



VSLÖ

Herbst 2023

Verband der Still- und Laktations-
beraterInnen Österreichs IBCLC

news

... diesmal
wieder mit einer
Stillgeschichte.
Thema Brust-
ernährungsset.



© Adobe Stock

INTERPRETATIONEN

Die korrekte Beurteilung des Gewichtsverlaufes des gestillten Kindes ist von großer Bedeutung in der Stillberatung.

HILFSMITTEL

Ein Update zu Stillhilfsmitteln wie Milchpumpe, Stillhütchen und Brusternährungsset.

ANFORDERUNGEN

Mit dem Wissen um das Orofaziale System können Eltern bei der Wahl der Zufütterungsmethode optimal beraten werden.

Liebe Leserinnen und Leser,



Elisa Steiner

herzlich willkommen zu unserer Herbstausgabe der VSLÖ-News!

Wir freuen uns in diesem Jahr mit Ihnen unser **30-jähriges Jubiläum** feiern zu können! Die gemeinsame 30-Jahre-Feier fand Ende Oktober auf dem VSLÖ-Stillkongress in Wien statt. Es gab Vorträge mit Exkursen u.a. in die TCM und Kräuterheilkunde, aber ebenso wurden die Stillförderung, die Basis in der Stillberatung nicht außer Acht gelassen. Zusammenfassungen der Vorträge finden Sie in der nächsten Ausgabe der VSLÖnews.

Freuen Sie sich in dieser VSLÖ-News-Ausgabe bei **Stillbasics** weiter in die Tiefe gehen zu können, über Artikel und Zusammenfassungen zu **Stillhilfsmitteln**, Interpretationen des Gewichtsverlaufs, **Updates** zu Milchpumpe und Saughütchen, orofaziale Anforderungen an Flaschensauger und Schnuller, sowie Informationen zum Wundmanagement bei wunden Mamillen. Es folgt auch ein schon länger erwartetes Update zum **neuen Brusternährungsset (BES)** und ein Erfahrungsbericht über die Verwendung des BES.

VSLÖ-Projekte:

Zur heurigen **Weltstillwoche** gab es neben dem WSW-Info-Plakat einen Türhänger <Bitte nicht stören - hier fließt Muttermilch.> mit **Empfehlungen zur Aufbewahrung** von Muttermilch. Das diesjährige Motto war in Anlehnung an die englische WABA-Version (Enable Breastfeeding - Making a difference for working parents) „**Berufstätigkeit und Stillen - Machen wir es möglich**“.

Für Ihre Arbeit in den Stillberatungen gibt es jetzt auch ein Update der Stillscheibe und seit dem VSLÖ-Stillkongress Ende Oktober 23 dürfen wir Ihnen eine englische Version präsentieren!

Ebenso erhielt der Entwicklungskalender optisch ein neues Design und weitere Ergänzungen, um am aktuellen Stand zu sein.

Zum Schluss richte ich ein herzliches Dankeschön an das gesamte VSLÖ-Team für die top Organisation des VSLÖ-Stillkongresses und an das ehrenamtliche Redaktionsteam, das uns in gewohnter Qualität wertvolle Beiträge für die Herbst-News zusammengetragen hat.

Allen Mitgliedern des VSLÖ und Interessent:innen einen schönen farbenfrohen Herbst!

Viel Freude beim Lesen und Weiterbilden!
Herzliche Grüße, Elisa Steiner
Präsidentin des VSLÖ

Der Gewichtsverlauf

Eine korrekte Interpretation hilft Probleme zu vermeiden

Sehr oft fühlen sich Eltern, natürlich vor allem Mütter, bei der Gewichtskontrolle ihres Kindes wie auf dem Prüfstand. Der Wert auf der Waage entscheidet, ob die Mutter beruhigt und selbstsicher mit dem Kind nach Hause geht, oder ob sie sich von nun an jeden Tag, bei jeder Stillmahlzeit, bei jedem Weinen des Kindes Sorgen macht, ob es nun Hunger hat, ob ihre Milch reicht ... ja, ob sie eine gute Mutter ist.

Leider gibt es seitens des Fachpersonals, das mit jungen Eltern und deren Säuglingen arbeitet, immer noch viele verunsichernde Aussagen, Halbwissen oder schlichtes Äußern der eigenen Meinung, was aber mit wissenschaftlich fundierten Tatsachen oft nicht mehr viel gemeinsam hat.

Ein erster Weg, dies zu ändern wäre, dass ALLE Fachpersonen, die das Gewicht eines Babys interpretieren, dies

mithilfe der WHO Wachstumsstandards machen. Hier ist schwarz auf weiß zu sehen, ob das Kind genug Muttermilch erhält. Zeigt die Kurve einen ungünstigen Verlauf, so sollte frühzeitig eine IBCLC ins Boot geholt und Ursachenforschung betrieben werden, denn nur von erneuten Gewichtskontrollen ohne zusätzliche Optimierungsmaßnahmen wird das Kind nicht plötzlich doch normal zunehmen.

WHO Standards

Grundlage für die 2006 veröffentlichten WHO Wachstumsstandards lieferte die von 1997 bis 2003 durchgeführte Multicentre Growth Reference Study (MGRS), welche Kinder aus 6 Ländern (Brasilien, Ghana, Indien, Norwegen, Oman, USA) untersuchte.

Die WHO Wachstumsstandards beschreiben das Wachstum von gesunden Kindern, die unter Bedingungen leben, in denen sie ihr volles, genetisch angelegtes Potential erreichen können: nämlich termingeborene Einlinge, die 4-6 Monate ausschließlich oder vorwiegend gestillt werden, ab 6 Monaten altersgerechte Beikost erhalten, bis mindestens zum 1. Geburtstag gestillt werden und außerdem in einer Nichtraucherumgebung und einer günstigen sozio-ökonomischen Umgebung aufwachsen.

Die WHO Standards sind präskriptiv, das bedeutet sie zeigen welches Wachstum zu erwarten ist, wenn ein Kind unter oben genannten Bedingungen lebt.

Ganz anders als formulaernährte Säuglinge, die in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres ein höheres Gewicht im Vergleich zu ihren gestillten Altersgenossen aufweisen, sieht man bei ausschließlich gestillten Kindern ein rasantes Wachstum in den ersten Lebenswochen und -monaten und ein deutlich langsames in zweiten Lebenshalbjahr. **Als biologische Norm ist in jedem Fall die Zunahme von gestillten Säuglingen zu betrachten.**

Was sind Perzentilen?

Perzentilen zeigen das Wachstum einer Gruppe von Kindern im Verlauf. Diese Art der Darstellung gibt es für alle Wachstumsparameter (Größe, Gewicht, Kopfumfang). Liegt das derzeitige Gewicht des Kindes auf der 50% Perzentile so bedeutet das, dass 50% der gleichaltrigen Kinder schwerer und 50% leichter sind als dieses Kind. Würde das Gewicht auf der 3% Perzentile liegen, so wären 97% der Altersgenossen schwerer und 3% leichter als das betreffende Kind.

Da Mädchen anders wachsen als Jungen gibt es für beide Geschlechter eigene Perzentilen.

Die ersten Tage

Wie wir alle wissen ist eine Abnahme von 5-7% nach der Geburt als physiologisch zu betrachten. Sinkt das Gewicht unter 7% vom Geburtsgewicht, so soll durch geeignete Maßnahmen (z.B. das Kind zum Stillen wecken, mind. 10-12 Stillmahlzeiten, bei schläfrigen Kindern ggf. Kolostrum per Hand gewinnen und stillfreundlich füttern, Brustkompression, Wechselstillen) einem weiteren Gewichtsverlust entgegengewirkt werden. Ab einer Abnahme von 10% ist ein Zufüttern (wenn möglich von Milch der eigenen Mutter und in stillfreundlicher Form) indiziert. Verwunderlich ist, dass immer wieder berichtet wird, dass das Krankenhauspersonal ein Zufüttern bereits bei der 7% Grenze startet. Hier sind umfangreiche Personalschulungen und das Überdenken von klinikinternen Standards unbedingt anzustreben, da es allgemein bekannt ist, dass ein frühes unnötiges Zufüttern eine große Gefahr für die Stillbeziehung darstellt.

Bei gutem Stillstart kommt es nach dem 3. Lebenstag zu keiner weiteren Abnahme und ab dem 5. Lebenstag steigt das Gewicht wieder, sodass am 10. Lebenstag (allerspätestens am 14. Lebenstag bei engmaschiger Begleitung durch eine Fachperson) das Geburtsgewicht wieder erreicht wird.

Wie geht es weiter?

Die individuelle Wachstumskurve des Kindes sollte sich parallel zu einer der vorgegebenen Linien in den Wachstumsstandards entwickeln. Ist dies der Fall, so sprechen wir von einem perzentilenparallelen Verlauf. Eine Zunahme entlang der 3% Perzentile ist ebenso normal, wie ein Wachstum entlang der 97% Perzentile.

Die Wachstumsspanne in den WHO Wachstumsstandards reicht von der durchschnittlichen Zunahme eines Mädchens auf der 1. Perzentile (170g/Woche in den ersten 2 Monaten) bis zur Zunahme eines Jungen auf der 99.

Perzentile (330g/Woche in den ersten 2 Monaten) im beschriebenen Zeitraum. Daraus ergeben sich folgenden Werte:

0-2 Monate ... 170-330g/Woche
2-4 Monate ... 110-330g/Woche
4-6 Monate ... 70-140g/Woche
6-12 Monate ... 40-110g/Woche

Würde ein Mädchen auf der 1. Perzentile in den ersten 2 Lebensmonaten wöchentlich 170g zunehmen, so würde es sich weiterhin entlang der 1. Perzentile entwickeln, genauso ist es mit einem Jungen der 330g wöchentlich zunimmt, bei ihm würde es die 99. Perzentile bleiben.

Diese mindestens 170g in den ersten 2 Monaten gelten aber nicht für Kinder, die auf einer höheren Perzentile gestartet sind. Ein Junge, dessen Geburtsgewicht auf der 97% Perzentile lag und nur 170g/Woche in den ersten beiden Lebensmonaten und anschließend 110g/Woche zunimmt, zeigt in der Gewichtskurve ein deutliches Kreuzen nach unten mit dringendem Handlungsbedarf.

Die obige Tabelle kann deshalb nur als grober Richtwert gelten und wir sollten immer eine individuelle Wachstumskurve in der Beratung erstellen. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Zunahme normal verläuft und das Baby somit genug Nahrung erhält.

Wie häufig wiegen?

Bei gesunden und termingeborenen Babys soll in den ersten Tagen täglich gewogen werden, v.a bis eine Zunahme zu verzeichnen ist und das Geburtsgewicht im normalen Zeitraum wieder erreicht wurde. Bis ca. 6 Wochen reichen wöchentliche oder etwas seltenere Kontrollen. Bis zu 6 Monaten soll alle 4-6 Wochen gewogen werden. Bei sichtlich sehr gut gedeihenden Babys reichen die Termine zu den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen.

Zu häufiges Wiegen kann die Eltern sehr verunsichern, daher sollte nur in begründeten Ausnahmefällen eine Waage ausgeliehen werden.

In besonderen Situationen sind folgenden Wiegeabstände anzuraten:

- Wenn ein Kind entlang einer der unteren Perzentilen wächst, so ist das normal. Gewichtskontrollen sind hier nicht seltener als alle 4–6 Wochen angeraten, da das Kind im Falle eines Problems keine großen Reserven hat.
- Wenn die Gewichtskurve von einer höheren auf eine deutlich niedrigere Perzentile gesunken ist (z.B. von der 85% auf die 40% Perzentile), muss nach den Ursachen geforscht werden. Gewichtskontrollen sind hier nach 3–7 Tagen erforderlich.
- Die Wirkung von eingeleiteten Maßnahmen (z.B. Optimierung des Stillmanagements, Start der Zufütterung) soll durch erst wöchentliche (bei jüngeren Babys schon nach 2–3 Tagen), später seltenere Gewichtskontrollen weiterverfolgt werden.
- Stillproben sind sehr kritisch zu sehen und besitzen nur eine sehr begrenzte Aussagekraft, da die aufgenommene Milchmenge bei jeder Mahlzeit unterschiedlich ist. Statt Stillproben durchzuführen ist es besser, in kritischen Fällen das Baby einmal täglich zu wiegen. Der Aufwand und die Verunsicherung der Eltern sind hierbei deutlich geringer als bei Stillproben.

Beurteilung der Zunahme

Fachleute beurteilen die Zunahme eines Kindes oft sehr unterschiedlich. Einerseits wird teilweise (vor)schnell zum Zufüttern gedrängt, andererseits wird manchmal (zu) lange gewartet, um entsprechende Maßnahmen einzuleiten (Hinzuziehen einer IBCLC, Ursachenforschung, Pumpmanagement, Zufüttern). Es wird oft gehofft, das Problem würde sich bei einer erneuten Gewichtskontrolle einfach in Luft aufgelöst haben. Beide Vorgehensweisen bergen ein hohes Risiko, dass die Stillbeziehung Schaden davonträgt.

Einzelne Gewichtswerte haben wenig Aussagekraft. Unterschiedliche Waagen und Wiegezeitpunkte, gerade gestillt vs. leerer Magen oder einmal vor und einmal nach erledigten Ausscheidungen gewogen, kann einen beträchtlichen Unterschied

machen. Daher zählt immer der VERLAUF und nicht ein einzelner Gewichtswert. Selbstverständlich sollte aber sein, dass ein unplausibles oder besorgniserregendes Wiegeergebnis bei ansonsten unauffälligem Kind mit normaler Ausscheidungsmenge zeitnah kontrolliert wird.

Suboptimale Zunahme/deutlich zu geringe Zunahme/schwere Gedeihstörung

Ein gesundes Kind, das nach Bedarf gestillt wird und wo weder die Mutter Risikofaktoren für eine zu geringe Milchbildung noch das Kind Risikofaktoren für eine ungenügende Milchaufnahme haben, wird entlang „seiner“ genetisch vorgegebenen Perzentile zunehmen. Ein Kreuzen der Kurve nach oben stellt beim Stillkind keinen Grund für Interventionen und kein Risiko für späteres Übergewicht dar. Ein Kreuzen der Perzentilen nach unten ist aber IMMER ein Grund zum genaueren Hinsehen und Ursachenforschung.

Eine suboptimale Zunahme zeichnet sich durch ein Abfallen der Gewichtskurve um 10–15% aus. Ausscheidungen und Entwicklungsstand sind hier noch normal, das Kind verhält sich normal, ev. ist es unruhig an der Brust. Die Ursache ist hier meist im Stillmanagement zu suchen. Wird hier gleich mit Hilfe einer qualifizierten Stillberaterin das Stillmanagement verbessert und die Situation durch weitere Wiegekontrollen beobachtet, ist dies in den meisten Fällen zielführend, um einen weiteren Abwärtstrend zu verhindern.

Eine deutlich zu geringe Zunahme erkennt man an einem Abfall der Gewichtskurve um 20 Prozentpunkte oder mehr innerhalb weniger Wochen. Meist gibt es auch hier noch keine klinischen Anzeichen, ggf. kann eine leicht verringerte Ausscheidungsmenge bzw. -häufigkeit auffallen. Der Säugling kann bereits durch vermehrte Unruhe und Weinen an der Brust auf sich aufmerksam machen oder er zeigt einen Rückzug mit viel Schlaf und ineffektivem Stillen (nuckelt nur statt hörbar zu schlucken). Achtung!!! Diese Kinder gelten dann

oft als sehr pflegeleicht und „brav“. Als erste Maßnahmen gelten hier der Beginn der Zufütterung (wenn möglich mit Muttermilch und stillfreundlich an der Brust), optimieren des Stillmanagements, Brustkompression, Wechselstillen und wenn möglich zusätzlich pumpen. Parallel zu diesen Maßnahmen muss nach den Ursachen geforscht und diese behoben werden.

Eine schwere Gedeihstörung ist gekennzeichnet durch einen Abfall der Kurve um mehr als 50% Punkte und/oder weit unter die 3% Perzentile. Sowohl klinische Zeichen, als auch das Verhalten, die Ausscheidungen und der Entwicklungszustand sind auffällig. Hier lautet die oberste Priorität: sofortige Zufütterung und ärztliche Untersuchung (ev. stationäre Behandlung). Gleichzeitig muss eine Ursachenforschung, wie bei der deutlich zu geringen Zunahme erfolgen, um ein Abstillen zu verhindern.

Bei Problemen, die das Gewicht betreffen, wo eine Steigerung der Milchmenge, eine Beurteilung der kindlichen Milchaufnahme oder das Zufüttern angebracht sind, empfiehlt sich die Zusammenarbeit mit einer Still- und Laktationsberaterin IBCLC um das Stillen zu schützen und zu optimieren.

Neben den WHO Standards, die in ausgedruckter Form zum Erstellen individueller Wachstumskurven verfügbar sind, liefert das Programm STILLDOK von Márta Guóth-Gumberger ein hilfreiches und vor allem einfach zu bedienendes Werkzeug zum Beurteilen von Gewichtsverläufen.

Susanne Lachmayr, IBCLC

Quellen: Gewichtverlauf und Stillen, 2. überarbeitete Auflage, Márta Guóth-Gumberger, Mabuse Verlag

Die Langform des Artikels mit allen Grafiken finden Sie auf www.stillen.at unter Aktuelles/Beiträge.



Das neue BES

Was können wir davon erwarten?

Als Stillberater*innen begleiten wir immer wieder Stillpaare, die auf Zufütterung angewiesen sind. Um das Stillen optimal zu erhalten oder idealerweise wieder den Rückweg zum ausschließlichen Stillen zu finden, ist es günstig, direkt an der Brust zuzufüttern. Eine Möglichkeit, dies zu bewerkstelligen, ist das Brusternährungsset (BES). Nach vielen Jahren hat nun die Herstellerfirma das Produkt völlig neu überarbeitet auf den Markt gebracht. Zurzeit ist es sicherlich noch zu früh für eine endgültige Einschätzung des neu aufgelegten Produktes, dennoch habe ich Kolleg*innen, die häufig mit dem Produkt arbeiten, und einige Mütter, die das Brusternährungsset nutzen, nach ihren Meinungen und Erfahrungen zum neuen Design gefragt.

Vor diesen Einschätzungen möchte ich aber noch einige Grundvoraussetzungen zum sinnvollen Einsatz dieses interessanten Hilfsmittels erwähnen, denn nichts ist unbefriedigender als ein mehr oder weniger teures Produkt vergebens angeschafft zu haben.

Differenzierte und kompetente Stillberatung mit Ursachensuche und wo möglich Ursachenbehebung sollte bei JEDEM Stillproblem selbstverständlich sein. Ist Zufütterung denn überhaupt nötig? Und wenn ja, wie lang- oder kurzfristig wird das Zufüttern voraussichtlich nötig sein? Könnte vielleicht, bei voraussichtlich kurzfristiger Zufütterung, eine andere stillfreundliche und vielleicht billigere Zufüttermethode sinnvoller sein? Welche Wünsche, Ziele, Präferenzen und Ressourcen hat die Mutter und kann das Brusternährungsset diese abdecken? Während sich vielleicht eine Mutter schlecht mit einer für sie ungewöhnlichen Zufütterform zurechtfindet, kann es einer anderen Mutter trotz (fort-) bestehendem



Die gesammelten Erfahrungen und Meinungen von Fachpersonen und Eltern zu den Unterschieden zwischen dem Brusternährungsset ALT und NEU im Vergleich.

Behälter

- Alt:
- Schlank und damit gut unter der Kleidung zu verstecken
 - Fällt durch die schmale Standfläche leicht um.
 - Da der Behälter viele Ecken und Kanten hat, schlecht zu reinigen
 - Zubereitung von Säuglingsnahrung im Becher ist (mit entsprechender Anleitung) möglich. Idealerweise nutzt man dazu einen kleinen Trichter, den die Firma z.B. als Verkleinerung für den Brusttrichter der Saugglocke anbietet; zuerst Wasser einfüllen, danach Pulver; nicht schütteln, sondern schwenken
 - Gepumpte Milch muss umgefüllt werden

- Neu:
- Der Behälter entspricht der Trinkflasche bzw. dem Pumpbehälter der Firma.
 - Dies ermöglicht, dass die Flasche ohne Umfüllen von der Pumpe direkt als BES genutzt werden kann;
 - Mütter greifen vielleicht rascher zum Calma-Sauger des gleichen Herstellers (der sich ja als stillfreundlich verkauft) und der genauso auf diesen Behälter passt
 - Der breitere Behälter ist nicht so leicht unter der Kleidung zu verstecken
 - Standfester als der alte Behälter

Schlauch

- Alt:
- Je 2 Schläuche in 3 verschiedenen Stärken
 - Als Ersatzteil bis zur Markteinführung des neuen Sets einigermaßen leicht zu bekommen
 - Auskochbar
 - Konnte durch Zusammendrücken des gefüllten Behälters, der mit Seifenwasser bzw. klarem Wasser gefüllt war, gereinigt werden

- Neu:
- Nur mehr 1 Schlauch in nur einer Stärke
 - Schlauch relativ hart
 - Derzeit nicht als Ersatzteil lieferbar
 - Nicht auskochbar, nicht sterilisierbar - Gewinde verformt sich
 - Zur Reinigung benötigt man eine Spritze

Flussregulation

<p><u>Alt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Abklemm-Mechanismus für beide Schläuche einhändig einfach zu bedienen, Milchfluss kann ganz gestoppt (durch Abklemmen beider Schläuche) oder reduziert werden (wenn nur der Luftschlauch abgeklemmt wird) • Durchflussgeschwindigkeit kann durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden. a) unterschiedliche Schlauchstärken, b) Höhe der Flasche, c) Luftzufuhr über 2. Schlauch durch Öffnen oder Abklemmen • Mit kleinen Modifikationen konnte das alte BES auch sehr gut für Kinder mit offenem Gaumen verwendet werden (diese Kinder können keinen Unterdruck entwickeln). 	<p><u>Neu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gelber Abklemm - Clip einhändig schwer zu bedienen, damit kann der Milchfluss nur völlig gestoppt werden • Diese Klemme ist kantig und kann den Schlauch verletzen. Da es keine Ersatzschläuche gibt, muss das Set dann neu gekauft werden. • Durchflussgeschwindigkeit nur über die Höhe der Flasche regulierbar • Geräusch der einströmenden Luft kann für die Mutter unangenehm sein. • Funktioniert nicht bei Kindern, die keinen Unterdruck entwickeln können z.B. Kinder mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte (LGKS)
---	--

Befestigung

<p><u>Alt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mit einem Band um den Hals zu hängen - mit dem beiliegenden Karabiner ist der Behälter schwer nachträglich einzuhängen. Daher empfahl Márta Guóth-Gumberger einen Pelzhaken zu verwenden. (Siehe Abb. 1: Pelzhaken und S-förmiger Karabiner als alternative Möglichkeiten, den alten Behälter einfacher einzuhängen.) 	<p><u>Neu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die mitgelieferte Klemme hält nicht an allen Kleidungsstücken gut bzw. kann empfindliche Kleidungsstücke beschädigen • Wenn das BES seitlich an der Kleidung befestigt wird, muss es quer über die Brust geführt werden, was als eher unhandlich empfunden wird
--	---

Reinigung

<p><u>Alt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Behälter hat viele Ecken und Kanten, daher schlecht zu reinigen. Alle Teile können aber ausgekocht bzw. sterilisiert werden. • Für die Reinigung der Schläuche braucht nur der mit Seifenwasser oder klarem Wasser gefüllte Behälter zusammengedrückt zu werden. • Ältere Schläuche können ausgetauscht werden. 	<p><u>Neu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Behälter leicht zu reinigen • Für die Reinigung des Schlauches braucht es eine Spritze. • Auskochen/Sterilisieren des Schlauches ist nicht möglich, Verleih oder Verwendung für kranke/immunschwache Kinder ist daher nicht zu empfehlen. • Kein Tausch der Schläuche möglich
--	---

Milchmangel das positive Gefühl des „Voll-Stillens“ geben.

Die Zufütterung an der Brust sollte dem Kind ein korrektes Saugen an der Brust ermöglichen, um eine Saugirritation durch einen künstlichen

Sauger zu vermeiden und zeitgleich die Zufriedenheit an der Brust zu erhöhen. Je feiner und vielfältiger man den Milchfluss justieren kann, desto effektiver kann der Übergang zum Vollstillen gelingen, vorausgesetzt die

anatomischen und physiologischen Gegebenheiten von Mutter und/oder Kind erlauben dies.

Je einfacher, praktischer und unauffälliger das Brusternährungsset angewendet werden kann, je weniger die Eltern dazu verleitet werden, einen Flaschensauger zu nutzen, desto lieber und effektiver werden Familien dieses Set einsetzen. All das erfordert eine kompetente, intensive Begleitung durch eine IBCLC oder eine entsprechend weitergebildete Fachkraft.

Sicherlich werden wir in naher Zukunft weitere Erfahrungen sammeln, dennoch zeigt sich bereits jetzt, dass das neue Brusternährungsset durchaus noch Verbesserungsbedarf hat. Neben dem „stolzen Preis“ wird vor allem auch kritisiert, dass es keine Ersatzteile gibt, während einige Teile des neuen Brusternährungssets sehr leicht kaputt gehen können. Außerdem stört es sehr, dass nicht alle Teile, die mit Muttermilch in Berührung kommen, ausgekocht bzw. sterilisiert werden können.

Einige Kolleg*innen vermuten, dass das neue Set für Eltern ohne entsprechende Einweisung zunächst etwas einfacher erscheint, zugleich machen sie sich Sorgen darüber, ob die Entwöhnung vom BES problemlos von statten gehen kann und das Erreichen des Vollstillens erschwert wird, zumal die Feinjustierung des Milchflusses fehlt.

Gibt es Alternativen zum Brusternährungsset?

Es gibt international durchaus weitere Produkte, die aber bei uns nicht leicht zu erwerben sind, daher nur ein kurzer Blick auf jene Methoden, die einfach zu bewerkstelligen und preiswert sind.

BES selbst gebastelt

Was wird benötigt?

Als **Behälter** kann ein Glas mit Schraubdeckel, durch den normalerweise ein Strohhalm gesteckt wird, aus dem 1-€-Shop oder eine Säuglingsflasche verwendet werden, wobei dann die Sonde durch die etwas vergrößerte Öffnung des Saugers ge-

schoben wird. Dieser Behälter kann mit einer Kordel, wie das alte BES, um den Hals gehängt werden.

Als Schlauch wird eine **Ernährungs-sonde** verwendet, die gegebenenfalls so gekürzt wird, dass die Öffnungen im Mund des Kindes zu liegen kommen. Es gibt aber auch schon eine spezielle, etwas teurere Sonde zur Zufütterung direkt an der Brust auf dem Markt (ISOSAF Nursing Support Tube). Ernährungs sonden sind Einmalprodukte, dennoch bleiben sie in der Klinik bei Kindern, die solche Sonden brauchen, mehrere Tage liegen. Mit entsprechendem hygienischem Umgang spricht also nichts dagegen, diese Sonde im häuslichen Umfeld 1 - 2 Wochen für die Ernährung an der Brust zu nutzen.



Beispiel für ein günstiges selbstgebasteltes Brusternährungsset

Außerdem sind ein **hautfreundliches Pflaster** und eine **Spritze** zur Reinigung der Sonde sinnvoll.

Vorteil: Preiswert, es können auch größere Mengen zugefüttert werden

Nachteil: Das Kind muss einen Sog aufbauen können, daher ungeeignet für z.B. LGKS-Kinder. Die Flussgeschwindigkeit wird nur über die Höhe des Behälters reguliert.

Zufüttern an der Brust mit der Spritze

Was wird benötigt?

Eine geeignete **Spritze** zwischen 5 und 20 ml - angepasst an die Fütte-



Zufüttern an der Brust mit Spritze eignet sich gut für kurzfristige Zufütterung und/oder kleine Zufütterungsmengen.

rungsmenge und passend zur Sonde. Im Krankenhaus sollten, um Verwechslungen auszuschließen, jene Spritzen genommen werden, die für Ernährung gedacht sind (je nach Hersteller, violetter Kolben). Dies wird in der Regel im häuslichen Gebrauch keine Rolle spielen, somit können auch normale Injektionsspritzen genutzt werden.

Um die Milch direkt an der Brust zu füttern, kann eine **Ernährungs-sonde**, der **Schlauch einer Butterfly-Injektionsnadel** oder ein **Feeding-Aufsatz** (Fingerfeeder) verwendet werden. Letzterer empfiehlt sich, wenn nur kleine Mengen Kolostrum gefüttert werden.

Vorteil: Preiswert, diese Fütterungsmethode eignet sich besonders gut für vorübergehendes Füttern eher kleiner Mengen. Sie ist auch für Kinder geeignet, die selbst keinen oder nur wenig Sog aufbauen können.

Tröpfchenweises Füttern (Drip Drop Feeding)

Was wird benötigt?

Ein sauberer **Becher oder Löffel** und ein **saugfähiges Tuch**.

Die Methode des Drip Drop Feeding haben wir genauer beschrieben im L&S-Handout „Zufüttern mit einfachen Hilfsmitteln“ (Ausgabe 2/2022 siehe <https://www.elacta-magazine.eu/handouts>)

Vorteil: Mit etwas Übung ist dies eine erstaunlich effektive Form der Fütterung, die sich insbesondere in Krisensituationen besonders gut eignet, da Becher und Löffel wesentlich leichter sauber gehalten werden können als alle anderen Hilfsmittel.



Die einfachste, billigste und in Krisensituationen hygienischste Form der Zufütterung an der Brust ist das Tröpfchenweise Füttern (Drip Drop Feeding)

Einen herzlichen Dank an die Eltern und Kolleg*innen, die ihre Gedanken und Erfahrungen mit mir geteilt haben!

Andrea Hemmelmayr, IBCLC

Erstveröffentlichung Laktation und Stillen Ausgabe 3/2023

Stillhütchen

... eine schnelle Lösung?

In Stillfachkreisen sind Stillhütchen nach wie vor höchst umstritten und sollten im Idealfall nur nach kompetenter Stillberatung zum Einsatz kommen, damit ursächliche Anlegeschwierigkeiten nicht unerkannt bleiben und zu weiteren Problemen führen ...

Warum werden sie verwendet

- Sie versprechen oft eine schnelle Lösung bei Anlegeschwierigkeiten und werden in vielen Fällen anstelle einer ausführlichen Stillberatung angeboten. Lt. Umfragen erhalten bereits 1/3 der Mütter in der Geburtsklinik (manche schon vor dem ersten Anlegen) ein Stillhütchen – sehr oft wird das eigentliche Problem dadurch auf später verschoben.
- Rund um die Geburt werden Infusionen gegeben, die zu Ödemen an der Brust führen können und dadurch das Andocken beeinträchtigen.
- Manche Medikamente & Interventionen hemmen die Reflexe des Kindes und die Mutter-Kind-Interaktion, auch traumatische Entbindungen, Frühgeburtlichkeit oder anatomische Besonderheiten vom Mutter oder Baby können das Anlegen deutlich erschweren.

Was bewirken sie

- Stillhütchen sind härter, teilweise auch breiter und länger als die Mamille und erzeugen dadurch einen sehr starken Saugstimulus. Wenn die Spitze des Hütchens mit Milch gefüllt wird, hat das Baby auch schneller ein Erfolgserlebnis.
- Die Mamillenform bleibt stabil – auch in den Saugpausen – dadurch können Babys mit weniger Saugkraft und weniger Vakuumaufbau Milch aus der Brust entleeren.
- Das Umstellen von der Flasche zur

Brust kann zeitweilig leichter funktionieren.

- Neugeborene werden auch immer auf Stillhilfsmittel geprägt – eine Entwöhnung kann sehr schwierig sein.
- Hersteller verweisen auf den Einsatz von Brusthütchen bei wunden Mamillen – oft zeigt sich jedoch, dass das Risiko von Infektionen, Soor und Mastitis dadurch steigen kann – vor allem bei unsachgemäßer Anwendung.

Wie werden sie richtig angewendet

- Zuerst sollte die passende Größe gefunden werden, damit Schmerzen, Quetschungen oder Verletzungen vermieden werden.
- Das Stillhütchen soll ultradünn und so klein wie möglich sein, damit das Baby nicht nur die Mamille, sondern auch genügend Brustdrüsen-gewebe fassen kann – wie auch beim Saugen ohne Stillhütchen. Es sollte jedoch auch so groß wie nötig sein, damit die Mamille genug Platz findet, um sich auszudehnen.
- Es wird an den Seiten aufgerollt, gedehnt und anschließend mittig über die Mamille gezogen – dabei wird die Mamille schon vor dem ersten Saugen in das Hütchen gezogen.
- Gut platzierte Hütchen halten von allein und müssen nicht gehalten werden.
- Die Nase des Babys liegt an der Aussparung, damit das Baby die Mutter riechen kann und nicht das Silikon. Bei Stillunterbrechung sollte ein Brusthütchen immer auf eine saubere Unterlage gelegt werden.
- Nach jedem Gebrauch sollte es mit warmem Seifenwasser gereinigt, gespült und trocken in einer geschlossenen Box gelagert werden. Außerdem wird zusätzlich tägliches Auskochen bzw. Sterilisieren empfohlen.

Welche Nachteile haben sie

- Die Silikonbarriere zwischen Mutter & Baby reduziert den Hautkontakt → Nerven an der Mamille werden weniger stimuliert → die Ausschüttung der Stillhormone Oxytocin und Prolaktin wird gehemmt → der Milchspendereflex und die Milchbildung wird beeinträchtigt. Engmaschige Gewichtskontrollen und zusätzliches Abpumpen (1-2 mal/d) bis zur adäquaten Milchbildung und physiologischen Gewichtszunahme sind daher empfohlen.
- Der Duft der Montgomery Drüsen an der Areola hilft den Babys, die Brust zu finden, der Gebrauch von Stillhütchen verhindert diese Wahrnehmung.
- Bei jedem Stillen gelangen Keime aus dem Mund des Babys über die Brust zur Mutter, die daraufhin mit ihrem kompetenten Immunsystem Antikörper bildet und diese dem Kind über die Muttermilch wieder zukommen lässt – Stillhütchen verhindern diesen effektiven Immunschutz für das Kind (daher sollte die Mutter auch den direkten Hautkontakt mit der Brust forcieren).
- Mutter und Baby werden abhängig von einem Plastikutensil, das sie überall hin mitnehmen müssen, das Stillen in der Öffentlichkeit komplizierter und spontanes oder nächtliches Stillen im Halbschlaf kaum möglich macht.
- Durch die notwendige Reinigung entsteht ein Mehraufwand bzw. hygienisches Stillen unterwegs ist mit Stillhütchen meistens schwieriger.

Wann wieder abgewöhnen

Da es beträchtliche Nachteile gibt, sollte Stillen mit Brusthütchen immer als vorübergehende Hilfestellung angesehen werden.

Hilfreich beim Abgewöhnen:

- viel Haut-zu-Haut Kontakt an der Brust

- auf Schnuller verzichten und Brust anbieten – nonnutritives Saugen kann übergehen in nutritives Saugen
- Bedsharing und Anlegen im Halbschlaf
- Milchspendereflex auslösen, Brustkompression und Zufüttern an der Brust für ein schnelles Erfolgserlebnis beim Baby
- Mahlzeit mit Brusthütchen beginnen und ohne fortsetzen oder umgekehrt
- Viel Geduld – trinken mit Stillhütchen ist für Babys meistens leichter und sie nehmen (wie Erwachsene

auch), oft lieber den einfacheren Weg

Viele Stillpaare schaffen es nach einiger Zeit wieder ohne Stillhütchen, andere kommen sehr schwer davon los.

Fazit

Grundsätzlich sollte jedes neugeborene Baby die Chance und die Zeit bekommen, durch Bonding und Selbstfattachement den Weg zur Brust zu finden. Bei den meist vorübergehenden Startschwierigkeiten kann Ko-

lostrum immer auch mit einem Löffel oder einer Spritze gegeben werden. Stillhütchen in der frühen & sensiblen Phase nach der Geburt sind hinderlich und immer sehr kritisch zu hinterfragen.

JA, Stillen mit Brusthütchen ist besser als gar nicht stillen bzw. abstillen, ABER ein Silikonauflage ist sicher nicht immer für alle oder alles die beste und einzige Lösung ...

Gudrun Schober, IBCLC

Literaturnachweis: Elacta, Stillhütchen; EISL, Umgang mit Stillhütchen; Still-Lexikon, Stillhütchen – ein Hilfsmittel mit bedingtem Nutzen

Stillproblem

Bausteine für eine gute Wundversorgung der Mamille

Wunde Mamillen gehören zu den häufigsten Stillproblemen und führen nicht selten zu vorzeitigem Abstillen. (vgl. Walker, 2023:495) Ein rascher Heilungserfolg schützt vor weiteren Problemen wie Wundinfektionen bis hin zur Brustentzündung. Um Wunden erst gar nicht entstehen zu lassen ist es wichtig, präventive Maßnahmen zu ergreifen.

1. Prävention

Gutes Anlegen und Positionieren sind unerlässlich! Die häufigste Ursache für wunde Mamillen ist eine inkorrekte Anlegeposition, weshalb die Überprüfung der Anlegetechnik an erster Stelle steht. Hat das Kind zu wenig Brustgewebe im Mund und saugt nur an der Mamille, so wird das Gewebe falsch belastet. Das Saugen wird als schmerzhaft empfunden und innerhalb kürzester Zeit kann eine Hautläsion entstehen. Das intuitive Stillen ist gerade in den ersten Tagen und Wochen eine gute Möglichkeit, um ein tiefes Anlegen zu erreichen und die Mamillen zu schonen. Ein guter Milchfluss reduziert die Gefahr von wunden Mamillen! Eine Brustmassage hilft, den Milchspendereflex auszulösen und unterstützt den

Milchfluss. Frühes und häufiges Anlegen, sowie ein Umstellen auf häufigere, dafür aber kürzere Stillmahlzeiten unterstützen die pulsatile Ausschüttung von Oxytocin.

2. Ursachensuche u. -behebung

Wird das Saugen als schmerzhaft empfunden und/oder ist die Mamille verletzt, so liegt diese meist nicht richtig im Mund des Kindes. Die Ursachen können vielfältig sein: ein erschwertes Anlegen bei einer starken initialen Brustdrüsen-schwellung, ein zu kurzes Zungen- oder Lippenband bzw. andere anatomische Besonderheiten im kindlichen Mund, mangelnde Elastizität der Mamille oder ein verändertes Saugverhalten ausgelöst durch Fremdsauger (Schnuller, Flasche, Saughütchen). Auch eine Minderdurchblutung, Infektion oder Hauterkrankung an der Mamille, ebenso wie die falsche Handhabung von Milchpumpe und Stillhütchen können die sensible Mamille schädigen. Ohne wirkungsvolle Ursachenbeseitigung ist selbst die beste Wundbehandlung wirkungslos!

3. Emotionale Unterstützung

Besonders in der frühen Stillphase

führen unerwartet auftretende Probleme bei den betroffenen Müttern zu großer Unsicherheit und Frustration. Mütter brauchen Anerkennung für ihre Situation, Bestärkung in ihrem Tun und die Perspektive, mit schnellen und effektiven Lösungen einen raschen Heilerfolg zu erzielen.

4. Erhebung des Ist-Zustands

Zunächst wird die Wunde inspiziert und das Wundstadium klassifiziert.

- Stadium 1: Schmerzen oder Irritation bei intakter Haut, Rötung, Quetschung, Ödem, Schwellung
- Stadium 2: Verletzung der Haut, Hämatom, Risse, oberflächliche Rhagaden
- Stadium 3: Verletzung der Haut bis in tiefere Schichten, blutig, tiefe Rhagaden, Blasen, Ulceration
- Stadium 4: tiefe Verletzung, Infektion, Eiter, Ablösung von Epidermis (Erosion)

Des Weiteren kann die Wundheilungsphase definiert werden. Die Unterteilung ist jedoch lediglich theoretisch, da sich die Wundheilungsphasen überlappen und teilweise parallel ablaufen. Gerade bei chronischen und sekundär heilenden Wunden können die Längen der einzelnen Phasen sehr

stark variieren. Gesteuert werden diese komplexen und teilweise überlappenden Vorgänge der Wundheilung durch Zytokine und Wachstumsfaktoren.

5. Wundreinigung

Idealerweise findet die Wundversorgung nach einer Stillepisode statt. Hierbei muss zwischen zwei verschiedenen Situationen unterschieden werden:

• Mamille ist gerötet oder gereizt, jedoch nicht offen

Solange die Mamille gerötet, gereizt, jedoch nicht offen ist, genügt es, die Brust bei der normalen täglichen Körperhygiene zu reinigen und auf das Händewaschen nach der Toilette und nach dem Wickeln zu achten. Nach dem Stillvorgang kann die Muttermilch auf der Mamille eintrocknen. Sie enthält pflegende, schützende und aufbauende Inhaltsstoffe (z.B.: epidermaler Wachstumsfaktor). Keinesfalls sollte sie jedoch mit unsauberen Fingern auf der Mamille verteilt werden!

• Mamille hat eine Hautläsion, mit oder ohne Entzündung

Bei offenen Wunden ist es wichtig, sie möglichst sauber zu halten, daher gehört die offene, wunde Mamille nach jedem Stillen gesäubert. Dies geschieht in der Klinik am besten, indem das betroffene Wundgebiet mit physiologischer Kochsalzlösung (0,9% NaCl) gereinigt wird. Zu Hause kann alternativ die Brust mit fließendem lauwarmem Wasser und dazu einmal täglich mit einer ph-neutralen Seife gewaschen werden. Offene Wunden sind stets potenzielle Eintrittspforten für Keime. Um eine Mastitis als Folgekomplikation zu vermeiden, sollte nach der Reinigung daher im Krankenhaus oder wenn die Mamille infiziert ist, eine Wunddesinfektion mit Octenisept® durchgeführt werden.

6. Wundversorgung/ Wundverband

Früher gab es die Empfehlung, wunde Mamillen möglichst an der Luft trocknen zu lassen und/oder mit Rotlicht zu behandeln. Dies führte zur Krustenbildung und entsprach dem Prinzip der trockenen Wundversorgung. Diese Art der Wundbehandlung bringt bei

wunden Mamillen jedoch wesentliche Probleme wie häufiges Herunterreißen der Kruste beim Stillen und dadurch schlechtere und verzögerte Heilung mit sich.

Moderne (auch feucht-warme Wundbehandlung genannt) hingegen bringt mehrere Vorteile: die Wundheilung erfolgt schneller, schmerzfreier und weist eine geringere Vernarbungsstruktur auf. Grundlage dabei ist, dass das Wundgebiet in allen Phasen der Wundheilung feucht und mind. 28°-32°C warmgehalten wird.

Der ideale Wundverband weist folgende Eigenschaften auf:

- Aufrechterhaltung eines feuchten Milieus im Wundbereich
- Entfernung von überschüssigem Exsudat und toxischen Bestandteilen
- Gewährleistung des Gasaustausches
- Thermische Isolierung der Wunde
- Schutz vor Sekundärinfektion durch Undurchlässigkeit für Mikroorganismen von außen
- Möglichkeit eines atraumatischen Verbandwechsels
- Keine Abgabe von Fasern oder anderen Fremdstoffen
- Druckentlastung bzw. Aufrechterhaltung der Mikrozirkulation

Studien weisen darauf hin, dass modifiziertes, wasserfreies (hochgereinigtes) Lanolin bei der feuchten Wundheilung die Schmerzen verringert und die Heilung beschleunigen kann. (vgl. Brent et al. 1998). In Verbindung mit Druckentlastung ist die Wirkung vergleichbar bzw. überlegen der Wirkung von Hydrogelauflagen. Die beschleunigte Wundheilung wird allerdings nur dann beobachtet, wenn das reine Lanolin dick und konsequent nach jeder Stillmahlzeit aufgetragen wird.

Hochgereinigtes Lanolin weist folgende Eigenschaften auf:

- hautpflegend
- feuchtigkeitsausgleichend
- emulgierend
- rückfettend
- wasserabweisend
- hautschützend

Das europäische Arzneibuch definiert Wollwachs als gereinigte, wachsartige und wasserfreie Substanz, die aus der Wolle des Schafs (*Ovis aries*)

gewonnen wird. Der wesentliche Vorteil gegenüber einer herkömmlichen Wundaufgabe ist, dass sich die Salbe optimal den körpereigenen Strukturen anpasst und die Mamille nicht durch zusätzlichen Wundaufgedruck belastet wird. Der Einsatz ist in jeder Wundheilungsphase möglich.

• Bei nicht entzündeten Wunden

Das Lanolin wird möglichst direkt aus der Tube oder mit sauberen, desinfizierten Händen auf die Mamille oder auf sterile Tupfer aufgetragen. Die Mamille muss komplett mit Lanolin dick umschlossen sein. Ein lediglich dünnes Auftragen ist nicht ausreichend. Lanolin muss vor dem nächsten Stillen nicht abgewaschen werden. Sollten noch große Reste von der Salbe auf der Brust sein, so können sie mit einem sauberen Tupfer ohne weitere Reinigung einfach abgewischt werden.

• Bei entzündeten Wunden

muss je nach Infektion zusätzlich mit antibakteriellen und/oder antimykotischen sowie entzündungshemmenden Wirkstoffen behandelt werden. Dabei wird die Wirkstoffsalbe 4-6x täglich dünn aufgetragen. Diagnose und Therapie muss hier in den Händen des medizinischen Fachpersonals liegen.

7. Entlastung

Die Mamille ist von einem feinen Kapillarnetz durchzogen. Damit sie heilen kann, muss sie gut durchblutet bleiben. Um dies zu gewährleisten, sollte jeder Druck auf die Wunde vermieden werden. Dies kann durch eine sogenannte Hohllagerung mittels Brustdonut (selbst hergestellt, fertig aus Schaumstoff oder genähte, waschbare Donuts) erfolgen.

8. Schmerztherapie

Die beim Stillen ausgelösten, meist massiven Schmerzen beeinträchtigen die Stillbeziehung erheblich und führen nicht selten zum Abstillen. Deshalb ist eine ausreichende Schmerztherapie unerlässlicher Teil des Behandlungskonzepts. Typischerweise sind die Schmerzen beim Andocken und initialen Ansaugen am stärksten, oft bleiben sie jedoch auch über die gesamte Dauer des Stillverlaufes bestehen. Ibu-

profen mit einer maximalen Tagesdosis von 2400mg aufgeteilt auf vier oder sechs Einzeldosen ist hier das Mittel der Wahl. Hilfreich ist die Graduierung mittels einer Visual Analog Skala, um die Schmerzen einerseits zu objektivieren und andererseits zu dokumentieren

9. Dokumentation und Evaluation

Die Wunddokumentation stellt die Grundlage für eine geordnete Therapie dar. Informationen werden sortiert und sollten auch anderen behandelnden Berufsgruppen zur Verfügung gestellt werden. Folgende Punkte sind dabei zu dokumentieren (vgl. Protz 2019:223):

- Wundklassifikation und Schweregradeinteilung
- Wundlokalisierung
- Wundgröße
- Wundrand/Wundumgebung
- Wundgrund: Nekrose, Fibrinbelag, Granulationsgewebe
- Wundexsudat: Menge, Beschaffenheit

- Infektionszeichen: Rötung Schwellung, Überwärmung, Funktionseinschränkung, Schmerz
- Wundreinigung/ Desinfektion
- Wundverband
- Druckentlastung
- Ergänzend dazu hat sich eine Fotodokumentation bewährt. (vgl. Protz 2019:229)

9. Ergänzende Ansätze

Ernährung der Mutter

„Ernährung ist die Grundlage für die Energiegewinnung, die Regulation von Stoffwechselprozessen und den Aufbau von Körpergewebe. Sie ist außerdem Voraussetzung für Wachstum, Aufrechterhalten der Zellfunktionen, Synthese und Ersatz von körpereigenen Stoffen.“ (Protz, 2019:191) „Eine Wunde belastet den Energie- und Nährstoffhaushalt des Körpers in besonderer Weise. Daher ist eine ausgewogene und individuell angepasst Ernährung wesentlicher Bestandteil einer jeden Wundbehandlung. Bei der Wundheilung findet ein aufwendiger Wiederher-

stellungsprozess statt, der viel Energie und Zellbaumaterial verbraucht. Die Nahrung dient zur Bereitstellung dieser benötigten Ressourcen und ist somit ein wesentlicher Faktor für einen erfolgreichen Heilungsprozess.“ (Protz, 2019:194) Deshalb ist bei der stillenden Mutter auf eine ausreichende Proteinzufuhr, eine gute Versorgung mit Eisen, Vitamin C, Zink sowie langkettigen (z.B.: Nachtkerzenöl) und mehrfach ungesättigter Fettsäuren (LC-PUFAs) zu achten. Erste vielversprechende Hinweise liefert die Literatur in Bezug auf den Einsatz von Probiotika. Bisherige Untersuchungen zeigen, dass beispielsweise *Lactobazillus fermentum* und *Lactobazillus salivarius* das Mikrobiom in der Brustdrüse positiv beeinflussen können. Auch wenn hier noch viel weitere Forschung nötig ist, handelt es sich doch um einen erfolgversprechenden Ansatz.

... Fortsetzung auf Seite 20

Gut gelagert

Hilfreiche Dinge, die das Stillen unterstützen

Jede werdende Mutter kennt es: das Stillkissen

Doch ist es überhaupt nötig? Ist es sinnvoll, sich von einem speziellen Kissen abhängig zu machen? Die Antwort ist: es ist individuell.

Vorweg gesagt: am sinnvollsten, v.a. für die erste Zeit, ist das intuitive Stillen. Hier kann das Kind sein Gewicht an den Körper der Mutter abgeben, der Kopf bleibt frei beweglich und kann so perfekt zur Brust finden.

Wird in einer anderen Position gestillt (vorerst am besten nicht in der Wiegehaltung, die am instabilsten ist), ist ein Lagerungshilfsmittel vor allem in der ersten Zeit sinnvoll, damit die Mutter lediglich das Kind stüt-

zen, nicht aber sein Gewicht tragen bzw. halten muss. Zu Beginn verbringen die meisten Babys noch mehrere Stunden am Tag an der Brust.

Wenn sie dann schneller trinken und eine Stillepisode in ein paar Minuten beendet wird, braucht kaum mehr eine Mutter eine Unterstützung. Ob dies nun ein Stillkissen, ein normales Kissen oder eine gefaltete Decke ist, bleibt jeder Frau selbst überlassen. Wichtig ist eine gewisse Festigkeit, damit es nicht wegrutscht oder zu sehr nachgibt nachdem es platziert wurde. Das würde dazu führen, dass das Kind nicht mehr nahe genug am Körper der Mutter liegt, oder diese das Baby erst recht halten muss, um dessen Wegrutschen auszugleichen. Schmerzen beim Stillen, wunde Ma-

millen, ein schlechter Milchtransfer und Verspannungen der Mutter im Rücken, Nacken- und Schulterbereich sowie an den Handgelenken können die Folge sein.

Ein Lagerungshilfsmittel für die Brust an sich kann bei sehr großen Brüsten sinnvoll sein. Hier wird ein zusammengerollter Waschlappen oder eine Stoffwindel unter der Brust platziert, was wiederum beim Stillen etwas vom Gewicht der Brust, das sonst am kindlichen Unterkiefer wirken würde, wegnimmt. Das kann unter Umständen auch das Stützen der Brust mit einer Hand, welches beim Stillen mit großen Brüsten oft notwendig ist, hinfällig machen.

Susanne Lachmayr, IBCLC

Stillhilfsmittel

Milchpumpen – Anforderungen und Möglichkeiten

Stillhilfsmittel sind Hilfen, die Müttern in bestimmten Situationen das Stillen erleichtern oder ermöglichen können. Auch Milchpumpen können somit im erweiterten Sinn zu den Stillhilfsmitteln gezählt werden. Sie können als Überbrückung manchen Müttern die Möglichkeit bieten, ihre Milchproduktion anzuregen oder aufrecht zu erhalten, wenn die Umstände dies notwendig machen.

Gründe für die Verwendung einer Milchpumpe sind u.a.:

- die Trennung von Mutter und Kind
- wenn das Stillen nicht effektiv funktioniert
- bei längerfristiger Verwendung eines Stillhütchens zur zusätzlichen Stimulation der Milchbildung, bis diese gut etabliert ist.
- zur Steigerung der Milchmenge bei zu wenig Muttermilch
- Brustverweigerung/Stillstreik
- Ausbildung oder Berufstätigkeit der Mutter
- wenn die Mutter Milch auf Vorrat pumpen möchte

Welche Arten von Milchpumpen gibt es?

Im Handel gibt es eine große Auswahl an verschiedenen Milchpumpen. Für gelegentliches Abpumpen bei etablierter Milchbildung sind Handpumpen eine praktische Möglichkeit. Sie sind preiswert, klein, leicht und brauchen keinen Strom, die wiederholten Pumpbewegungen können allerdings die Hände stark beanspruchen. Für den regelmäßigen Gebrauch eignen sich daher elektrisch betriebene Milchpumpen besser. Hochwertige elektrische Milchpumpen sind Medizinprodukte und haben ein Typenschild mit einem CE-Zeichen, der Kennnummer der Zulassungsstelle und des jährlichen Audits, der Angabe des Herstellers und des Produktnamens. In vielen

Geburtskliniken und Geschäften für Medizinbedarf gibt es die Möglichkeit, elektrische Milchpumpen auszuleihen. Außerdem gibt es auch transportable, batteriebetriebene Modelle, welche z.B. für berufstätige Frauen besonders geeignet sind. Von der Verwendung von elektrischen Milchpumpen, bei denen die Saugstärke nicht individuell eingestellt werden kann, bzw. von sogenannten Hand-Gummiball-Pumpen wird wegen der Verletzungsgefahr dringend abgeraten.

Anwendung einer elektrischen Milchpumpe

Am besten wird zum Abpumpen ein Doppelpumpset verwendet. Werden beide Brüste gleichzeitig abgepumpt erhöht dies die Prolaktinausschüttung und damit die Milchmenge und bietet so eine deutliche Zeitersparnis. Sollte nicht zum Aufbau der Milchproduktion oder dauerhaft die gesamte Milchmenge gepumpt werden, sondern nur gelegentlich in der Erhaltungsphase (siehe unten) abgepumpt werden, kann auch ein Einzelpumpset verwendet werden. Wichtig ist auch die Ermittlung der individuell korrekt passenden Größe des Pumptrichters. Diese richtet sich nach der Größe der Brustwarze (= Mamille). Sowohl ein zu kleiner als auch ein zu großer Trichter kann zu Verletzungen und zu unzureichender Entleerung der Brüste führen. Rund um die Mamille sollte Platz sein, damit die Mamille nicht an der Trichterwand reibt bzw. noch Platz für das, in der ersten Zeit nach der Geburt mögliche, Anschwellen der Mamillen ist. Die meisten Milchpumpenhersteller bieten drei bis fünf verschiedene Trichtergrößen an. Bei einer guten Milchpumpe können die Saugfrequenz und das Vakuum individuell eingestellt werden. Ein Baby beginnt an der Brust mit einer hohen Saugfrequenz und niedrigem Vakuum zu saugen, um den Milchspendereflex auszulösen. Fließt die Milch wird die

Saugfrequenz des Babys niedriger und es saugt mit einem höheren Vakuum, die Brust wird so optimal entleert. Mit einer Anfangsfrequenz von ca. 120/Zyklen pro Minute in der Stimulationsphase und anschließendem Absenken der Zyklen in der Pumpphase kann das Saugen des Babys mit der elektrischen Milchpumpe nachgeholt werden. Das Vakuum sollte in der Pumpphase auf die maximale Stärke, welche noch ohne Schmerzen als angenehm empfunden wird, gesteigert werden. Die Ermittlung erfolgt durch langsames kontinuierliches Hochdrehen des Vakuums bis zu dem Punkt an dem es als unangenehm empfunden wird, dann eine Stufe zurückdrehen und die individuelle optimale Pumpstärke ist definiert. Pumpen darf niemals schmerzen!

Zusätzliche Maßnahmen, die das Abpumpen erleichtern sind:

- an einem ruhigen Ort in entspannter Haltung bequem machen
- vor und während dem Pumpen Wärme anwenden
- vor dem Abpumpen eine Brustmassage durchführen
- Pumptrichter direkt in Kontakt mit den Brüsten halten
- ein Pumpbustier verwenden, um die Hände frei zu haben
- während dem Abpumpen entspannende Musik hören

Techniken des Abpumpens

In der Aufbauphase, also in der Phase, in der es um die Etablierung der Milchmenge geht, wird als Standardmethode das **Power-Pumping** empfohlen. Hierbei werden Brustmassage (Oxytocinmassage), doppelseitiges Abpumpen für 5 Minuten und eine kurze Pause drei Mal wiederholt, es ergibt sich eine Gesamtdauer von 15–20 Minuten. Power-Pumping sollte 8-mal in 24 Stunden erfolgen. Zusätzlich kann 1–2-mal täglich **Cluster-**

Pumping durchgeführt werden. Dies ahmt die Cluster Feeding-Phasen des Babys nach, indem Brustmassage (Oxytocinmassage), doppelseitiges Abpumpen für 10–12 Minuten und eine Pause von 10–12 Minuten 3-mal wiederholt werden, die Gesamtdauer beträgt somit ca. 1 Stunde. Soll noch zusätzlich die Milchmenge und/oder der Fettgehalt der Muttermilch gesteigert werden, kann **Hands-on Pumping** praktiziert werden. Dafür wird vor, während und nach dem Pumpen die Brust mit kreisenden Bewegungen der Finger massiert, zu Beginn des Pumpens werden einige Tropfen Kolostrum entleert und/oder während dem Pumpen Brustkompression

durchgeführt, ein Pump-Bustier ist hierbei hilfreich.

Wenn die Milchproduktion gut läuft, d.h. eine Milchmenge von 800–1000ml/24 Stunden bei ausschließlichen Pumpen erreicht ist, befinden wir uns in der Erhaltungsphase. Hier kann nun die Pumpfrequenz langsam auf mindestens 5-mal, besser auf 6–8-mal reduziert werden. Power-Pumping und Cluster-Pumping entfallen und es wird nur mehr Brustmassage (Oxytocinmassage) und beidseitiges Pumpen für ca. 15 Minuten praktiziert. Genaue Anleitungen zur Brustmassage (Oxytocinmassage) finden sich unter www.stillen.at bei Downloads „Info Anleitung zur Brustmassage“ und zur Brust-

kompression unter www.still-lexikon.de unter Steigerung der Milchmenge.

Und zum Schluss muss noch gesagt werden, dass jede Mutter, welche dauerhaft eine elektrische Milchpumpe verwendet, auch über die Brustentleerung mittels Hand informiert sein sollte, um für Notfälle wie Stromausfälle und Defekte an der Pumpe gerüstet zu sein. Eine gute Anleitung bietet hierfür das Video von www.globalhealth.org „How to Express Breastmilk“.

Eva Maximiuk, IBCLC

Quellen:
[www.stillen.at/EISL-HP „Gewinnen und Aufbewahren von MM“](http://www.stillen.at/EISL-HP_Gewinnen_und_Aufbewahren_von_MM/);
<https://www.stillen-institut.com/media/eisl-empfehlungen/EISL-Statement-WHO-Kodex.pdf>; Elacta Handouts: „Power pumping“ „Jeder Tropfen zählt“; www.still-lexikon.de/abpumpen-und-aufbewahren-von-muttermilch

Orofaziales System

Anforderungen an Flaschensauger und Schnuller

Stillen ist die optimale und artgerechte Ernährungsform für Säuglinge. Grundsätzlich sollte die erste Wahl immer die Zufütterung direkt an der Brust sein. Sollte das Zufüttern an der Brust nicht möglich sein, ist es sinnvoll auf andere stillfreundliche Alternativen zurückzugreifen. Dennoch gibt es Mütter, die sich gegen das Stillen entscheiden (oder entscheiden müssen) oder als Zufütterungsmethode Füttern mit der Flasche wählen und sich für den Einsatz eines Schnullers entscheiden. Wichtig ist es, die Eltern auch hier gut zu begleiten und aufzuklären, damit sie für sich gut informierte Entscheidungen treffen können.

Mittlerweile gibt es eine Vielzahl an Flaschensaugern und Schnullern am Markt, wodurch es Eltern, aber auch Fachpersonal, besonders schwer gemacht wird, sich in diesem Dschungel der verschiedenen Produkte zurechtzufinden. Ein großes Problem stellen außerdem die Bezeichnungen

wie „brustähnlich“, „stillfreundlich“, „kiefergerecht“, „naturgerecht“ etc. dar, womit die Hersteller werben. Um sich in dieser Produktvielfalt besser zurechtzufinden, erarbeitete eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe an der Abteilung Kinder- und Jugendheilkunde der Universitätsklinik Innsbruck, bestehend aus Logopäd*innen, Stillberater*innen, Kinderkrankenpfleger*innen und einer Kinderfachärztin im Jahr 2008 objektive Kriterien, welche künstliche Sauger aufweisen sollten.

Grundsätzlich gelten für Ernährungssauger (Flaschensauger) andere Kriterien als für Beruhigungssauger (Schnuller). Ernährungssauger dienen, wie der Name schon sagt, der Ernährung des Kindes. Beruhigungssauger sollen der Beruhigung des Säuglings dienen, was bedeutet, dass sie sich üblicherweise länger im Mundraum befinden als Flaschensauger. Dadurch ergeben sich andere myofunktionelle Anforderungen, um das orofaziale System und Gleichgewicht möglichst wenig zu beeinträchtigen.

Die Wahl des Beruhigungssaugers (Schnullers)

Wie schon erwähnt, sollte der Schnuller bestimmte Kriterien erfüllen, um die Auswirkungen auf das orofaziale System möglichst gering zu halten.

Zunächst ist ein **niedriger Schnullerschaft** (Ansatz des Lutschteils) am Schild wichtig, damit die oberen und unteren Zahnreihen weiterhin in Kontakt kommen können und das Risiko einer Zahnfehlstellung reduziert wird. Außerdem sollte der Schnuller ein **raumsparendes, flaches und querovaleres Lutschteil** aufweisen, um die Zungenbeweglichkeit so wenig wie möglich einzuschränken. Auch ein möglichst **elastisches, flexibles Lutschteil** trägt zur besseren Zungenbeweglichkeit bei, da sich ein weiches Material besser an die Bewegungen der Zungen anpassen kann. Latex ist meistens weicher als Silikon. Ein möglichst **leichter Schnuller** ist sinnvoll, um das Risiko eines asymmetrischen

Wachstums des Kiefers zu reduzieren. Je schwerer der Schnuller, desto mehr sind Lippen- und Zungenmuskulatur überfordert. Auch Schnullerketten erhöhen den Zug und belasten zusätzlich die Muskulatur. Es ist nicht notwendig einen größeren Schnuller für die nächstmögliche Altersgruppe anzubieten. Sinnvoll ist bei der **kleinsten Größe** zu bleiben (0-6 Monate). Schnuller sollten außerdem **keine Geschmacks- und Geruchszusatzstoffe** (z.B. Vanilleduft) enthalten, da die Auswirkungen diverser Substanzen auf das Kind nicht vorhersehbar sind.

Nicht jedes Kind möchte einen Schnuller annehmen. Die **individuellen Bedürfnisse des Kindes** sollten hierbei beachtet und akzeptiert werden. Ein weinendes Baby kann viele Bedürfnisse haben. Der Schnuller sollte dabei nicht gleich die erste Wahl zur Beruhigung des Babys darstellen. Es sollte überlegt werden, ob der Schnuller in dieser Situation gerade tatsächlich gebraucht wird. Grundsätzlich gilt, dass der Schnuller wie ein **Medikament** eingesetzt werden soll. Gerade in den ersten 4-6 Wochen wäre es vorteilhaft keine künstlichen Sauger zu verwenden.

Die Wahl des Ernährungssaugers (Flaschensauger)

Auch bei der Wahl des Flaschensaugers spielen Kriterien wie Größe, Beschaffenheit, Loch des Saugers, aber auch der richtige Umgang eine Rolle für die orofaziale Muskulatur. Um die Saugmuskulatur möglichst physiologisch zu beanspruchen, muss aus der Flasche gesaugt, und nicht getrunken, werden.

Wichtig ist, eine **große, breite Lippenauflage**. Eine breite Auflagefläche ermöglicht eine ähnliche Lippenauflage bzw. ähnlich weite Kieferöffnung wie beim Stillen. Der Flaschensauger sollte ein **langes, rundes und mög-**

lichst flexibles Saugteil („saugnip-pelförmig“) aufweisen, damit sich der Sauger möglichst der Mundhöhle anpassen kann. **Samtige oder hautähnliche Oberflächen** bieten den Lippen einen besseren Halt als glatte Oberflächen. Ein **kleines Saugerloch** ist von großer Bedeutung, da dadurch ein langsamer Nahrungsfluss und ein physiologischeres Saugen ermöglicht wird. Je größer das Saugerloch, desto größer die Gefahr eines unphysiologischen Saugmusters und Verschluckens. Auch bei Verwendung eines Flaschensaugers gilt, auf einen **verantwortungsvollen Umgang** zu achten und auf die **individuellen Bedürfnisse** des Babys einzugehen. Das Kind sollte gut mit dem Sauger zurechtkommen. Die Flasche sollte nicht zweckentfremdet einem habituellen Gebrauch dienen, d.h. als Nuckelflasche fungieren. **Materialtechnisch** ist auch hier Latex (weil meist **flexibler**) gegenüber Silikon zu bevorzugen.

Paced bottle feeding

Sollten sich Eltern für die Ernährung mit der Flasche entscheiden, kann sich auch hierbei einiges vom Stillen abgeschaut werden. Wie beim Stillen kann auch beim Füttern mit der Flasche auf **Hautkontakt und Körperkontakt, Flaschenmahizeit nach Bedarf, Blickkontakt und Seitenwechsel** geachtet werden. Der Sauger sollte nicht erzwingenmaßen in den Mund des Babys geschoben werden. Besser ist es vorher die **Lippen des Babys zu berühren und abzuwarten** bis das Baby selbst anfängt zu saugen. Außerdem sollte die Flasche leicht **waagrecht** gehalten werden, damit die Nahrung möglichst langsam fließt und das Kind aktiv saugen muss.

Auswirkungen beim Gebrauch künstlicher Sauger

Künstliche Sauger, egal ob Flaschensauger oder Schnuller stellen immer einen Fremdkörper im Mund des Kindes dar und können daher auch negative Auswirkungen mit sich bringen.

Künstliche Sauger können Auswirkungen auf das Stillen bzw. **Saugverhalten** haben. Gerade in den ers-

ten Tagen nach der Geburt (bzw. auch später) können Schwierigkeiten beim Saugen durch häufigen Wechsel der Saugmöglichkeiten entstehen. In weiterer Folge zeigen sich Wunde Mamillen, Frustration an der Brust, Verweigerung/Ablehnung der Brust, ineffektive/schwache Saugbewegungen etc. Weiters können Probleme bei der **Etablierung der Milchmenge** auftreten, da auch die **Stillzeichen** häufig nicht rechtzeitig erkannt werden. Dadurch kann auch die **Gewichtsentwicklung** des Babys beeinträchtigt werden.

Aus logopädischer Sicht wird häufig eine **myofunktionelle Störung** (peri- oder intraorales Muskelungleichgewicht) in Zusammenhang mit künstlichen Saugern beschrieben, mit Symptomen wie Hypotonie der Lippen, inkompletter Lippenschluss, Mundatmung, unphysiologische Zungenruhelage, inkorrektes Schluckmuster etc. In der Zeit der Sprachentwicklung können zusätzlich durch den Einsatz eines Schnullers während des Sprechens Probleme bei der Aussprache auftreten und hartnäckige Lautbildungsfehler zur Folge haben. Der Einsatz von künstlichen Saugern wird auch in Zusammenhang mit einem erhöhten Risiko von **Mittelohrentzündungen** gesehen.

Kommunikation

Es gibt unterschiedliche Gründe, warum eine Mutter sich gegen das Stillen entscheidet und alternative Ernährungsformen wählt. Für uns als Stillberater*innen mögen manche Beweggründe nicht immer nachvollziehbar sein. In der Kommunikation sollte trotz allem auf einen wertschätzenden Umgang geachtet werden, um den bereits verunsicherten Eltern nicht zusätzlich ein schlechtes Gewissen zu machen. Es ist wichtig auch diese Familien gut zu begleiten, aufzuklären und alle Informationen bezüglich Schnullergebrauch und Füttern mit der Flasche bereitzustellen.

Carina Mikula, IBCLC

Ethischer Einsatz

Verwendung von Stillhilfsmittel aus ethischer Sicht

Stillhilfsmittel sind eigentlich dazu gedacht, bei speziellen, schwierigen Situationen ein weiteres Stillen oder die Ernährung mit Muttermilch zu gewährleisten. Dennoch kann ein unkritischer und übermäßiger Einsatz solcher Produkte unter Umständen genau das Gegenteil bewirken und das Stillen erheblich stören oder gar vorzeitig beenden.

In der Globalen Strategie zur Säuglings- und Kleinkinderernährung hält die WHO fest:

1. Wahl der Säuglingsernährung ist Stillen direkt an der Brust
2. Wahl die Gabe von Muttermilch
3. Wahl die Gabe von Frauenmilch
4. Wahl die Gabe von künstlicher Säuglingsnahrung

Ziel jeder Stillberatung sollte es sein, Mutter und Kind darin zu unterstützen,

die für sie bestmögliche und denkbare Option zu erreichen.

Bevor ein Hilfsmittel empfohlen oder eingesetzt wird sollten wir uns einige Fragen stellen:

- Was ist die Ursache des vorliegenden Stillproblems?
- Lässt sich das Problem gegebenenfalls ohne Hilfsmittel lösen? - z.B. günstigere Stillposition, Information, Beratung und Begleitung, ...
- Welche möglichen Kosten und Nachteile bringt der Einsatz des Hilfsmittels mit sich, bzw. was verspricht man sich von einem Hilfsmittel? (Risikoabwägung)
- Wie lange wird das Hilfsmittel gebraucht oder könnte die Mutter vom Hilfsmittel auch abhängig werden (z.B. Pumpe oder Hütchen), bzw. welche Maßnahmen werden ergriffen, um möglichst bald direktes Stillen ohne Hilfsmittel zu ermöglichen?

Die unbegründete vorsorgliche Empfehlung oder Verteilung von Stillhilfsmitteln (Pumpen, Saughütchen, Wundauflagen, Flaschen, Sauger, ...) z.B. in der Geburts- oder Stillvorbereitung oder nach der Geburt ist kontraproduktiv und ethisch bedenklich.

Das heißt für die Praxis

Das Kind braucht auf jeden Fall ausreichend Nahrung um zu gedeihen!

Wenn möglich besser Frauenmilch als Säuglingsnahrung, denn jeder Tropfen Milch der eigenen Mutter (auch bei Zwiemilchernahrung) ist wertvoll, am besten an der Brust mit Stillhilfsmittel.

Ideal ist natürlich direktes Stillen ohne Hilfsmittel, allerdings mit der nötigen Information und Unterstützung.

Andrea Hemmelmayr, IBCLC

Stillgeschichte

... Das Brusternährungsset - Ein Erfahrungsbericht. Viel Freude beim Lesen!

Das Brusternährungsset (BES) lässt den Müttern mehr Spielraum für ihre Entscheidung Stillen ja oder nein

Als Hebamme und Stillberaterin habe ich so einiges an Erfahrung im Wochenbett auf der Geburtshilfestation sammeln können. Im Laufe der Jahre sah ich die Bereitschaft, das Baby zu stillen, steigen, da das Bewusstsein über den Wert der Muttermilch gewachsen und das Wissen über die gesundheitliche Wirkung des weißen Goldes auch im wissenschaftlichen Bereich un-

umstritten ist. Doch konnte ich auch beobachten, dass immer mehr Anfangsschwierigkeiten auf die frischgebackenen Mütter zukamen. Babys, die zwischen 34 und 36. SSW, die sogenannten „late preterm babies“, geboren wurden, Babys nach Sectio, Infektionen des Neugeborenen postpartum, Erkrankungen der Mütter, wie Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, aber auch Adipositas, um einige davon aufzuzählen, erschweren den Stillstart noch zusätzlich. Die Sorge um das Baby bezüglich Gewichtszunahme, als auch mangelnde Routine beim Stillen und Erschöpfung nach der Geburt sind zusätzliche Fakto-

ren, bei denen trotz starken Stillwunsches sich so manche Mama mit der Flaschenfütterung sicherer fühlt. Einmal damit begonnen führt des öfteren kein Weg mehr zur Brust zurück. Darum sind Stillhilfsmittel wie das Zufüttern mittels Fingerfeeder, Ernährungssonde oder Brusternährungsset (BES) eine Möglichkeit, Baby und Mama Zeit zu geben, das Stillen noch weiter zu führen. Es eröffnet mehr Möglichkeiten Stillmahzeiten beizubehalten und das Zufüttern an der Brust gibt dem Baby Liebe und Hautkontakt, ist praktisch eine Stillmahlzeit trotz Formulanahrung, da

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

Mail an: redaktion@stillen.at

Nächster Redaktionsschluss: 20.11.2023

Stillgeschichte

ja auch das Handling dem Handling während einer Stillmahlzeit entspricht.

Wie das Leben so spielt, hatte meine Schwiegertochter ein ähnliches Problem mit Elias, meinem Enkelkind. Diese Stillgeschichte möchte sie jetzt selbst erzählen.

Erfahrungsbericht

Das Brusternährungsset oder die Odyssee, wie ich zum Stillen kam, von Michaela R.

Stillen ist das Beste für Ihr Baby! Diesen Slogan kennen wohl die meisten und daran gibt's auch nichts zu rütteln. Immerhin hat sich die Versorgung unseres Nachwuchses mit Muttermilch über Millionen von Jahren durchgesetzt und bis heute gehalten. Außerdem empfiehlt das auch die WHO und die muss ja wissen, was gut ist. Aber Spaß beiseite: Was, wenn es mit dem Stillen einfach nicht klappt? Oder, und das ist mir passiert, wenn dir dein Kind nur Minuten nach der Geburt wieder aus den Armen gerissen wird, weil es an einer schweren Infektion leidet.

Endlich war er da, unser lang ersehnter kleiner Schatz! Als mir die Hebamme direkt nach der Geburt meinen neugeborenen Sohn auf die Brust legte, hatte ich Tränen der Freude in den Augen. In diesem Moment war ich auf eine überwältigende Art glücklich und erleichtert wie noch nie zuvor. Es war Liebe auf den ersten Blick und mir war sofort klar, dass ich alles für dieses kleine Bündel Mensch tun würde. Nach dem ersten Kennenlernen und der ersten Darmentleerung auf meinen Bauch wurde der kleine Mann erst einmal gewogen und gebadet. Zurück in meinen Armen versuchte die Hebamme ihn mir an die Brust zu legen.

Doch da begann bereits der Anfang vom (Still-)Ende, denn der kleine Mann atmete viel zu schnell und konnte einfach nicht an der

Brust trinken. Auch die weiteren Versuche blieben erfolglos. Irgendetwas stimmte also ganz und gar nicht, auch wenn mir das in diesem Moment noch nicht bewusst war. Kaum auf die Brust gelegt, wurde mir mein Kind also wieder abgenommen, nur um kurze Zeit später in einem Brutkasten mit gefühlt hundert Schläuchen und Kabeln versehen und einer Kinderärztin im Schlepptau wiederzukommen.

Abgesehen davon, dass in diesem Augenblick eine kleine heile Welt für mich zerbrochen ist, war es mir so auch unmöglich meinen Sohn zu stillen oder auch nur an die Brust zu legen.

Mein Mann und ich durften unseren Sohn kurz darauf auf der Neugeborenenstation besuchen, wo uns gesagt wurde, dass er an einer schweren Infektion litt und mit Antibiotika behandelt werden müsse. Jetzt war mir wieder zum Heulen, allerdings aus ganz gegensätzlichen Gründen. Auf meine anfängliche Euphorie folgte totale Ernüchterung.

In den folgenden Tagen wurde mein Kleiner zuerst mit einer Magensonde ernährt und bekam dann auf der Neugeborenenstation Säuglingsnahrung, um genug Energie für den Kampf gegen die Infektion zu haben. Da konnte ich mit meinen schlappen 4 ml Kolostrum, die ich anfangs mühselig mit einer Spritze von meiner Brust abzapfte, nicht annähernd mithalten. Ich stand also vor der Wahl, gänzlich darauf zu verzichten, mein Kind mit Muttermilch zu versorgen oder abzupumpen, damit er wenigstens die Muttermilch bekam, die ich hatte. Mein für mich selbstverständlicher Traum vom innigen Stillerlebnis war somit geplatzt. Zumindest vorerst. Erst einmal hieß es pumpen, pumpen, pumpen! Und das regelmäßig alle zwei Stunden, auch in der Nacht. So saß ich also nachts in meinem leeren Krankenzimmer ohne Baby, nur mit einem Handyfoto von ihm, und pumpte. Und dabei kam nichts heraus und das im wahrsten Sinne des Wortes. Kein Kolostrum, keine Muttermilch, nichts. Ich begann deshalb wieder, das

wenige an Kolostrum mit der Hand auszustreichen und mit einer Spritze aufzufangen. Das führte die ersten zwei Nächte dazu, dass meine Müdigkeit und meine Frustration stiegen, denn es wurde und wurde einfach nicht mehr. Weder mit der Pumpe, noch mit der Hand. Meine Brüste hingegen wurden immer praller und härter und schmerzhafter. Nach zwei Tagen und Nächten ohne nennenswerte Ausbeute und einer Kinderschwester, die meinte, wenn ich mich jetzt mit dem Pumpen nicht ranhalten würde, hätte sich das mit dem Stillen erledigt, kam meine Schwiegermutter, ihres Zeichens Hebamme und Stillberaterin, vorbei. Eine ausführliche Brustmassage und das richtige Pumpprogramm später war es endlich soweit: die erste Milch floss und das nicht einmal zu knapp, denn meine Brüste waren vom Milchstau bereits steinhart und brennend heiß gewesen. Ein Problem war somit gelöst. Voller Euphorie, dass endlich Milch floss, machte ich mich nach dem Pumpen wieder auf zu meinem kleinen Schatz, nur um enttäuscht festzustellen, dass dieser zwar endlich keine Schläuche mehr im Gesicht hatte, aber bereits so an die Flasche gewöhnt war, dass er nicht wusste, was er mit der Brust anfangen sollte. Das Ganze ging sogar so weit, dass, sobald ich versuchte, ihm die Brust zu geben, er vor Zorn zu brüllen anfang und knallrot anlief. Dazu kam, dass er auch beim Flaschentrinken keinen ordentlichen Saugschluss schaffte, weil er immer seine Unterlippe miteinsaugte. Meine Hebamme und meine Schwiegermutter probierten alle Tricks, vom Stillhütchen bis zu einer Spritze mit Schlauch, der an die Brust geklebt wird.

Aber Stillen? Fehlanzeige! Schon wieder! Es hieß also weiter abpumpen und ihm die Muttermilch plus Säuglingsnahrung mit dem Fläschchen füttern. Denn meine Milchmenge reichte bei weitem nicht aus, um ihn ausreichend zu versorgen.

Stillgeschichte

Nach einer Woche im Krankenhaus durften wir endlich nach Hause. Mein Mann musste am Tag zuvor noch sämtliches Zubehör für Flaschennahrung besorgen, denn für diesen Fall waren wir gänzlich unvorbereitet. In meiner ahnungslosen Naivität hatte ich es nämlich nicht einmal in Betracht gezogen, dass ich mein Kind vielleicht gar nicht stillen kann. Etwas anderes kam für mich auch gar nicht infrage, denn Stillen ist ja bekanntlich das Beste für Ihr Baby. Aber meistens kommt es anders als man denkt, und mit einer geliehenen Milchpumpe konnte ich zu Hause immerhin weiter Muttermilch abpumpen. Außerdem probierte ich es weiter mit dem Stillhütchen und dank tatkräftiger Unterstützung meines Mannes auch mit Spritze und Schlauch. Das war alles andere als einfach und schon gar nicht stressfrei und entspannend, was sich wiederum negativ auf meine Milchbildung auswirkte. Immer wieder lief meinem Sohn die abgepumpte Milch, die wir ihm mühsam mit dem Schlauch fütterten, einfach aus dem Mund, weil er nicht wusste, wie er an der Brust saugen muss. Hinzu kam, dass er von der überstandenen Infektion immer noch so erledigt war, dass er die meiste Zeit schlief und alle paar Stunden zum Essen geweckt werden musste, da er sich nicht von alleine meldete.

Meine Schwiegermutter schlug als nächstes die Verwendung eines Brusternährungssets (fortan kurz BES) vor, da dieses schon so mancher Mama geholfen hatte, ihr Kind wieder oder erstmals an die Brust zu bringen. Wie darf man sich dieses Hilfsmittel vorstellen? Das Set besteht aus einem flachen Behälter, an dessen oberem Ende ein Loch für einen Karabiner mit Kette ist. Verschluss wird das Ganze mit einem Schraubverschluss, in dem ein Einsatz mit zwei Schläuchen angebracht wird. Diese Schläuche gibt es in drei unterschiedlichen

Dicken (leicht, mittel, schwer). Die Muttermilch oder Säuglingsnahrung kommt in den Behälter, dieser wird zugeschraubt kopfüber um den Hals der Mutter gehängt und die Schläuche werden an der Brustwarze festgeklebt, sodass das Kind Brust und Schlauch in den Mund nehmen muss. Die Schläuche können bei Bedarf abgeklemmt werden. So kann die Mutter selbst, ohne große Schwierigkeiten, bestimmen, ob und wie viel zusätzliche Milch durch den Schlauch in den Kindermund rinnt. Ich vergleiche das Brusternährungsset scherzhaft gern mit einem Bernhardiner-Fass. Es ist zwar kein lebensrettender Alkohol drinnen, dafür aber lebensspendende Muttermilch. Zugegeben, die Handhabung erfordert ein bisschen Übung. Es ist gar nicht so leicht das Kind richtig zu halten, es richtig andocken zu lassen und darauf zu achten, dass es den Schlauch ebenfalls im Mund hat, dann die Schläuche passend zu öffnen oder abzuklemmen, etc.

Bewaffnet mit Stillhütchen, hautfreundlichem Klebeband und Brusternährungsset schritt ich also zur Tat und versuchte meinem Sohn doch noch das Trinken an der Brust schmackhaft zu machen. Ohne Stillhütchen ging schon einmal gar nichts, aber immerhin nahm er jetzt, wo ausreichend und schnell Milch floss, die Brust wenigstens in den Mund, ohne mich anzuschreien und wild zu zapeln. Ein erster Erfolg. Zuerst probierten wir das BES nur einmal am Tag, für mehr hatte er keine Energie. Denn selbst wenn die Milch von alleine in seinen Mund rann, strengte ihn das Saugen so an, dass er nach ein paar Minuten einschlieft.

Dann musste er wieder aufgeweckt und erneut zum Trinken animiert werden. Anfangs hatten wir uns eine Zeitspanne von etwa einer Stunde gesetzt, um die Dauer einer Stillmahlzeit nachzuahmen. In diesen 60 Minuten schaffte er es aber kaum 30 ml zu sich zu nehmen. Hinzu kam, dass er ständig mit den Händen an den Schläuchen riss und die mühsam ab-

gepumpte Muttermilch dadurch irgendwohin rann, nur nicht in seinen Mund. Die Schläuche dann aus seinem eisernen Griff zu befreien, war ebenso eine Herausforderung.

Außerdem zerkratzte er immer wieder meine Brüste mit seinen scharfen Fingernägeln, weil er krampfhaft versuchte, sich daran festzuhalten. Das Klebeband tat sein Übriges, um meine Brust weiter in Mitleidenschaft zu ziehen, da es beim Abziehen schmerzhaft rote Rückstände hinterließ. Es war also von Anfang bis Ende ein Kampf. Er gegen die Schläuche und meine Brust, ich gegen seine Hände und seine Müdigkeit, da er immer noch alle paar Minuten einschlieft. Nach einer Stunde waren meine Brüste zerkratzt, voller brennender Hautirritationen und immer noch prall von all der Milch. Mein Sohn hingegen war immer noch quengelig und hungrig, weil er sich zu wenig von der Brust holte. Von einem harmonischen Stillerlebnis also weit und breit keine Spur. Es musste somit wieder die Flasche und die Säuglingsnahrung (ich hatte und habe leider nicht genug Muttermilch) her, damit er seine tägliche Trinkmenge erreichte. In der Nacht fiel das BES ohnehin weg, da es im Liegen nicht zu verwenden ist und, ich will ehrlich sein, ich in der Nacht zusätzlich zum zweistündlichen Abpumpen nicht die Energie habe, mich eine Stunde mit ihm hinzusetzen.

Mehr als einmal war ich von all dem so frustriert, dass ich kurz davor war, das BES und das Abpumpen generell bleiben zu lassen. Dann wäre er eben ein Flaschenkind! Was soll's!

Hunderttausend andere Kinder sind so auch groß geworden! Aber das brachte ich dann doch nicht über mich, immerhin ist Muttermilch das Beste für mein Baby. Und ich verwende hier absichtlich nicht das Wort „stillen“, denn davon war

Stillgeschichte

ich so weit entfernt wie die Erde vom Mars. Aber wenn ich schon nicht stillen konnte, dann doch wenigstens weiter abpumpen.

Die Hoffnung stirbt ja bekanntlich zuletzt, also raffte ich mich jeden Tag erneut auf, auch das BES zu verwenden. Und siehe da, in winzigen Schritten wurde es langsam besser. Er begann immer fleißiger am Stillhütchen zu saugen. Zwar wie an einem Strohhalm, aber immerhin. Zwischendurch schaffte er sogar eine ganze Mahlzeit ohne BES. Die Euphorie war groß! Umso größer war die Enttäuschung, als er davon in den nächsten Tagen nichts mehr auf die Reihe bekam und wir gefühlt wieder bei Punkt Null starten. Wieder war meine Motivation am Boden und mein Frustrationslevel so hoch, dass ich alles hinschmeißen wollte. Meinem Sohn die Muttermilch nur wegen ein paar Rückschlägen vorzuenthalten, konnte ich dann doch nicht mit meinem Gewissen vereinbaren. Ich machte also wieder einmal weiter.

Nach zwei Wochen zu Hause kam die nächste Katastrophe auf uns zu: der infektionsbedingte Windelsoor, den mein kleiner Mann aus dem Krankenhaus mitgebracht hatte, hatte sich auf seinen Mund ausgebreitet und somit auch auf meine Brustwarzen.

Diese waren mittlerweile knallrot, brannten beim Anlegen und Trinken wie Feuer und juckten so stark, dass ich nur noch mit nackten Brüsten herumlaufen konnte, weil an Kleidung nicht zu denken war. Ein weiterer Nebeneffekt des Pilzbefalls war, dass meine Brustwarzen so empfindlich wurden, dass jede Berührung dermaßen wehtat, dass ich am liebsten jedes Mal in Tränen ausgebrochen wäre. Die Kinderärztin verschrieb uns daher eine orale Pilzcreme, die wir mehrmals täglich auf meiner Brust und in seinem Mund auftragen mussten. Die Creme klebt allerdings dermaßen, dass wir sie im Endeffekt über-

all hatten. Die Handhabung des BES in Kombination mit der Creme wurde auch nicht einfacher, denn das Klebeband klebte dadurch schlechter und das Stillhütchen rutschte noch mehr als ohnehin schon.

Wieder stieg die Frustration. Reichte es nicht, dass mein Kind nicht an der Brust trank und alles bereits mühsam genug war? Offensichtlich nicht, denn zu all den bisherigen Hürden kam nun noch dazu, dass sämtliche Stillhütchen, Fläschchen, Pumpenteile und natürlich auch das BES nach jeder Benutzung sterilisiert werden mussten. Wieder einmal war Durchhalten angesagt. Und auch hier möchte ich ehrlich sein, es war wirklich sehr schwer und hat einiges an Überwindung gekostet, weiterzumachen. In der ersten Woche, in der mein Mann wieder arbeiten musste, hatte ich mehr als einen Zusammenbruch, weil ich den ganzen Tag von einem Zimmer zum nächsten gehetzt bin, um alles alleine auf die Reihe zu bekommen. Außerdem schläft mein Kleiner nur im Tragetuch und das auch nur, wenn ich ständig in Bewegung bleibe. Für Pausen oder gar ein Schläfchen blieb da keine Zeit, was mich körperlich und seelisch an meine Grenzen brachte. Ich musste mir erst mühsam eine neue Routine aneignen, um bei all dem Stress nicht zusammenzubrechen. Denn mein Kind immer zum Schlafen zu zwingen, nur um alles andere erledigen zu können, wollte ich um keinen Preis. Immerhin sollte bei all dem noch Zeit für kognitive Förderung und natürlich zum Spielen bleiben, denn endlich hatte er auch einmal längere Wachphasen.

Zum Glück waren bei meinem Sohn Mund- und Windelsoor bereits nach zwei Wochen verschwunden. Nach fünf Wochen Schmierien wurden auch meine Brustwarzen endlich besser.

Nachdem die Stillversuche mit dem dicksten Schlauch des BES bereits gut klappten und mein Kind nach einer Stunde saugen, nuckeln und dösen satt war, entschied ich mich,

nach einiger Zeit auf die mittleren Schläuche umzusteigen. Das entpuppte sich jedoch als weiterer Fehlschlag, denn jetzt waren wir wieder bei Punkt Null angelangt und es ging gar nichts mehr. Zweimal saugen und er war so erledigt, dass er einfach hungrig einschlief. Wieder ging das Spielchen von vorne los: Anlegen, Schläuche öffnen, saugen, einschlafen, Schläuche einklemmen, Kind aufwecken, Brust wechseln, Schläuche umkleben, Stillhütchen wechseln, Schläuche wieder öffnen, saugen, einschlafen, usw. Warum versteht er einfach nicht, wie das Trinken an der Brust funktioniert? Wieder Frust und Tränen auf beiden Seiten.

Derweil hatte doch alles schon so gut funktioniert; fast als würde ich meinen Sohn richtig, wenn auch mit zusätzlicher Hilfe, stillen. Immerhin meldete sich der Kleine jetzt auch schon von selbst, wenn er hungrig war. Außerdem hatte ich die drei täglichen „Stillmahlzeiten“ mittlerweile ins Herz geschlossen, da ich so ausgiebig mit meinem kleinen Schatz kuscheln und ein wenig „Säuglings-Normalität“ genießen konnte. Davon war mit den neuen Schläuchen aber nichts zu spüren. Wieder war ich so frustriert und verzweifelt, dass ich alles bleiben lassen wollte. Am nächsten Tag nahm ich das BES doch wieder zur Hand, denn ich konnte und wollte mich doch noch nicht von der Vorstellung verabschieden, mein Kind irgendwann richtig stillen zu können. Außerdem: Muttermilch ist das Beste für mein Baby, und es reichte nur ein Lächeln meines süßen Wunders, um es doch noch einmal zu versuchen.

Manches Mal ist ein Rückschritt wohl doch ein Fortschritt, also beschloss ich, wieder auf die dicksten Schläuche zu wechseln. Siehe da, alles war wie vorher; er trank, ich genoss die entspannte Zusammenarbeit. Auch meine Brustwarzen wurden zeitgleich gerade besser. Endlich einmal ein Lichtblick!

Stillgeschichte

Als ich nach fast zwei Monaten mit BES während einer Mahlzeit wieder einmal die Brustseite wechselte, bekam mein Sohn, der ungeduldig nach mehr Milch schnappte, die Brustwarze ohne Stillhütchen in den Mund. Im ersten Moment wirkte er überrascht, als würde er denken:

„Was ist das jetzt?“ Bis zu diesem Zeitpunkt hatte ihn die Brust ohne Stillhütchen nämlich nicht interessiert. Jeder Versuch, sie ihm so in den Mund zu stecken, war kläglich gescheitert. Nach etwa zehn Sekunden ließ er die Brust zwar wieder los, aber ein weiterer Schritt war getan. Es dauerte noch weitere zwei Wochen, in denen ich ihm die Brustwarze ohne Stillhütchen immer wieder zum Saugen anbot, bis er wirklich einmal an ihr trank. Zwar nur für einen kurzen Moment, aber er wusste jetzt zumindest, dass es hier auch einen direkten Milchzugang gab. Das gab mir wieder Hoffnung und ich startete den Versuch, das BES, so wie es eigentlich gedacht ist, an der Brustwarze zu befestigen und ihn direkt von der Brust trinken zu lassen. Zuerst nur für ein paar Minuten während der Mahlzeiten. Für mehr reichte seine Geduld und Energie nicht aus.

Jetzt, zehn Wochen nach seiner Geburt, sind wir immerhin schon

soweit, dass er mit und dank des BES eine ganze Mahlzeit ohne Stillhütchen direkt von der Brust zu sich nehmen kann. Im Liegen trinkt er sogar schon für einige Minuten ganz ohne zusätzliche Hilfe. Endlich hat sich die ganze Mühe und das Durchhalten ausgezahlt und ich komme einem echten Stillerlebnis so nahe wie nie zuvor. Noch – oder vielleicht nie – ist alles eitel Wonne. Es gibt immer wieder Rückschläge (manches Mal selbst von einer Mahlzeit zur nächsten) und frustrierende Momente (er reißt immer noch an den Schläuchen und zerkratzt mich, wenn auch nicht mehr ganz so oft). Und ja, ich habe zwischenzeitlich noch immer das Gefühl, dass wir das Stillen betreffend immer wieder auf Stelle treten, aber trotzdem:

Ohne BES und die stetige Motivation und den liebevollen Rückhalt durch meinen Mann – ich bin ihm dafür unendlich dankbar – hätte ich bestimmt schon längst aufgegeben und mein Sohn wäre bereits ein reines Flaschenkind. So bleibt mir doch die Hoffnung, dass er es eines Tages schaffen wird, nicht nur eine, sondern jede Mahlzeit ohne Hilfsmittel von meiner Brust zu trinken. Und ich? Ich pumpe, pumpe und pumpe weiter, denn Muttermilch (wenn auch nicht ausreichend) ist das Beste für mein Baby! Und zu sehen, wie gut sich mein Sohn entwickelt und welche

Fortschritte er tagtäglich macht, rührt mich immer wieder auf's Neue zu Tränen und lässt mich weiter durchhalten. Denn egal, wie schwer es mir oft fällt und egal, wie frustriert ich deshalb bin, er ist all die Mühe wert.

Was bleibt mir abschließend noch zu sagen? Nicht viel, außer ein Appell an alle Mütter, denen es vielleicht so ähnlich oder schlimmer geht: Halt durch, bleibt dran und egal, was passiert, genießt die Zeit mit eurem Kind.

Bei seinem ersten Ausflug zum Heurigen mit 4,5 Monaten trank Elias spontan an der Brust, was uns alle überraschte. Nicht zuletzt hat auch eine Craniosakral Therapie geholfen, Blockaden beim Trinken zu lösen. Elias trinkt derzeit nachts nur von der Brust und wird tagsüber mit Flasche oder mit dem BES 3-4x mit Formulanahrung oder Muttermilch zugefüttert. Auch wenn dieser Weg nicht einfach ist, ist es für so manche Mama und ihr Baby eine Möglichkeit ihrem Baby Muttermilch und Stillmahlzeiten für längere Zeit zu ermöglichen und nicht sofort nach der Geburt frustriert aufgeben zu müssen, weil das Baby die Brust verweigert.

„Give Nursing a chance!“





VSLÖ

01.03.2024, Webinar zu oralen Restriktionen

06.06.2024 abends, VSLÖ-Webinar
„Lange Nacht des Stillens“

18. – 19.10.2024, Stillfachtagung Salzburg

November 2024, Webinar
„Basisschulung – Kurzes Zungenband“

VSLÖ-Regionaltreffen

Wien: 14.11.2023, Kontakt: Corina Zaloha,
kontakt@neugeborenen.at

NÖ Süd: 16.11.2023, Kontakt: Brigitta Weidlich,
brigitta.weidlich@yahoo.de

Salzburg: 30.11.2023, Kontakt: Teresa Garzuly-Rieser,
t.garzuly@salk.at

Tirol: 21.11.2023, Kontakt: Isabelle Dietrich,
isabelle.dietrich@azw.ac.at



Angebote des Europäischen Institutes für Stillen und Laktation:

BASISSEMINARE ÖSTERREICH

Basisseminar Innsbruck:

Teil 1: 12. – 13.03.2024, Teil 2: 10. – 11.05.2024, Teil 3: 15. – 16.05.2023

Stillzeit Steiermark: Teil 1: 20.03.-22.03.2024, Teil 2: 16. – 18.04.2024

Stillbeginn Wien: 24. – 27.06.2024

Stillzeit Wien: Teil 1: 09. – 11.10.2024, Teil 2: 13. – 15.11.2024

STILLWISSEN ONLINE FÜR ÄRZT:INNEN (1TÄGIG)

09.09.2023, 16.12.2023, 06.04.2024

SEMINARREIHE INTENSIV – QUALIFIKATION FÜR IBCLC ÖSTERREICH

Seminarreihe INTENSIV Wien-Gröbming 2024/2025:

Seminar 2: 24.09. – 27.09.2024 Gröbming

Seminar 3: 21.01. – 24.01.2025 Wien

Seminar 4: 01.04. – 04.04.2025 Gröbming

Online-Tag 1: 22.10.2024

Online-Tag 2: 25.02.2025

SEMINARREIHE INTENSIV INNSBRUCK 2024/2025:

Seminar 2: 02.12. – 05.12.2024 Innsbruck

Seminar 3: 19.03. – 22.03.2025 Innsbruck

Seminar 4: 03.06. – 06.06.2025 Innsbruck

Online-Tag 1: 17.12.2024

Online-Tag 2: 09.04.2025

PRAXISTAG

Linz (Ö) 10.11.2023: Aufbau, Organisation und Leitung von Stillgruppen

München (D) 24.11.2023: Begleitung von Frauen mit postpartalen Stimmungskrisen und Hilfe zur Unterstützung der Bindungs- und Stillfähigkeit

ONLINEFACHTAG 29.11.2023

WEBSEMINARE

12.10.2023: Das Mastitis-Spektrum – ein Thema in der Stillberatung

13.10.2023: Sternenkinder

07.11.2023: Wenn Beratungen schwierig werden

BRUSH-UP KURS

Gröbming (Ö): 07. – 08.05.2024

Online: 05. – 06.09.2024

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

... Fortsetzung von Seite 11

Lasertherapie

Die Lasertherapie scheint ebenfalls eine wirkungsvolle Ergänzung zu sein. Viele Frauen berichten über Linderung ihrer Schmerzen, wenngleich es bisher keine wissenschaftlichen Untersuchungen in Form von Doppelblindstudien gibt, die diese Aussagen bestätigen. Hersteller versprechen eine bessere Durchblutung und beschleunigte Zellteilung. Entzündungen werden gehemmt, sowie Lymphe rascher abtransportiert. Die Energieabgabe sollte 3–4 Joule pro cm² mit einer maximalen Gesamtdosis von 15 Joule/cm² (entspricht etwa 3–5 Sitzungen) pro Tag statt.

Natalie Groiss, IBCLC

Quellen:

• <https://www.stillen-institut.com/de/wunde-mamillen-in-der-stillzeit.html>

• Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung (BfRS3-Leitlinie: Therapie entzündlicher Brusterkrankungen in der Stillzeit aktueller Stand: 02/2013)

• Protz, Kerstin: Moderne Wundversorgung, 2019 und 2022

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

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,

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 AutorInnen zu redigieren und zu kürzen. Namentlich gekennzeichnete Artikel spiegeln nicht zwingend die Meinung der Redaktion wider. Satz- und Druckfehler vorbehalten!