

Kaiserschnitt - der andere Weg

Kaiserschnitt - der andere Weg für die Geburt eines Kindes. Fluch oder Segen? Die Fortbildung „Kaiserschnitt – der andere Weg“ vermittelte einige neue und teilweise andere Blickwinkel auf die Sectio. Die Vortragenden IBCLCs Gynäkologin Dr. Ingrid Zittera, Kinderkrankenpflegerin Elfriede Ebner und Hebamme Mag. Beate Pfeifenberger Lamprecht brachten uns die interdisziplinären Betrachtungsweisen näher.

Der Geburtsmodus Sectio caesarea (kurz Sectio), Schnittgeburt, Bauchgeburt oder das bekannte Wort Kaiserschnitt findet heutzutage immer häufiger Anwendung. Die Sectioquote in Österreich liegt aktuell bei ca. 30%. Seit Ende der 90er Jahre ist diese Quote um ca. 10% angestiegen. Aber warum? Haben sich die Frauen und die Kinder mit der Jahrtausendwende verändert?

In der geschichtlichen Evolution war die Schnittentbindung mit einer hohen Sterblichkeitsrate vor allem für die Frau gekennzeichnet. Die erste Überlebende ist aus dem 15. Jahrhundert in der Schweiz überliefert.

Heutzutage wäre laut WHO eine Kaiserschnitttrate von 10-15% anzustreben.



Foto: cc_by_sa_hbr_wikimedia

streben. Ursachen für eine benötigte unumgängliche Schnittentbindung sind zum Beispiel eine Querlage des Kindes, ein Schädel-Becken-Missverhältnis, Gebärmutterriss oder eine Placenta praevia. Relative Faktoren wie Beckenendlage, Zwillingssgeburten, Makrosomie oder ein pathologisches CTG müssen hierbei bereits aus mehreren Blickwinkeln betrachtet werden.

Die Hauptindikation in Österreich für eine Schnittentbindung ist eine Resectio, das heißt, eine erneute Sectio, wenn bereits das erste Kind mit einem derartigen Eingriff geboren wurde. Als weitere Begründungen lassen sich ein pathologisches CTG, Geburtsstillstand oder die Erschöpfung der Mutter beobachten. Wird alleine die Geburtsdauer von früher mit heute verglichen, sollte es uns nachdenklich stimmen. War früher die Dauer mit ca. 18 Stunden angegeben, wird heute von 6 bis 7 Stunden gesprochen.

Auch eine medizinische Einleitung stellt ein gewisses Risiko für eine Sectio dar. Sieht man sich die Einleitungsdaten an, werden aktuell 25,5% aller schwangeren Frauen eingeleitet. Wiederrum ein Viertel dieser betrof-

fenen Frauen landen am Operationstisch. Die Hauptbegründung für eine Einleitung liegt in der Geburtsterminüberschreitung. Wann sollte also eingeleitet werden? Hierfür sind keine genaueren Anweisungen/Leitlinien auffindbar.

Risiken

Indem ein Kaiserschnitt nicht gerade einen kleinen Eingriff in den Bauchraum darstellt, lassen sich einige Risiken erkennen. Wie bei jedem operativen Eingriff beobachtbar sind die erhöhte Thromboseneigung und die Infektionsgefahr. Hinzu kommen der erhöhte Blutverlust, die verzögerte Gebärmutterrückbildung und vieles mehr. Auch Spätfolgen wie negative Auswirkungen auf die Psyche, verminderte Fruchtbarkeit oder bei einer folgenden Schwangerschaft die Gefahr einer fehlerhaften Einnistung des Mutterkuchens (Plazenta) sind möglich. Ein intrauteriner Fruchttod, umgangssprachlich Totgeburt oder ein Abort (Fehlgeburt) treten ebenfalls prozentuell gehäuft auf.

Bei diesen Aufzählungen darf das Kind nicht außer Acht gelassen werden. Respiratorische Anpas-



VSLÖ - Informationen

- VSLÖ - der Verband der geprüften Still- und LaktationsberaterInnen Österreichs IBCLC
 - Wir bieten Aus- und Fortbildung, Fachwissen und fundierte Beratung zum Thema Stillen
 - Wir setzen uns für die Anerkennung und Honorierung von Stillberatung im Gesundheitswesen ein
- Kontakt:** VSLÖ, Lindenstr. 20, 2362 Biedermannsdorf, Tel. & Fax: 02236/72336;
E-mail: info@stillen.at



Lieber Leserinnen und Leser!

Wow! 20 Jahre ist es nun her, dass einige engagierte Frauen den VSLÖ gründeten. Nun, 20 Jahre später habe ich die ehrenvolle Aufgabe diesen Verband als neue Präsidentin in die Zukunft zu begleiten.

1975 geboren hat mich schon in frühen

Jahren die Arbeit mit Menschen fasziniert. Nach der Fachschule für Sozialberufe und der Studienberechtigungsprüfung begann ich 1995 mit dem Studium an der Sozialakademie in Wien, die ich 1998 mit einem Diplom abschloss. Schon damals war mir klar, dass ich mit Familien und Babys arbeiten möchte.

Mein Traumjob! 2001 begann ich daher bei der Kinder- und Jugendhilfe Wien als Sozialarbeiterin und schaffte es bereits 2003 in den Klinikverbindungsdienst. Die Arbeit in dieser speziellen Abteilung umfasst die psychosoziale und rechtliche Beratung vor und nach der Geburt. Die Begleitung und Koordination bei schwierigeren Problemen der Schwangeren und Mütter, wie Adoption, anonyme Geburt, Abhängigkeiten, psychische Erkrankungen, ... und findet vor Ort, direkt im Spital und im Eltern-Kind-Zentrum statt.

Sozialarbeit, Bindungs- und Stillberatung: für mich ein perfektes Gesamtpaket! Nach der Ausbildung im „Europäischen Institut für Laktation und Stillen“ hielt ich 2012 das Zertifikat zur IBCLC

in Händen. Seither arbeite ich bei der Kinder- und Jugendhilfe und selbstständig als Stillberaterin, Trageberaterin (Grundkurs Die Trageschule), SAFE-Mentorin und halte Babymassagekurse ab. Seit 2013 unterstütze ich den Vorstand des VSLÖ. Zuletzt habe ich mit einem Team die VSLÖ-Homepage neu erstellt (ev. auf aktualisieren klicken!) und ganz neu ist die Möglichkeit der online-Anmeldung für unsere Fortbildungen!

Happy Birthday VSLÖ! Mit vielen Überraschungen konnten wir bei der letzten 20 Jahre-Fortbildung in Salzburg aufwarten. Tolle Referate, die von den Kolleginnen des Redaktionsteam in dieser Ausgabe zusammengefasst wurden, Geburtstagstorte, eine großartige Tombola und ein fulminantes Crime-Dinner waren einige der Highlights des Tages.

Apropos Fortbildungen: In dieser VSLÖnews befindet sich weiters eine Zusammenfassung unseres „Sectio Workshops“. Drei IBCLC-Expertinnen zeigten verschiedene Möglichkeiten vom „anderen Weg nach dem Kaiserschnitt“ auf. Für alle, die keinen Platz ergattern konnten, eine gute Nachricht: Ein weiterer Termin ist in Planung!

Alle Termine findet ihr auf unserer ganz neu gestalteten WebSite www.stillen.at (Rückmeldungen willkommen!) und in dieser Ausgabe!

Viel Spaß beim Lesen und Fortbilden!

Eure Anita Schoberlechner

sungsstörungen (Atemnotsyndrom) und Schnittverletzungen am Körper des Kindes dürfen nicht verharmlost werden. Die Entstehung von Asthma, Übergewicht und Diabetes Typ 1 lassen sich in den nachfolgenden Jahren ebenfalls häufiger beobachten. Ganz zu schweigen von einer niedrigeren Stillrate und einem erschwerten Körperkontakt von Anfang an.

„Ein Kaiserschnitt, um die Säuglingssterblichkeit zu verringern“ ist kein adäquates Argument, da sich hierbei kein Zusammenhang ableiten lässt. Mittlerweile weiß man, dass die Risikofaktoren für das Kind sinken in Kombination mit der Wehentätigkeit. Die Gefahr steigt für die Mutter minimal an. Erklärungsansätze heutzutage für die Anwendung eines Kaiserschnittes sind oftmals das Alter der Mutter oder deren mögliches Übergewicht.

Erwartungen einer Frau

„Ich kann es planen. Ich erspar mir die schmerzhaften Wehen. Die Gefahr, einen Dammriss oder -schnitt zu erleiden fällt weg. Und ich fürchte mich, Harn- oder Stuhlinkontinent zu werden!“ Solche Argumente sind keine Seltenheit. Laut Gynäkologen ist jedoch nach zwei Jahren kein körperlicher Unterschied mehr erkennbar, ob eine vaginale Geburt oder ein Kaiserschnitt stattgefunden hat.

Fehlt uns vielleicht die Zuversicht und das Selbstvertrauen, es aus eigener Kraft zu schaffen? Sind große Ängste vor dem Geburtsschmerz, die Gefährdung des Kindes oder die möglichen Spätfolgen einer vaginalen Geburt die Begründung dafür?

Ärzte und Ärztinnen haben bekanntlich auf die Zuversicht und das Selbstvertrauen jeder einzelnen Frau mehr Einfluss als die zuständige Hebamme. Bestehen ausgeprägte Angstzustände ist unbedingt an eine psychologische Begleitung zu denken.

Die Kaiserschnittquote auf „Wunsch“ lässt sich in Deutschland mit 2% erheben. In Österreich wird keine Auf-



Foto: (c) *AubreyKillian_flickr*

zeichnung darüber gemacht.

Auch der oberste Sanitätsrat hat sich 2013 hierzu geäußert:

1. Umfassende Information vor allem der erstgebärenden Frauen über die Folgen einer Kaiserschnittgeburt insbesondere auch unter Berücksichtigung langfristiger Auswirkungen.

2. Der primäre Kaiserschnitt ohne medizinische Indikation sollte vor allem bei jungen Frauen mit dem Wunsch nach mehreren Kindern besonders zurückhaltend eingesetzt werden und erfordert eine umfassende Aufklärung und Information der Frau.

3. Ein Zustand nach vorangegangener Kaiserschnittgeburt ist die häufigste Ursache für einen neuerlichen Kaiserschnitt. Unter bestimmten Voraussetzungen ist hier jedoch eine Spontangeburt nicht nur möglich, sondern kann auch angestrebt werden.

Ist das Wohl von Mutter und Kind nicht das Wichtigste in der Geburtshilfe? Steckt hinter den steigenden Schnittentbindungen vielleicht eine bessere Betriebswirtschaftlichkeit?

Bei einer sinkenden Quote von 31,9% auf 25% beträgt der Verlust für die Beteiligten ca. 52,5 Millionen Euro. Solche Daten bescheren uns eine gewisse Hellhörigkeit.

Narben

Wie das Wort „Schnittentbindung“ bereits verrät, handelt es sich um eine

große Bauchoperation. Der Eingriff in die weiblichen Organe lässt sich nicht verhindern. Narben am Bauch sind selbstverständlich. Schwangere und Gebärende werden zur chirurgischen Patientin. Neben den allgemeinen Symptomen, wie oben bereits erwähnt sollte weiter die Frage gestellt werden: Wird nicht auch unsere Weiblichkeit und damit unsere Seele verletzt?

Bei dem Einschnitt werden viele Nervenverbindungen verletzt und irritiert. Sensibilitätsstörungen können bis zu 10 Monate andauern. Durch den „Bikinischnitt“ kann das Gefühl des Zweigeteiltheits entstehen. Auch kann die Erinnerung an die Narkose traumatisierend wahrgenommen werden. Kommt ein Kaiserschnitt unerwartet, ist bei der betroffenen Frau meist das Gefühl der misslungenen Geburt vorhanden. Selbstvorwürfe und Schuldgefühle sind keine Seltenheit. Wut und Ärger auf das Krankenhauspersonal können gewisse Sorgen, Selbstzweifel und Unzufriedenheit über die allgemeine Situation beinhalten. Der „Baby Blues“ bis hin zur depressiven Verstimmung können verstärkt auftreten und schlussendlich in einer posttraumatischen Belastungsstörung enden. Ein offenes Ohr für das abgelaufene Geburtsgeschehen bedeutet oft Heilung für die Seele.

Im Gegensatz kann die Bauchgeburt auch eine Erleichterung für Mutter und Kind bedeuten. Dankbarkeit, dass alles gut gelaufen ist begleitet diese Mütter häufig.

Kaiserschnitt - kindliche Sichtweise

Die Wehentätigkeit bedeutet für das Kind Teamwork mit der Mutter. Das Kind erfährt das Gefühl der Selbstwirksamkeit. Die sogenannte Durchtrittserfahrung kann gemacht werden. Ein Kind besitzt von Anfang an reife und wache Sinne, die vom Geburtsgeschehen geprägt werden.

Ein primärer Kaiserschnitt kann mit einer Geschichte verglichen werden: Eines Nachts - ich schlafe ruhig und gut. Ganz plötzlich fliegt die Tür auf. Eine Razzia. Ich werde abrupt herausgerissen. Aus dem Nichts!

Wie würden wir uns dabei fühlen?

Bei der PDA, der Vorbereitung zum Eingriff - wenn die Gebärmutter auf einmal nicht mehr reagiert, kann dies Panik für das Kind heißen. Das Gehör

ist bereits gut vorhanden. Bei der Eröffnung der Fruchtblase hört man das Geklapper der OP-Instrumente. Gleichzeitig geht das Fruchtwasser ab. Stellen sie sich einen Taucher vor, der zu schnell auftaucht. Bedeutet es nicht das Gleiche für das Kind?

Am Körperteil der am leichtesten Greifbar ist, wird das Neugeborene herausgezerrt. Die ersten Augenblicke werden begleitet von einer Orientierungslosigkeit. Ein rascher Temperaturwechsel gehört dazu. Die Nabelschnur kann selten auspulsieren. Eine sofortige Trennung ist notwendig, um die Mutter weiter zu versorgen. Eine Geburt mit Wahnsinns Geschwindigkeiten!

Im Gegensatz hierzu steht die sekundäre Bauchgeburt. Das Gefühl endlich draußen zu sein, da vielleicht eine Notsituation bestand, ist realistisch.

Die ersten Tage, Wochen und Monate begleiten die Kaiserschnittkinder einige Merkmale und Symptome in unterschiedlicher Ausprägung. Zum Beispiel können Neugeborene nach Schnittentbindung einer extremen Schreckhaftigkeit unterworfen sein. Ein- und Durchschlafstörungen sind in diesem Bezug erkennbar. Die Kinder haben meist einen kleinen Veränderungsspielraum. Dies wird oft als berührungsempfindlich abgetan. Auch die Beine bewegen sich oft stoßweise oder es sind kaum Bewegungen erkennbar.

Durch eine „andere Tür“ auf die Welt geprägt...

Stillen

Eine Bauchgeburt bedeutet meist eine räumliche Trennung von Mutter und Kind. In wenigen Häusern wird das sogenannte „Sectiobonding“, also der Körperkontakt sofort nach der Entwicklung des Kindes aus dem Bauch bereits standardmäßig angewandt. Was hält uns davon ab, dieses Management umzusetzen?

Für das Kind bedeutet es den ersten intensiven Kontakt mit den Eltern und beeinflusst im weiteren Leben vieles. Es wird auch als „frühe sensitive Periode“ bezeichnet. Bonding bedeutet Oxytocin, skin to skin und privacy (Privatsphäre). Wir wissen das Oxytocin ein Hormon, Neurotransmitter und Neuropeptid ist. Es wird ausgeschüttet bei Hautkontakt (Brustbereich), bei Berührungen, Massagen, Wärme, beim non-nutritiven Saugen, Lachen und Singen. Die Kinder besitzen - je jünger sie sind - viele Spiegelneuronen und erweisen sich hierbei als totale Nachahmungstalente. Alle Zusammenhänge bewirken eine bessere Wundheilung, eine Stärkung des Immunsystems, fördern Vertrauen, stärken die Mutter-Kind-Bindung und machen ein klein wenig „eifersüchtig“. Als unsere Grundbedürfnisse lassen sich ganz klar der Sauerstoff zum Atmen, die notwendige Wärme, der Schutz vor Gefahren und die Nahrungsaufnahme erkennen. Väter und Mütter können die Temperatur im Brustbereich um 2°C nach oben regulieren und Mütter auch um 1°C kühler machen, um die perfekte Umgebung für das Neugeborene zu schaffen. Bei



Foto: (c) [AubreyKillian_flickr](#)

Zwillingen passt sich sogar für jedes Kind eigens die Temperatur perfekt an.

Oberflächlich gesehen findet heutzutage in Österreich bei 80% ein Bonding statt. Sieht man genauer hin, findet bei lediglich 4,2% eine 60 minütige Bondingzeit statt. Viele haben für diese wichtige Prägung nur 5-10 Minuten Zeit. Wäre eine weitere Verbesserung dieser Zahlen in Hinblick auf die Umsetzung des „Sectiobondings“ möglich? Auch überlegenswert sollte ein ausgiebigeres Bonding sein, denn Mutter und Kind profitieren so offensichtlich davon.

Denn nach einem Kaiserschnitt findet der erste so wichtige Körperkontakt meist viel später statt. Die ersten Stillversuche verschieben sich nach hinten. Die Neugeborenen sind meist sehr schläfrig. Das Saugverhalten und der Suchreflex sind häufig bis 12 Stunden nach der Sectio noch beeinträchtigt. Es wäre daher falsch zu sagen, auf die Kinder wird kein Narkosemittel übertragen. Aus der erschwerten, verspäteten Kontaktaufnahme und der vermehrten Flüssigkeitseinfuhr ergeben sich häufig ein rascher Gewichtsabfall, späterer Milcheinschuss und eine gehemmte Laktation. Die allgemeine Trinkmenge der Kinder ist dadurch ebenfalls geringer.

Geburtstrauma

Traumgeburt. Ein großes Wort mit vielen Erwartungen und guten Hoffnungen auf eine komplikationslose Schwangerschaft und Geburt. Im Gegenzug das Wort „Geburtstrauma“. Die gestellten Erwartungen, Hoffnungen und Träume finden keine Erfüllung. Trauma (griech.) bedeutet Wunde. Beschreibt diese in körperlicher und psychischer Hinsicht. Hervorgerufen durch einen möglichen Tod, Behinderungen und Frühgeburt des Kindes. Eine Trennung von Mutter und Kind kann ebenfalls eine Ursache dafür sein. Weiters können auch Komplikationen und erneute medizinische Eingriffe dazu führen. Die persönliche Vorgeschichte kann die neuerlichen Erfahrungen auch beeinflussen. Hier macht die Art der Begleitung, zum Beispiel Mut zu machen, einen deutlichen Unterschied.



Foto: cc_by_sa_TomAdriaenssen_wikimedia

Aus bekannten Zahlen lässt sich erkennen, dass 33% der Frauen eine solche Traumareaktion zeigen. Wiederum 5,6% der Mütter zeigen das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung.

Das Stillen ist bei derartigen Traumaerfahrungen meist mit Stillproblemen assoziiert. Durch geburtliche Interventionen, wie PDA, Kaiserschnitt, VE oder Forceps, lassen sich eine deutlich veränderte Hormonlage beobachten. Die Oxytocin-Ausschüttung ist gehemmt. Ein erhöhter Gewichtsverlust, eine daraus steigende Zufütterungsrate und Flaschengabe sind keine Seltenheit. Der Milcheinschuss verzögert sich, kann mit einer problematischen Brustdrüsenentzündung einhergehen und im schlimmsten Fall zur Abszessbildung führen.

Interdisziplinäre Herausforderung

Das „Sectiobonding“ ist eine deutliche Herausforderung, auch aus interdisziplinärer Sicht. Herausstechende Vorteile für die Gewichtsentwicklung des Kindes, für das Stillen, die Psyche und die Darmflora lassen sich nicht leugnen. Von der besseren Mutter-Kind-Bindung ganz zu schweigen. Väterbonding ist super, sollte jedoch die zweite Wahl sein. Sectiobonding sollte „State-of-the-Art“ sein. Wenn wir ehrlich sind, werfen alle Veränderungen Fragen auf. Können wir, die einzelnen Berufsgruppen zum Wohle der Mütter und der Kinder diese Unklarheiten nicht aus der Welt räumen?

Die Schnittentbindung sollte als Wunder und mit Staunen begleitet werden, es handelt sich hierbei ja um eine Geburt. Der Versus Operation sollte mit dem Wort „Bauchgeburt“ ersetzt werden.

Durch Kontakt am Brustkorb hält

man als Mutter zum Kind den Herzensfaden. Beruhigend wirken das Atmen zum Kind und die Vorstellung dieser Verbindung. Die Konzentration ist sofort beim Kind, also sehr kostbar. Beobachten lässt sich auch eine viel stabilere Mutter und das dazugehörige stabilere Kind, weniger Wundschmerzen und ein sofortiges in Kontakt treten mit dem Hautmilieu der Mutter, was für das Kind einen enormen Schutz bedeutet. Auch die Väter

sollten unbedingt in die Situation mit einbezogen werden, sie bedeuten im Krankenhaus ein Stück weit Heimat für die Frau. Eine adäquate Betreuung kann vieles verändern.

In der Nachsorge lässt sich ein deutlicher Unterschied erkennen, wenn ein früher und ausgiebiger Körperkontakt zugelassen wird. Es wird weniger Schmerztherapie benötigt, eine bessere Gewichtsentwicklung ist erkennbar und eine frühere Normalität in der Partnerschaft mit schnellerem sexuellem Kontakt ist zu beobachten. Eine osteopathische oder craniosacrale Behandlung sollte empfohlen werden. Eine gute Stillbeziehung trägt ebenfalls zum Gefühl der Normalität bei.

Das Sprichwort „Liebe die unter die Haut geht“ kennt doch jeder. Langsamkeit in gewissen Situationen kann im Routineablauf schwierig sein, jedoch wäre es machbar.

Auch beinhaltet ein normales, gutes Stillmanagement das Anlegen in den ersten zwei Stunden. Non-nutritives nuckeln wird als heilend gesehen. In den Schlaf gestillt zu werden gibt das Gefühl von Sicherheit. Tragen verbindet und fördert den Gleichgewichtssinn. Das spätere Leben wird im positiven Sinne beeinflusst. Beispielsweise bewältigen Kinder Lernschwierigkeiten in der Schule leichter.

Was stellen wir jetzt mit unserem Wissen an? Der nachfolgende Leitsatz kann vielleicht über Bedenken hinweg helfen und eine mögliche Umsetzung beschleunigen. „Ich betreue meine Patientinnen, Mütter, Kinder, Familien usw. so, wie ich auch gerne behandelt und betreut werden möchte!“

Ina Mayer

Wenn Babys reden könnten

Der Wandel der Säuglingspflege in drei Jahrhunderten - Können wir daraus etwas lernen? Ein Bericht über den Vortrag von Prof. Friedrich Manz, Kinderarzt und Buchautor aus Deutschland, am Fachtag „20 Jahre VSLÖ - Stillberatung mit Nachhaltigkeit“.

Die Vorstellungen über das Wesen eines Babys haben sich vom Jahre 1700 bis heute mehrmals geändert. Es wurde als chaotisches, triebhaftes Mängelwesen mit wenig Schmerzempfindung gesehen, die Ansicht ob ein Säugling ein passives oder aktives Wesen ist wechselte.

Anhand der Beschreibung von drei verschiedenen Umgangsstilen in der Betreuung von Säuglingen werden die Veränderungen sichtbar: Der zärtliche, der rohe und der empathische Umgangsstil.



*König Ludwig XIV. (*1643) mit seiner Amme, Charles Beaubrun*

Der zärtliche Umgangsstil (1700 – ca. 1860):

Ab 1700 lebten die Bürger nicht mehr in existentieller Not, Bücher und internationaler Austausch mittels Briefen schufen ein neues öffentliches Bewusstsein und förderten eine Humanisierung in vielen Lebensbereichen. Im Vordergrund stand ein vernünftiges und menschliches Handeln. Im Privaten entwickelte sich das Bild von der selbstlosen Mutterliebe, jedes



Gemälde: Johannes Christiaan Janson (1763-1823)s

Kind galt als ein Geschöpf Gottes und die Kleinkindphase wurde als eigenständige Lebensphase anerkannt. Ärzte und Pädagogen schufen kindgerechte Lern- und Erziehungseinrichtungen. „Auch der kleine Mensch hat allerhand Eigentümlichkeiten – eine zärtliche Mutter findet sie bald heraus und richtet sich danach. (...)“ (Grieselich 1843)

Der rohe Umgangsstil (ca.1860 – ca. 1965):

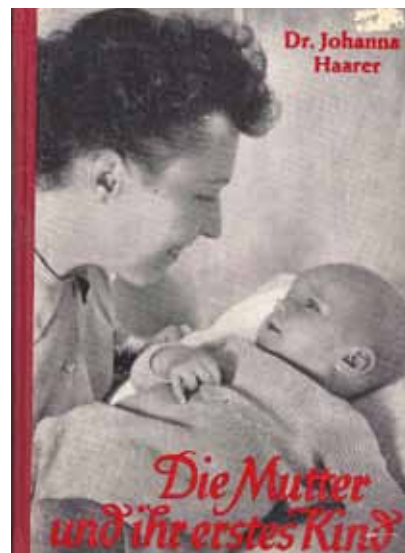
Nach und nach wandelte sich Deutschland vom Agrar- zum Industriestaat, die nationale Einigung führte zu einem Obrigkeits- und Militärstaat. Die patriarchale Gesellschaft forderte vom Mann eine rationale, emotionslose Haltung und schränkte den Wirkungsbereich der Frauen auf die Erziehung der Kinder, die Kirche und die Küche ein. Ein Grundthema der Zeit war die Selbst- und Fremdisziplinierung in der Industrie, beim Militär, ja sogar in der Erziehung von Babys. Der Glaube an den Erfolg körperlicher und seelischer Gewalt führte zu einer Eskalation von Gewalt und Gegengewalt.

Die Medizin setzte immer mehr auf naturwissenschaftliche Ansätze, dies führte dazu, dass sie großartige Erfolge in der Bekämpfung von Kinderkrankheiten erreichte. Allerdings führte die ausschließliche Konzentra-

tion auf die Biologie des Säuglings zur Vernachlässigung der Individualität des Kindes, zur Verkennung der zentralen Rolle der Eltern-Kind-Beziehung für die psychische Entwicklung und zur Verharmlosung der Folgen körperlicher und seelischer Traumatisierungen. Diese Umstände förderten die Entwicklung einer Rohheit im Umgang mit Babys, die aus heutiger Sicht immer wieder zutiefst beschämt und als schwere Belastung für die normale psychische Entwicklung der Säuglinge jener Zeit beurteilt werden muss.

In Büchern wie „Der Arzt als Erzieher“ von Prof. Adalbert Czerny und „Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind“ von Dr. Johanna Haarer wurden die Pflegegrundsätze verbreitet. Disziplinierung („Die erste wichtige Erziehungsmaßregel ist die Gewöhnung an eine Zeitordnung...“ Czurny S.26), Sauberkeit (Abhalten über einem Töpfchen im Alter von wenigen Monaten) und Ansprechen des Babys („Ein Säugling entwickelt sich dann am besten, wenn er nur körperlich gut versorgt und im Übrigen sich selbst überlassen wird;

Eine liebevolle Behandlung, wie sie manchmal Säuglingen durch ältere Personen zuteil wird, soll unterlassen werden.“ Czerny S.6 +23) waren einige der damaligen Prinzipien. Interessanterweise wurde das Buch von Dr. Haarer unter dem Titel „Die Mutter und ihr erstes Kind“ bis in die 1990er- Jahre aufgelegt.





Die Bedeutung des Stillens hat sich stark verändert. Foto: VSLÖ / Hemmelmaye

Der empathische Umgangsstil (ca. 1965 – heute):

Die Periode des Friedens und des Wohlstandes in Europa ab ca. 1965, die internationale wirtschaftliche Zusammenarbeit, Menschenrechtsstandards der UN und das Internet förderten ein neues globales Bewusstsein, das die Humanisierung in vielen Lebensbereichen begünstigte. Durch den Ausgleich des Bildungsgefälles von Mann und Frau kam es zu einer Stärkung des Selbstbewusstseins der Frauen.

Der empathische Umgangsstil, auch beziehungsgeführte Pflege genannt, zeichnet sich durch Kenntnisse der Säuglingspflege und der altersentsprechende Entwicklungsaufgaben aus, durch Einfühlungsvermögen, Verantwortung und Achtung dem Baby gegenüber und Vertrauen in die eigene intuitive elterliche Kompetenz und das Entwicklungspotential des Kindes. Als Wegbereiter sei an dieser Stelle der amerikanische Kinderarzt Dr. Benjamin Spock (Autor des Buches „Baby and Child

Care“) erwähnt, der wissenschaftliche Erkenntnis mit gesundem Menschenverstand und Güte verband. Ein Vergleich der Lebenseinstellungen und Empfehlungen der beiden Zeitgenossen Johanna Haarer und Benjamin Spock lässt ahnen, warum deutsche Eltern auch heute noch das Zusammenleben mit Kindern so oft als Last und nicht als Bereicherung erleben. Die Nachwirkungen des rohen Umgangsstils hindern viele daran, sich liebevoll, intuitiv und feinfühlig auf - alle Sinne ansprechende - Spielchen mit ihrem Baby einzulassen.

Stillen im Wandel der Zeiten

Die beschriebenen Umgangsstile entsprechen auch besonderem Stillverhalten. In der Zeit des zärtlichen Umgangsstils stillten auch adelige Mütter ihre Kinder selbst, das Stillen nach Bedarf war demnach Zeitvorgaben überlegen. Im Gegensatz dazu sollten während der Zeit des rohen Umgangsstils fixe Stillmahlzeiten zu einer klaren Zeitordnung erziehen, fünf Stillmahlzeiten in 24 Stun-

den waren genug. Heutzutage finden Mutter und Kind zu einem gemeinsamen persönlichen Stillrhythmus. Standen früher als Argumente für das Stillen die Verminderung der Säuglingssterblichkeit und der Kostenfaktor im Vordergrund, so sind heutzutage vor allem die Stärkung der Mutter-Kind-Bindung und die Vermeidung von Allergien und Adipositas vorrangige Gründe für Frauen, das Stillen zu befürworten.

Zum Abschluss verleiht Prof. F. Manz seiner Hoffnung Ausdruck, dass der empathische Umgangsstil mit Babys eine Keimzelle für die Verbreitung von mehr Empathie in menschlichen Beziehungen überhaupt werden könnte und - sollte dies in der Mitte der Gesellschaft ankommen -, die Welt möglicherweise humaner, friedfertiger, kreativer und sozialer aussehen dürfte als heute.

Eva Maximiuk

Zum Weiterlesen: „Wenn Babys reden könnten!“ Friedrich Manz

Prävention von Übergewicht ab der Schwangerschaft

Es ist erwiesen, dass ein wesentlicher Grundstein für Adipositas bereits perinatal gelegt wird. Deshalb ist es wichtig, präventiv anzusetzen. Anne Maria Rath, Irmgard Waldner, Moenie van der Kleyn und Bianca Neuhold stellen eine aktuelle Studie vor.

Metabolische Programmierung - Pilotstudie: Neue sensorische Methoden im Zusammenhang mit Körperzusammensetzung und Biomarkern. Stillen hat, neben kurzfristigen gesundheitlichen Vorteilen auch langfristige Auswirkungen auf die Gesundheit. So scheint eine Ernährung mit Muttermilch die Wahrscheinlichkeit an Diabetes, Hypertonie und Adipositas zu erkranken, zu senken (WHO, 2013).

Außerdem prägt die postpartale Ernährung und zum Beispiel die Geschwindigkeit der Gewichtszunahme des Säuglings, gemeinsam mit anderen Einflussfaktoren, auch Stoffwechselforgänge und Organfunktionen und wirkt sich so langfristig, auf das Risiko an Adipositas zu erkranken, aus. Diese frühe Prägung der Stoffwechselforgänge findet bereits in der Perinatalzeit statt und wird als metabolische Programmierung bezeichnet (Plagemann et al., 2012; Koletzko et al., 2011).

Einige mögliche Einflussfaktoren wurden bereits gefunden und untersucht sowie zum Beispiel der präkonzeptionelle BMI von Mutter und Vater, der Gewichtsverlauf in der Schwangerschaft, Diabetes der Mutter, der Raucherstatus während der Schwangerschaft, der Modus der Geburt, das Geburtsgewicht, die postpartale Ernährung des Kindes, die Geschwindigkeit der Gewichtszunahme des Säuglings und viele mehr (Weng et al., 2012; Zhao et al., 2012; Arenz et al., 2004; Harder et al., 2005; Ekelund et al., 2006).

Problemstellung

Wie genau diese Parameter zusammenwirken und wie sie die Entstehung von Adipositas beeinflussen, sollen verschiedene Hypothesen belegen. Die genauen Prozesse wie der metabolische Stoffwechsel geprägt wird sind

noch unzureichend bekannt und belegt.

Stillen scheint einerseits über die Qualität der Nahrung (Inhaltsstoffe, Komposition, Eiweißgehalt,...) aber auch über die Quantität (anderes Saugmuster, andere Mahlzeitabstände, andere Fütterungsmerkmale,...) eine protektive Wirkung im Hinblick auf die Entstehung von Adipositas zu haben (Koletzko, et al. 2010). Die zu Grunde liegenden Prozesse konnten allerdings noch nicht vollständig belegt werden. Die Geschwindigkeit der Zunahme und auch die Körperzusammensetzung (Fett- und fettfreie Masse) scheinen einen Effekt auf die Prädisposition zur Entstehung von Adipositas zu haben (Weng et al., 2012; Baird et al., 2005; Ekelund et al., 2006 Wells et al., 2007).

Studiendesign

Ziel der Pilotstudie ist es, die zu Grunde liegenden Prozesse und die Verbindungen zwischen den einzelnen Parametern näher zu erforschen. Ein multidisziplinäres Team von Hebammen, Diätologen, Biomedizinische Analytiker erforscht die Thematik aus 3 unterschiedlichen Richtungen

1. Anamnese und Anthropometrische Daten von Frau und Kind, Körperzusammensetzung des Säuglings, Probenabnahme von Muttermilch, Blut und Stuhl bei Frau und Kind (Hebammen Part)

2. Geschmackspräferenzen und Geschmacksentwicklung bei Mutter



Foto: VSLÖ / Hemmelmayr

und Kind (Diätologie Part)

3. Untersuchung und Auswertung von Biomarkern (Muttermilch, Blut und Stuhlproben) (Biomedizinische Analytik Part)

Eine wichtige Basis bilden klare Definitionen der Ernährungsart des Säuglings, die sich an den WHO Stilldefinitionen orientieren, um eine bessere Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu ermöglichen, und eine genaue Anamnese von Mutter und Kind.

Zielgruppe

Die Kohorte besteht aus gesunden Schwangeren, mit einer Einlingsschwangerschaft, Raucherstatus Nichtraucherin während der gesamten Studiendauer und negativem OGTT sowie deren gesunden Kindern (n=100). Die Kohorte wird von der 24 SSW bis zum 4. Lebensmonat des Kindes (vor Einführung der Beikost) untersucht. Im Alter von 10-14 Lebensmonaten erfolgt eine Follow up Befragung.

Methode

Körperliche Messungen (Gewicht, Größe, Kopfumfang, Körperzusammensetzung mittels Pea Pod®), Untersuchungen von Proben (Blut, Stuhl, Muttermilch) Anamnesen und Fragebögenuntersuchungen, werden während der prospektiven, longitudinalen Pilotstudie im Rahmen von 4 Visiten untersucht. Die Probandinnen und ihre Kinder werden dafür im neuerrichteten Health Perception Lab, einem gesundheitsorientierten Sensorik Labor an der FH JOANNEUM Graz, untersucht. Die Follow up Befragung wird telefonisch durchgeführt, wenn das Kind das erste Lebensjahr vollendet hat.

Erste Ergebnisse der Studie sind Ende 2015 zu erwarten.

Kontakt: Fachhochschule FH JOANNEUM Graz, Institut Hebammenwesen, Eggenberger Allee 13, 8020 Graz, Moenie van der Kleyn, Studiengangsleiterin, Tel: +43 316 5453-6610 moenie.vanderkleyn@fh-joanneum.at

Isolde Seiringer

Aromastoffe in der Muttermilch

Seit vielen Jahren betonen wir in der Beratung, dass Babys über die Muttermilch eine Geschmacksprägung erleben. Aromastoffe aus der mütterlichen Ernährung sollten den Säugling auf die regionalen Essgewohnheiten vorbereiten.

Dr. Andrea Büttner, Professorin für Lebensmittelchemie versuchte in einer Studie den Nachweis solcher Aromastoffe und testete die Reaktionen des Säuglings auf die Aromen der Muttermilch, mit einigermaßen überraschenden Ergebnissen.

Zunächst wurden die potentesten Aromastoffe identifiziert und danach wurden Säuglinge mit diesen Gerüchen konfrontiert und ihre Reaktionen beobachtet. Werden die menschlichen Geruchsstoffe aus der Muttermilch isoliert und dem Baby einzeln darge-

boten so scheinen diese keineswegs attraktiv für das Kind. Vermutlich bevorzugen die Kinder das Gesamtbouquet, dies wurde jedoch in dieser Studie nicht getestet.

Des Weiteren wurde untersucht inwieweit Aromastoffe aus der Nahrung in die Muttermilch übergehen. Dr. Büttner erklärte, dass solch ein Nachweis für einige Stoffe zwar schon gelungen sei, dazu mussten Mütter aber solch hohe Dosen von Aromastoffen schlucken, dass diese in Kapseln verpackt werden mussten. Bei einer normalen Ernährung scheint der Nachweis von Geruchsstoffen nicht möglich zu sein. So müssen wir auch unsere Lehrmeinung der Geschmacksprägung über die Muttermilch hinterfragen.

Bei den Untersuchungen wurde Muttermilch verwendet, die rund zwei

Monate lang bei –20 Grad Celsius eingefroren war. Im Gegensatz zu Kuhmilch verändert sich das Aroma von Muttermilch im Gefrierfach. Wie wir das auch in der Beratung oft erleben, riecht aufgetaute Milch oft fischig-ranzig, sodass viele Mütter annehmen die Milch sei verdorben, während die Babys die Milch oft anstandslos trinken. Diese Beobachtung überraschte die Forscher weil dies darauf hinweisen könnte, dass der Ekel vor verdorbener Nahrung erlernt und nicht angeboren sein könnte.

Für diese Forschungsergebnisse interessiert sich auch die Säuglingsnahrungsindustrie. Die Studie wurde mit dem Nutricia-Wissenschaftspreis ausgezeichnet. Das Nutricia-Forum für Muttermilchforschung ist eine Initiative von Milupa.

Andrea Hemmelmayr

Clusterfeeding

Clusterfeeding ist ein Ereignis, das bei Müttern immer wieder für Verunsicherung sorgt. Heike Menzel, IBCLC und Kommunikationstrainerin aus Deutschland, sprach bei der VSLÖ Fachtagung in Salzburg über die positiven Aspekte des Clusterfeedings und eine sinnvolle Begleitung der Mütter in dieser Zeit.

Clusterfeeding beschreibt ein Verhalten des Säuglings, bei dem dieser über mehrere Stunden in kurzen Abständen immer wieder an der Brust saugen möchte.

Gerade in den ersten Lebenstagen tritt dieses Phänomen häufig auf. Ohne entsprechende Informationen führt dieses Verhalten meist zu einer Verunsicherung der Mutter, die durch unqualifizierte Besucherkommentare (wie „Du hast nicht genug Milch“ oder „Das Baby hat doch Hunger“) und Recherche im Internet noch zusätzlich verstärkt wird. Die Mutter fühlt sich als Versagerin und das Baby weint, da nicht adäquat auf seine Bedürfnisse eingegangen wird.

In der Beratung ist das Wissen



Foto: VSLÖ / Hemmelmayr

über die Physiologie des Clusterfeedings von großer Bedeutung um die Informationen an die stillende Mutter weitergeben zu können. Durch das häufige Sagen an der Brust kommt es zu einer gesteigerten Ausschüttung der Stillhormone Oxytocin und Prolaktin und somit in der Folge zu einer vermehrten Milchbildung, die Milch-

menge wird erhöht. Durch den intensiven Körperkontakt wird die Mutter-Kind-Bindung gestärkt und das mütterliche Verhalten gefördert. Außerdem verhindern die kurzen Abstände zwischen den Stillepisoden die Entstehung von Milchstau und Mastitis.

Wenn das Clusterfeeding erstmals – meist am 2. oder 3. Lebenstag – auftritt, sehen sich viele Mütter mit dem Unterschied zwischen Vorstellung und Realität im Umgang mit ihrem Baby konfrontiert. Sie haben mit hormonellen Veränderungen („Babyblues“) und der ersten Müdigkeit zu kämpfen. In dieser Zeit ist es wichtig die Informationen öfters zu wiederholen, häufige Wiederholung sichert Wissen! Die Begleitung durch die Stillberaterin hat jetzt große Bedeutung. Sie erklärt verschiedene Möglichkeiten (wie unterschiedliche Stillpositionen) und macht kurzfristige Ziele (wie längere Schlafphasen nach dem Clusterfeeding) sichtbar.

Ein sehr anschauliches Bild zur Erklärung des Clusterfeedings ist der Vergleich mit einem Menü mit meh-

renen Gängen: Wenn wir ein gemütliches Abendessen mit unserem Partner verbringen wollen essen wir vielleicht zuerst einen Salat, nach einer kurzen Pause kommt die Suppe, dann noch eine Vorspeise, eine Hauptspeise und eine Nachspeise. Wären wir erfreut,

wenn plötzlich der Kellner uns die Nachspeise verwehren würde? Ich denke, das wären wir ganz und gar nicht. Also unterscheiden sich die Vorstellungen eines Babys von einem schönen Abend wirklich so sehr von den Erwartungen eines Erwachsenen?

Mit diesem Vergleich und der Erinnerung, dass der Weg zum erfolgreichen Stillen nicht immer gerade verläuft, wurden wir als Beraterinnen von Heike Menzel auf diesen Weg geschickt.

Eva Maximiuk

Mehr Muttermilch durch entwicklungsfördernde Pflege

Wie entwicklungsfördernde Pflege in Salzburg die optimale Basis zur Ernährung mit Muttermilch werden kann, haben Frau Dr. Hattinger-Jürgenssen, IBCLC und Frau Maria Vikydal, IBCLC in beeindruckender Weise beschrieben. Von der Erstversorgung bis zur Entlassung nach Hause werden Frühgeborene nach dem Vorbild von NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) betreut. Das outcome von Frühgeborenen wird durch diese Methode wesentlich verbessert und bietet die beste Unterstützung für betroffene Familien.

Auf diese Art und Weise frühgeborene Kinder zu versorgen wird schon auf vielen Neonatologien angestrebt. Für die Betreuung nach dem standardisierten NIDCAP Konzept ist eine umfassende Ausbildung notwendig, die nur in einem NIDCAP Zentrum absolviert werden kann. Eine Alternative dazu ist die entwicklungsfördernde Pflege, die schon an vielen neonatologischen Zentren eingeführt worden ist. Ziel ist, dass Eltern vollständig in die Pflege integriert werden und „die Spezialisten“ für ihr Baby werden. Hat sich diese Philosophie erst auf einer Abteilung etabliert, kann man sich vorstellen, dass die Ernährung mit Muttermilch schon von Anfang an gelingen kann und Mütter bestmöglich unterstützt werden können.

Wichtige Informationsarbeit

In Salzburg bekommen Mütter schon in präpartalen Gesprächen Informationen über Gewinnung von Muttermilch, Kolostrummassage und werden darauf vorbereitet, dass es möglich ist auch Frühgeborene in den ersten Tagen ohne Formulanahrung zu ernähren. In der Folge ist es auch leichter vorstellbar, Frühgeborene und Mehrlinge zu stillen. Kurze Zeit nach



Geschützte Atmosphäre für Neugeborene. Foto: VSLÖ / Goreis

der Geburt wird mit der Kolostrummassage begonnen und die Frauen werden weiter betreut und im Pumpmanagement unterstützt. Dazu gibt es eine IBCLC, die als Stillbeauftragte des Krankenhauses arbeitet. Sie nimmt auch an der Ernährungsvisite teil, wo jeweils ein Mitglied aus dem ärztlichen Team, aus der Pflege, eine Diätologin und eine IBCLC dabei sind. Sie besprechen die Ernährung der Kinder, Menge, Anreicherung, Untersuchungen mit dem HMA (Human Milk Analyser). Auch Frauenmilch von Spenderinnen (Mütter die der Abteilung bekannt sind) wird bei Bedarf in

Anspruch genommen. Es gibt keine Einschränkungen beim Stillen. Unter 32 SSW werden keine Kinder mit der Flasche gefüttert. Es wird auf Hungerzeichen und die Bereitschaft der Frühgeborenen geachtet, bevor man mit dem Füttern beginnt. Logopädie wird bei Bedarf erst ab 37 SSW konsultiert. Kinder werden auch mit der Magensonde entlassen. Die Nachsorge läuft über ein case management, das auch schon präpartal involviert wird.

Das ganze Umfeld, in dem sich Mütter von Frühgeborenen befinden, hat Einfluss auf die Milchbildung. So hängt auch viel von der ganzen

Atmosphäre ab, die auf der neonatologischen Station herrscht. In Salzburg konnte dank des Neubaus vor einigen Jahren auch darauf Rücksicht genommen werden. Der Zugang ins Krankenhaus ist über ein öffentliches Cafe möglich. Eltern haben die Möglichkeit in einem Elternrefugium zu wohnen um in der Nähe von ihrem Baby zu sein. Auch auf der Abteilung direkt gibt es fünf Zimmer für Mutter-Kind-Betreuung. Das ganze ist architektonisch und künstlerisch der Philosophie des Hauses angepasst. Ein Apartmenthaus für Eltern neben dem Babyzentrum ist in Planung.

Leider besteht nicht auf allen neonatologischen Stationen die Möglichkeit, Einfluss auf die bauliche Situation zu haben, trotzdem kann durch Kleinigkeiten schon viel verändert werden. Vor allem der Umgang mit den Eltern spielt eine große Rolle in der Entwicklung der Frühgeborenen. Es gibt noch viele Hindernisse, die den Eltern einen optimalen Zugang zu ihren Kindern erschweren. Fast auf allen neonatologischen Abteilungen gibt es „24 Stunden Besuchszeit“, in der Praxis schaut es aber noch anders aus. Scheinbar fühlen sich ärztliches und pflegerisches Personal nicht wohl, wenn bei allen Tätigkeiten die Eltern dabei sind. Dabei wäre es einfacher, wenn zum Beispiel bei einer Blutabnahme das Baby gleich von der Mutter getröstet werden könnte. Oft ist es auch so, dass der ganze Lebensplan einer Familie durcheinander gewürfelt wird und Eltern nicht ständig bei ihrem Baby sein können, weil sie noch Geschwisterkinder versorgen müssen oder andere Verpflichtungen haben. Hier müssen wir noch viel umdenken. Es ist das Recht jedes Mutter-Kind-Paares ständig zusammen zu sein, wenn sie das möchten.

Für die entwicklungsfördernde Pflege gibt es noch andere Maßnahmen, die auf einer Abteilung umgesetzt werden müssen. Die Geräuschkulisse muss deutlich herabgesetzt werden. Auf einer Intensivstation gibt es viele Lärmquellen, die auch mit einfachen Mitteln abgestellt werden können.

Zum Beispiel Dämpfer an Kästen und Schubladen, damit das Schließen dieser nicht so laut ist. Verschiedene Wägen, die als Transportmittel für diverse Geräte oder als Ablagetisch für bestimmte Eingriffe verwendet



Möglichkeiten zum Abdunkeln schaffen. Foto: VSLÖ / Goreis

werden, mit weichen Rädern bestücken. Zur Sensibilisierung des Personals und zum Aufmerksam machen sind Lärmampeln oder Ohren sehr hilfreich, diese können auf eine bestimmte Dezibel Zahl eingestellt werden und leuchten je nachdem grün, gelb oder rot. Auch das Licht muss reduziert werden, um die Frühgeborenen vor Lichtreizen zu schützen. Dazu eignen sich sehr gut Inkuabdeckungen, die lichtundurchlässig sind und somit den Inkubator innen verdunkeln. Zusätzlich kann man im Inkubator noch kleine Zelte für den Kopf anbringen, damit bei Lichteinfall die Augen geschützt sind. Auch an den Fenstern sollte es die Möglichkeit geben, diese zu verdunkeln.

Mehr Ruhe & Entspannung

Wenn sich nun ein Patientenzimmer so abgedunkelt und lärmreduziert präsentiert, dann wird die Atmosphäre automatisch noch ruhiger und entspannter. Eltern schlafen dann selber manchmal beim Känguruhn ein. Bei der Pflege wird langsam gearbeitet und immer auf die Reaktionen des Kindes reagiert. Dazu muss auch die Beobachtung gut geschult und Wissen über Stresszeichen der Kinder vermittelt werden. Erkennen von Schmerzzeichen und der Umgang damit ist selbstverständlich erforderlich. Dazu brauchen die Eltern sehr viel Unterstützung vom Pflegepersonal, um in der Pflege gut integriert zu werden. In diesem Rahmen kommt es zu vielen Gesprächen und Erklärungen. Den Eltern wird vermittelt, dass sie auch

auf einer Intensivstation sehr viel für ihr Kind tun können. Mütter sind motivierter beim Abpumpen und die Stillhormone helfen ihnen wieder mit allem leichter zurecht zu kommen. Es ist immer individuell verschieden, wie eine Mutter oder eine ganze Familie mit ihren Aufgaben zurecht kommt. Dies muss respektiert und gleichzeitig immer unterstützt werden. Letztendlich arbeiten alle darauf hin, dass die Familien nach der Entlassung zu Hause gut zurecht kommen.

All diese Interventionen brauchen Zeit, damit sie im Stationsablauf implementiert werden können. Es ist anstrengend weil nicht immer alles nach Wunsch abläuft und nicht immer alle am gleichen Strang ziehen. Die Mühe lohnt sich aber mehrfach. Eltern werden sicherer und kompetenter im Umgang mit ihren Babys und damit auch zufriedener. Das wirkt sich auch auf die Zufriedenheit des Personals aus und alle wachsen noch in diesem Prozess.

Die Überlebenschancen von sehr kleinen Frühgeborenen steigen ständig und damit auch die Behandlungskosten. Es wäre eine sehr gute Investition, wenn diese Konzepte auf allen Neonatologien umgesetzt wurden. Durch die Förderung der Hirnentwicklung erwerben diese Babys bessere neurologische und soziale Kompetenzen und die familiäre Bindung wird zusätzlich gestärkt.

Vroni Goreis

Spitäler: Mütter- und Babyfreundliche Arbeitgeber?

Stillen und Stillförderung gehören zu den kostengünstigsten und wirksamsten Präventivmaßnahmen im Gesundheits- und Sozialbereich. Gerade um diesem Umstand gerecht zu werden sind 16 österreichische Krankenhäuser als Baby-friendly zertifiziert. Weitere haben sich auf den Weg gemacht und viele Geburtskliniken, Neonatologien und Kinderabteilungen arbeiten daran, die Stillbetreuung in ihrem Haus zu verbessern. Aber gilt diese „Stillfreundlichkeit“ auch für die Arbeitnehmerinnen dieser Krankenhäuser?

87,3% der Frauen unterbrechen nach der Geburt ihres Kindes die Erwerbstätigkeit (Statistik Austria). 2010 kehrten 12% der Mütter innerhalb der ersten 12 Monaten und 23% der Frauen innerhalb der ersten 24 Monate nach der Geburt in den Arbeitsprozess zurück. In Österreich ist die Tendenz der frühen Rückkehr in den letzten 4 Jahren stark angestiegen. Mit dazu beigetragen hat der massive Ausbau der Kinderbetreuungseinrichtungen auch für die ganz Kleinen und die Möglichkeit neben dem Bezug des Kinderbetreuungsgeldes bis zu 60 % der Letzteinkünfte dazu zu verdienen.

Daher sind Arbeitgeber selten darauf vorbereitet, dass Mitarbeiterinnen die rechtlich zustehenden Stillzeiten sowie Platz zum Pumpen und Aufbewahren ihrer Milch einfordern. Zudem glauben viele Frauen, dass dem Arbeitsbeginn das Abstillen vorausgehen muss.

Allzu oft wird übersehen, dass viele Effekte des Stillens sich mit längerer Stilldauer potenzieren. Für das Kind stehen Infektionsschutz, Allergieprävention, sowie der Schutz vor chronischen und malignen Erkrankungen im Vordergrund. Die dosisabhängige Wirkung des Stillens wirkt sich auch auf die mütterliche Gesundheit positiv aus, z. B. in der Reduktion der Wahrscheinlichkeit an einem Brust-, Gebärmutterhals oder Ovarialcarinoms (1) zu erkranken von bis zu 25 %.

So könnten in Österreich bei einer moderaten Steigerung der Stillraten jährlich ca. € 7,6 Millionen an Gesundheitskosten eingespart werden oder beim Absinken der Stillraten mehr verbraucht werden. Welche Effekte kann ein Arbeit-



geber erwarten, wenn er baby- und mütterfreundliche Maßnahmen setzt?

- Frühe Rückkehr erfahrener Angestellter, dadurch geringere Personalrekrutierungs- und Ausbildungskosten.
- Stillende Mütter beanspruchen seltener Pflegeurlaub für erkrankte Kinder und Stillen reduziert die Krankheitswahrscheinlichkeit.

Familienfreundliche Strukturen fördern insgesamt die Loyalität der MitarbeiterInnen. Die rechtliche Basis zusammengefasst:

- Die Stillende muss beim Wiederantritt des Dienstes den Dienstgeber darüber informieren, dass sie noch stillt.
- Sie hat ein Anrecht auf Stillzeiten während ihrer Arbeitszeit, die nicht als Pausen angerechnet werden dürfen: (ab 4,5 Arbeitsstunden – 45 Minuten, ab 8 Stunden Arbeitszeit – 2 x 45 Minuten oder 1 x 90 Minuten)
- Für stillende Frauen bestehen Beschäftigungsverbote (z.B. Nachtarbeit, Überstunden, Sonn- und Feiertage, gefährliche Arbeiten,...)

Bei den Beschäftigungsverboten wird es für Angestellte im Spital schwierig: die meisten Krankenschwestern und noch mehr Ärztinnen verzichten auf ihre Rechte aus dem Mutterschutzgesetz. Die Dienstzeiten sind zwar meist nicht gerade familienfreundlich, nichts desto trotz sind für viele junge Mütter Nacht- und Wochenenddienste eine gute Möglichkeit, auch den Vater in die Kinderbetreuung einzubeziehen, sodass ihr Kind nur wenig Fremdbetreuung benötigt. Auch auf Zulagen können viele

Mütter nicht verzichten, Dienstpläne sind schwieriger einzuteilen und so mangelt es oft am Verständnis von Kolleginnen und Vorgesetzten. Die Sorge dass eine Versetzung auf eine andere Station nötig ist, ist durchaus berechtigt.

Stillfreundlicher Arbeitsplatz

In Spitälern mit Gebärabteilungen könnte unter Einbeziehung hauseigener IBCLCs eine baby-friendly Strategie für die Mitarbeiterinnen erstellt werden. Wichtig ist es auch, die Abteilungsleiter und Mitarbeiter über die Maßnahmen zu informieren. Denn auch die Mitarbeiter gewinnen ,wenn erfahrene Kolleginnen mit Stillkindern früher wieder in den Beruf zurückkehren und seltener Pflegeurlaub in Anspruch nehmen.

Information: Beratung durch hauseigene IBCLCs oder in der Stillambulanz in der Schwangerschaft und zu jedem anderen Zeitpunkt der Stillzeit. Gratisteilnahme am hauseigenen Stillvorbereitungskurs. Schriftliche Informationen vor dem Antritt des Mutterschutzes und nach der Rückkehr aus dem Mutterschutz betonen die Familienfreundlichkeit eines Betriebes.

Je nach Alter des Kindes und Bedarf der Mutter sind ev. mehrere Pumpzeiten von etwa 20 Minuten nötig. Diese Pumpzeiten sind für die Mütter meist gut planbar. Gegebenfalls kann ein Kind auch zum Stillen vorbeigebracht werden. Zum Abpumpen brauchen Mitarbeiterinnen etwas Intimsphäre. Ein abschließbarer, sauberer Raum mit Tisch und Sitzmöglichkeit, Stromanschluss für die Milchpumpe wären nötig. Eine Mehrfachnutzung z.B. eines Büroraumes wäre sinnvoll. Im oder nahe bei diesem Raum sollte eine Waschmöglichkeit zur Reinigung der Hände und des Pumpsets zur Verfügung stehen. Lagerplatz für Muttermilch (Kühlschrank, gegebenenfalls Kühltasche) und für Pumpe und Pumpset sind sicherlich leicht zu organisieren.

Literatur: Cohen R, Mrtek MB& Mrtek RG (1995). Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breastfeeding and formulafeeding woman in two corporations. American Journal of Health Promotin, 10 (2), 148-153

Andrea Hemmelmayr



VSLÖ Bildungsimpulse

Zwischen den Kulturen – Stillberatung verbindet

Interdisziplinäre Fachtagung im JUFA Hotel Wien City am **27. 2.** Transkulturelle Kompetenz ist mehr gefragt denn je, denn Mütter auf den Geburtsstationen kommen aus den verschiedensten Ländern und gehören den unterschiedlichsten Kulturen mit all ihren Traditionen und Besonderheiten an. Eine hohe Betreuungsqualität bedeutet, diesen Herausforderungen mit viel Kompetenz und Wissen begegnen zu können. Referentinnen wie Necla Kelec oder Heike Wolter aus Deutschland oder auch Katja Winzler aus der Schweiz und auch österreichische ReferentInnen werden wertvolle Informationen für Ihren Arbeitsalltag bringen.

Neben L und R-CERPs sind auch **1,75** der begehrten **E-CERPs** zu gewinnen.

Eigentlich sollte ich glücklich sein – psychische Erkrankungen der Mutter und andere Schwierigkeiten am Stillbeginn

In Innsbruck findet am **13. 5.** die Interdisziplinäre Fachtagung Stillen statt. Prof. Dr Schmid-Siegel, Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie aus dem AKH in Wien wird uns die postpartalen psychischen Erkrankungen mit all ihren Besonderheiten näher bringen. Aus der interdisziplinären Praxis werden Dr. Wiener Withalm, Ärztin und Psychotherapeutin sowie Anita Schoberlechner, IBCLC und Diplomsozialarbeiterin

der Kinder- und Jugendhilfe Wien berichten, beide sind im SMZ Süd tätig und arbeiten in einem interdisziplinären Team zusammen. Durch eine lückenlose Begleitung vor der Geburt und danach können viele Frauen mit psychischen Erkrankungen ambulant gut versorgt und betreut werden, auch beim Stillen. Manche jedoch sehen sich dazu nicht in der Lage, dann ist das Abstillen ein großes Thema. Gerade bei Frauen mit psychischen Erkrankungen sind die üblichen Abstillmedikamente kontraindiziert, sie belasten die Psyche noch zusätzlich. In einem Fallbeispiel wird Sophia Kristen, IBCLC und DGKS aus Hall vom natürlichen Abstillen berichten.

Auch der Bindungsaufbau ist oft erschwert, wenn Mutter oder Kind unvorhergesehene Probleme haben. Da ist eine einfühlsame kompetente Begleitung unabdingbar, um dem Paar einen guten Start in die Mutter-Kind-Beziehung trotz widriger Umstände zu ermöglichen. Barbara Walcher, IBCLC und EEH Fachberaterin ist dafür die richtige Ansprechpartnerin.

„Late Preterm Babys“ sind eine besondere Herausforderung für alle auf der Wochenstation. Sie brauchen besondere Aufmerksamkeit und Betreuung, damit das Stillen gut gelingt. Petra Schwaiger, IBCLC und DKKS aus München die viel Erfahrung mit diesen Babys hat, wird uns Tipps und Tricks vermitteln, ebenso Dr. Christof Weisser aus Salzburg und Dr. Ingrid Zittera, IBCLC aus Lienz.

Termine

27. 2. Wien: Zwischen den Kulturen – Stillberatung verbindet

13. 5., Innsbruck: Stillen – interdisziplinäre Fortbildung

13. & 14. 11., Linz: VSLÖ Kongress



Europäisches Institut
für Stillen und Laktation

Angebote des Europäischen Institutes für Stillen und Laktation:

Seminarreihe Intensiv 2015/16:

Seminar 2 Gröbming: 01.10.-04.10.

Seminar 3 Wien: 14.01.-17.01.2016

Seminar 4 Gröbming: 27.04.-01.05.16

Still-ZEIT Basisseminare:

Wien: 06./07.03., 10./11.04., 08./09.05.

Wien II: 09./10.10., 06./07.11., 20./21.11.

Innsbruck: 16./17.04., 07./08.05., 02./03.06.

Still-BEGINN Grundlagenseminar:

Salzburg: 09.-12.03.2015

Salzburg Herbst: 19.-22.10.2015

Wien: 17.-20.06.2015

Kurs Stillen KOMPAKT für Ärzte:

Stuttgart: 27.-29.11.2015, 12.-14.2.16

Teamschulungen für Kliniken:

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

Anmeldung und Information:

Anne Marie Kern, Tel: 02236-72336

annemarie.kern@stillen-institut.com

Impressum

M, H, V: Verband der Still- und LaktationsberaterInnen Österreichs VSLÖ, Lindenstr. 20, 2362 Biedermannsdorf. ZVR-Zahl: 962644841.

F.d. Inhalt verantwortlich: Anita Schoberlechner.

Redaktion: Christian F. Freisleben, Gudrun Füreder, Andrea Hemmelmayr, Vroni Goreis, Angelika Lessiak, Eva Maximiuik, Ina Mayer, Isolde Seiringer. Sponsoring: Andrea Obergruber. Schlussredaktion & Layout: cft; Web: www.cfrelieben.net,

Produktion: www.eindruck.at.

Kopieren und weitergeben der VSLÖnews ist möglich & erwünscht! cc_by_nc

Mitglied beim VSLÖ

Unterstützen Sie unsere Tätigkeit durch Ihre Mitgliedschaft!

Jahresbeitrag: 85 €. Sie

erhalten dafür auch die

vierteljährlich erscheinende europäische Fachzeitschrift "Laktation & Stillen" sowie Ermäßigungen bei Veranstaltungen des VSLÖ und von ELACTA.

