



VSLÖ

Winter 2022

Verband der Still- und Laktations-
beraterInnen Österreichs IBCLC

news

Elisa Steiner
ist neue VSLÖ-
Präsidentin.
Wir gratulieren!



© Adobe Stock

FUNKTION

Die Schilddrüse beeinflusst zahlreiche Körperfunktionen, so auch Schwangerschaft und Postpartalperiode

DANK

an Anita Schoberlechner
für acht Jahre
ehrenamtliche Arbeit
als VSLÖ-Präsidentin

INTUITION

Das intuitive Stillen braucht Vertrauen in die mütterliche Intuition und die kindlichen Reflexe

„Lass den Anfang mit dem Ende sich in Eins zusammenziehn!“ (Johann Wolfgang von Goethe)

Nach 8 Jahren ehrenamtlicher Arbeit als Präsidentin für den VSLÖ habe ich mich entschlossen, den Vorsitz abzugeben.

Mein Blick zurück erfüllt mich mit Stolz. Wir haben in den letzten Jahren moderne Techniken einfließen lassen und mit Methoden der Organisationsanalyse, Intervisionen, der RACI-Matrix, die wir gleich zur RAMCI umgetauft hatten, versucht, für die Vorstandsgruppe und alle weiteren MitarbeiterInnen im VSLÖ die Aufgabenbereiche zu definieren und unsere Zeit „effizienter“ zu planen. Wir haben als Vorstand vieles umgestellt und probiert, wie zum Beispiel unsere neuen Arbeitsgruppen „PR-Team“ und „AG Fortbildungen“. Das waren wichtige Schritte, da ehrenamtliche Arbeit mit **Einsatz von Zeit und Herz** verbunden ist und neben Familie und Job Freude machen soll!

Corporate Identity und Design, die Neuerstellung der Homepage, die Aktivierung der Social-Media-Kanäle auf Facebook und Instagram waren und sind entscheidend, um nicht nur Fachpersonal, sondern auch (werdende) Eltern zu erreichen. Mit der Stillscheibe und dem Entwicklungskalender konnten wir **wichtige Tools für die Stillberatung** entwickeln.

Mein Blick geht nicht nur zurück auf „wunderbare Jahre“, die nächsten VSLÖ-Projektideen wie die Weltstillwoche 2023 uvm. stehen ins Haus und wollen umgesetzt werden.

Allen voran darf ich weiterhin im VSLÖ als Schriftführerin-Stellvertreterin und in der AG Fortbildungen tätig sein und den VSLÖ in der Arbeitsgruppe KISS Kinder, Schwangere und Stillende im Ministerium vertreten; mit dem großen Ziel: **„Österreich wird stillfreundlicher“**.

Mein großes **DANKE** geht an alle im VSLÖ, an alle meine Wegbeleiterinnen und Wegbeleiter und natürlich an meine Familie und Freunde, ohne deren Unterstützung diese Arbeit – mit gutem Gewissen – nicht möglich wäre!

Alles Liebe, Anita Schoberlechner
Ehemalige Präsidentin des VSLÖ (2014 - 2022)



Liebe VSLÖ-Mitglieder, Leserinnen und Leser,

als neue VSLÖ-Präsidentin trete ich in große Fußstapfen.

Anita und das VSLÖ-Team haben in den letzten Jahren mit ihrer

ehrenamtlichen Arbeit viel für die Stillförderung in Österreich bewegen und bewirken können.

Das Fortbildungsangebot für StillberaterInnen wurde mit dem Webinar-Format ergänzt und fand ebenso positiven Anklang, wie mehrere online Stillfachtagungen und Workshops zu <Erste Hilfe> und <Das zu kurze Zungenband>. Zusätzlich wurde das VSLÖ-Angebot mit dem Webinar <Lange Nacht des Stillens> erweitert.

Nach der Stillfachtagung in Graz <#StillenGraz2022>, dem lebendigen Austausch und Netzwerken, sowie der Generalversammlung fühle ich mich bestärkt und motiviert für die kommende Zusammenarbeit mit den VSLÖ-Teams und dem Vorstand. Ich freue mich auf die gemeinsame Fortbildungsorganisation, wie auch auf das zukünftige Vernetzen und den wertvollen Austausch unter KollegInnen! Es ist eine Bereicherung für meine Arbeit, meiner Leidenschaft für das Stillen auf diesem Wege nachgehen zu können, um gemeinsam das Stillen in Österreich zu fördern.

Jahres-Vorschau

Für Fachkräfte im neonatologischen Intensivpflege-Bereich gibt es immer wieder große Herausforderungen in der Still-Begleitung von Frühgeborenen und kranken Säuglingen. Wir hoffen mit dem Webinar <Neonatologische Stillfachtagung> ein Format geschaffen zu haben, dass vielen von Ihnen in dieser Hinsicht nützlich sein wird und freuen uns auf einen regen Austausch.

Außerdem freue ich mich den VSLÖ – Stillkongress Wien im Herbst mit 30-jährigem Jubiläum ankündigen zu dürfen. Neben einer Buch-Präsentation und der 30-Jahre-Feier erwarten uns abwechslungsreiche Vorträge von Gabriele Nindl, Liane Emmersberger, Veronika Langenberg und vielen mehr.

Und zu guter Letzt möchte ich ein riesiges Dankeschön an das gesamte VSLÖ-Team für die top Organisation der bisherigen Fortbildungen und an das Redaktionsteam aussprechen, das uns in gewohnt hervorragender Qualität Vorträge der Veranstaltungen in dieser Ausgabe zusammengefasst hat.

Ich wünsche allen Mitgliedern des Verbandes, dem VSLÖ-Team und allen weiteren Leserinnen und Lesern ein erfüllendes und gesundes neues Jahr 2023!

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

Die Schilddrüse & ...

ihre Wirkung auf Schwangerschaft und Postpartalperiode

Nach einem Vortrag von Univ. Doz. Dr. Georg Zettingin

Die Schilddrüse und ihre Funktion hat große Auswirkungen auf unseren Stoffwechsel, das Wachstum und die Reifung des Körpers und ist an zahlreichen Körperfunktionen beteiligt. Folgerichtig spielt die Schilddrüsengesundheit auch in der reproduktiven Phase eine wichtige Rolle, sowohl für die mütterliche als auch für die kindliche Gesundheit.

Sieht man sich die Beschwerden bei einer Unter- oder Überfunktion an, dann bietet sich ein sehr breites Bild – es ist für jeden was dabei.

Unterfunktion: Patient ist müde, antriebslos, der Herzschlag ist verlangsamt, es treten Zyklusstörungen auf, die Fruchtbarkeit ist herabgesetzt, Gewichtszunahme trotz geringer Kalorienaufnahme, trockene Haut, träge Verdauung, Kältegefühl, grippeartiges Krankheitsgefühl, Haarausfall. Das Problem – die Symptome sind teilweise sehr, sehr individuell und sehr unterschiedlich ausgeprägt.

Überfunktion: Hier sind die Symptome meist genau umgekehrt. Das Herz schlägt schneller, Patienten leiden unter Bluthochdruck, schlafen schlecht, die Schilddrüse ist vergrößert, die Haut ist warm und trocken, eventuell zeigen sich typische basedow'sche Glotzaugen. Auch hier gibt es Zyklusstörungen und die Fruchtbarkeit ist verringert. Man kann relativ viel essen und nimmt dennoch ab. Es kann zur Osteoporose kommen, Betroffene haben häufigen Stuhlgang, zittern, schwitzen, klagen über innere Unruhe. Patienten mit einer Schilddrüsenüberfunktion sind körperlich und emotional nicht belastbar bzw. emotional leicht verletzbar.

Es gibt verschiedene Tests und Untersuchungen, mit denen die Funktion und Beschaffenheit der Schilddrüse überprüft werden kann:

Tastuntersuchung – es lassen sich Vergrößerungen oder Knoten ertasten

Blutuntersuchungen

Thyroidea stimulierendes Hormon (TSH) ist ein von der Hirnanhangsdrüse ausgeschüttetes Hormon. Anhand des TSH lassen sich Störungen der Schilddrüse sehr früh erkennen. Erhöhte TSH-Werte weisen auf eine Unterfunktion, erniedrigte Werte auf eine Überfunktion hin.

Freies Trijodthyronin (ft3) und freies Thyroxin (ft4): Weicht der TSH Wert ab, dann ist es auch wichtig, T3 und T4 zu bestimmen. Ein großer Teil der Schilddrüsenhormone ist jedoch an Eiweiße gebunden. Wirksam sind aber nur die freien Schilddrüsenhormone, deshalb werden heute nur ft3 und ft4 gemessen („f“ steht für „frei“). Erhöhte Werte der freien Schilddrüsenhormone weisen auf eine Überfunktion, zu niedrige Werte auf eine Unterfunktion hin.

Antikörper: werden vom Immunsystem irrtümlicherweise gegen die Schilddrüse produziert, sie weisen auf mögliche Ursachen hin:

So verursachen TPO-Antikörper eine chronische Entzündung der Schilddrüse, das Krankheitsbild der Hashimoto Thyreoiditis (nach anfänglicher Überfunktion kommt es zur dauerhaften Unterfunktion der Schilddrüse).

TRACK Antikörper gegen den TSH-Rezeptor, hier gibt es stimulierende und teilweise blockierende Funktionen, leider kann man diese nicht gut auseinanderhalten. Bei einer stimulierenden Funktion kommt es zu einer Überproduktion der Schilddrüse

mit dem Vollbild des Morbus Basedow. Diese Antikörper passieren bei der Schwangeren die Plazenta und stimulieren das Kind auch mit.

Ultraschalluntersuchung: Zeigt sehr gut die Morphologie und Struktur der Schilddrüse, Vergrößerungen, Knoten oder Zysten sind hier gut erkennbar.

Szintigraphie: Hier wird der Patientin ein schwach radioaktives Medikament i.v. verabreicht, das wird so wie Jod in der Schilddrüse verstoffwechselt und man kann den regionalen Stoffwechsel damit gut darstellen. Nach Verabreichung des radioaktiven Stoffes sollte die Mutter etwas Abstand zum Säugling halten und für 24 Stunden die Muttermilch abpumpen und verwerfen. Danach ist die Substanz vollständig abgebaut und ausgeschieden.

Feinnadelpunktion: Mit einer dünnen Hohlneedle wird unter Ultraschallbeobachtung Gewebe oder Flüssigkeit aus einer suspekten Stelle der Schilddrüse entnommen um abzuklären, ob es sich um eine Entzündung, einen gut- oder einen bösartigen Tumor handelt.

Welche Krankheitsbilder der Schilddrüse gibt es?

Über- und Unterfunktion wurden schon etwas beschrieben und sind oft Teil der anderen Krankheitsbilder.

Thyreoiditis ist eine Schilddrüsenentzündung. Am Beginn kommt es zum Zellzerfall und zu einer passageren Überfunktion (über einige Wochen bis Monate). Dies normalisiert sich wieder und geht manchmal erst nach Jahren oder Jahrzehnten in eine Unterfunktion über. Die bekannteste Thyreoiditis ist die Hashimoto-Thyreoiditis, eine chronische Autoimmunthyreoiditis.

Nach einer Entbindung gibt es noch eine Sonderform, die postpartum Thyreoiditis. Während die Schwangere 9 Monate lang genetisch fremdes (kindliches) Gewebe in sich trägt wird das Autoimmunsystem zurückgefahren. Nach der Geburt werden alle Autoimmunprozesse wieder ein bisschen angeregt und die Schilddrüse zeigt dann etwa 2 Monate lang eine Autoimmunreaktion, eine leichte Thyreoiditis mit leichter passagerer Überfunktion. Wenn die Mutter in den ersten Wochen Bäume ausreißen könnte und keinen Schlaf braucht, dann spielt diese passagere Überfunktion ein bisschen mit.

Auch beim Morbus Basedow handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung der Schilddrüse, die ebenso mit einer Thyreoiditis einhergeht, und die durch die Schilddrüsenüberfunktion gekennzeichnet ist.

Der Kropf oder die Struma war bis in die 60iger Jahre (bis zum Beginn der Jod-Salz-Prophylaxe) in den Alpenländern ein sehr häufiges Krankheitsbild, heute fast verschwunden.

Ein heißer Knoten - eine knotige Veränderung von Schilddrüsenzellen, die unabhängig von der Schilddrüse selbst Schilddrüsenhormone produzieren. Zwar sind die Knoten fast nie bösartig, aber führen zu entsprechend unangenehmen Folgesymptomen.

Ein kalter Knoten - nicht funktionales Drüsengewebe mit einem hohen Risiko bösartig zu entarten.

Das Schilddrüsenkarzinom wird heute häufiger diagnostiziert als noch vor einigen Jahrzehnten. Dies liegt jedoch hauptsächlich an den immer besseren Möglichkeiten der medizinischen Diagnostik. Nur ein geringer Teil der Knoten in der Schilddrüse ist bösartig, die Prognose bei Schilddrüsenkrebs ist meist ausgezeichnet.

Auch immer wieder zu sehen sind Patientinnen ohne Schilddrüse - sei sie operativ entfernt, durch eine Radiojodtherapie zerstört, oder bei einem Menschen von 10.000 ist gar keine Schilddrüse angelegt.

Unerfüllter Kinderwunsch

Die Schilddrüse beeinflusst die Fruchtbarkeit. Besteht eine Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion, kann das zu Zyklusstörungen führen, die Fruchtbarkeit kann herabgesetzt sein. Der primäre Parameter, der TSH Wert, sollte unter 2,5 sein. Beim unerfüllten Kinderwunsch kann es aber sinnvoll sein, diesen TSH Wert noch niedriger anzusetzen.

Die Schilddrüse in der Schwangerschaft

Wird eine Frau mit einem bekannten Schilddrüsenproblem schwanger, dann sollte die erste Kontrolle schon in der 8. SSW erfolgen. Das Schwangerschaftshormon Beta-hCG stimuliert auch die Hormonproduktion in einer gesunden Schilddrüse, daher kommt es in der Frühschwangerschaft zu einer leichten und normalen Überfunktion der Schilddrüse. Besonders deutlich zeigt sich dieser Effekt bei Mehrlingsschwangerschaften. Bei Frauen mit Schilddrüsenerkrankungen funktioniert dieser normale Regelkreis nicht sicher, daher ist diese sehr frühe Kontrolle der Schilddrüsenfunktion wichtig. Bekommt das Baby in der Schwangerschaft nämlich zu wenig Schilddrüsenhormon, dann kann sich das auch auf die geistige und körperliche Entwicklung auswirken.

Schwieriger ist die Situation einer Schwangeren mit Morbus Basedow. Als Faustregel lässt sich dazu sagen: „Eine Überfunktion verkompliziert die Schwangerschaft - eine Schwangerschaft verkompliziert die Überfunktion.“ Die Überfunktion ist nicht gut für die Mutter und nicht gut für das Kind, die Medikamente (Thyreostatika) sind gut für die Mutter, sind nicht gut für das Kind. Eine Überbehandlung - also Richtung Unterfunktion ist besonders ungünstig für das Kind. Hier gilt es häufig zu kontrollieren, nicht immer ist die Therapieentscheidung leicht zu fällen.

Die Schilddrüse postpartal

Bis sich ein Ungleichgewicht der Schilddrüse wieder einspielt, sei es

durch eine Therapieanpassung (bei einer Schilddrüsenerkrankung) oder schlicht nach der Geburt (bei der gesunden Schilddrüse) dauert es etwa 6 Wochen, bevor der TSH-Wert wieder normale Werte erreicht. Sprich - wenn sich die Mutter nach der Geburt in einer leichten Überfunktion befindet scheint dies physiologisch zu sein.

Wie bereits weiter oben beschrieben starten nach der Geburt auch wieder vermehrt Autoimmunprozesse, sodass Patientinnen mit einer leichten chronischen Autoimmunthyreoiditis oder auch einer ausgeprägten Hashimoto Thyreoiditis eine leichte bis ausgeprägte Überfunktion aufweisen, die sich erst nach Wochen und Monaten wieder normalisiert und irgendwann in eine ausgeprägte Unterfunktion übergehen kann.

Als Stillberater*innen lernen wir, dass wir nach Abklärung aller anderen Faktoren bei einer zu geringen Milchbildung auch die Schilddrüse untersuchen lassen sollten. Eine Unterfunktion könnte die Milchbildung negativ beeinflussen. Schwankungen der Schilddrüsenfunktion beeinflussen alle möglichen Funktionen im Körper. So ist es laut Univ. Doz. Dr. Georg Zettinig anzunehmen, dass ein Schilddrüsenproblem mit Problemen der Milchbildung in Zusammenhang stehen kann, allerdings gibt es zu dieser Annahme keine seriösen Evidenzen. Es gibt niemanden, der eine entsprechende Studie zahlen und machen will - daran besteht kein wirtschaftliches Interesse.

Was man beachten sollte: Eine Mutter mit Hormontherapie muss ohnehin regelmäßig kontrolliert werden. Wenn erhöhte Antikörper bekannt sind, sollte sie nach 3 und 6 Monaten eine Kontrolle machen. Auch beim Gestationsdiabetes ist eine postpartale Thyreoiditis eine häufige Nebenerscheinung.

Medikamente

Bereits in der Schwangerschaft stellt sich die Frage, was plazentagängig ist? Mütterliche Hormone sind

gering plazentagängig. Jod, Thyreostatika und Betablocker gehen alle relativ gut durch die Plazenta zum Kind. Damit wird die Therapie - insbesondere der Hyperthyreose - in der Schwangerschaft schwierig.

Jod: In der Schwangerschaft und Stillzeit steigt der Jodbedarf an. Eine Ernährung mit jodreichen Lebensmitteln wie Seefisch und jodiertem Speisesalz ist ratsam, auch die Einnahme eines jodhaltigen Nahrungsergänzungsmittels kann sinnvoll sein. Der tägliche Jodbedarf bei Schwangeren und Stillenden ist relativ hoch: 100 - 150 Mykrogramm.

AUSNAHME: einige Schilddrüsenpatientinnen (z.B. Morbus Basedow) müssen auf jodarme Ernährung achten.

Schilddrüsenhormontabletten: wirken wie die Hormone der schilddrüsengesunden Mutter, liefern in der

Frühschwangerschaft dem Kind die benötigten Hormone und sind auch in der weiteren Schwangerschaft und Stillzeit kein Problem für das Kind und sinnvoll für eine gute Gesundheit der Mutter.

Thyreostatika: Werden in der Schwangerschaft zum Baby transportiert, daher sind engmaschige Blutkontrollen nötig. Thyreostatika gehen auch zu einem geringen Teil in die Muttermilch über. Eine tägliche Einnahme von bis zu 20 mg Thiamazol bzw. 150 mg Propylthiouracil hat keine schädigende Auswirkung auf das Baby.

Kombinationstherapien - z.B. Schilddrüsenhormon plus Thyreostatikum stellen insbesondere in der Schwangerschaft ein Problem dar, denn das Hormon erreicht diaplazentar das Kind nur schlecht, während das Thyreostatikum sehr gut

die Plazenta passiert und das Kind therapiert.

Alle Therapieanpassungen müssen dringend mit dem jeweiligen Schilddrüsenspezialisten abgesprochen werden. Die Mutter und gegebenenfalls das Kind sollen engmaschig kontrolliert werden. Plötzliches und selbständiges Absetzen von Schilddrüsenmedikamenten ist NICHT anzuraten.

Fazit: Die Schilddrüse und ihre Auswirkungen auf Schwangerschaft und Stillzeit bleibt ein spannendes Thema, obwohl insbesondere für die Stillzeit noch wichtige Evidenzen ausstehen. Bei Verdacht auf ein Schilddrüsenproblem macht es auf jeden Fall Sinn, die Frauen zum Spezialist*innen zu verweisen.

Andrea Hemmelmayr

Beschützerin



SICHERN SIE
SICH JETZT IHR
PAKET ZUM THEMA:
BRUSTGESUNDHEIT

Ganz einfach per E-Mail an
genericon@genericon.at
anfordern!*



 Laktosefrei

 Vegan

FÜR EINE ENTSPANNTEN STILLZEIT

WERTVOLLE LAKTOBAZILLEN & BIFIDOBAKTERIEN PLUS VITAMIN B8

AUS DEM HAUSE GENERICON | APOTHEKENEXKLUSIV

www.multi.at



*Gültig solange der Vorrat reicht. Paket-Inhalt: Besprechungskarte Brustgesundheits, GRATIS 14 Stück Packung MULTIflorea® Darmmanager, uvm.; Vitamin B8 (Biotin) trägt zur Erhaltung normaler Schleimhäute bei. Nahrungsergänzungsmittel. © Liubov - stock.adobe.com, 2023_01_MFDM_I_VSLÖ_01

Intuitives Stillen

Stillen mit Hilfe von Babys angeborenen Reflexen



© Daniela Schatzl

Dr. In Kergi Leitgeb, IBCLC aus Kärnten, berichtete beim VSLÖ Kongress in Graz von ihrer Lieblingsstillposition.

Zurückgelehntes Stillen, laid back breastfeeding, instinctual breastfeeding, natural breastfeeding (Nancy Mohrbacher), biological nurturing (Suzanne Colson) babygesteuertes Stillen, reflexgesteuertes Stillen, breastsleeping (James McKenna) ... Mehrere Begriffe, die alle dasselbe meinen: **das intuitive Stillen!**

Die 2021 durchgeführte **Suki Studie** kam zu einem, für uns Stillberaterinnen, eher ernüchternden Ergebnis:

- Jemals gestillt haben 97,5% der teilnehmenden Mütter.
- 39% hatten Hautkontakt mit ihrem Kind für mindestens 1 Stunde.
- 32% der Neugeborenen blieben im Hautkontakt bis zum ersten Stillen (wobei es nicht dezidiert erwähnt wurde, ob das nackte Kind am nackten Oberkörper der Mutter lag).
- Innerhalb der ersten Stunde wurden

- 68% der Babys das erste Mal angelegt.
- Positiv hervorgehoben wurden BFHI-zertifizierte Häuser, hier gaben die Befragten an, sich besonders gut betreut gefühlt zu haben.
- Nur 55% der Neugeborenen wurden in der ersten Lebenswoche noch ausschließlich gestillt.
- Etwa 4 Monate nach der Geburt gaben mehr als die Hälfte der Frauen an, Stillprobleme in der bisherigen Stillzeit gehabt zu haben.
- Die am häufigsten genannten Gründe für Stillschwierigkeiten waren zu wenig Milch (38,2%), wunde Mamillen (17,7%) und Brustentzündung/Abszess (14,3%).

Diese Ergebnisse sollen zum Nachdenken anregen und uns zeigen, wie sinnvoll und notwendig es ist, allen Müttern das intuitive Stillen zu erklären, können durch diese wunderbare Position doch einige Gründe für Stillprobleme von vornherein vermieden, oder bestehende Schwierigkeiten verbessert werden.

Global Health Media ist eine sehr engagierte Initiative von Professionist*innen, die Videos zur Unterstützung in der Perinatalperiode und zur Gesundheitsförderung, z.B. auch eine Aufnahme über das self-attachment, anbietet.

Wissenswerte Grundlagen

Die 9 Stadien nach der Geburt (Ann-Marie Widström, 2010)¹

1. Das erste Schreien erleichtert die Ausdehnung und Belüftung der Lunge.
2. Entspannung – das Baby liegt ruhig auf der Mutter
3. Erwachen (nach ca. 3 Minuten macht das Baby leichte Bewegungen mit Kopf und Schultern)
4. Aktivität – erste Mund- und Saugbewegungen, es öffnet die Augen,

- erste Suchbewegungen, der Rooting Reflex wird deutlicher
- 5. Ruhephasen – immer wieder zwischen den aktiven Phasen zu beobachten
- 6. Krabbeln und Robben – nach ca. 35 Minuten beginnt das Kind mittels Krabbelbewegungen die Mamille zu suchen, es gibt dabei kleine Laute von sich
- 7. Kennenlernen, Gewöhnen – das Neugeborene reagiert mit Blickkontakt auf die Stimme der Eltern, berührt die Brust und Mamille, führt die Hand zum Mund, streckt die Zunge heraus und schleckt an Areola und Mamille
- 8. Saugen – durchschnittlich 1 Stunde pp erreicht das Baby die Brust und dockt selbständig an (wenn die Mutter während der Geburt Medikamente erhalten hat, dauert dies oft länger)
- 9. Schlafen – 1,5 bis 2 Stunden nach der Geburt schläft das Baby meist entspannt ein

Reflexe

Es gibt ca. 20 frühkindliche Reflexe. Ganz einig ist sich die Literatur hier nicht, einige Reflexe werden auch als Bewegungsmuster beschrieben.

- Babinski-Reflex (beim Streichen am lateralen Fußrand kommt es zum Abspreizen der Zehen, durch Auslösen dieses Reflexes kann auch der Saugreflex stimuliert werden)
- Schreitreflex (durch Kontakt der Fußsohlen mit festem Untergrund macht das Baby Schreitbewegungen)
- Steigreflex (gehört zum Breast-crawl)
- Suchreflex (Heben und Hin- und Herbewegen des Kopfes)
- Saugreflex
- Schluckreflex
- Moro-Reaktion = komplexes Bewegungsmuster (durch Aufschrecken breitet das am Rücken liegende Baby die Arme reflexartig aus und

- versucht, sich im nächsten Moment irgendwo anzuklammern).
- Stillzeichen kann man als Bewegungsmuster bezeichnen.

Die nordamerikanische IBCLC Deborah Swan beschäftigt sich mit den frühkindlichen Reflexen. Sie sagt, dass diese Reflexe dem Baby das motorische Lernen ermöglichen. Das intuitive Stillen erleichtert das Erlernen dieser physiologischen Bewegungsmuster.

Sie beschreibt auch die Tatsache, dass die Verwendung von künstlichen Saugern und Saughütchen ein Stillproblem nach sich ziehen kann, in dem das Kind auf sein Kurzzeitgedächtnis zurückgreift und somit an der Brust in der Art und Weise zu saugen versucht, wie es das kurz zuvor am künstlichen Sauger gemacht hat.

Benefits für die Mutter

- Kopf, Nacken, Schultern und Rücken können in der zurückgelehnten Haltung besser entspannen.
- Gewicht des Kindes muss nicht gehalten werden, der Körper der Mutter dient als Auflagefläche.
- Entspannte Lage, z.B. auch für längere Stillphasen (Clusterfeeding).
- Mamillenbeschwerden bessern sich

- meist sehr schnell, da die Schwerkraft das Baby zur Mamille bringt, es den Mund weit öffnet und mehr Brustgewebe erfasst.
- Hände bzw. zumindest eine Hand ist frei.
- Die Oxytocinausschüttung wird erhöht².

Indikationen

- Wunde Mamillen
- Schmerzen in der Brust
- Unruhige Kinder, schwierige Still-situationen (z.B. bei zuviel Muttermilch oder sehr starkem Milchspendereflex)
- Flache oder invertierte Mamillen
- Wenn die bisherige Stillposition un-bequem erscheint
- Beim Clusterfeeding

Wie leiten wir Mütter zum intuitiven Stillen an?

- Ausziehen des Kindes (ggf. nur die Füße), Mutter macht den Oberkörper frei (optional, denn auch in bekleidetem Zustand werden gute Effekte erzielt).
- Bequeme Position, halb aufrechte Rückenlage.
- Das Kind liegt auf dem Oberkörper der Mutter in einer Lage, die an einen kleinen Frosch erinnert, die Kör-

- perinnenseite ist in Kontakt mit dem Körper der Mutter, in dieser Position kann das Kind seine Reflexe optimal aktivieren.
- Die Mutter stützt die Füße und ggf. den Po, der Rücken und Kopf des Kindes bleiben aber frei, damit es sich selbst zur Mamille hinbewegen und so die optimale Position zum Saugen finden kann.
- Abhängig von der Brustform kann die Mutter die Brust etwas positionieren (etwa bei sehr großen Brüsten).

Das Wissen um diese Vielzahl an erstaunlichen Fähigkeiten und einzigartigen Reflexen des Neugeborenen können wir in unserer Arbeit nutzen, indem wir die Mutter auf diese besonderen Kompetenzen des Kindes aufmerksam machen und ihr so ein einfaches Werkzeug an die Hand geben, um das Stillen ganz natürlich und bequem zu gestalten und ohne zusätzlichen Aufwand eine bestehende Problematik zu bessern.

Susanne Lachmayr, IBCLC

Quellen:
¹ Europäisches Institut für Stillen und Laktation, Bonding und self-attachment, 26.11.2022
² Europäisches Institut für Stillen und Laktation, Anlegen und Positionieren, 2.12.2022

Familienplanung

Empfängnisverhütung in der Stillzeit

Der folgende Artikel basiert auf der Expertise von Mag. a Brigitte Wysoudil-Dobrowsky, IBCLC, Sexualpädagogin und Verhütungsberaterin, die sie uns dankender Weise in Wort und Schrift zur Verfügung gestellt hat.

Weltweit verhindert Stillen mehr Geburten als alle anderen Verhütungsmittel zusammen. Eine Frau, die weder stillt noch verhütet, würde innerhalb

von 23 Jahren (im Alter von 17–40 Jahren) 15 Geburten erleben; dagegen hätte sie nur mit 6–8 Geburten zu rechnen, wenn sie jedes Kind drei Jahre stillt (Huffmann und Labbok 1994). Stillen regelt durch Unterdrückung der Eierstockfunktion noch heute in einigen Kulturen den Abstand zwischen den Schwangerschaften auf natürliche Weise.

Stillen ist die älteste natürliche Form der Empfängnisverhütung. Durch das

Saugen des Babys an der Brust werden die Stillhormone Prolaktin und Oxytocin ausgeschüttet, gleichzeitig werden aber auch die Hormone für die Steuerung des Zyklus gebremst.

Das Einsetzen der ersten Menstruation nach einer Geburt hängt im Wesentlichen von drei Faktoren ab:

1. von der Frequenz und Dauer des Stillens

2. von der individuellen Hormonlage
3. vom zeitlichen Abstand zur Geburt (Konzentration von Prolaktin sinkt sukzessiv)

Auch das Alter der Mutter und die Parität spielen eine Rolle – ältere Frauen und Mütter, die mehrere Kinder geboren haben, zeigen oft eine längere Amenorrhoe.

Auch eine andauernde Mangelernährung führt zu verlängerter Laktationsamenorrhoe.

Stillen zur Empfängnisverhütung hat in unserer westlichen Kultur wesentlich weniger Bedeutung als in den Entwicklungsländern. Dort haben sinkende Stillraten eine immense Auswirkung auf das Wachstum der Bevölkerung und auf die Gesundheit von Müttern und Kindern. Besonders in Kulturen, in denen lange gestillt und kein Sauger oder Schnuller verwendet wird, liegt der natürliche Geburtenabstand zwischen 2-3 Jahren.

Stillen als Familienplanungsmethode – die sogenannte LAM (Laktations – Amenorrhoe – Methode) bietet unter folgenden Voraussetzungen die höchste Wirksamkeit: Ausschließliches Stillen (= keine andere Nahrung oder Flüssigkeit, die dem Kind zusätzlich gegeben wird) in den ersten 6 Monaten mit mindestens 6 Stillepisoden und mindestens 120 Stillminuten pro Tag, Stillpausen sollten nicht länger als 4 bis max. 6 Stunden dauern, auch in der Nacht keine Flasche und kein Schnuller als Saugersatz.

Unter den oben erwähnten Kriterien bietet Stillen einen Empfängnischutz von mehr als 98% in den ersten 6 Monaten pp, wenn die Mutter ausschließlich stillt und keine Blutung nach dem 56. Tag pp hat. Die Laktationsamenorrhoe Methode bietet den großen Vorteil, dass ausschließliches Stillen für Mutter und Kinder sehr gesund ist und gleichzeitig ein hoher Empfängnischutz gewährleistet ist. Sobald die Menstruation wieder eintritt, muss von einer normalen Fruchtbarkeit ausgegangen werden, auch wenn die Mutter weiterhin stillt. Diese Information sollten stets alle Mütter bekommen –

in Entwicklungsländern und auch in Industrienationen.

Methoden der Kontrazeption in der Stillzeit:

1. Wahl = nichthormonelle Methoden
2. Wahl = hormonelle Methoden mit gestagenhaltigen Präparaten
3. Wahl = hormonelle Methoden mit östrogenhaltigen Kombipräparate

Nichthormonelle Methoden

... haben auf die Milchproduktion keinen Einfluss ...

LAM (Laktations – Amenorrhoe – Methode)
 NFP (Natürliche Familienplanung/ Sympto-thermale Methode)
 Barrieremethode für den Mann – Kondom
 Barrieremethode für die Frau – Diaphragma, Scheidenzäpfchen und -cremes, Fem Cap, Intra Uterin Pessar (= kupferionenesetzte Spirale, Silber- oder Goldspirale), Verhütungskettchen, Kupferperlenball
 Sterilisation des Mannes – Vasektomie
 Sterilisation der Frau – Tubenligatur

Hormonelle Methoden mit rein gestagenhaltigen Präparaten

... haben normalerweise keinen Einfluss auf die Milchmenge, ein Rückgang der Milchmenge wird nur in Einzelfällen beobachtet ...

Minipille und östrogenfreie Pille – Cerazette, Desirett, Tangolita, Evakadin 3-Monatsspritze – Sayana
 Hormonimplantat – Implanon
 Hormonspirale – Mirena, Jaydess, Kyleena

Hormonelle Methoden mit östrogenhaltigen Kombipräparaten

... in der Stillzeit nicht empfohlen – können die Milchmenge um bis zu 40% verringern ...

Pille/Mikropille Vaginalring – NuvaRing
 Hormonpflaster – Evra

Die Pille danach nur im Notfall:

– Vikela kann während der Stillzeit eingenommen werden, keine Stillpause nötig

– EllaOne kann während der Stillzeit eingenommen werden, jedoch wird eine 36-stündige Stillpause empfohlen

Natürliche Hormone, die in der Muttermilch enthalten sind, werden vom Kind rasch abgebaut – synthetische Hormone (0,02 bis 0,1% finden sich in der Muttermilch) sind deutlich langlebiger und werden nicht so schnell abgebaut. Langzeitwirkungen auf das Kind sind nicht eindeutig geklärt und die Studienlage ist widersprüchlich.

LAM und NFP (Natürliche Familienplanung/Sympto – thermale Methode – z.B. sensiplan) können durchaus eine Alternative zu den sonst üblichen Verhütungsmethoden bieten. Auch NFP ist frei von gesundheitlichen Nebenwirkungen und zählt zu den sichersten Familienplanungsmethoden (Pearl Index = 0,4).

Bei der Beobachtung von verschiedenen Körpersignalen wie z.B. der Veränderung des Zervixschleims (= sympto), der Körpertemperatur (= thermal) und des Muttermundes können die fruchtbaren Tage im Zyklus bestimmt werden. Auch eine Kombination von LAM und sensiplan kann für die Mutter eine gute Möglichkeit der Kontrazeption in der Stillzeit sein.

Grundsätzlich gelten die ersten 4 Wochen nach der Geburt als unfruchtbare Zeit.

Dies gilt für eine Mutter die nicht stillt, genauso wie für eine Mutter die teilweise stillt. Eine Frau die voll stillt kann sich die ersten 10 Wochen pp als unfruchtbar betrachten, wenn die bereits genannten Voraussetzungen der LAM erfüllt werden.

Wöchnerinnen, stillende Mütter – alle Frauen, sollten immer so beraten werden, dass sie sich gut über die verschiedenen Verhütungsmöglichkeiten informiert fühlen und anschließend eine für sich stimmige Entscheidung treffen können – v.a. bei der NFP und LAM ist eine ausführliche professionelle Beratung unumgänglich.

Guadrin Schober

Ösophagusatresie

Stillen bei seltenen Fehlbildungen – Theorie und Praxis

Christiane Braumann, Gynäkologin mit Spezialisierung auf Pränataldiagnostik (OEGUM-Stufe II) und IBCLC und Elisa Steiner, diplomierte Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und IBCLC, geben bei der Fachtagung in Graz gemeinsam einen Überblick über die seltene Fehlbildung Ösophagusatresie.

Ivy wurde in der SSW 32+1 mit einer langstreckigen, komplizierten Ösophagusatresie geboren. Sie wog 1.735 Gramm und war 43 cm groß. Die Gedanken ihrer Mutter dazu: „Da fällt mir zunächst immer ein, dass ich mir das natürlich alles ganz, ganz anders vorgestellt habe. Von der natürlichsten Geburt der Welt bis zum Stillen. Gekommen ist es dann doch ganz anders.“

Was ist eine Ösophagusatresie und wie kommt es dazu?

Eine Atresie ist ein angeborener oder erworbener Verschluss oder eine Nichtanlage von Hohlorganen beziehungsweise natürlichen Körperöffnungen, in unserem Fall des Ösophagus. Es handelt sich bei der Ösophagusatresie um eine Kontinuitätsunterbrechung zwischen dem oberen und dem unteren Teil des Ösophagus, welche bereits in der 4. – 6. Schwangerschaftswoche durch eine unvollständige Trennung des Respirationstraktes vom Gastrointestinaltraktes entsteht. Betroffen ist eines von 3.000 – 5.000 geborenen Kindern, in 25% liegt zusätzlich eine Chromosomenanomalie (v.a. Trisomie 21 oder Trisomie 18) vor und bei 40-65% kommt es zu Begleitfehlbildungen an Herz, Gastrointestinaltrakt und/oder Harntrakt. Die präpartale Detektionsrate mittels Ultraschalles liegt bei 44%, ist also nicht sehr hoch, die Diagnose wird häufig erst im III. Trimester der Schwangerschaft gestellt. Es gibt verschiedene Formen der Ösophagusatresie, sie wird ein-



© Johanna Folkmann

geteilt nach Vogt, in 90% kommt es zu Fistelbildungen.

Auch bei Maxi, heute 19 Jahre alt, wurden Begleitfehlbildungen festgestellt, seine Mama erinnert sich: „Maxi ist zu Hause in Ruhe auf die Welt gekommen, wir hatten eine ganz wunderbare Bondingphase und ich hatte meine Hebamme. Beim Versuch des ersten Stillens wurde Maxi blau. Danach erfolgte die Überstellung in die Klinik. Maxi hatte Typ IIIb, also die häufigste Form und kleinere weitere Fehlbildungen: Ohrmuscheldysplasie, Maxilla- und Mandibula-Hyperplasie. Er verbrachte seine ersten 8 1/2 Monate auf der Kinderchirurgischen Intensivstation.“

Die Diagnose

Die vorgeburtlich diagnostizierten Fälle werden durch Hinweiszeichen

im Ultraschall entdeckt. Frühe sonografische Hinweise sind kein oder ein zu kleiner Magen, ev. ist ein flüssigkeitsgefüllter Blindsack im Halsbereich oder Mediastinum sichtbar, späte Zeichen sind ein Zuviel an Fruchtwasser (bei Fistelbildung weniger ausgeprägt) und fetale Wachstumsrestriktion in 40% der Fälle. Keynote für Ärzt*innen: Eine Kombination aus Polyhydramnion und mehrmals fehlender Magendarstellung ist hoch suspekt auf das Vorliegen einer Ösophagusatresie.

Präpartale Differentialdiagnosen sind Schluckstörungen durch angeborene neurologische Abnormalitäten, die das Schlucken verhindern, durch neuromuskuläre Erkrankungen oder Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, außerdem eine abnormale Lokalisation des Magens (z.B. in Thorax) bzw. ein Fehlen des Magens (sehr selten).



© Johanna Folkmann

wahrt und transportiert werden. Man braucht mehr Zeit, mehr Geduld, mehr Nerven und mehr Geld. Die Vorteile des Stillens bzw. der Muttermilchgabe sollen trotzdem vermittelt werden, gute Vorbereitung ist hilfreich. Friedolins Mama erzählt:

„Im Vergleich zu den Erzählungen einer Mutter, die vor mehr als 10 Jahren ihr Kind in derselben Kinderchirurgie wie ich hatte, habe ich das Gefühl, dass die Muttermilchernährung mehr wertgeschätzt wird. Mein Kind hat von Ernährungsbeginn bis zum letzten Tag an der Klinik nur Muttermilch bekommen. An der Unterstützung beim Pumpstillen muss aber noch sehr gearbeitet werden. Ein Anfang wäre ein abschließbarer Raum, in dem man ungestört abpumpen kann und eine sehr gute Pumpe. Bei mir gab es leider nur einen nicht verschließbaren, für alle zugänglichen Aufenthaltsraum und eine sehr alte, schmerzhafteste Pumpe ohne Saugkraftverstellung. Eine große Steigerung dazu wäre eine Stillberatung, die von der Klinik automatisch organisiert wird.“

Weitere diagnostische Schritte zur Abklärung bei Verdacht auf Ösophagusatresie werden empfohlen. Die Entscheidung, ob diese durchgeführt werden, liegt bei den Eltern. Sinnvoll sind Karyotypisierung, also eine Chromosomenbestimmung, zur genetischen Abklärung und eine genetische Beratung inkl. Erhebung der Familienanamnese. Ein Vorteil der präpartalen Diagnose ist, dass die Entbindung an einem speziellen Zentrum geplant werden kann, und die Eltern bzgl. postpartalem Verlauf, chirurgischen Therapiemöglichkeiten, Intensivbehandlung, Nahrungsaufbau, Stillen und Muttermilch-Ernährung beraten werden können.

Die Präpartale Beratung

In der präpartalen Beratung sollte u.a. bereits über das Stillen gesprochen werden. „Stillen ist praktisch und spart Zeit“ trifft in der Beratung von Eltern mit Kindern mit Ösophagusatresie allerdings nicht unbedingt zu. Es muss gepumpt werden, Zubehör gereinigt, Muttermilch aufbe-

Frau Folkmann erzählt: „Im Krankenhaus war die Beratung zum Stillen und Abpumpen eine ganz gewöhnliche, so wie das alle Mütter bekommen haben, glücklicherweise legen sie auf den Stationen die Mütter zusammen, deren Kinder einer medizinischen Behandlung bedürfen. Man muss jetzt nicht mit einer Mutter im Zimmer liegen, die glücklich ihr Kind bei sich hat. Eigentlich hat man nach dem Kaiserschnitt sofort gesagt bekommen, wann, wie und wie oft man abpumpen soll, die Informationsweitergabe lief schon, wie wichtig die Milch ist, dass, wenn das Kind nicht bei einem ist, man aktiv werden muss, damit die Milchbildung stattfindet. Bei diesen Informationen waren sie schon geschult.“

In allen Beratungssituationen ist es wichtig, dass fundiertes und aktualisiertes Wissen in wertfreier Art und Weise mit positiver Grundhaltung empathisch weitergegeben wird. „Gesagt, heißt nicht gehört und gehört, heißt nicht verstanden.“ Dazu nochmals Maxis Mama: „Zur Beglei-

tung im Krankenhaus: Ich bekam nie auch nur ein Gespräch mit einer Psychologin angeboten. Der Austausch mit anderen Eltern war schwierig, weil wir als „Langzeiteltern“ kaum etwas gemein hatten mit denen, die ein bis zwei Nächte auf der Intensivstation waren. Von der Selbsthilfegruppe KEKS erfuhren wir erst viel später.“ Der Verein KEKS, eine Selbsthilfeorganisation für Kinder und Erwachsene mit kranker Speiseröhre, leistet einen wertvollen Beitrag in der professionellen Begleitung von betroffenen Familien. Neben Informationsbroschüren gibt es eine Willkommensbox für Eltern mit spezieller Kleidung zur Ausleitung von Monitorkabeln oder Drainageschläuchen, Pucksack, gehäkeltem Octopus (Tentakeln dienen als Nabelschnurersatz) etc. Maxis Mama arbeitet aktiv im Vereins KEKS mit:

„Maxi geht es heute sehr gut. Er wird im November 19 :-). Maxi ist ein besonderer Fall mit besonders kompliziertem Verlauf. Er ist nicht unbedingt repräsentativ für die KEKS-Community, max. ein Drittel der betroffenen Kinder hat komplizierte Verläufe. ... wollte ich nicht unerwähnt lassen. Maxi wurde lange parenteral ernährt, dann sondiert. Erst mit ca. 2 1/2 Jahren konnte er nach 3-wöchigen Sondenentwöhnung (Grazer Schule) selbst essen. In den ersten Jahren machten wir einige Therapien, viel Osteopathie, viel Logopädie, er bekam anfangs im Krankenhaus Ergotherapie, aber nicht sehr lange. Er entwickelte sich gut und wir förderten, dass er gleich aufwuchs wie seine Geschwister.“

Die postpartale Phase

Mehr als 90% der noch nicht bekannten Fälle werden innerhalb des ersten Lebensstages entdeckt. **Symptome** sind: Husten und Würgen – insbesondere beim ersten Fütterungsversuch, Hustenattacken durch Überlaufen von Speichel und Sekret aus Blindsack, schaumiger Speichel vor Mund und Nase, asphyktische Anfälle/Zyanoseanfälle, Aspirationspneumonie. Differentialdiagnosen postnatal sind Verhalten nach Kaiserschnittentbindung, Fruchtwasser-

aspiration, gestörter Schluckreflex durch zerebrale Schädigung (angeboren oder geburtstraumatisch), Choanalstenose/-atresie, Ösophagusdivertikel, -stenose und Achalasie. Therapeutische Sofortmaßnahmen sind das Absaugen/Sondieren des oberen Ösophagusstumpfes, kontinuierliches Absaugen des Speichels, Oberkörper hochlagern, keine orale Ernährung und gegebenenfalls Intubation. Die **Diagnostik** erfolgt mittels Sondierung des Ösophagus. Ist ein federnder Widerstand prüfbar, wird ein Thoraxröntgen bei liegender Sonde durchgeführt. Mit einem Abdomenröntgen wird untersucht, ob Luft im Abdomen ist, also ob eine Fistel besteht. Außerdem muss nach etwaigen Begleitfehlbildungen gesucht werden. Die **Therapie** beginnt innerhalb der ersten zwei Lebensstagen mit der operativen Sanierung. Im besten Fall mit einer End-zu-End-Anastomose und Fistelverschluss minimalinvasiv oder über eine Thorakotomie. Vorübergehend kann ein künstlicher Magenausgang zur Ernährung mit Ausleitung am Hals nötig sein, gegebenenfalls kommen Dehnungsmethoden und Ausnutzung von Wachstum und Entwicklung zum Einsatz, manchmal wird eine Ösophagusersatzplastik (Magenhochzug, Colon-/Dickdarm-Interponat) gelegt. Postoperativ wird das Kind für einige Tage intubiert, nach 2-3 Tagen beginnt über eine liegende Magensonde ein langsamer Nahrungsaufbau. Nach 10-12 Tagen erfolgt ein Kontrollröntgen mit Kontrastmittelgabe über eine Sonde und wenn keine Auffälligkeiten bestehen, kann mit oralem Nahrungsaufbau begonnen werden. Die **Prognose** ist abhängig vom Reifezustand des Kindes, Begleitfehlbildungen und dem Vorhandensein einer Pneumonie.

In der **Stillberatung** geht es vor allem darum die Wünsche der Eltern zu erfragen, ihre Ziele, welche sich auch ändern können, zu respektieren und auf ihre Sorgen einzugehen. Es gilt die Eltern stark zu machen, sie sollen zu Expert*innen ihres Babys werden. Sie sollen wissen, dass Umwege und zeitweise Rückschritte eher die Regel als die Ausnahme sind. „... mir wurde irgendwann klar,

dass es hier nicht um einen Sprint geht, sondern ein Marathon auf dem Programm steht – der uns auch bis auf die Knochen fordern wird, so wir ihn immer begleiten wollten. Und das wollten wir natürlich mit all unserer Liebe – und das kostet richtig Energie.“ erinnert sich Ilvys Mama.

Das Stillmanagement

Bereits präpartal sollte die Mutter über die Physiologie der Milchbildung informiert werden. So kann sie besser verstehen und ist darauf vorbereitet mit der frühen postpartalen Gewinnung von Muttermilch zu beginnen – eine Stunde nach der Geburt mittels Handentleerung – und je nach Möglichkeit den Hautkontakt mit ihrem Baby zu fördern. Stillberatung bedeutet bei Müttern von Kindern mit Ösophagusatresie eigentlich Pumpberatung. Frühe und häufige Entleerung der Brüste mittels Bedside-Pumping oder zu Hause mit einem Foto des Babys, auf jeden Fall in möglichst entspannter, angenehmer Atmosphäre. Anleitung zu Brustmassage und Handentleerung geben, bei Bedarf Hands-on-Pumping oder Powerpumping anbieten und immer wieder zum Hautkontakt bzw. Mamillen-Mund/Nase-Kontakt animieren. Ein großes Thema ist der Bereich „Sondieren & Saugen“ bei dem es langfristig darum geht, die Verknüpfung zwischen „Sondiert werden – der Magen wird voll – ich werde satt“ und dem „Saugen – Bereitschaft zum Saugen – Möglichkeit zum Saugen“ herzustellen, um in der Folge die Sondenentwöhnung zu ermöglichen bzw. zu erleichtern.

„Meine Tochter heißt Antonia Franziska. Sie hatte eine Magensonde, durch die ich 2 Jahre lang MM sondiert habe. Es war mir auch wichtig, dass sie auch mit „Mund dabei“ war, wenn sie sondiert wurde. Ich finde, dass es gerade für Kinder mit Beeinträchtigungen besonders wichtig ist, Muttermilch zu bekommen. Stillen ist daher auch unter besonderen Bedingungen möglich. Ich bin so stolz darauf, dass ich das geschafft habe!“

Der Weg zur Brust bzw. vorerst einmal zum Trinken führt meist über

Umwege. Wenn das Baby alleine atmen und die Temperatur halten kann, die Hand-zu-Mund Aktivität gegeben ist, es den Suchreflex und ein Saugbedürfnis zeigt, Schlucken kann und Bolus-Fütterung per Sonde toleriert, ist es bereit zum Trinken/Stillen.

Bei Familie Folkmann verlief es so: „... die ersten Stillsituationen waren ja noch sogar vor der OP, im Beisein der Logopädin, Psychologin und Ärztin. Im Krankenzimmer haben wir meinen Sohn an die Brust gelegt und es war wirklich schön, weil er von sich aus, die Brust gesucht hat, mit Erkunden, mit Brust in den Mund nehmen und Saugen, trotz Replog-Sonde im Mund. Natürlich wurden die Tropfen Milch sofort abgesaugt, damit sie ihn nicht gefährden. Aber allein diese zwei Stillsituationen waren unglaublich wertvoll und schön für uns.“

Nach der OP gab es eine Zeit, wo man mir auf der Station nahegelegt hat, nicht zu stillen und es erstmals mit der Flasche zu schaffen, um einen Überblick über die getrunzene Milchmenge zu haben. Vor der Operation, als Friedolin noch seine Magensonde hatte und ich ihm seine Nahrung per Bolusgabe geben konnte, habe ich natürlich schöne Situationen mit oraler Stimulation mit Tee- oder Muttermilchstäbchen geschaffen, um die Verbindung von gefülltem Magen und oralem Geschmackserlebnis zu vermitteln.“

Verschiedene Konzepte wie zB.: Feeding-Plan mit Stillbeobachtung oder Tagestrinkmenge und Stillen ad libitum mit Aufsondieren kommen zur Anwendung. Ist Flaschenfütterung nötig, sollten die Eltern in Paced-Bottle-Feeding instruiert werden und sie sollten über spezielle Anforderungen an Flasche (Weithalsflasche) und Schnuller (Saugbedürfnis) informiert werden. Die Kompetenzen des Kindes können durch die „Orofaziale Regulationstherapie nach Castillo Morales“ gestärkt werden. In der täglichen Anwendung lernen die Eltern die Signale ihres Kindes kennen und darauf angemessen zu reagieren. Ein Weg zur Brust kann auch, bei allen bekannten Vor- und Nachteilen, das Brusthütchen sein.

Zum Thema Sondenernährung sagt die Mama von Friedolin:

„Da die Mutter der Bezugsintensivkrankenschwester meines Kindes bei ‚NoTube‘ arbeitete, hab ich noch auf der Intensivstation die Gelegenheit genutzt, um bei ihr Tipps zur Sondenernährung zu sammeln. Die zwei wichtigsten Tipps waren für mich erstens der Hinweis, dass es nach 3-monatiger reiner Sondenernährung wahrscheinlich länger dauern wird, bis mein Kind vollkommen ohne Sonde ernährt werden kann und zweitens, dass es sehr wichtig ist Hunger zu verspüren, um das Bedürfnis nach Essen zu haben. Mit kontinuierlich laufender Sonde und somit ohne Hungergefühl, wird mein Baby diese Anstrengung mit großer Sicherheit nicht auf sich nehmen.“

Bei der Beratung liegt der Fokus nicht auf dem ausschließlichen Stillen. Es ist passender von Muttermilch-Ernährung zu sprechen, „jeder Tropfen zählt“. Wichtig ist, dass die Mutter aufgrund von fundiertem Wissen und einer realistischen Einschätzung der Möglichkeiten ihre individuelle Entscheidung treffen kann. Diese kann dann auch so aussehen:

„Ehrlich gesagt wurde Ilvy durch die 8 überaus komplexen OP's sehr lange künstlich ernährt – der Schluckreflex war dann wohl schon fast abtrainiert.

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

Mail an: redaktion@stillen.at

Nächster Redaktionsschluss:
27.03.2023

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

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

An Stillen war nicht zu Denken. Ich selbst kann gerne auch darüber kurz erzählen, wie wahnsinnig entlastend es für mich war, schlussendlich dann doch war, nach Erkennen und endlicher Einsicht ihrer Erkrankung, mit dem Gedanken an Stillen aufzuhören. Also habe ich unter Tränen irgendwann beschlossen nicht mehr abzupumpen, sondern zu schlafen, um Kraft zu haben für lange NICU-Tage. Sie hätte es eh nicht trinken können – siehe gefühlt 20 Infusionen ... Auch das ist Teil der Wahrheit.“

Die Nachsorge

Häufige Langzeitfolgen bei isolierter Ösophagusatresie sind Motilitätsstörung des Ösophagus in fast 100% der Fälle und Schwierigkeiten bei Nahrungsumstellung auf feste Nahrung wegen Anastomosenenge. In der Folge kann es zu Gedeihstörungen kommen, weshalb häufige Gewichts- und Wachstumskontrollen nötig sind. Bronchopulmonale Infekte können vermehrt auftreten, ein gastroösophagealer Reflux kann zu wiederholter Aspiration führen. Auf Grund von Tracheomalazie kann es zu wiederholter Fistelbildung kommen. Bei professioneller Nachsorge besteht jedoch eine sehr gute Lebensqualität.

„... hat Marcus Stunden damit gebracht in Tee getränkte Wattestäbchen Ilvy anzubieten. Dabei hat er ihr von allen Eissorten der Welt erzählt, während sie an Infusionen hing – daran erinnern wir uns im Sommer oft. Und dann musste der Speichel abgesaugt werden – auch dieses Geräusch vergesse ich nicht. Aber dann: die ersten Trinkversuche – die Bilder im Schluckakt – der Proof, dass alles DICHT ist – das werde ich niemals vergessen. Und auch ohne Muttermilch bekommen zu haben (ja das ist nicht optimal aber ...) ist Ilvy jetzt ehrlich gesagt fast nie krank, eine der Größten in ihrer Klasse und mittlerweile kerngesund. Und während ich dir gerade schreibe, genießt Ilvy gerade Avocado Maki und gebratenen Nudeln mit Meeresfrüchten am Freitag-Abend. Davon haben wir immer geträumt aber es uns fast nicht getraut zu denken ... Also sie einmal

so unbeschwert und gesund zu erleben... Das Leben ist schon manchmal sehr besonders.“

Zu guter Letzt ...

Einen Satz, den Sie gerne Stillberater*innen & medizinischen Fachpersonen mitgeben möchten?

„Wenn es den Wunsch der Mutter gibt, ihr Kind zu stillen, dann unterstützen Sie diesen, egal wie schwierig es ist oder wie unsicher es von der Trinkmenge ist, auch gegen Widerstände. Wichtig wäre es, dass die Hebammen und das medizinische Personal, dahingehend unterstützen, dass nicht immer der vermeintlich einfache Weg der richtige Weg ist; vielleicht ist es im ersten Moment einfacher kontrollierbar eine Flasche zu haben, ... auf lange Sicht ist das aber ev. der schwierige und verkehrte Weg, und vielleicht auch an den Menschen vorbei, um die es eigentlich geht. Wichtig ist immer von der einzelnen Frau und der komplexen Situation, in der sie steckt, auszugehen.“

„Ich würde mir wünschen, dass in den Kliniken der Wert der Muttermilchernährung erkannt wird. Nicht nur für das Kind, sondern auch für die Mutter. Es war das Einzige, wo ich das Gefühl hatte, ich kann etwas für mein Kind tun.“

Einen Satz, den Sie gerne betroffenen Familien mitgeben möchten?

„Glauben Sie an sich selbst und lassen Sie sich im Krankenhaus nicht in gewisser Weise unterbuttern, wenn man einen ganz klaren Wunsch hat, sich aber so weit zurückstellt, wenn man glaubt die medizinischen Fachkräfte wissen es besser, aber man selber weiß es wahrscheinlich besser für sich und sein Kind.“

„Bei Menschenkindern sind die ersten drei Lebensjahre prägend. Auch wenn die erste Zeit vielleicht nicht ganz so verläuft, wie ihr euch das gewünscht und vorgestellt hättet, so habt ihr genug Zeit und Gelegenheiten, zu eurem Kind eine wunderbare Beziehung aufzubauen.“

Eva Maximik

Zu wenig Milch

Kann der Einsatz von Galaktogoga hilfreich sein?

„Hilfe, mein Baby bekommt zu wenig Milch ...“ – diese Befürchtung haben zeitweise fast alle Mütter, sie ist wohl so alt wie die Menschheit.

In den allermeisten Fällen kann die Mutter in der Stillberatung gestärkt und das Stillmanagement so weit optimiert werden, sodass keine weiteren Maßnahmen erforderlich sind.

Galaktogoga – milchbildende Mittel – sollten immer nur ergänzend eingesetzt werden, wenn eine adäquate Milchbildung durch Stimulation der Brust (= mind. 8-12-mal/24 Stunden durch das Baby oder die Milchpumpe) nicht erreicht werden kann. Der folgende Artikel fasst den Vortrag von Dr.ⁱⁿ Beate Pietschnig, Kinderfachärztin i.R. und IBCLC über die Verwendung von Galaktogoga zusammen.

Lt. Suki Studie AGES 2021 beginnen in der ersten Lebenswoche über die Hälfte (55%) der Mütter ihr Baby ausschließlich zu Stillen, nach einem halben Jahr stillen jedoch nur noch knapp 1,9% der Mütter ausschließlich. Der häufigste Grund für das Abstillen ist – neben Schmerzen in der Brust – der echte oder perzipierte Milchmangel.

Vor allem wenn ein Baby unruhig ist und oft gestillt werden möchte, wird der Wunsch nach einem Medikament – vorzugsweise nach einem rein pflanzlichen Mittel – zur Steigerung der Milchmenge geäußert. Pflanzliche Mittel gelten als natürlich und schonend – es gibt jedoch viele pflanzliche Giftstoffe, sodass auch die Anwendung pflanzlicher Mittel genau überlegt werden sollte.

Um die Milchmenge zu steigern ist es für die Mutter hilfreich zu verstehen, wie Stillen die Milchbildung regelt. Nur nach einer genauen Anamnese kann festgestellt werden, ob es sich um einen tatsächlichen Milchmangel handelt und ev. eine Gefahr besteht und sofortige

Maßnahmen zu ergreifen sind. Eine Stillberatung ist daher unumgänglich.

In seltenen Fällen kann der Einsatz von Laktogoga erwogen werden, wenn alle anderen Möglichkeiten zur Milchsteigerung ausgeschöpft wurden:

Speisen

Seit dem Altertum gelten gewisse Speisen/Hausmittel als milchbildungsfördernd.

Viele Ammenmärchen halten sich hartnäckig und verunsichern vor allem junge Mütter. Gesichert ist, dass der Einfluss der mütterlichen Nahrungsmittel aufs Stillen marginal ist und die Mutter essen kann, was ihr „gut tut“ (Ausnahme: Alkohol, Nikotin und einige wenige Medikamente).

Pflanzenderivate, Tees und Kräuter

Bockshornklee und Mariendistel sind weit verbreitet und in vielen Nahrungsergänzungen und Tees enthalten. In seltenen Fällen kann es bei Bockshornklee zu allergischen Reaktionen kommen. Fenchelsamen stehen im Verdacht, in hohen Dosen Leberschädigungen und genetische Veränderungen auslösen zu können. Fencheltee für Babys wird nicht mehr empfohlen. Auch Bier wurde lange als milchsteigernd empfohlen (als aktive Komponente Betaglucon aus Gerste identifiziert) – Alkohol darf niemals empfohlen werden – er stört das Stillen und gefährdet das Baby.

Medikamente zur Milchsteigerung

Domperidon (Motilium®) und Metoclopramid (Paspertin®) sind die weltweit am häufigsten verwendeten Pharmaka zur Muttermilchsteigerung. Im Deutschsprachigen Raum ist kein Medikament zur Erhöhung der Milchmenge zugelassen. Eine Verschreibung dieser Medikamente ist daher immer off-label-use.

Die Wirkung (= eine Nebenwirkung) aller folgenden Medikamente liegt in der Steigerung des Prolaktinspiegels. Die beste Wirksamkeit ist in den ersten Wochen post partum gegeben, danach sinkt der Prolaktinspiegel ab und die Milchbildung wird autokrin geregelt. Es ist unklar, ob ein medikamentös getriggert Prolaktinanstieg mehrere Wochen nach der Geburt noch die gewünschte Wirkung zeigt.

Domperidon (Motilium®)

Eine große Australische Studie an Müttern von Frühgeborenen belegt eine moderate bis gute Wirksamkeit postpartal. Bei Indikation sollten mütterliche Vorerkrankungen evaluiert und ein EKG gemacht werden – es besteht das seltene Risiko einer Herzrhythmusstörung.

Metoclopramid (Paspertin®)

Auch hier legen Studien eine Wirksamkeit nahe, jedoch können als Nebenwirkung bleibende neurologische Störungen bei der Mutter auftreten. Von einer Anwendung wird daher dringend abgeraten.

Weitere Medikamente, mit potentiell milchsteigernder Wirkung sind z.B. Sulpiride (Neuroleptikum), Metformin (Antidiabetikum) und Wachstumshormone. Eine Verabreichung zur Steigerung der Milchbildung ist niemals indiziert.

Fazit

Die Evidenzlage über Galaktogoga ist insgesamt sehr begrenzt, daher sollten – nach dem Ausschöpfen ALLER nicht pharmakologischer Möglichkeiten – pflanzliche Mittel mit Vorsicht angewendet werden und Domperidon als einziges pharmakologisches Mittel nur nach strenger Indikation und ärztlicher Begleitung erwogen werden.

Gudrun Schober

Gutes Gewissen

Über die Bedeutung von Ethik in der Stillberatung

Eine Zusammenfassung nach dem Vortrag von Mag.^a Beate Lamprecht auf der Fortbildung in Graz.

Was ist Ethik? Wie definiert sich ethisches Handeln? Auf diese Fragen kann es keine verbindlichen Antworten geben, denn ethische Grundsätze sind von vielen unterschiedlichsten Faktoren beeinflusst. Es geht um Traditionen, gesellschaftliche Normen, um Religion und Kultur. Ethisches Verständnis ändert sich mit der Zeit, dem Blickwinkel und dem Wissen über einen bestimmten Bereich. Das, was für eine Berufsgruppe ethisch vertretbar ist, kann für eine andere Berufsgruppe ethisch überhaupt nicht vertretbar scheinen. Auf jeden Fall regeln ethische Normen das zwischenmenschliche Verhalten und das professionelle Auftreten. Gewissen (der innere Beobachter) und Moral (die gesellschaftlichen Regeln) haben großen Einfluss auf das ethische Verhalten des Einzelnen.

Was hat das alles mit Stillberatung zu tun?

Wie für andere Berufsgruppen in denen wir ebenso verankert sind, gibt es auch für IBCLCs einen ethischen Kodex, „Code of professional Conduct for IBCLCs“ (Verhaltenskodex für IBCLCs – deutschsprachige Version: www.ibclce.org/wp-content/uploads/2022/10/2022_August_17_Code-of-Professional-Conduct_GERMAN.pdf).

Ein Kodex (eine Art Gesetzbuch) schützt einerseits die Vertreter der jeweiligen Berufsgruppe, sowie das Ansehen der Berufsgruppe und andererseits den Klienten, Konsumenten oder Patienten.

Anhand von Beispielen hat Mag.^a Lamprecht einige Aspekte des Kodex beleuchtet: Im Verhaltenskodex für IBCLCs ist festgehalten, dass IBCLCs „professionelle

Leistungen anbieten, die das Stillen schützen, fördern und unterstützen.“ Öffentlichkeitsarbeit für das Stillen in und mit den Medien (sei es in Fernsehen, Radio oder Zeitschriften) kann ein ganz wichtiges Element dieser Arbeit sein und zugleich heftige Stolpersteine bergen. Wer von den Kolleg*innen ist überhaupt bereit, sich dieser Herausforderung zu stellen? Dazu kommt, dass nicht alle Journalist*innen einen so hohen ethischen Anspruch haben, dass sie Artikel vor der Veröffentlichung noch mal zum Gegenlesen geben, wodurch schon so manches Interview oder manche Pressemitteilung völlig sinnverfremdet wiedergegeben wird.

Ein weiterer Grundsatz lautet „mit gebührender Sorgfalt zu handeln“. Also innerhalb des eigenen Zuständigkeitsbereiches mit anderen Vertretern des Gesundheitswesens zusammenzuarbeiten. Wir sind verantwortlich für das was wir tun. Dies bedeutet auch, dass wir die Rechte des geistigen Eigentums respektieren.

Ein ganz anderes Thema ist die „Vertraulichkeit der Klient*innen zu wahren“ am Beispiel Fotodokumentation. Wir müssen uns bewusst sein, dass Eltern in einer schwierigen Situation sich in einem Abhängigkeitsverhältnis zu uns befinden. Geben uns die Frauen tatsächlich die Zustimmung zum Fotografieren völlig frei, oder geben sie ihre Zustimmung, weil sie sich nicht getrauen zu widersprechen, dass wir von dieser Besonderheit ein Foto machen? Und mit Sicherheit gibt es viele Frauen, die vielleicht Jahre später ihre Einwilligung widerrufen möchten. Wenn die Fotos aber erst mal veröffentlicht sind, ist es nicht mehr so kontrollierbar, wo diese wirklich erscheinen.

Dieser Grundsatz konkurriert andererseits mit dem Grundsatz „korrekte und vollständige Information an andere Mitglieder des Gesundheitspersonals weiterzugeben“. Bemerkenswert

beispielsweise etwas, das mit physischer oder psychischer Gewalt zu tun hat, dann sind wir verpflichtet, dies auch den entsprechenden Behörden zu melden. Mag.^a Lamprecht berichtet von ihrer Mitarbeit in einer Kinderschutzgruppe. Das multiprofessionelle Team stellte in der Selbstreflexion fest, dass es den Teammitgliedern unbewusst wesentlich schwieriger schien, Familien mit gutem sozialen und finanziellen Hintergrund an die Behörden zu melden als unterprivilegierte, ärmere Familien.

„Unabhängige Urteilsbildung und Vermeidung von Interessenskonflikten“ Wir alle sind Interessenskonflikten ausgesetzt. Es ist unsere Aufgabe sich diesen bewusst zu werden und vor allem kommerzielle Einflüsse weitestgehend zu vermeiden und den internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten mit Leben zu erfüllen.

„Wahrung der persönlichen Integrität“ – Von einer IBCLC wird erwartet, dass sie ihre Arbeit freiwillig niederlegt, wenn sie beeinträchtigt, krank oder vielleicht von Substanzen abhängig ist. Andererseits geht es auch darum, alle Klient*innen gleich zu behandeln unabhängig von Religion, Kultur, sozioökonomischem Status, sexueller Orientierung, ... Mag.^a Lamprecht fordert die Anwesenden dazu auf zu überlegen, ob es immer ethisch korrekt ist wie wir in Dienstübergaben sprechen – über Eltern-Kind-Paare, über vielleicht mitaufgenommene Männer, über Kolleg*innen oder Auszubildende. Wie stehen wir, jede einzelne von uns dazu, wenn Frauen länger stillen, oder nicht stillen?

Die Fragestellungen zu ethischen Themen bleiben unendlich, Diskussionen zu neuen oder alten ethischen Fragen sind wichtig, um Gesundheitspersonal, Eltern und Kinder zu schützen und ein gutes Miteinander zu gewährleisten.

Andrea Hemmelmayr



Naturreine Pflegeprodukte



- ☘ für Mutter und Kind
- ☘ mit viel Liebe und Feingefühl in Vorarlberg für Sie gerührt
- ☘ zur Unterstützung während der Schwangerschaft, der Geburt und im Wochenbett
- ☘ für die natürliche Babypflege von Beginn an.

feeling HandelsgesmbH. | 6824 Schlins in Vorarlberg | www.feeling.at



Kostenlos Babyfolder anfordern! www.feeling.at

Trainingseinheit

Mit großen Brüsten fit durch die Stillzeit kommen

Margot Ollerieth, Dipl. Physiotherapeutin und IBCLC aus Österreich führt uns aus physiotherapeutischer Sicht durch die Stillzeit. Eine Zusammenfassung ihres Vortrages beim Webinar „Alles im Fluss“ im März 2022.

Definition

Wann ist eine Brust zu schwer? Es gibt hierzu keine Gewichtsangabe, auch die Körbchengröße des BHs ist nicht relevant. Es gilt das Empfinden der Mutter als Richtgröße. Entscheidend ist, ob sie das Gefühl hat, dass sie das Gewicht der Brust nicht gut tragen kann. Nicht nur das Gewicht der Brüste, sondern auch das Verhältnis zwischen Brüsten und Körperrelationen spielt dabei eine Rolle.

Situation der Mutter

In den ersten Wochen der Schwangerschaft spürt die Frau bereits hormonbedingt eine Veränderung in den Brüsten (Spannung, Wachstum). Gegen Ende der Schwangerschaft ist ein deutliches Wachstum dann auch

sichtbar, Frauen denken in dieser Zeit meist das erste Mal über den Kauf eines Still-BHs (breitere Träger, mehr Halt) nach. Beim Milcheinschuss haben die Mütter dann sehr pralle, schwere Brüste. Nach 6 Monaten verkleinert sich die Brust meist wieder (das Stillen hat sich gut eingespielt) und nach dem Abstillen kehrt die Brust zu ihrem Ursprung zurück. Auch über das Gewicht von laktierenden Brüsten gibt es keine Angaben. Wir können allerdings davon ausgehen, dass es deutlich größer ist als vor der Schwangerschaft, da Drüsenewebe schwerer ist als Fettgewebe und zusätzlich Flüssigkeit eingelagert bzw. Muttermilch produziert wird.

Situation des Körpers

Der Körper der Frau hat nach der Geburt viele Eigenheiten, welche wir uns bewusst machen müssen. Der Beckenring ist instabil, die Lage der Beckenorgane wurde verdrängt und die Beckenbodenmuskulatur ist nicht ausreichend kräftig. Die Bänder sind gedehnt und die Muskulatur ist nicht so leistungsfähig wie vor der Geburt. Präventiv sollte auch schon bei jun-

gen Frauen in der Schwangerschaft von Gynäkologin/vom Gynäkologen Beckenbodentraining angesprochen werden. Das Wissen, dass Rücken und Beckenboden eine Einheit bilden, hilft Probleme nach Geburt zu vermeiden.

Probleme

Tragen (große Brüste, Schwangerschafts-Kilos, Baby, Geschwisterkinder) belastet den Rücken. Ein schlecht sitzender Still-BH (Träger schneiden ein, Dellen sind sichtbar) zieht die Schulter nach vorne. Bei schwacher Muskulatur und vorne großem Gewicht wird die Brustwirbelsäule runder und ein Hohlkreuz entsteht. In der Folge kommt es zu Schmerzen in der Brust- und Lendenwirbelsäule, die Bandscheiben in der Lendenwirbelsäule werden stärker belastet. Der Kopf muss überstreckt werden, um geradeaus schauen zu können. Die Schultern werden hochgezogen, der Beckenboden hält nicht dagegen. Es kommt zu Spannungskopfschmerzen und Nackenschmerzen durch Druck auf den Musculus Trapezius. Druck oberhalb des Schultergelenks, wo Muskeln und Nerven durch-

ziehen und prinzipiell wenig Platz ist, verengt noch zusätzlich den Raum, Schmerzen im Arm sind die Folge.

Unsere Aufgabe

Bereits in der Schwangerschaft sollte eine Frau mit großen Brüsten empathisch auf mögliche Probleme angesprochen werden und ihr empfohlen werden, sich nach einem gut passenden Still-BH umzusehen. Gegebenenfalls können Übungen schon vor Geburt erlernt und in den Alltag eingebaut werden. Ein Übungsplan sollte gemeinsam erstellt werden und die Mutter nach der Geburt daran erinnert werden. Die Ausübung muss immer wieder kontrolliert werden, da sich Ungenauigkeiten beim Üben einschleichen können. Es ist wichtig die Mutter bei der Hand zu nehmen und ihr genau zu sagen, wann, wo und wie viel sie üben soll. Im herausfordernden, neuen Alltag mit einem Baby sind genaue Angaben sehr hilfreich und stärken die

Motivation. Wichtig ist, die Frau nicht zu überfordern, maximal vier Übungen vorzuschlagen hat sich bewährt. Die positive Überraschung ist: Üben kann sie immer und überall, auch die Trainingsgeräte sind in jedem Haushalt vorhanden. Als Hilfsmittel dienen Reis- oder Mehlpackungen, Wasserflaschen, Besenstiele und Handtuch- oder Deckenrollen zum Unterlegen unter die Brust bei Bauchlage. Es gilt die Muskeln sanft aufzuwecken. Der Übungsplan wird am besten in handschriftlicher Form mitgegeben. Strichmännchen - Zeichnungen beschreiben die Übungen, die Dosis (wie oft, wie lange Pause, wie viele Wiederholungen) wird vermerkt. Die individuelle Zusammenstellung vermittelt Wichtigkeit und stärkt die Compliance der Frau.

Übungssituation

Beim Üben eine aufrechte Haltung einnehmen, Schultern nach hinten, den

Beckenboden moderat anspannen. Im Alltag passiert alles vor dem Körper, auf Aufrichtung wird vergessen, deshalb bewusst Aufrichten und seinen Platz in der Welt einnehmen. Standardvorgabe:

10-15 Wiederholungen, dann 20 Sekunden Pause, 3 Sätze durchführen, anfangs ohne Gewichte ausreichend.

Grenzen

Klagt die Frau über ausstrahlende Schmerzen, kann sie nicht schlafen bzw. erwacht sie durch Schmerzen ist eine Weiterüberweisung an einen ärztlichen Dienst unbedingt nötig. Ebenso wenn sich die Schmerzen nicht bessern, sich verschlimmern oder Schmerzmittel dauerhaft benötigt werden.

Zusammenfassung

Kraft und Ausdauer sollen mit niedriger Intensität trainiert werden. Ein Übungsplan mit Dosis und maximal vier Übungen wird erstellt. Das Training erfolgt zu Hause, das Trainingsmaterial ist ebenfalls zu Hause vorhanden. Eine Perspektive für spürbaren Erfolg mitgegeben (3-4 Wochen), dies steigert die Motivation zu trainieren.

Eva Maximiuk



Neonatologischer Fachtag Webinar, 17.03.2023

VSLÖ Stillkongress Wien 20.10. - 21.10.2023

Regionaltreffen Tirol 2023

27.02., 17.00 - 19.00 Uhr, online via Zoom
09.05., 17.00 - 19.00 Uhr, FHG/AZW, Innrain 98, 6020 Innsbruck
25.09., 17.00 - 19.00 Uhr, FHG/AZW, Innrain 98, 6020 Innsbruck
21.11., 17.00 - 19.00 Uhr, online via Zoom

Regionaltreffen Wien 2023

16.01., 14.03., 15.05., 18.07., 13.09., 14.11.,
jeweils 18.00 - 20.00 Uhr, online via Zoom



Angebote des Europäischen Institutes für Stillen und Laktation:

STILLBEGINN 21.06. - 24.06.2023, Wien

STILLZEIT

Teil 1: 04.05. - 06.05.2023, Teil 2: 05.06. - 07.06.2023, Steiermark
Teil 1: 14.09. - 16.09.2023, Teil 2: 18.10. - 20.10.2023, Wien

BASISSEMINAR

Teil 1: 22.02. - 23.02.2023, Teil 2: 12.04. - 13.04.2023,
Teil 3: 01.06. - 07.06. 2023, Innsbruck

SEMINARREIHE INTENSIV

Seminar 2: 22.11. - 25.11.2023, Seminar 3: 27.02. - 29.02.2024,
Seminar 4: 27.05. - 30.05.2024, Innsbruck
Online-Tage 16.01.2024 und 26.03.2024

SEMINARREIHE KOMPAKT mit eLearning

für Ärzt*innen und Apotheker*innen
Teil 1: 17.02. - 19.02.2023, Teil 2: 05.05. - 07.05.2023, Innsbruck
Online-Tag: 10.03.2023 oder 14.04.2023

BRUSH-UP KURS 17.05.2023 - 18.05.2023, Steiermark/Gröbming

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!