



VSLÖ

Herbst 2020

Verband der Still- und Laktations-
beraterInnen Österreichs IBCLC

news

**Weltstillwoche
1. - 7. Oktober!
Sich treffen,
vernetzen und
informieren!**



© Adobe Stock

WEIL JEDER TROPFEN ZÄHLT ...

Über die Bedeutung, den Nutzen und die Anwendung der präpartalen Kolostrum-Massage.

WEIL ES NICHT EGAL IST ...

Einflüsse und Auswirkungen von geburtshilflichen Interventionen auf Mutter, Kind und das Stillen.

WEIL DAS LEBEN BUNT IST ...

Das kompakte Info-Blatt über das „bunte Stillen“ zum Heraustrennen und Weitergeben.

Liebe Leserinnen und Leser!



DSAⁱⁿ Anja Schoberlechner

Herzlich willkommen bei der Herbstausgabe unserer VSLÖnews!

Ein ungewöhnlicher Sommer ist vorüber und der Herbst hält langsam Einzug. Entgegen der ersten Meinungen und Hoffnungen im Frühjahr, hält uns „DAS Virus“ noch immer ziemlich in Schach. In unserer Familienwelt und in unserer Arbeit mit den Familien.

Es wurde uns abgeraten (weit) zu reisen, wir sollen Abstand halten und Masken tragen. Natürlich stellen sich dann viele Fragen: Wie kann ich mich derzeit weiterbilden? Wie komme ich zu meinen Fortbildungspunkten? Finden Veranstaltungen überhaupt statt? ...

Bereits im Frühjahr hat sich der VSLÖ dazu entschieden eine Fortbildung in den Herbst zu verschieben und die **Tagung in Graz mit der Generalversammlung und Wahl des neuen Vorstands** im November zu belassen. Wir sind in dauerndem Austausch mit den Veranstaltungszentren, die wiederum die Vorgaben der Länder zu berücksichtigen haben.

Derzeit arbeitet der Vorstand an den **Sicherheitskonzepten für die Veranstaltungen des VSLÖ**. Es wird nur die Hälfte

an Anmeldungen zugelassen, um die Abstandsregelungen bei den Vorträgen und beim Essen zu gewährleisten. Elisabeth Schlögl ist unsere Covid-Beauftragte.

Desinfektionsmittel werden zur Verfügung gestellt und wir bitten alle Teilnehmer*innen, Ihren Mund-Nasen-Schutz unbedingt mitzubringen.

Wir sind leider keine HellscherInnen und können nicht in die Zukunft blicken.

Aber ich kann Ihnen sagen, der VSLÖ hat noch ein Ass im Ärmel: Das Webinar!

Sollten die Infektionszahlen steigen, wird der VSLÖ kein Risiko eingehen und auch die kommenden Fortbildungen als Webinar anbieten.



© Bilder: Adobe Stock

Einen Rückblick auf das erste, sehr erfolgreiche Webinar des VSLÖ am 19. Juni 2020 gibt uns diese Ausgabe der VSLÖnews. Herzlichen Dank an das Redaktionsteam für die geballten Informationen über die Vorträge!

Lassen wir uns von diesem Herbst und den weiteren Entwicklungen überraschen.

Der VSLÖ ist jedenfalls gewappnet und lässt sich nicht unterkriegen!

Sichern Sie sich noch rechtzeitig Ihren Platz bei unseren nächsten Veranstaltungen!

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen!
Ihre Anja Schoberlechner

Neues Leben zu dritt

Zwischen Anforderungen und Bedürfnissen

Martina König-Bachmann, Hebamme und Psychotherapeutin, beschreibt in ihrem Vortrag beim 1. Webinar des VSLÖ die vulnerable Zeit der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts, jene Zeit, in der eine Familie entsteht, und erklärt, was Paaren in dieser oft nicht einfachen Phase helfen könnte.

Übergänge und Veränderungen gehören zu unserem Leben. Doch wie bewältigen wir sie? Von Albert Einstein ist der Ausspruch bekannt: „We cannot solve our problems with the same thinking we created them.“ Das Paar wird zur

Familie – mit all seinen Erfahrungen, mit seiner Biografie, mit der einzelnen und der gemeinsamen Vergangenheit. Es braucht aber auch neue Gedanken, um die Herausforderung der Familienwerdung bewältigen zu können. Übergänge beschreiben Schnittstellen, einen Wandlungsprozess, einen biografischen Einschnitt, und bewirken einen Statuswechsel, das Erlernen neuer Rollen und eine veränderte Selbstsicht und Lebenssituation. Veränderungen bringen Neuanfänge und bieten damit Chancen, welche allerdings zuerst erkannt und dann angenommen werden müssen. Oft behindert anfangs ein Phänomen

des Widerstandes, genannt „Resistance of change“, die Familienwerdung. Es beschreibt die Ambivalenz, Veränderung einerseits anzustreben, aber zugleich abzuwehren. In ihrem „Acht-Phasen-Modell“ beschreibt die Entwicklungspsychologin Gabriele Gloger-Tippelt den Übergang vom Paar zur Familie von der „Phase der Verunsicherung“ (bis zur 12. SSW), der **Anpassungsphase** (bis zur 20. SSW), über die **Konkretisierungsphase** (20. bis 32. Woche) bis letztendlich hin zur **Gewöhnungsphase** (ab der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres). Das Paar bewegt sich in diesen Phasen zwischen Normalität und Herausfor-

derung und braucht wertschätzende, zugewandte, intuitive Begleitung durch professionelle Fachkräfte.

Eine Mutter schildert in der Beratung ihre Situation nach der Geburt so: Stillen war zuerst gut, dann wurde ich unsicher. „Ich führte eine genaue Liste. Die Stillberaterin sagte, ich solle ad libitum stillen und die Liste weggeben. Die Gewichtszunahme war gut, die Beraterin so positiv – danach stillte ich ab. Mein Mann hat mich beruhigt und auch beunruhigt ...“ Was ist geschehen? Was war der Auslöser für diese ambivalenten Empfindungen?

Einflüsse von außen

Alle – die werdende Mutter, der werdende Vater, die werdende Familie – sind verschiedensten Einflussfaktoren ausgesetzt:

- Die Herkunftsfamilien (Erfahre ich Zuspruch oder Ablehnung?)
- Die Biografien der werdenden Mutter/des werdenden Vaters
- Das soziale Umfeld
- Die gesellschaftlichen Einflüsse (Elternrolle einst und heute)
- Die eigene Arbeit (Entsteht bei mir ohne meine Arbeit Verunsicherung oder Erleichterung?)
- Ansprüche an sich selbst (Erwarte ich Perfektion von mir?)
- Das eigene Erleben (Habe ich langersehnten Kinderwunsch?)
- Kulturelle Aspekte (Migration, Flüchtlingssituation)

Auch bisherige Bewältigungsstrategien in Krisen spielen eine Rolle.

Ausgehend vom biopsychosozialen Modell müssen wir bedenken, dass sowohl die physische, die psychische als auch die soziale Ebene Einfluss auf die Wahrnehmung von Situationen nimmt. In seinem Buch „Die Mutterchaftskonstellationen“ beschreibt Daniel Stern das Erleben der Mutter als zweigeteilt: Die Mutter hält ihr reales Baby im Arm und trägt ein Bild ihres Babys – das imaginäre Baby – in sich. Sie fühlt die Sehnsucht nach einem Bild, das sich im Moment noch nicht einstellt. Auch die Vielfalt an Beziehungen bzw. Rollen, welche jeder Mensch hat, darf nicht außer Acht ge-



© Adobe Stock

lassen werden. Wir, die Fachpersonen, sehen die Mutter und ihr Kind, die Mutter ist aber gleichzeitig auch Frau, Partnerin, Tochter, Kollegin, Freundin. Dieses ganze Beziehungsgefüge muss mitbedacht werden, wenn wir mit der Mutter arbeiten.

Was hilft?

Der Schlüssel zur erfolgreichen Begleitung der Familienwerdung ist eine bindungsfördernde Haltung, sie macht eine professionelle Unterstützung erst möglich. Ziel ist es, die Hilflosigkeit bei der Mutter, beim Vater zu reduzieren. Unsere Aufgabe ist es, einen sicheren Gesprächsrahmen in guter Umgebung und entspannter Atmosphäre herzustellen. Zuerst geht es darum, die Reaktionen, Verhaltensweisen, die geäußerten Gedanken und Emotionen anzuerkennen. Die Gefahr besteht darin, dass wir mit unseren Reaktionen zu rasch in die Korrektur der Gedanken der Mutter gehen, statt ihnen den notwendigen Raum zu geben. Besser ist es, mit unseren Antworten etwas abzuwarten, damit sie dann von der Frau besser wahrgenommen werden können. Das Zeigen von Mitgefühl, ein Mitschwingen mit Aussagen wie „Das kann ich gut verstehen“ schafft eine gute Gesprächsbasis. Auch auf die Wirkung der Spiegelneuronen dürfen wir nicht vergessen. Stehen wir während des Gesprächs unter Zeitdruck, weil auf der Station noch andere Ar-

beit wartet, kann das die Mutter spüren und die Beziehungsebene wird gestört. Denn eine der stärksten Interventionen ist „Halt geben“ und „Da sein“ – sie verlangt allerdings, dass wir uns ohne Ablenkung auf die Mutter, den Vater einlassen. Wichtig ist also auch, unser eigenes Verhalten, unser momentanes Befinden gut im Blick zu behalten.

Um eine Kontinuität in der Betreuung aufrechtzuerhalten, ist genaue Dokumentation und Übergabe notwendig. Zusammengefasst brauchen Frauen:

- Halt, Entlastung („Wie hast du es dir früher immer vorgestellt?“)
- Verständnis, Zeit, Psychoedukation (erklären, informieren, benennen)
- Ressourcen anfragen („Was hat dir bisher in Krisen geholfen? Was waren bisher deine Kraftquellen?“)
- Mitschwingen, überlegte verbale Unterstützung („Darf ich dir meine Überlegung mitteilen? Ich würde gerne etwas ausprobieren, darf ich?“)

Wir Fachpersonen, können also, wenn wir wissen, was Paare brauchen, dazu beitragen, dass unser Expert*innenwissen besser gehört und angenommen wird. Denn: „Alles Leben ist Begegnung.“ (Martin Buber)

Eva Maximik

Adipositas & Stillen

Chance oder Herausforderung für Mutter und Kind?

Die Ernährungswissenschaftlerin und IBCLC Silvia Honigmann-Gianolli aus der Schweiz beleuchtete beim Webinar das Thema Stillen und Adipositas. Als Goldstandard der Säuglingsernährung ist Stillen zweifellos eine große Chance für Mutter und Kind und hat zahlreiche gesundheitliche Vorteile. Auch aus Sicht der Adipositasprävention ist Stillen besonders bei Müttern, die selbst mit ihrem Gewicht kämpfen, sehr erwünscht. Allerdings zeigen uns die Erfahrungen und zahlreiche Studien aus aller Welt, dass mit einem hohen BMI der Mutter das Risiko für frühzeitiges Abstillen und/oder Teilstillen steigt.

In der „Swiss Infant Feeding Study“ von 2014 zeigt sich, dass normalgewichtige Frauen (BMI zwischen 18,5 und 24,9) in der Schweiz durchschnittlich 17,4 Wochen ausschließlich und 32,7 Wochen überhaupt stillen. Im Gegensatz dazu stillen Frauen mit einem BMI über 30 nur 2 Wochen ausschließlich und 17,4 Wochen überhaupt. Bei so einem signifikanten Unterschied erhebt sich natürlich die Frage nach dem „Warum“:

- Haben übergewichtige Frauen weniger Motivation zu stillen?
- Gibt es besondere Probleme, wenn adipöse Frauen stillen?
- Und welche Barrieren oder unterstützende Faktoren gibt es für Mütter mit Adipositas?

Silvia Honigmann-Gianolli näherte sich diesen Fragen anhand des stufenförmigen HAPA-Modells (Health Action Process Approach). Dies ist ein Modell zur Erklärung von gesundheitsförderlichem oder gesundheits-schädlichem Verhalten.

Stufe 1 – Motivationsphase

Was braucht es in dieser Phase, damit die Frauen sich für das Stillen



© Hemmelmayr

entscheiden? Zunächst braucht es eine **Risikowahrnehmung**. Was weiß die Frau in Bezug auf das Stillen und was weiß sie über die Risiken des Nichtstillens, des Flaschengebens, der Ernährung mit Säuglingsnahrung? Eine amerikanische Studie zeigt auf, dass bei adipösen Müttern einer der am häufigsten genannten Gründe für das Nichtstillen der Glaube ist, dass Säuglingsnahrung gleich gut sei wie Muttermilch.

Ein zweiter wichtiger Faktor in dieser Phase ist die **Handlungsergebniserwartung**. Es sind dies Vorstellungen und Phantasien, die sich schwangere Frauen über das spätere Stillen machen. Diese können positiv sein wie „Stillen ist bequem“, „Stillen spart Geld“, „Stillen fördert die Bindung“. Aber ebenso haben viele Frauen negative Bilder im Kopf – „Wenn ich stille, komme ich kaum mehr aus dem Haus, das wird monatelang so blei-

ben, das halte ich nicht aus“, „All meine Freundinnen hatten Probleme und Schmerzen“, oder „Beim Stillen muss ich meinen Körper zeigen.“ Und gerade letztere Vorstellung kann bei Frauen mit Gewichtsproblemen die Motivation massiv negativ beeinflussen.

Der dritte und wichtigste Faktor ist die **Selbstwirksamkeit** – die innere Überzeugung: „Ja, ich werde Stillen“, „Ja, ich kann das“. Hier zeigen Studien, dass die Selbstwirksamkeit von Frauen – insbesondere beim Thema Stillen – mit ansteigendem BMI immer geringer wird und damit das Risiko für frühes Abstillen steigt.

Stufe 2 – Planungsphase

Wenn sich die Frau zum Stillen entschlossen hat, geht es um folgende Fragen: „Wie geht das Stillen? Wo kann ich stillen? Was muss ich dazu einkaufen? Besuche ich eine Stillgruppe oder buche ich eine Stillberaterin für ein vorbereitendes Gespräch?“ All diese Dinge können helfen, denn Stillen ist zumindest von mütterlicher Seite her keine instinktive Handlung, sondern muss erlernt werden. Selbstwirksamkeitsstärkende Elemente sollen in die **Stillvorbereitung** eingeplant werden. Frauen, die bereits einmal erfolgreich gestillt haben, zeigen in der Regel eine viel höhere Selbstwirksamkeit. Sie wissen, sie können das! Da wir in der Stillberatung aber häufig mit Frauen zu tun haben, die entweder noch gar nie gestillt haben oder bereits einmal daran gescheitert sind, müssen wir stellvertretende Erfahrungen einbetten. Zum Beispiel: Frauen mit positiven Stillerfahrungen einladen oder mit Videos arbeiten. Und selbstverständlich ist auch die verbale Unterstützung der Beraterin wichtig. Vermutlich ist das der Grund, warum sich Stillgruppen in der Vorbereitung als so effektiv erweisen.

Stufe 3 – Aktionale Phase

Am Übergang zur aktionalen Phase steht zunächst die **Geburt**. Wir wissen, dass Frauen mit Adipositas sehr viel häufiger mit Sectio entbinden. Andererseits zeigt sich gerade die Sectio-Entbindung bei adipösen Frauen mehr als bei normalgewicht-

tigen Frauen als spezifische Barriere für das Stillen. Gründe dafür: Verspäteter Hautkontakt, eingeschränkte Mobilität und viel häufiger auftretende Komplikationen wie zum Beispiel Wundheilungsstörungen. Auch zeigen zahlreiche Studien, dass Frauen mit Adipositas häufiger Probleme haben, das Kind richtig anzulegen und eine bequeme Stillposition zu finden. Oft gibt es Probleme mit großen Brüsten oder flachen Mamillen, sodass diese Frauen auch häufiger wund Mamillen entwickeln.

Das Thema **Scham** spielt bei Frauen mit hohem Gewicht eine erhebliche Rolle. Die allermeisten Frauen haben beim ersten Stillen in Anwesenheit anderer Personen Schamgefühle. Nach 3 Monaten berichten nur noch 14% der normalgewichtigen Mütter über solche Schamgefühle beim Stillen in der Öffentlichkeit, während 43% der adipösen Mütter Scham empfinden. Das und vielleicht die Schwierigkeit, unterwegs bequeme Stillpositionen zu finden, bindet Mütter für einen längeren Zeitraum an das Zuhause und das wird als Stillhindernis empfunden.

Studien zeigen auch ein verzögertes Einsetzen der reichlichen Milchbildung bei Frauen mit Adipositas. Die plazentaren Hormone, die auch im Fettgewebe gespeichert werden, fallen langsamer ab, daher kommt es zu einer verminderten sauginduzierten Prolaktinausschüttung in den ersten Tagen postpartum. Zudem leiden Frauen mit Adipositas öfter am Polyzystischen Ovarialsyndrom, das ebenso die Milchbildung hemmen kann. Es tritt häufiger Gestationsdiabetes und damit entsprechende Frühernährung des Säuglings auf, sodass das Neugeborene auch weniger an der Brust saugt. Und besonders häufig erscheint auch ein empfundener Milchmangel und damit tritt eine eingeschränkte Selbstwirksamkeit auf. Auch in dieser aktionalen Phase ist die **Selbstwirksamkeit** entscheidend, dass die Frau dran bleibt am Stillen, vielleicht trotz des Auftretens von Schwierigkeiten und mit der Hilfe einer Stillberaterin.

Ein wichtiger Faktor scheint auch die Stigmatisierung von adipösen Frauen zu spielen. Häufige Stigmata

gegenüber übergewichtigen Menschen sind, dass sie faul seien, dass sie zu viel essen, dass sie sich nicht kontrollieren können oder dass sie wenig willensstark sind. In einer englischen Studie mit Wochenbettpersonal wurde z.B. betont: „Wir fürchten diese Patientinnen – weil es so schwierig und aufwendig ist, sie zu betreuen.“ Obwohl sich das Personal der eigenen Vorurteile bewusst war und sich um sensible Sprache bemühte, wurde klar, dass die Adipositas zu einer Verlegenheit auf beiden Seiten (Pflegerin und Patientin) führt. Es ist umständlich und körperlich anstrengend, Stillhilfe bei einer immobilen, besonders schweren Patientin mit großen Brüsten und flachen Mamillen zu leisten. Man selbst bekommt vielleicht Rückenschmerzen oder weiß nicht recht, wie man die Frau richtig lagern kann. Dies ist sowohl der Patientin, als auch der Pflegenden bewusst und für beide unangenehm.

Eine weitere Barriere ist die Wahrnehmung des eigenen Körperbildes. Zufriedenheit mit dem eigenen **Körperbild** beeinflusst das Wohlbefinden, aber eben auch das Stillen. Übergewichtige und Adipöse haben sowohl im Wochenbett als auch 4 Monate postpartum ein signifikant schlechteres Körpervertrauen als normalgewichtige Frauen, und das beeinflusst sowohl die Dauer des ausschließlichen Stillens als auch die Gesamtstilldauer.

Was kann adipöse Frauen beim Stillen unterstützen? Besonders für diese Frauen ist es wichtig, die eigene Kontrolle über das Stillen zu übernehmen. Natürlich brauchen sie Unterstützung und Information, um soziale und praktische Stillbarrieren zu überwinden. Außerdem ist es sehr wichtig, wirklich realistische Erwartungen über die Stillreise zu haben. Z.B. beim Thema Ernährung. Ernährung bleibt für übergewichtige Frauen immer ein Thema. Wenn wir über das Abnehmen während der Stillzeit sprechen, ist es hilfreich, realistische Zahlen zu nennen. Realistisch sind 4 bis 5 Kilo während der Stillzeit zu verlieren – 20 oder 30 Kilo sind völlig unrealistisch.

Andrea Hemmelmayr

Neustart!

Mütter nach schwierigem Beginn gut begleiten

Die Leiterin des Instituts für Stillen und Laktation Gabriele Nindl erklärte bei ihrem Vortrag auf gewohnt mitreißende Art und Weise eine für die Stillberatung wesentliche Thematik: Wie können Mütter nach schwierigem Stillstart im Spital bestmöglich zu Hause unterstützt werden?

Ein harmonischer Stillstart, glücklich, entspannt – eine vollkommene Mutter-Kind-Dyade: Ein Wunsch, den viele Mütter bereits in der Stillvorbereitung ganz klar kommunizieren. Der tägliche Praxisalltag zeigt, dass es diesen Stillstart glücklicherweise gibt – allerdings werden wir Stillberaterinnen vor allem bei jenen Frauen tätig, wo dieser Start eben nicht einfach und harmonisch war, sondern vor allem eines – schwierig.

Eine Veränderung der eigenen, bisher vertrauten Rollen, die Frau bis dato bekleidete, wird durch die Mutterschaft grundsätzlich und in elementarer Ausprägung vollzogen. Ambivalente Emotionen, besonders in den ersten Tagen nach der Geburt, sind für die meisten Frauen neu und sie stehen diesen oft unvorbereitet gegenüber. Der Mangel an sozialem Lernen hinsichtlich des Lebens mit einem neugeborenen Kind, stellt die Frau zusätzlich vor ungewohnte Herausforderungen. Gestaltet sich dann noch der Stillstart schwieriger als gedacht, treten Unsicherheit, Angst und bisweilen große Selbstzweifel in den Vordergrund.

Ursachenforschung

Die Gründe für einen schwierigen Stillstart sind divers: Von schwierigen oder interventionsreichen Geburten über fehlendes oder zu kurzes Bonding, von suboptimalem Stillmanagement bis hin zu Unwissenheit. Mitunter kennen wir zusätzlich prädisponierende Faktoren: Schläfrige Kinder, un-

ruhige Kinder, Late-Preterm-Babys, frühgeborene Kinder, Saugprobleme usw. Die Vielzahl der möglichen Ursachen für einen schwierigen Stillstart erscheint komplex, meist finden sich anamnestisch mehrere Faktoren, aus welchen eine primär holprige und herausfordernde Stillbeziehung resultiert. Genau diese Faktoren gilt es nun zu identifizieren.

Selbstwirksamkeit als Ziel

Das primäre Ziel der Stillberatung in dieser Situation: Informierte Entscheidungen und daraus resultierende Selbstwirksamkeit als Grundkompetenz für jede Frau zu ermöglichen.

Diesen Weg gilt es bereits in der Schwangerschaft einzuleiten und ab der Geburt engmaschig zu begleiten. Als Wissensbasis muss die Frau über die drei Eckpfeiler für einen unkomplizierten Stillstart Bescheid wissen: **Bald stillen, richtig stillen und häufig stillen.** Nahrung, Wärme und Zuwendung führen das neugeborene Kind ins Leben. Im Besonderen gilt das Augenmerk hier dem „**Intuitiven Stillen**“. Die Kompetenz des Neugeborenen zu erleben, stärkt das Vertrauen in die Stillbeziehung. Ein optimaler Stillbeginn in den ersten Tagen bietet die Grundlage für den weiteren Verlauf der Stillbeziehung. Wissen über angemessenes Stillverhalten (Stillzeichen, Stillfrequenz, Dauer einer Stillmahlzeit, Wechselstillen, Clusterfeeding, Gewichtsentwicklung etc.) ermöglicht der stillenden Frau, informierte Handlungen zu setzen. Stillberatung bei Frauen nach schwierigem Stillstart bedeutet nun vor allem: Die Stillbeziehung als Ganzes zu erfassen, alle Ressourcen und Barrieren zu finden, individuelle Wünsche zu beachten, um herauszufinden, was genau für DIESE Mutter-Kind-Beziehung wesentlich ist.

Aus all den Möglichkeiten, die sich uns in der Stillberatung bieten, kann

so zielgerichtete Beratung erfolgen. Es ist nicht vorrangig wichtig, der Mutter alle erdenklichen Möglichkeiten zu präsentieren und sich möglicherweise in einen „Stillhilfsmittel-Marathon“ zu begeben. Die Vielzahl an Interventionsmöglichkeiten endet bisweilen in einer Therapiefalle, daher: Nicht jede Handlung ist für jede Mutter passend → **„Keep it simple“!** Es geht darum, das Vertrauen in die Stillbeziehung zu stärken, die Frau in ihrer Mutterrolle zu bestärken, Anerkennung und Empathie walten zu lassen, zu ermutigen: „**Mothering the Mother**“. Die wohl einfachste und doch so wirkungsvolle Intervention stellt hier – einleitend für alles Weitere – der direkte Hautkontakt zwischen Mutter und Kind inklusive Intuitivem Stillen dar, ein „Reset“ für ein bis zwei Wochen. Noch einmal von vorne beginnen, in aller Ruhe. Eine laufende Reflexion und Beurteilung der aktuellen Lage und der Wirksamkeit der gesetzten Interventionen ist ebenso wesentlich wie eine kontinuierliche Betreuung der Mutter. Frauen brauchen realistische Ziele, Klarheit und Empathie. Sie brauchen die Ermutigung, unplanbare Situationen zu ertragen. Sie brauchen eine Perspektive und absolute Wertschätzung.

Das Stillen erhalten als definiertes Ziel der Stillberatung. In welcher Form und welchem Ausmaß dies möglich ist, zeigt sich meist erst im Verlauf der Beratung, darum ist die engmaschige Reflexion und Evaluierung der Situation wesentlich, um realistische Ziele erklären und formulieren zu können. Frauen brauchen an ihre individuellen Bedürfnisse angepasste Beratung! Jeder Tropfen Muttermilch ist wertvoll. Die Kenntnis darüber und die maßgeschneiderten Informationen für den individuellen Stillstart ermöglichen Frauen, kompetent informierte Entscheidungen zu treffen.

Sandra Schrempf

Stillgeschichte

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



Juhu, wieder schwanger! Unser ersehntes zweites Wunschkind hatte sich also auf den Weg gemacht. Große Freude in der ganzen Familie, vor allem die bald „große“ Schwester war sehr aufgeregt.

Ich freute mich ungemein, freute mich auf dieses kleine, so wunderbar duftende Menschenkind. Das war mir so gut in Erinnerung. Leider war mir gleichzeitig auch noch sehr gut in Erinnerung, dass der Stillstart bei unserem ersten Mäuschen nicht sehr rosig war, die Stilldauer war in Summe mit zwei Monaten auch wirklich kurz, und es sticht mir noch immer ein wenig im Herzen, wenn ich daran denke – obwohl dies schon vier Jahre her ist.

Es war anstrengend, sie hatte nicht zugenommen, hatte Gelbsucht und nach zwei Monaten pumpen, stillen und zufüttern habe ich das Handtuch geworfen, da ich einfach nicht mehr konnte und wollte. Ich hatte viele gut gemeinte Ratschläge um mich, leider habe ich mich erst viel zu spät getraut, mit einer IBCLC-Stillberate-

rin in Kontakt zu treten. Da war ich aber dann schon so erschöpft, dass ich einfach nicht mehr wollte. Sie hat mir trotzdem sehr geholfen, zumindest ein bisschen Frieden zu finden. Die offenbare Ursache für das Ganze war nämlich vermutlich tatsächlich anatomisch bedingt: Ich habe eine sogenannte tubuläre Brust. Dass meine Brust ein bisschen anders aussieht, habe ich schon bemerkt, dem aber nie wirkliche Bedeutung beimessen. Die Brust meiner Mama sieht gleich aus, somit war das doch irgendwie normal für mich. Auf Nachfrage habe ich erfahren, dass sie mich auch nicht gestillt hat, da sie „keine Milch hatte“.

Gut, ich wusste zumindest, dass ich nicht komplett versagt habe, sondern tatsächlich eine Ursache vorlag, für die ich nichts konnte. Das half schon. In der 12. SSW kontaktierte ich eben diese IBCLC erneut, wir machten einen Termin für die 22. SSW aus. Sie besprach mit mir das mögliche Vorgehen, zeigte mir diverse Situationen und Lösungen auf. Es war erleichternd. Ich hatte nun im Kopf, dass ich mein Kind zu großer Wahrscheinlichkeit zumindest teilweise mit mei-

ner Milch ernähren konnte. Das freute mich wirklich. Am Ende der Schwangerschaft besprach ich mit meiner Frauenärztin auch noch eine ggf. medikamentöse Therapie zur Milchbildungssteigerung. Ich fühlte mich sehr gut vorbereitet.

Nach der (wirklich wirklich wunderherrlichen) Geburt meines Sohnes stillte er sofort im Kreißsaal. Er hat ganz von alleine die Brust gefunden und super angedockt. Ein unglaubliches Gefühl! Die ersten Tage verliefen recht unkompliziert, die Gewichtszunahme war ok, aber im unteren Bereich. Ich habe sehr viel Kolostrum mit der Hand ausgestrichen und ihm zusätzlich in den Mund geträufelt. So konnten wir auch am zweiten Tag nach Hause gehen. Dort haben wir dann unter engmaschiger Gewichtskontrolle in Absprache mit unserer Stillberaterin zeitnah zugefüttert, und zwar mit dem Brusternährungsset. Das war so schön, das kannte ich von meiner Tochter nicht. Ich habe mein Kind gestillt, immer und immer wieder. Die Zufütterungsmenge hat sich über die Wochen dann so bei 250 ml eingependelt, das habe ich über den Tag verteilt mit dem BES gefüttert. Es war so unglaublich schön, ich habe mein Kind gestillt, und zwar nicht nur 2 Monate, sondern 18 Monate! Als er dann schon größere Mengen Beikost zu sich nahm, habe ich das BES weggelassen. Es war der 17. August, ich weiß es noch genau, er war 9 Monate alt. Da habe ich kein BES mehr gebraucht. Er hat gestillt und Beikost gegessen. Ich hatte plötzlich eine völlig normale Stillbeziehung, ohne irgendwas. Ich habe damals echt ein bisschen geweint, so glücklich war ich.

Also, liebe Mamas, es ist so viel möglich! Es gibt so viele Wege. Ich hoffe, meine Geschichte macht euch ein bisschen Mut.

Im Gespräch

mit Petra Schwaiger, IBCLC aus München



Frau Schwaiger, Sie haben beruflich als Kinderkrankenschwester, IBCLC und Early Life Care-Expertin viel mit stillenden Frauen zu tun. Ist die Frage „Stillen Frauen, weil sie meinen, dass es gesellschaftlich von ihnen erwartet wird?“, der Titel Ihres Vortrags beim VSLÖ-Webinar, eine berechtigte Frage? Haben Sie in Ihren Beratungen Frauen erlebt, die diesen Druck verspürt haben?

Nein, ich selbst erlebe das eigentlich gar nicht. Oder ich nehme es nicht als Druck wahr, das kann natürlich auch sein. Was ich oft erlebe ist, dass Menschen, denen ich von meinem Beruf erzähle, mir sagen: „Aber man darf die Frauen doch nicht zwingen zu stillen oder unter Druck setzen!“

Sie haben zu diesem Thema eine Umfrage gestartet, mit dem Ergebnis, dass bei 11,4% der Befragten die Gesellschaft eine Rolle spielt. Für Sie überraschend oder erwartet eine geringe Zahl?

Ich persönlich habe das eher so erwartet. Das Ergebnis der Umfrage, korreliert mit dem, was ich bei meiner täglichen Arbeit erlebe.

Viele gaben an, es sei einfach „das Beste fürs Kind“ und Sie zitieren auch aus dem Buch von Matthias Riedl, der da schreibt „Aller idealen Prägung Anfang ist das Stillen“. Übt nicht eine solche Aussage allein Druck auf Frauen aus?

Fühlen Sie sich unter Druck gesetzt, wenn Sie lesen oder hören, dass es wichtig ist, sich gesund zu ernähren und ausreichend zu bewegen? Setzt es uns unter Druck, wenn uns der Zahnarzt sagt, dass wir bitte mind. 3x täglich 3 Minuten Zähneputzen sollen? Stillförderung bedeutet ausdrücklich nicht, das Stillen zu erzwingen. Es bedeutet: Stillen zu ermöglichen und zu unterstützen, wo es notwendig und von den Frauen gewünscht ist.

Ihrer Einschätzung nach: Haben Frauen, die primär nicht stillen, manchmal Schuldgefühle?

Schuldgefühl ist ein großes Wort. Ich habe in meiner Praxis oft Frauen zur Beratung, die beim ersten Kind nicht gestillt haben, nicht wollten oder konnten, und dann unbedingt das zweite Kind stillen wollten. Ich habe auch schon Frauen erlebt, die primär abgestillt und es sehr bereut haben. Oder Frauen, die in einer Krise keine gute Unterstützung hatten und dann aus ihrer Not heraus abstillten. Auch diese Frauen haben aus meiner Sicht einen großen „Leidensdruck“. Sie wollten ja gerne stillen, hatten aber keine Hilfe.

Was kam bei Ihrer Befragung noch heraus – warum stillen die meisten Frauen?

Die Nähe zum Kind beim und rund ums Stillen spielt für den Großteil der Befragten eine besondere Rolle. Nähe und Zuwendung – ein Grundbedürfnis des Menschen.

Welche Rolle spielt eigentlich der/die Gynäkolog*in beim Thema Stillen. Was könnte da besser laufen?

Die/der Gynäkolog*in spielt bei der Entscheidung zu stillen in meiner Umfrage eher eine untergeordnete Rolle. Das ist schade, denn die/der Gynäkolog*in könnte eine wegweisende Rolle in der Stillförderung z.B. in der Stillvorbereitung spielen.

Kritisch gefragt: Sind es manchmal auch Stillberaterinnen, die naturgemäß mit viel Liebe und Engagement für Ihren Beruf, sehr pro Stillen eingestellt sind, eine gewisse Art von Druck ausüben?

Jede Berufsgruppe, die mit stillenden Frauen zu tun hat, kann, wenn die Beratung nicht professionell, feinfühlig und ressourcenorientiert ist, direkt oder indirekt Druck ausüben. Dabei muss es auch gar nicht nur um das Stillen an sich gehen. Das pas-

siert leider sehr oft. Deshalb finde ich es umso wichtiger, dass sich die Berufsgruppen, die mit jungen Familien arbeiten, gut fort- und weiterbilden. Die Angehörigen der Gesundheitsberufe benötigen eine wirksame Unterstützung bei der Qualifizierung zur Betreuung der stillenden Mutter, damit Frauen die angebotene Form der Stillförderung nicht als eine Form von „Zwang“ oder als Ausübung von „Macht“ oder „Druck“ betrachten.

Die IBCLC-Ausbildung ist die höchste Qualifizierung in der Stillberatung und ist hier ein wichtiger Schritt. Für mich persönlich ist auch der Universitätslehrgang EARLY LIFE CARE wegweisend und kann einen wertvollen Beitrag leisten, die Beratungs- und Betreuungsqualität für junge Familien zu verbessern.

Da wir alle wissen, welchen positiven Einfluss das Stillen hat – was könnte man dahingehend noch optimieren?

Die Bedeutung des Stillens für die Gesundheit sowohl der Mutter als auch des Kindes ist wissenschaftlich gut belegt. Ebenfalls gut belegt ist, dass gelingendes Stillen in hohem Maße von gesellschaftlichen und strukturellen Faktoren abhängt und nicht allein vom Stillwunsch der Eltern. Die Überlegung muss also sein, was an den Rahmenbedingungen geändert werden kann, damit Frauen besser betreut und beraten werden, um ihre persönlichen Stillziele, wie auch immer diese sind, umsetzen zu können. Z.B. Stillvorbereitung priorisieren, ähnlich der Geburtsvorbereitungskurse, Stillbeginn in der Klinik, BFHI als Standard, Zusammenarbeit und Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen, Interprofessionalität usw.

Vielen Dank für das Gespräch!
Veronika Stampfl-Slupetzky

IBCLC

SpezialistIn in der ...

Stillberatung

Weil jeder Tropfen Muttermilch wertvoll ist!

Ihr Baby wird gestillt und zusätzlich alternativ gefüttert? Sie haben sich für „buntes Stillen“ entschieden! Damit die Milchproduktion aufrechterhalten wird und Sie und Ihr Baby eine entspannte, gemütliche Stillzeit verbringen können, finden Sie hier wichtige Informationen.

BUNT STILLEN – WEIL?

Es gibt vielerlei Gründe, die Frauen veranlassen, einen bunten Weg für ihre Stillbeziehung zu wählen. Dies sind beispielsweise anatomische oder physiologische Gründe, die ein Vollstillen nicht erlauben. Manchmal kann aber auch eine ausreichende Milchproduktion trotz Ausschöpfung aller vorhandenen Ressourcen nicht erreicht werden. Möglicherweise ist es auch eine individuelle Entscheidung aufgrund anderer Faktoren, welche Sie für Ihre Stillbeziehung getroffen haben.

Wichtig: Sollten Sie aufgrund eines Milchmangels oder nicht optimalen Gedeihens Ihres Kindes bunt stillen – finden Sie gemeinsam mit Ihrer Stillberaterin IBCLC die Ursache heraus! Das alternative Zufüttern löst hier nicht das Ursprungsproblem und die Ursache des Milchmangels wirkt weiter latent auf die Milchproduktion ein.

BUNT STILLEN – WIE LANGE?

So lange Sie und Ihr Kind das wollen! Um eine dafür ausreichende Milchproduktion zu sichern, muss in erster Linie folgender Aspekt bedacht werden: Die **Nachfrage regelt das Milchangebot**. Wird die Nachfrage stetig weniger, wird auch die Muttermilchmenge rückläufig. Besonders wichtig im Zusammenhang mit Buntstillen ist es, über das natürliche Verhalten von Säuglingen in Wachstumschüben und über das Clusterstillen Bescheid zu wissen, damit diese vulnerablen Phasen nicht verkannt werden. Ebenso ist die Wahl der alternativen Fütterungsmethode relevant für die Regelung von Angebot und Nachfrage.

STILLEN VON BEDÜRFNISSEN?

Stillen ist mehr als Ernährung. Wenn Ihr Kind an der Brust stillt, stillt es zur gleichen Zeit eine Unmenge an weiteren Bedürfnissen.



Wird ein Kind nun auf andere Art und Weise gefüttert, müssen diese Bedürfnisse trotzdem gestillt werden: **Saugbedürfnis, Körperkontakt, Blickkontakt, Ruhe, Zeit** – dies sind nur einige Faktoren, die es zu beachten gilt. Tragehilfen oder Tragetücher als Hilfsmittel zum Stillen der Bedürfnisse ihres Babys sind beispielsweise eine wichtige Ressource.

WELCHE FÜTTERUNGSMETHODE SOLL ICH WÄHLEN?

Abhängig von der Häufigkeit, geplanten Dauer sowie Ihren individuellen Vorstellungen und Ressourcen ergeben sich unterschiedlichste Möglichkeiten.

- ▶ **Füttern an der Brust:** Mit dieser wenig invasiven Fütterungsmethode können Sie das physiologische Trink- und Saugverhalten und das Stillen einer Vielzahl anderer Bedürfnisse sehr einfach unterstützen bzw. gewährleisten. Für größere Mengen an Milch eignet sich das Brusternährungsset (BES) sehr gut. Wenn Sie nur kleine Mengen an Milchnahrung zusätzlich zum Stillen füttern, eignet sich als wenig invasive Maßnahme die Löffel- oder Becherfütterung.
- ▶ **Füttern mit der Flasche:** Wesentlich ist hier die Wahl der korrekten Saugergröße, das bedarfsorientierte sowie bindungsorientierte Füttern und das optimale Vorgehen im Falle einer Veränderung des kindlichen Saugverhaltens an der Brust im Rahmen der Flaschenfütterung. Wenn Sie sich für die Flasche entscheiden, wäre es günstig, das Baby nach dem Füttern noch einmal an die Brust zu legen, damit der letzte Abdruck im Mund der der Brust ist.

Bei allen Fütterungsmethoden, welche nicht direkt an der Brust passieren, muss überlegt werden: Wie und in welchem Ausmaß kann das Kind sein non-nutritives Saugbedürfnis stillen? Braucht es gegebenenfalls den Einsatz eines Schnullers? Körperkontakt und Tragen stellen das Mittel der ersten Wahl als Beruhigungsmaßnahme dar und werden gegebenenfalls durch den Schnuller ergänzt.

Das Ziel jeder Fütterungsmethode ist immer, ein achtsames und bedarfsorientiertes Füttern, welches bindungsorientiert und an das Stillbedürfnis des Kindes adaptiert ist. Um ein möglichst physiologisches Trinkverhalten des Kindes zu erreichen, beraten Sie sich mit Ihrer Stillberaterin IBCLC bezüglich der für Ihre individuelle Situation besten Fütterungsmethode.

Bitte beachten Sie immer:

- ▶ Nehmen Sie sich Zeit. Verglichen mit einer Stillmahlzeit an der Brust erweckt die alternative Fütterung manchmal den Eindruck, schneller passieren zu können. Dies entspricht allerdings meist nicht dem physiologischen Ernährungsbedürfnis eines Säuglings. Eine Mahlzeit ist geprägt von nutritiven als auch non-nutritiven Phasen.
- ▶ Übernehmen Sie selbst die Fütterung des Kindes, wann immer Ihnen das möglich ist.
- ▶ Stellen Sie Körperkontakt (wenn möglich auch immer wieder direkten Körperkontakt mit nacktem Oberkörper) und Blickkontakt mit Ihrem Kind her.
- ▶ Achten Sie auf Zeichen, welche anzeigen, dass das Baby nun eine Pause braucht.

WAS KANN ICH MEINEM KIND ALTERNATIV FÜTTERN?

Primär soll die eigene **Muttermilch**, in zweiter Linie gespendete **Frauenmilch** und als dritte Option Formula-Nahrung zugefüttert werden.

Stillen ist bunt. Stillen ist individuell. Stillen ist nicht „ganz oder gar nicht“. Jede Stillbeziehung findet ihren Platz auf dem langen Kontinuum, vom Vollstillen bis zum Nichtstillen. Ihre Stillberaterin IBCLC berät Sie individuell, ermöglicht Ihnen eine informierte Entscheidung hinsichtlich Ihrer Stillbeziehung und begleitet Sie auf Ihrem Weg.

Quelle:
EISL (<http://www.stillen-institut.com/media/eisl-empfehlungen/EISL-Empfehlungen-Zufuetterungsmethoden.pdf>)
<https://www.stillen-institut.com/media/Zufuetterung-Risiko-oder-Chance.pdf>
<https://www.stillen-institut.com/de/begleitung-von-frauen-die-ihre-kind-mit-der-flasche-fuettern.html>



Interventionen ...

... unter der Geburt und die Folgen für das Stillen

Die Gynäkologin Bärbel Basters-Hoffmann aus Freiburg in Deutschland sprach beim VSLÖ-Webinar über ihr Herzthema Geburt mit Blick auf einen guten Start für Familien und beleuchtete die Rolle des medizinischen Personals in diesem sensiblen Prozess. Frauen und Kinder haben die Kompetenz zu gebären und geboren zu werden, zu stillen und gestillt zu werden. „Warum läuft es trotzdem nicht rund? Sind wir die Ursache oder die Lösung des Problems?“ überlegt sie am Beginn ihres Vortrags, den sie erstmals online hält.

Die Kompetenz von Mutter und Kind zeigt sich bereits bei der Beobachtung der ersten Lebensstunde. Widström hat dies in den neun Stadien der ersten Lebensstunde dokumentiert. Werden diese Fähigkeiten – „Self-Attachment“ oder auch „Breast-Crawl“ genannt – auch erkannt („Ich kann nur sehen, was ich weiß“) und anerkannt, können sie auch geschützt und unterstützt werden. Voraussetzung dafür ist eine interventionsarme bzw. interventionslose Geburt.

Hormone als Schutz

Die werdende Mutter wird während der Geburt durch ihre Hormonsituation unterstützt. Die Beta-Endorphine spielen bei der Bewältigung des Geburtsschmerzes eine große Rolle. Sie können allerdings nur wirksam werden, wenn nicht schon frühzeitig von außen mit Schmerzmitteln interveniert wird. Darüber sollte die schwangere Frau Bescheid wissen, sie kann so entspannter in die Geburt gehen. Postnatal sorgt dann das Oxytocin dafür, dass das mütterliche Verhalten induziert wird. Mit seiner u.a. angstlösenden, beruhigenden Wirkung zählt es gemeinsam mit den Beta-Endorphinen zum Belohnungssystem der Geburt.

Interventionsrate von 90%

Die interventionslose Geburt ist heutzutage die Ausnahme, bei 90% der Geburten wird eingegriffen. Das beginnt schon in der Schwangerschaft bei den Vorsorgeuntersuchungen mit kleinen, unbedachten Bemerkungen, die zur Verunsicherung der werdenden Mutter führen, und setzt sich fort mit häufigen CTG-Kontrollen und vaginalen Untersuchungen während der Geburt. All das sind bereits Interventionen, kleine, aber trotzdem mit Auswirkungen, ganz abgesehen von großen Interventionen wie sekundärer Sectio nach Einleitungsversuch.

Gerade am Beispiel Opiatgabe unter der Geburt kann gesehen werden, dass der Einsatz immer wohlüberlegt sein muss. Opiate bringen der Gebärenden rasch Erleichterung des Geburtsschmerzes, dringen aber ebenso zum Kind vor, in dessen Körper es noch tagelang nachgewiesen werden kann. Die Neugeborenen haben einen verringerten Tonus, sind schläfrig, der Rooting-Reflex ist herabgesetzt, sie haben Schwierigkeiten beim Saugen und Schlucken, der Stillbeginn wird erschwert. Und trotzdem ist der Einsatz manchmal notwendig, aber bitte nur wohlüberlegt. Auch die Periduralanästhesie (PDA), welche oft als nur örtliche Betäubung bezeichnet wird, hat Folgen für Mutter und Kind. Es kommt zu längeren Geburten, vermehrten Fehleinstellungen des Kindes und zu mehr vaginaloperativen bzw. operativen Entbindungen. Bei längerer PDA kommt es zur Temperaturerhöhung bei der Mutter und dadurch zu fetalen Tachykardien. Postnatal treten beim Neugeborenen vermehrt Hypotonie und Hyperbilirubinämie auf.

Oft wird durch eine Maßnahme eine ganze Interventionskaskade ausgelöst:

Geburtseinleitung → Stress für die Frau → Wehensturm → PDA → protrahierte Geburt → Fehleinstellungen → Wehentropf → fetaler Stress → Sectio → gestörtes Bonding → gestörter Stillbeginn und vermehrte Gewichtsabnahme beim Kind.

Dem medizinischen Personal auf der geburtshilflichen Station ist dieser Ablauf wohlbekannt. Die Frage bleibt: „Wie können wir hier kompensieren oder sogar etwas ändern?“

Wichtig ist zuallererst das Verstehen aller Beteiligten, dass es sich bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett um eine sensible Phase handelt, in der bereits scheinbar kleine Interventionen große Auswirkungen auf Mutter und Kind haben können. Ein Bewusstsein für das Ausmaß unserer Interventionen muss geschaffen und der Zusammenhang zwischen Interventionen und Stillbeginn hergestellt werden. In der Folge ist ein stetiges Hinterfragen der Krankenhausroutine nötig, der Fokus muss immer auf Mutter und Kind gerichtet sein. Der klare Auftrag der Mutter „Ich möchte stillen“ soll vom Personal angenommen werden und die eigene Meinung („Die eigene Weltanschauung“) soll in den Hintergrund treten. Auch hier ist das Wissen (über das Stillen) unterstützend, ebenso ein breiter Konsens unter allen beteiligten Berufsgruppen, dass Stillen das Beste für Mutter und Kind ist.

In diesem Sinne das Schlussstatement aus Bärbel Basters-Hoffmanns Vortrag: „Weil der Anfang zählt ... für jede Mutter ... für jedes Kind ... für jede Familie ... und für uns alle.“

Jeder Tropfen zählt!

Die Bedeutung der präpartalen Kolostrummassage



Hebamme Alena Jenewein hielt einen interessanten Vortrag über die Praxis der präpartalen Kolostrummassage an der Klinik Innsbruck. Durch Kolostrumgewinnung vor der Geburt können Neugeborene mit besonderen Ansprüchen nach der Geburt optimal unterstützt werden.

Zur primären Zielgruppe der präpartalen Kolostrummassage zählen vor allem Diabetikerinnen – d.h. Frauen mit Gestationsdiabetes sowie Frauen mit Diabetes mellitus Typ I und II. Neugeborene diabetischer Mütter sind sehr häufig von Hypoglykämie betroffen

und profitieren ungemein von einer Frühfütterung mit Kolostrum in den ersten 30 Lebensminuten. Die Praxis zeigt, dass es Müttern oft nicht möglich ist, ihr Baby direkt innerhalb der ersten 30 min postpartal anzulegen. Gründe dafür können sowohl mütterliche als auch kindliche Hindernisse sein. In verschiedenen Studien wurde vielfach nachgewiesen, dass Neugeborene, die in den ersten 30min Kolostrum erhalten, nachweislich weniger Hypoglykämien entwickeln als Babys, die mit Formula gefüttert werden. Verantwortlich dafür sind verschiedene Enzyme, die nur in der Muttermilch enthalten sind.

Auch Frauen, die zur Einleitung ins Krankenhaus kommen, haben meist ein beträchtliches Zeitfenster bis zur Geburt, das sie erfahrungsgemäß – nach erfolgter Aufklärung – gern zur Kolostrumgewinnung nutzen.

Babys mit einem Geburtsgewicht von unter 2500g bzw. über 4000g und natürlich auch alle Frühgeborenen profitieren durch eine zeitnahe Kolostrumverabreichung, weil auch sie ein beträchtliches Risiko haben, postpartal in eine Hypoglykämie zu rutschen. Bei allen Babys mit dem Risiko einer Hypoglykämie wird laut Leitlinie in Innsbruck der Blutzucker

immer zwei bis drei Stunden post partum gemessen. Ideal sind Blutzuckerwerte über 45mg/dl. Bei Werten unter 35mg/dl wird ein Neonatologe verständigt, bei Werten zwischen 35 – 45mg/dl wird sofort Kolostrum bzw. Frauenmilch aus der hausinternen Frauenmilchbank verabreicht. Es gibt zahlreiche Beispiele aus der Praxis, die zeigen, dass bei Risikokindern durch diese frühe Kolostrumgabe schnell und ohne weitere Interventionen wieder normale Blutzuckerwerte erzielt werden konnten.

Glucose-Toleranztest

Gestationsdiabetes (GDM) wird durch den sogenannten oralen Glucose-Toleranztest (OGTT) nachgewiesen. Dieser Test findet bei allen Schwangeren zwischen der 24+0 und 27+6 SSW statt, in Ausnahmefällen bis zur 32. SSW. Die schwangeren Frauen kommen morgens nüchtern (mind. 8 Stunden) in die Klinik und erhalten einen „Zuckerdrink“ (75g Glucose in 300ml Wasser). Es gibt klar definierte Grenzwerte, die nach dem OGTT zur Diagnose Gestationsdiabetes führen bzw. diesen ausschließen. Der Nüchtern-Blutzuckerwert muss unter 92mg/dl liegen. Eine Stunde nach der Glucose-Verabreichung muss der Blutzuckerwert unter 180mg/dl liegen und nach zwei Stunden unter 153mg/dl. Liegt der gemessene Blutzucker bei einem dieser drei Werte nicht unter dem Grenzbereich, wird die Diagnose GDM gestellt.

In Österreich sind zwischen 7-10% der schwangeren Frauen von GDM betroffen. Weltweit schwanken die Zahlen zwischen 1,9% (Schweden) und 25% (USA), wobei es in den letzten Jahren weltweit zu einem deutlichen Anstieg der Prävalenz von GDM gekommen ist. Der Grund für diesen Anstieg liegt v.a. darin, dass viele Frauen einen erhöhten BMI haben und bei der Schwangerschaft ein höheres Lebensalter aufweisen als noch vor einigen Jahren. Außerdem sind die Referenzzahlen mit der Zeit laufend nach unten korrigiert worden. Auch Diabetes mellitus Typ II in der Familienanamnese ist einer der Gründe für diesen steigenden Trend.

„Kolostrum-Dienstag“

In der Klinik Innsbruck wird die präpartale Kolostrummassage in der Hebammen-Ambulanz in einem Gruppengespräch am „Kolostrum-Dienstag“ am Brustmodell vorgestellt.

Die Frauen erhalten Informationen und Antworten auf Fragen wie:

- **Warum ist eine Kolostrummassage schon vor der Geburt in einigen Fällen so effektiv?**

Sie dient der Vermeidung von Unterzuckerung beim Neugeborenen.

- **Wann soll mit der Kolostrummassage begonnen werden?**

Ab Schwangerschaftswoche 37+0.

- **Wie wird die Kolostrummassage durchgeführt?**

Nach Händehygiene und Brustmassage 1-2 mal täglich für 5-10 Minuten lt. Anleitung durchführen und Kolostrum in vorbereiteten Spritzen auffangen. Die werdenden Mütter erhalten in Innsbruck ein sogenanntes „Kolostrum – Packerl“, das schriftliche Informationen über Brustmassage, Kolostrummassage & Kolostrum, Etiketten zum Beschriften und kleine Spritzen mit Stöpseln enthält.

Die Mütter nehmen die Utensilien mit nach Hause, führen die Kolostrummassage nach Anleitung durch und bringen die tiefgefrorenen, beschrifteten Kolostrumspritzen in einem Säckchen zwischen Kühlakku zur Geburt mit ins Krankenhaus. Das Kolostrum wird in einem Kühlschrank gelagert und kann bei Bedarf jederzeit aufgetaut werden.

Die aktiven Bemühungen der Hebammen werden in Innsbruck noch zusätzlich durch eine pränatale Visite unterstützt, die engagierte Pflegekräfte der neonatologischen Intensivstation bei Bedarf anbieten. Erfreulicherweise werden laut einer aktuellen Datenerhebung bereits 77% der Neugeborenen in Innsbruck im Kreißsaal gestillt.

Jeder Tropfen zählt

Abschließend nicht unerwähnt bleiben darf, dass auch die präpartale Kolostrumgewinnung immer LIEBEVOLL und SCHMERZFREI erfolgen soll. Die zu erwartende Kolostrummenge ist meist gering und von Frau zu Frau verschieden – fest steht jedoch immer: Jeder Tropfen Muttermilch zählt und ist für das Baby sehr wertvoll und durch nichts zu ersetzen.

Die Fähigkeit, die Brust mit der Hand entleeren zu können, gibt der Mutter auch später in der Stillbeziehung mehr Sicherheit, es ist daher in diesen besonderen Situationen optimal, wenn sich Mütter bereits in der Schwangerschaft damit vertraut gemacht haben. Eine hilfreiche Videoanleitung zu diesem Thema ist bei Bedarf unter „Global Health Media Projekt“ (How to Express Your First Milk) zu finden.

Gudrun Schober

Zentrum NANAYA
Rückhalt Österreich und WiKK®



Das **Weiterbildungsinstitut** für ressourcen- und **Körperorientierte Krisenbegleitung** für Schwangerschaft, Geburt, Baby- und Kleinkindzeit bietet in Kooperation mit NANAYA in Wien folgende **Fortbildung** an:

- **Problemfelder**
Risikoschwangerschaften, schwierige Geburten, Schreibabys, Kleinkinder mit Regulationsstörungen.

Für Stillberaterinnen, Hebammen und andere Interessierte wird es einen KWS vom 23.10. – 25.10.2020 im Zentrum NANAYA Zollergasse 37, 1070 Wien geben.

Der Preis für den Kennenlernworkshop beträgt **€ 400,-**

Das Haupttraining geht über 18 Monate vom 03.12.2020 bis 19.06.2022 und beinhaltet 11 Weiterbildungswochenenden und kostet **€ 4.000,-** exklusive Unterkunft und Verpflegung.

Info und Anmeldung: Tel. 0043 1 523 17 11
E-Mail: rundumgeburt@nanaya.at

Bezahlte Anzeige

On the road ...

Unterwegs mit Baby – Erfahrungen und Visionen



© Adobe Stock

Abschließend noch ein motivierender Bericht vom letzten Tiroler Regionaltreffen „vor Corona“, den wir Ihnen nicht vorenthalten wollen: Dieses Treffen blieb den Teilnehmerinnen vor allem durch den Besuch von DI Nina Tatschl-Gmeiner aus Wien in Erinnerung. Die Architektin und Mutter hat lebensnah und praxiserprobt über die vielen Schwierigkeiten gesprochen, auf die eine Mutter, unterwegs mit ihrem Kind, vor allem im urbanen Raum stößt.

Aus einer spürbaren Herzensangelegenheit heraus sind konkrete Ideen und Visionen entstanden, die diese – teilweise untragbare Situation – verbessern sollen. Es geht aber auch darum, Sensibilität zu schaffen für die Bedürfnisse von Familien und für das Stillen im öffentlichen Raum. Denn alle Mütter kennen diese Fragen:

- Wo stille ich mein Baby, wenn ich unterwegs bin?
- Wo wickle ich mein Baby?
- Wo gehe ich auf die Toilette mit Baby und Kinderwagen?

Fakten und Tatsachen

Trotz einer Geburtenrate von über 80.000 Geburten/Jahr in Österreich

werden nur in Linz und Graz öffentliche Stillräume (insgesamt 6) von der Stadt zur Verfügung gestellt. Diese Räume sind meist ungemütlich und die Öffnungszeiten beschränkt. Auch die Alternativen sind oft unbefriedigend:

- Stillen auf einer Parkbank ist nur bei passendem Wetter möglich.
- Stillen in einem Restaurant/Cafe ist immer mit Konsum verbunden und von Öffnungszeiten abhängig, viele Frauen fühlen sich auch beobachtet.
- Selbst in großen Geschäften sind nur selten Stillecken vorhanden ...

Die Windel des Babys zu tauschen ist oft ebenso schwer möglich. In öffentlichen Toilettenanlagen sind meist keine Wickeltische vorhanden, falls doch, sind diese oft in hygienisch sehr fragwürdigem Zustand. Auch für die Mutter selbst ist es sehr schwer, eine passende Toilette zu finden, in der auch Kind und Kinderwagen Platz finden – meist ist selbst vor der Toilette viel zu wenig Platz. Oft ist das WC über viele Treppen mit Kinderwagen erst gar nicht zu erreichen.

Barrierefreie Toiletten sind zwar leicht mit Kinderwagen befahrbar, jedoch meist verschlossen bzw. nur

mit einem Euro-Schlüssel zu öffnen... Auswirkungen dieser Situation sind für die Mutter viel zu oft:

- Stress
- sozialer Rückzug und häusliche Isolation
- Verlust von Selbstständigkeit und Frustration
- Gefahr von Depression und frühzeitigem Abstillen ...

Visionen einer Architektin und Mama

Leere Geschäftslokale sollen zu einem Netzwerk an Still-Lounges werden und auch für praktische Umsetzung und Finanzierung gibt es Visionen.

Eine perfekte STILL-LOUNGE bietet:

- genügend Platz für Kinderwagen (indoor)
- bequeme Möbel zum Stillen im Sitzen und Liegen (auch Einzel-Lounges für besondere Situationen)
- Sichtschutz von außen – Lounge jedoch mit Tageslicht und Blick nach draußen
- Wickelplätze mit Absturzsicherung
- Baby-Equipment wie Windeln und Feuchttücher o.ä.
- Mama-Equipment wie Deo, Fleckentferner, Handlotion o.ä.
- Wasserkocher, Mikrowelle, Flaschenwärmer, Kaffee, Tee, Snack-Automat
- UND eine Stillberaterin vor Ort!

Beginnend mit regionalen Still-Lounges in Bezirken, später flächendeckend auch auf nationaler und internationaler Ebene, sollen Orte entstehen, an denen sich Mama und Baby aufgefangen, geborgen, unterstützt und verstanden fühlen ...

*Gudrun Schober
(Kontakt: Nina Tatschl-Gmeiner,
nina.tatschl@gmx.at)*

Vorstandswahl 2020 ...

Die Wahl des neuen VSLÖ-Vorstands steht vor der Tür. Diesmal stehen noch Bri Wysoudil-Dobrowsky, Ursula Gessner und Bettina Böhm Rede und Antwort, was ihre Person und ihren Aufgabenbereich betrifft.



Mag. Bri Wysoudil-Dobrowsky



Ursula Gessner



Bettina Böhm

- A. Wie ergab sich Ihre Tätigkeit im Vorstand des VSLÖ und was sind Ihre Aufgabengebiete?**
- B. Welche Akzente konnten Sie in der Vorstandsarbeit bisher setzen?**
- C. Was sind Ihre Visionen für die kommende Amtsperiode und die Zukunft des Stillens?**

Bri Wysoudil-Dobrowsky, Schriftführerin

A. Die damalige Präsidentin Anne-Marie Kern lud mich 2005 ein, im Vorstand mitzuarbeiten. Als „Exotin“, die nicht im medizinischen Kernbereich arbeitet, waren meine Ideen, Erfahrungen und Expertisen als selbstständige Pädagogin, die manches aus einer anderen Perspektive sieht, gefragt. Seit 2006, mit einer 2-jährigen Unterbrechung von 2012 – 2014 als 1. Beirätin, fungiere ich als Schriftführerin für den Vorstand. Ich kümmere mich um den behördlichen Schriftverkehr des Vereins, um die Protokollführung bei den Vorstandssitzungen, Abwicklung der Generalversammlungen, Bearbeitung und Pflege der Statuten, usw. Zusätzlich leite ich die Intervisionen, beobachte kritisch die Gruppendynamischen Prozesse des Vorstandes, reflektiere regelmäßig die Weiterentwicklung des Vereins und halte den Vorstand stets bei guter Laune!

B. In diesen 15 Jahren unter der Leitung von 4 verschiedenen Präsidentinnen hat sich sehr viel verändert. Der Verein ist gewachsen, die Anforderungen an den Vorstand sind immer größer geworden. Um dem gerecht zu werden ist die Professionalisierung seit einigen Jahren in den Vordergrund gerückt. Diese und viele andere Prozesse im Vorstand zu begleiten sehe ich als eine meiner Kernkompetenzen.

C. Das Tollste wäre, wenn jede und jeder in Österreich weiß, was eine IBCLC ist und wo sie zu finden ist! Mein Traum ist eine politisch anerkannte Berufsvertretung aller IBCLCs, mit einem gesicherten finanziellen Budget seitens des Staates, mit einer Geschäftsführerin, einem eigenen Büro und einem fix angestellten Sekretariat, um in Österreich und Europa effizient Stillförderung vorantreiben zu können.

Ursula Gessner, stellvertretende Schriftführerin

A. Seit 1989 bin ich Hebamme und arbeite seit 1991 im KH Oberpullendorf und bin schon seit vielen Jahren auch freiberuflich tätig. Im Rahmen der häuslichen Wochenbettvisiten bin ich immer häufiger auf besondere Still-Probleme gestoßen und so absolvierte ich im Jahr 2012 die Ausbildung zur IBCLC. So wurde ich auch auf den VSLÖ aufmerk-

sam. Ich lernte dort so viele großartige und engagierte Frauen kennen und durfte schon bald in die Arbeit im Vorstand des VSLÖ hineinschnuppern.

B. Neben dem Verfassen von Protokollen sind meine Tätigkeiten u.a. das Erstellen der Teilnahmebestätigungen, Einreichen der Anerkennung der Fortbildungspunkte für Hebammen, Vorbereiten der Veranstaltungen vor Ort, Mitarbeit bei der Registrierung und ich übernehme gerne verschiedene andere Tätigkeiten in Vertretung von anderen Vorstandsmitgliedern. Irgendwie sind wir im Vorstand alle ein bisschen „Mädchen für alles“ ... wir arbeiten gemeinsam, an einem gemeinsamen Ziel ... und es geht so viel weiter!

C. Alles, was wir tun, auch wenn die Tat noch so klein scheint, ist ein Schritt in Richtung Stillförderung in Österreich!

Bettina Böhm, 3. Beirätin

A. Nach meinem Examen 2009 wurde ich durch Eva Bogensberger verstärkt auf den VSLÖ aufmerksam. Bei einer Fortbildung in Linz konnte ich erste Eindrücke der Vorstandsarbeit gewinnen und übernahm so nach und nach diverse organisatorische Tätigkeiten, unter anderem den VSLÖ-Messestand, die Programmstellung, bis hin zur Regionalgruppenbetreuung. Weiters fiel die CERPS-Vergabe über IBLCE für den VSLÖ in meinen Zuständigkeitsbereich.

B. Die Vorstandsarbeit hat mich in vielerlei Hinsicht bereichert. Ich konnte mein Wissen in Sachen Organisation und Zusammenarbeit durch die unterschiedlichen Aufgabenstellungen erweitern und vertiefen. Durch diese Erfahrungen ist es mir auch einfacher gefallen, meine nebenberuflichen Tätigkeiten voranzutreiben. Es sind einige Ideen und Vorschläge von mir umgesetzt worden und das freut mich. Meine letzte Anregung, „Bettkärtchen für die Wochenbettstation“, habe ich zur Umsetzung an das PR-Team weitergegeben und warte schon gespannt auf die ersten Rückmeldungen.

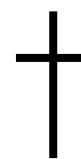
C. Mit Ende dieser nun 10jährigen Amtsperiode werde ich mich vom Vorstand zurückziehen und mich mehr im Hintergrund als CERPS-Beauftragte aufhalten. Im vergangenen Jahr habe ich die Ausbildung zur Diplomierten Aromapraktikerin absolviert und möchte nun wieder mehr Zeit in die direkte Beratung von Mutter und Kind investieren. Visionen hätte der Vorstand sehr viele, doch für die Umsetzung benötigen wir weitaus mehr ehrenamtliche Hände als wir derzeit haben.



Nachruf auf eine Freundin

Es war beim Ausbildungskurs zum IBCLC-Examen 2002, als mich die freundliche Schwarzhaarige ansprach. Sie erzählte, dass sie Hebamme sei und unbedingt ihr Stillwissen verbessern wolle. Wir fingen an gemeinsam zu lernen, bald kam auch Inge Hanreich dazu. Nach bestandener Prüfung vertieften wir unsere Freundschaft bei unseren „Lactoclubbings“. Erfahrungsaustausch, gute Gespräche, Essen und Lachen. Margit war eine ZuhörerIn, wie sonst keine, nicht nur mit den Ohren, sondern auch mit dem Herzen. Sie nahm die Menschen, wie sie waren, ohne Misstrauen, aber immer offen für Neues. Alles tat sie mit Leidenschaft: Lesen, wandern, in einer Trommelgruppe spielen, in einem Chor singen. Ihr Mittelpunkt war ihre Familie, der Ehemann, ihre 3 Kinder und zahlreiche Verwandte und Freunde, die sie bekochte, denen sie zuhörte und für die sie immer da war. „Hebamme seit über 30 Jahren mit großer Freude“ – so stand es auf ihrer Homepage und das lebte sie auch. Das Umsorgen von Mutter und Kind während Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit mit vollem Einsatz war ihr ein großes Anliegen. Sie arbeitete in freier Praxis und die letzten Jahre auch wieder angestellt im SMZ Ost in Wien. Dazu war sie die organisatorische Seele in der gynäkologischen Ordination ihres Mannes, war zertifizierte Beckenbodentrainerin und machte gerade eine Akupunkturausbildung. Berufliche Weiterbildung war für sie ebenso wichtig wie ständiges Arbeiten an ihrer eigenen Person.

Margit Hanzal starb 56jährig am 24. Juli 2020, als sie in ihrer Heimatstadt Klosterneuburg auf dem Fahrrad unterwegs war. Ein Autofahrer hatte eine Stopptafel übersehen ...
Albert Schweitzer sagte: „Das schönste Denkmal, das ein Mensch bekommen kann, steht in den Herzen der Mitmenschen.“ Wir wollen Margit dieses Denkmal setzen.



VSLÖ Fortbildung Graz

Kaleidoskop des Stillens, 13. und 14.11.2020

First Cerps Wien, 22.01.2021

VSLÖ Fachtagung Wien

12. und 13.03.2021

VSLÖ-Kongress in Innsbruck

19. – 20.11.2021

Regionaltreffen Wien: „Familienhafen“, Leegasse 10/21, 1140 Wien, 20.11.2020, 18 Uhr

Regionaltreffen NÖ Süd: Hotel-Restaurant Schwartz, Bahnstraße 70, 2624 St. Egyden am Steinfeld, 14.10., 05.11.2020, jeweils 18 Uhr

Regionaltreffen Burgenland Nord+Mitte: Restaurant Beetlejuice, 7210 Mattersburg, 24.11.2020, 17 Uhr

Regionaltreffen Tirol: 06.11.2020 um 17h, Ort noch offen



Still-ZEIT: Salzburg: 19.10. – 22.10.2020

Graz: Teil 1: 28.01. – 30.01., Teil 2: 25.02. – 27.02.2021

Innsbruck: Teil 1: 23.03. – 24.03., Teil 2: 27.04. – 28.04., Teil 3: 01.06. – 02.06.2021

Seminarreihe INTENSIV mit eLearning

Innsbruck: Seminar 2: 04.02. – 06.02., Seminar 3: 06.05. – 08.05., Seminar 4: 16.06. – 19.06.2021

Seminarreihe KOMPAKT für Ärztinnen und Ärzte mit eLearning

Innsbruck: Teil 1: 06.11. – 08.11.2020, Teil 2: 09.04. – 11.04.2021

3 THEMEN – 3 TERMINE – 3 STUNDEN – 3 CERPS

Die neue Fortbildung bequem von zu Hause aus:

25.09.2020, 09.30 – 12.30 Uhr Beikosteinführung

22.10.2020, 16.00 – 19.00 Uhr Forschungsinterpretation

27.11.2020, 09.30 – 12.30 Uhr Nach schwierigem Stillbeginn beraten

Fachtagung München: 20.11.2020 online

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 Maximiuik

Redaktion: Andrea Hemmelmayr,
Natalie Groiss, Susanne Lachmayr,
Eva Maximiuik, Gudrun Schober,
Sandra Schrepf

Anzeigen: Eva Maximiuik

CVD: Mag.^a V. Stampfl-Slupetzky, BSc

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!

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

Mail an: redaktion@stillen.at

Nächster Redaktionsschluss:

22.11.2020