe ist die österreichweite „Krisenfeuerwehr“ die ins Haus

kommt und die Familie in schwierigen Situationen flexibel & vielfältig unterstützt.

INSIEME BERATUNG

(www.verein-insieme.at)
Der Verein bietet psychologische Beratung, professionelle Begleitung und Psychotherapieplatzvermittlung bei depressiven Krisen, Überforderung, Lebens- und Sinnkrisen usw. in Tirol an.

SPEZIALAMBULANZ FÜR PERIPARTALE PSYCHIATRIE

(www.klinik-ottakring.gesundheitsverbund.at)
Die Ambulanz im ehemaligen Wilhelminenspital in Wien unterstützt Mütter und Väter in behandlungsbedürftigen psychischen Krisen von der Schwangerschaft bis zum ersten Lebensjahr des Babys.

FEM-AMBULANZ

(www.fem.at)
Die Frauen-Eltern-Mädchen Ambulanz bietet in Wien Schwangeren bzw. Müttern Beratung bei psychischen Krisen und psychiatrischen Diagnosen an. Die Beratungen können auch in mehreren Fremdsprachen durchgeführt werden.

PERIPARTALE PSYCHIATRIE WIEN

(www.meduniwien.ac.at)
Das stationäre Behandlungsangebot der Station 4A bietet Mutter-Kind-Einheiten und richtet sich an Schwangere und Mütter mit Kindern (0-1 Jahr), die im ambulanten Setting nicht ausreichend versorgt werden können.

NEUROMED CAMPUS LINZ

(www.kepleruniklinikum.at)
Bei Erkrankungen wie Zwangs- und Angststörungen, Psychosen, prä- und postpartalen Depressionen bietet die Station D103 Müttern oder Vätern mit ihrem Kind (0-2 Jahre) die Möglichkeit einer gemeinsamen stationären Behandlung in Linz

KLINIKUM STEYR (www.oog.at)
Das Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Steyr bietet Müttern und Vätern von Kindern (0-1 Jahre) stationäre Hilfe bei postpartalen psychischen Störungen an.

LKH Graz (www.lkh-graz2.at)
Die Abteilung für Psychiatrie 2, Station 4 bietet in Graz ambulante und stationäre Mutter-Kind-Behandlungen bei postpartaler psychischer Erkrankung an.

MARCE GESELLSCHAFT
Die Gesellschaft ist international, interdisziplinär und beschäftigt sich mit peripartalen psychischen Erkrankungen. Schwerpunkte sind die Förde-

rung von Forschung und Fortbildungen, Verbesserung von Behandlungen und Versorgungsangeboten, Entstigmatisierung der Erkrankungen. Listet Adressen für mögliche Mutter-Kind Aufnahmestellen bei postpartaler psychischer Erkrankung.

SCHATTEN UND LICHT (www.schatten-und-licht.de)
Zitat Schatten & Licht e.V.: „Wir wollen den belastenden Mythos der allzeit glücklichen Mutter entlarven und das Tabu der peripartalen Problematik brechen.“
Ursprünglich von betroffenen Frauen in Deutschland gegründet, stellt der Verein Informationen bereit, damit

schnell kompetente und professionelle Hilfe gefunden werden kann. Der Verein informiert über Fortbildungen, Vorträge und Öffentlichkeitsarbeit, Flyer, Infobroschüren über psychische Erkrankungen während und nach der Schwangerschaft. Außerdem werden aktuelle Listen für Beratungs- und Selbsthilfegruppen geführt und Informationen zu Mutter-Kind-Einrichtungen bereitgestellt.

Gudrun Schober

... „Wenn der Wunsch nach Glück ausreichte, um es herbeizuführen, gäbe es keine Leiden, denn niemand sucht das Leid ...“
(Dalai Lama)

Stimmungswechsel

D-MER – ein psychisches Problem?

Als D-MER (Dysphoric Milk Ejection Reflex, zu Deutsch: Dysphorischer Milchspendereflex) wird eine Anomalie des Milchspendemechanismus bei laktierenden Frauen bezeichnet, bei der diese eine abrupte Dysphorie empfinden, die einige Sekunden vor dem Einsetzen des Milchspendereflexes (MSR) beginnt und wenige Minuten andauert.

Die Bezeichnung D-MER stammt von der Autorin und Still- & Laktationsberaterin, IBCLC Alia Macrina Heise, die sich als selbst betroffene Mutter seit dem Jahr 2007 intensiv mit diesem Thema beschäftigt. Evidenzbasierte Studien zum D-MER liegen zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht vor, dennoch gibt es zahlreichen interessante vorläufige Erkenntnisse zum D-MER. Hauptsächlich stammen die derzeitigen Schlussfolgerungen zum D-MER aus den Arbeiten von Heise, es sind aber bereits auch einige andere Falldarstellungen und deskriptive Studien erschienen, welche die Annahmen von Heise größtenteils bestätigen.

Zur Prävalenz des D-MERs ist erst eine Studie erschienen, und zwar von Ureño et al. im Jahr 2019. Diese Studie ermittelte eine Prävalenzrate von 9,1 %. Diese Zahl deckt sich auch mit den Beobachtungen von Heise, die aufgrund ihrer klinischen Erfahrungen von etwa 10 % Prävalenz berichtet.

Der D-MER manifestiert sich im Rahmen der Laktogenese II, 32-96 Stunden postpartum, wobei ihn nicht alle Mütter aufgrund der generell herausfordernden Stimmungslage nach der Geburt sofort bemerken. Oft wird das Auftreten der negativen Gefühle erst 2-4 Wochen postpartum mit dem Stillen/Pumpen/Handentleeren in Zusammenhang gebracht.

Der D-MER hat folgende Komponenten in Bezug auf die Dysphorie, die für den Großteil der betroffenen Mütter zutreffen: Die negativen Gefühle ...

- kommen ganz plötzlich, ohne, dass die Mutter vorher Traurigkeit oder andere Missstimmung empfunden hat

- manifestieren sich in der Magengegend
- können im Rahmen einer Stillmahlzeit, bei Pumpeinheiten, Handentleerungen oder aber auch bei spontanen MSRn entstehen
- dauern bis zu 60-90 Sekunden (max. bis zu 5 Minuten, in seltenen Fällen länger) an
- wiederholen sich bei jedem weiteren MSR der Still-/Entleerungseinheit
- treten ausschließlich im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem MSR auf
- beginnen kurz vor der Wahrnehmung des MSR in den Brüsten
- sind generell gegen die Mutter selbst gerichtet, nicht etwa gegen das Baby

D-MER Auslöser

Aufgrund fehlender evidenzbasierter Studien zum D-MER liegen derzeit nur Vermutungen zum möglichen Auslöser des D-MERs vor, die sich auf einige wenige Untersuchungen und anekdotische Berichte betroffener Mütter stützen. Da das Auftreten des D-MERs an den MSR gekoppelt ist, liegen Hormone bzw. Neurotransmitter als Auslöser nahe, die auch die Laktation bzw. den MSR beeinflussen, wie die Hormone Oxytozin und Prolaktin sowie die Neurotransmitter Serotonin und Dopamin.

Bisherige Untersuchungen lassen darauf schließen, dass Dopamin der D-MER Trigger ist:

Beim MSR wird Dopamin im Gehirn gehemmt, damit das Milchbildungshormon Prolaktin ansteigen kann. Derzeit wird davon ausgegangen, dass bei einer laktierenden Frau mit D-MER eine unangemessene Dopamin-Aktivität beim MSR besteht, d. h. es kommt zu einem unphysiologischen Abfall von Dopamin beim Anstieg von Prolaktin (zu rasch, zu niedrig oder andere Varianten zur Norm).

Verwechslung mit Postpartaler Depression

Der derzeitige Wissenstand lässt darauf schließen, dass es sich beim D-MER um ein physiologisches Problem mit dem Neurotransmitter Dopamin handelt, und keine psychologischen

Auslöser zu Grunde liegen. Auch wenn der D-MER grundsätzlich sehr verlässlich abgrenzbar und eindeutig im Erscheinungsbild ist, wird er oft mit postpartaler Depression verwechselt, welche zwar parallel bestehen kann, aber nicht muss. Betroffene Mütter, die beide Beschwerdebilder aufweisen, berichten, dass sie beides sehr unterschiedlich und getrennt voneinander wahrnehmen.

Das entscheidende Kriterium ist das ausschließliche Auftreten der Dysphorie im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit einem MSR. Der D-MER ist demnach von anderen Stillproblemen oder Krankheitsbildern abzugrenzen – auch wenn diese zusätzlich zum D-MER bestehen können, wie bspw. Probleme mit der Milchbildung, durch den MSR ausgelöste Übelkeit oder Kopfschmerzen, sowie andere negative Gefühle beim Stillen.

Marker für den D-MER

Bisherige Erfahrungen schließen It. Heise zahlreiche Faktoren als Marker für den D-MER aus, wie Geburtsmodus, Interventionen oder Medikamente während der Geburt, Geburtserfahrung und/oder -Traumata, andere Traumata oder Missbrauch, Anzahl Gravida/Para bzw. Verhältnis zueinander, Alter der Mutter, Schilddrüsenerkrankungen, PMS, uvm.

Ebenso als Marker für D-MER ausgeschlossen werden können folgende Phänomene, auch wenn sie im (möglicherweise dysfunktionalen) Zusammenspiel von Oxytozin, Prolaktin und/oder Dopamin ausgelöst werden, und es einige Berichte von Müttern gibt, die zusätzlich zum D-MER unter diesen leiden: „Sad Nipple Syndrom“ (Dysphorie bei Stimulation der Mammillen außerhalb der Laktation), Postkoitale Dysphorie sowie Dysphorien, ähnlich wie beim D-MER erlebt, aber außerhalb der Laktation.

Auch für eindeutige Korrelationen zwischen psychischen (Vor-) Erkrankungen fehlen im Moment noch entsprechend belastbare Ergebnisse. Erste Erhebungen dazu lieferten bisher sehr unterschiedliche Ergebnisse: Ureño et al. führten im Jahr 2019 eine deskriptive Studie mit 99 Frauen mit

D-MER durch. Pettersson & Packalén führten im Rahmen ihrer Masterarbeit im Rahmen ihres Hebammenstudiums im Jahr 2018 eine Umfrage mit 146 Frauen mit D-MER durch und befragten zusätzlich 14 Frauen mit D-MER in Interviews. Diese beiden ersten Untersuchungen ergaben überraschender Weise eine sehr starke Korrelation zwischen psychischen Vorerkrankungen und dem Auftreten von D-MER (65-86 %), wenn auch die Detailergebnisse teils große Unterschiede aufweisen. Besonders der Zusammenhang zwischen postpartaler Depression bzw. postnataler Angststörung und dem D-MER fiel in diesen beiden Studien unterschiedlich aus: Während Ureño et al. nur 20 % in ihrer Umfrage herausgefiltert haben, geben Pettersson & Packalén 52 % der Frauen an, die zusätzlich zum D-MER auch entweder eine PPD, eine PNA oder sogar beides hatten.

Bei Durchsicht dieser Arbeiten blieben viele Fragen zum Studiendesign offen, weshalb unklar ist, wie aussagekräftig deren Ergebnisse sind.

Im Rahmen meiner eigenen Facharbeit am Europäischen Institut für Stillen und Laktation zum Thema D-MER habe ich u. a. eine quantitative Erhebung durchgeführt, an der sich 69 Mütter mit D-MER aus verschiedenen Ländern beteiligt haben. Dabei gaben lediglich 10 % eine psychische Vorerkrankung bzw. psychische Beschwerden an, die bereits vor der Laktation bestanden (Angststörungen, Depressionen, Bipolare Störung). Dies korreliert nicht mit den Ergebnissen der oben genannten Studien.

Aus diesen widersprüchlichen Ergebnissen ergibt sich die Notwendigkeit für breitere, evidenzbasierte Untersuchungen, die uns helfen, das Phänomen des D-MERs besser zu verstehen und damit den betroffenen Müttern kompetente Begleitung und Unterstützung bieten zu können.

Deutschsprachige Informationen basierend auf dem aktuellen Wissensstand zum D-MER finden betroffene Mütter sowie Fachpersonen auf der Website www.d-mer.info.

von Doris Keglovits



Screening Tools

zur Erhebung der psychischen Situation von Müttern

500.000 Menschen sind in Österreich laut WHO von einer Depression betroffen. Die nach wie vor hartnäckige Tabuisierung dieser Gesundheitsthematik ist für Stillberater*innen nicht neu. Wochenbettdepression, Angststörungen - jegliche Ausprägungen psychischer Erkrankungen werden Müttern häufig von vornherein aberkannt, da Mutterschaft gesellschaftlich gern als glückselige Erfüllung des weiblichen Rollenbildes konstruiert wird.

Das dem in vielen Fällen nicht so ist, erleben Stillberater*innen sehr häufig in ihrem Arbeitsalltag. Nicht selten sehen sich Beratende mit der Frage konfrontiert: Wann muss ich weiterverweisen? Wo ist die Grenze meiner Beratungstätigkeit erreicht?

Zur frühzeitigen Erkennung eines Unterstützungsbedarfs, wird ein routinemäßiges Assessment der psychosozialen Risikofaktoren während der Schwangerschaft oder nach der Geburt empfohlen. Dieses soll mittels einer Befragung durch Gesundheitsdienstleistende (z.B. Frauenärzte*innen, Hebammen, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Pädiater*innen) oder durch einen schriftlichen Fragebogen erfolgen und mütterliche, psychosoziale und familiäre Belastungsfaktoren umfassen. Leitlinien sprechen sich dafür aus, die Frau bei jedem Kontakt während der Schwangerschaft und/ oder nach der Geburt des Kindes zu ihrem psychischen Wohlbefinden, ihrer familiären Unterstützung und ihren Bewältigungsstrategien für den Alltag zu befragen (vgl. Reinsperger 2021, S. 21).

Betrachtet man die aktuellen Leitlinienempfehlungen hinsichtlich spezifischer Screening Methoden, findet sich hier doch ein deutlicher Kon-

sens: Das Screening auf postpartale Angststörungen und Depressionen wird empfohlen: USPSTF, 2019; VA/DoD, 2018; Australian Government Department of Health, 2018; COPE 2017, USPSTF 2016, NICE Update 2020 etc. (vgl. Reinsperger 2021, S. 29f.) Ein Großteil der identifizierten Leitlinien (6 vs.2) spricht sich für ein routinemäßiges Screening hinsichtlich Postpartaler Depression aus: Zu Beginn der Schwangerschaft, zumindest einmal im Verlauf der Schwangerschaft und in der Wochenbettphase nach rund 10 bis 14 Tagen post partum. Drei identifizierte Leitlinien sprachen sich für eine routinemäßiges Screening hinsichtlich Angststörungen in der Schwangerschaft und Post Partum Periode aus (vgl. Reinsperger 2021, S. 28 ff.).

Als grundsätzliche Empfehlung zur Erhebung der psychischen Situation gilt eine ausführliche Anamnese, das konkrete Befragen nach früheren psychischen Erkrankungen der Mutter oder Verwandter. Mögliche Risikofaktoren für eine PPD sind Depression und Angststörung während der Schwangerschaft sowie kritische Lebensereignisse und Belastungen während der Schwangerschaft und dem frühen Wochenbett, geringe soziale Unterstützung und vorangegangene depressive Episoden. Als weitere Prädiktoren gelten traumatische Erlebnisse oder Vernachlässigung in der eigenen Kindheit, ungewollte Schwangerschaft, häusliche Gewalt, Substanzmissbrauch, traumatisches Erleben der Geburt, sozioökonomische Faktoren wie Migrant*innenstatus, geringe oder keine soziale Unterstützung sowie geringe Partnerschaftszufriedenheit und Paarkonflikte (Schipper-Kochens et al. 2019, o.S.).

Um vertieft in den Bereich der Depression vorzuschreiten, werden im Eltern Kind Pass Update 2020/2021 „Screening zu psychischer Gesund-

heit, Ernährung und sozialer Kompetenz“ folgende Screening Methoden auf Basis der identifizierten Leitlinien empfohlen: „Edinburgh Postnatal Depression Scale“, „Patient Health Questionnaire-9“, „Whooley Questions“ als integrierter Teil eines generellen Gesprächs mit der Frau hinsichtlich psychischer Anamnese. Screenings auf Angsterkrankungen können mittels folgender Screening Instrumenten passieren: „Generalized Anxiety Disorder“ scale (GAD-2), Fragen zu Ängsten aus anderen Screening-Tools (z.B. EPDS, „Depression Anxiety Stress Scale“, „Kessler Psychological Distress Scale“) als Teil der Anamnese (vgl. Reinsperger 2021, S. 30).

Betrachtet man weitere wissenschaftliche Artikel, wird unter anderem auch der laufend kritische Diskurs betreffend möglicher Einschränkungen dichotomer Screening Methoden ersichtlich. Wir neigen dazu, Screening-Tools auf dichotome Art und Weise einzusetzen, als Beispiel EPDS: Wert von 13 oder höher = wahrscheinlich klinisch signifikante depressive Symptome, weniger als 13: geringes Depressionsrisiko. Als Diskussionspunkt sei hier beispielsweise mitgegeben, dass Symptome von Depression und Angst meist entlang eines Kontinuums auftreten (vgl. Nonacs 2015, o.S.).

Auch weitere, oben nicht genannte Screening Methoden erfordern entsprechende Wahrnehmung, wie beispielsweise die Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS). Sie zielt darauf, eine breite Palette von Angstsymptomen während der Schwangerschaft und der postpartalen Phase zu identifizieren.

Die entscheidende Frage, unabhängig vom gewählten Screening Tool lautet: Wie wird das Ergebnis interpretiert und welche Konsequenz

leitet sich daraus ab? Wie kann die Situation hinsichtlich Risiko und Nutzen bewertet werden? Wie durch Reinsperger angeführt, ist durch den Einsatz der o.g Screeningmethoden und durch die Anwendung von Verhaltenstrainings kein potentielles Risiko zu erwarten. Hinsichtlich medikamentöser Therapie geht hervor, dass eine ausführliche Nutzen - Risiko Diskussion mit der betroffenen Frau wesentlich erscheint (vgl. Reinsperger 2021, S. 31).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Stillberater*innen im Kontext jeglicher Beratungssituation die psychische Gesundheit der Mutter erfassen sollte. Die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Screening Methoden ermöglicht ein systematisches Vorgehen, welches möglicherweise bei der Entscheidung zur Überweisung der Mutter an entsprechende fachkompetente

Stellen hilfreich sein kann. Um Ergebnisse der oben genannten Screening Instrumente interpretieren und eine Konsequenz daraus ableiten zu können, empfiehlt sich eine vertiefende Auseinandersetzung mit der Thematik. Des Weiteren ist der Aufbau eines entsprechenden umfassenden psychosozialen Beratungsnetzwerkes für die Betreuung von Müttern und Familien als wesentlich zu erachten.

Sandra Schrempf

Link zu diversen Screening - Tools:

EPDS:
https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/057_D_Diabetes_Ges/057-008a3_S3_Gestationsdiabetes-mellitus-GDM-Diagnostik-Therapie-Nachsorge-2018-03.pdf

PHQ-D:
https://www.researchgate.net/publication/247398590_Screening_psychischer_Storungen_mit_demGesundheitsfragebogen_fur_Patienten_PHQ-D

Whooleyquestions:
<https://whooleyquestions.ucsf.edu/>

PASS:
<https://drsarahallen.com/wp-content/uploads/2015/10/PerinatalAnxietyScreeningScale2.pdf>

GAD 2:
<https://www.uke.de/kliniken-institute/kliniken/psychosomatische-medizin-und-psychotherapie/forschung/downloads/index.html>

Aktuelles

aus der Welt des Stillens

Sukie - Studie

Nun liegt der Endbericht der Sukie-Studie zum Stillverhalten und zur Kinderernährung in Österreich vor.

Die Studie wurde 2019/2020 im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) von der AGES - Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH in Kooperation mit der Medizinischen Universität Wien durchgeführt. Auch der VSLÖ konnte bei der Entstehung der Studie unterstützend tätig werden.

Ziel war die Erhebung der aktuellen Stillprävalenz und der Säuglingsernährung im 1. Lebensjahr sowie der bestehenden Rahmenbedingungen und mögliche Einflussfaktoren. Stillen und frühkindliche Ernährung liefern einen wichtigen Beitrag zur Kindergesundheit, unter anderem in der Primärprävention von Adipositas. Ein regelmäßiges Monitoring der Säuglings- und Kinderernährung (inkl. Stillprävalenz) bildet eine wichtige Basis für die Ableitung und Bewertung von Präventionsmaßnahmen.



Die letzte repräsentative Studie zur Säuglingsernährung im ersten Lebensjahr wurde vom Gesundheitsministerium im Jahr 2007 veröffentlicht. Die Ergebnisse der aktuellen Studie werden am 19.11.2021 im Rahmen des VSLÖ-Stillkongresses in Innsbruck von einer der Autorinnen präsentiert. Den kompletten Bericht finden sie unter <https://sukie.ages.at/>

Weltstillwoche 2021

„Stillen schützen – Unsere gemeinsame Verantwortung“ ist das Thema der heurigen Weltstillwoche, welche in Österreich vom 1. bis 7. Oktober begangen wird. In diesem Jahr möchte die World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) daran erinnern, dass Stillen uns alle angeht. Neben der individuellen Beratung spielen auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eine große Rolle, damit Stillen

gelingen kann. Somit sind mit allen nicht nur Mütter und ihre Babys gemeint, sondern auch Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen, in der Politik, in den Gemeinden und in Betrieben. Menschen in allen Positionen können Stillen schützen und unterstützen. Jeder*Jede kann in seinem*ihrem Bereich etwas bewirken, denken wir gemeinsam darüber nach. Nähere Infos unter worldbreastfeedingweek.org



VSLÖ Stillkongress „Stillen verbindet“ in Innsbruck

Wir feiern 20 Jahre VSLÖ
19. und 20. November 2021
Mit Herbert Renz-Polster, Sabine Lüpold,
Prof. Dr. Christian Schubert ...

Fortbildungstag in Wien 18.03.2022

Zweitägige Fachtagung in Graz 21. – 22.10.2022



Angebote des Europäischen Institutes für Stillen und Laktation:

STILLBEGINN

Wien: 15.03. – 18.03.2022
Wien: 08.06. – 11.06.2022

Seminarreihe INTENSIV Klassisch

neue Konzeption mit Online-Seminartagen und eLearning Modul

Innsbruck

Seminar 2: 12.01. – 15.01.2022
Seminar 3: 21.04. – 23.04.2022
Seminar 4: 15.06. – 18.06.2022
Online Seminartag 1: 24.01.2022
Online Seminartag 2: 19.05.2022

STILLWISSEN online

eintägiges Seminar für Ärztinnen und Ärzte 26.11.2021

Seminarreihe KOMPAKT

für Ärztinnen und Ärzte (Ausbildung IBCLC) mit eLearning Innsbruck
Teil 1: 04.02. – 06.02.2022, Teil 2: 06.05. – 08.05.2022
1 Onlinetag (4 h): wahlweise 19.04.2022 oder 02.05.2022
Nach Teil 1: begleitendes eLearning Modul in 2 Teilen

Praxistag Salzburg

Stillen bei gutartigen oder malignen Erkrankungen der Brust?
Information zur Vorsorge, Diagnostik und Therapie aus interdisziplinärer Sicht in der Stillberatung
08.10.2021, 09.00 – 17.00 Uhr

Vorankündigung Praxistag Innsbruck

Das ewige Thema „Zu wenig Milch“ – Die häufigsten Einflussfaktoren und das Brusternährungsset als wichtiges Hilfsmittel
06.05.2022, 09.00 – 17.00 Uhr

Teamschulungen für Kliniken

Aktuell, evidenzbasiert, praxisorientiert, motivierend, mit nachhaltigem Lernerfolg
Nach Bedarf: Ein-/Mehrtägig, BFHI-Schulung, Ärzteschulung ...

Anmeldung und Information: Anne-Marie Kern
Tel. +43(0)2236 723 36, annemarie.kern@stillen-institut.com

Impressum

M, H, V: VSLÖ – Verband der Still- und LaktationsberaterInnen Österreichs IBCLC,
Ortsstraße 144/8/2, 2331 Vösendorf
E-Mail: president@stillen.at

ZVR-Zahl: 962644841

Für den Inhalt verantwortlich:
Eva Maximiuk

Redaktion: Andrea Hemmelmayr,
Natalie Groiss, Susanne Lachmayr,
Eva Maximiuk, Gudrun Schober,
Sandra Schrempf

Anzeigen: Eva Maximiuk

CVD: Eva Maximiuk

Layout: www.h13.at

Druck: www.eindruck.at

Das Kopieren und Weitergeben der VSLÖnews ist erwünscht!

Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe oder Artikel externer Autoren zu redigieren und zu kürzen. Namentlich gekennzeichnete Artikel spiegeln nicht zwingend die Meinung der Redaktion wider. Satz- und Druckfehler vorbehalten!

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Quellenangaben zu den abgedruckten Artikeln sind auf Anfrage unter redaktion@stillen.at erhältlich.

Wir freuen uns über Artikel, Themenvorschläge und Termininfos aus allen Bundesländern:

Mail an: redaktion@stillen.at

Nächster Redaktionsschluss:
29.11.2021