



# VSLÖ

Frühjahr 2018

Verband der Still- und Laktations-  
beraterInnen Österreichs IBCLC

# news

Bestsellerautor  
**JOACHIM BAUER**  
hat für den  
Stillkongress in  
Wien zugesagt!



© Gina Grüter - Natural Photography

## FRÜH ÜBT SICH

Stillberatung schon in der Schwangerschaft. Warum Mama und Baby davon profitieren.

## MILCH FÜR ZWEI

Die Herausforderung annehmen und Zwillinge erfolgreich stillen. So gelingt es!

## GUT BEHÜTET

Die heiße Diskussion um das Stillhütchen. Wann sein Einsatz wirklich sinnvoll ist.

## Liebe Leserinnen und Leser!



Herzlich willkommen zu unserer Frühjahrsausgabe der VSLÖnews!

In Wels fand im Jänner bereits die erste Still-Tagung 2018 statt. Im vollbesetzten Festsaal des Klinikum Wels hörten wir spannende Vorträge unter anderem von Barbara Walcher, IBCLC zu „Keine Angst vor Babytränen“ und von Prof. Dr. Norbert Rolf, leitender Anästhesist im Marienkrankenhaus in Hamburg, der über das mittlerweile „selbstverständliche frühe Bonding bei der Sectio“ berichtete.

Die Zusammenfassungen der Vorträge und andere interessante Informationen finden Sie in gewohnter Weise in dieser Ausgabe der VSLÖnews.

DSA<sup>in</sup> Anita Schoberlechner

Gerne möchte ich die Homepage des Ministeriums in Erinnerung rufen. Unter [www.bmgf.gv.at](http://www.bmgf.gv.at) sind die aktuellen Empfehlungen der NEK, der **Nationalen Ernährungskommission, Arbeitsgruppe KISS** – Kleinkinder, Stillende, Schwangere, zu finden. Zum Beispiel die Empfehlungen zur veganen Ernährung in Schwangerschaft und Stillzeit, die Leitlinie für die Errichtung und den Betrieb von Humanmilchbanken und die Liste „unerwünschter Inhalte“ in Mutter-Kind-Boxen bzw. Geschenken zur Geburt.

Vom **8. – 10. November 2018** veranstaltet der VSLÖ gemeinsam mit dem Europäischen Institut für Laktation & Stillen und dem Studiengang der Hebammen am FH Campus Wien den **Europäischen Stillkongress**. Neben den vielfältigen Vorträgen wird es diesmal Workshops und ein gemeinsames Stadt- und Abendprogramm geben. Lernen wir unsere Kongresshauptstadt Wien von einer neuen Seite kennen! Nähere Infos finden Sie unter [www.kongress-stillen.com](http://www.kongress-stillen.com).

Alles Liebe,  
Anita Schoberlechner, Präsidentin des VSLÖ



# Stillvorbereitung

Schon in der Schwangerschaft die Weichen stellen

**Bereits vor oder spätestens während der Schwangerschaft machen sich Frauen Gedanken dazu, wie sie ihr Kind später ernähren wollen. Je näher die Geburt rückt, desto mehr richtet sich der Fokus auf das Gebären. Daher ist der beste Zeitraum, Frauen dafür zu gewinnen, sich mit dem Stillen auseinanderzusetzen, das 2. Trimester. Worauf dabei der Fokus gelegt werden kann, fasst Susanne Lachmayr zusammen.**

Stillen ist ein natürlicher, aber keineswegs ein instinktiv gesteuerter Vorgang, sondern ein sozial erlerntes Verhalten. Dazu sind Vorbilder wichtig, die es aber in der heutigen Generation selten gibt. Hinzu kommt, dass sich Ammenmärchen bzw. Mythen rund um das Thema Stillen weiterhin sehr hartnäckig

halten und so mancher schwangeren Frau bereits im Vorfeld die Vorfreude auf das Stillen trüben bzw. dazu führen, dass sie erst gar nicht damit beginnen will. Ebenso haben viele werdende Eltern falsche Vorstellungen, was das Leben mit einem Baby betrifft. Werden diese bereits in der Schwangerschaft berichtigt, so werden die jungen Eltern nicht erst nach der Geburt auf den Boden der Tatsachen zurückgeholt, sondern erfahren bereits im Vorfeld wichtige Dinge über das normale Verhalten eines Neugeborenen.

### Eltern sollten wissen, dass ...

... Stillen die natürliche, normale Säuglingsernährung ist. Muttermilch ist genau auf die kindlichen Bedürfnisse abgestimmt.

... Stillen die erste Wahl sein sollte und Formulanahrung mit Nachteilen verbunden ist.

... Stillen die Mutter-Kind-Beziehung unterstützt.

... die WHO ausschließliches Stillen für 6 Monate empfiehlt, anschließend das Einführen von geeigneter Beikost und Weiterstillen bis zum 2. Geburtstag und darüber hinaus, solange Mutter und Kind dies wollen.

... der Rückhalt des Partners eine tragende Rolle in einer funktionierenden Stillbeziehung spielt.

... der ununterbrochene Hautkontakt, die ersten Stunden und Tage, das Bonding und das 24h-Rooming-in von großer Bedeutung sind.

... es wichtig ist, frühe Stillzeichen, nächtliches Stillen, Clusterfeeding, normales Gedeihen und die Physiologie der Milchbildung (Angebot-Nachfrage-Prinzip) zu kennen.

... das Kind Bedürfnis nach Nähe, Hautkontakt, Tragen und gemeinsamem Schlafen hat.

Die seit einigen Jahren in den Mutter-Kind-Pass aufgenommene kostenlose Hebammenberatung zwischen der 18. und 22. SSW bietet die Möglichkeit, erste Stillinformationen an die Schwangere heranzutragen. Des Weiteren sind GynäkologInnen wichtige Ansprechpartner. Stillvorbereitungskurse durch Stillberaterinnen oder auch im Rahmen des Geburtsvorbereitungskurses durch die Hebamme angeboten, stellen weitere Möglichkeiten dar, Stillinformationen an die werdenden Eltern weiterzugeben. Auch der Besuch einer Stillgruppe kann eine wichtige Informationsquelle für die Schwangere darstellen. Nicht zuletzt sollte die Möglichkeit, die Frauen zu erreichen, wenn sie Kontrolltermine in der Schwangerenambulanz wahrnehmen oder stationär im Krankenhaus behandelt werden, vom Krankenhauspersonal genutzt werden. Dabei könnten folgende Punkte angesprochen werden:

### Gesprächsleitfaden

- Wie möchten Sie ihr Kind ernähren? Was haben Sie sich zum Thema Stillen überlegt?
- Haben Sie bereits Stillfahrung? Was, wann, wie lange?
- Erklären der Wichtigkeit des Bondings und Besprechen der möglichen Auswirkungen einer medikamentösen/nicht-medikamentösen Schmerztherapie während der Geburt.
- Erklären der Kompetenz des Babys das Saugbedürfnis nach Bedarf zu stillen.
- Besprechen des ausschließlichen Stillens (bei medizinischer Indikation zum Zufüttern stillfreundliche Varianten erläutern).

- Erklären der Kolostrummassage und des Gewinnens von Muttermilch per Hand je nach Anamnese (GDM, Milchbildungsprobleme beim 1. Kind, Sprachbarriere bei nicht deutsch sprechenden Frauen, Mehrlingschwangerschaft, krankes Neugeborenes, drohende Frühgeburt, Wunsch zum Abstillen)

### Frühe Kolostrumgewinnung

Kann das Baby nach der Geburt nicht selbstständig an der Brust saugen, so besagt die aktuelle Datenlage (Studie von Parker et al, 2012 und 2015), dass mit signifikant höheren Milchmengen zu rechnen ist, wenn die Mutter innerhalb der ersten Stunde post partum mit der Kolostrummassage beginnt. Dies ist besonders wichtig bei Frühgeborenen oder kranken Neugeborenen.

Steht der Entschluss einer Frau zum Abstillen fest, so kann sie über die Möglichkeit informiert werden, dem Kind zumindest eine kleine Menge Kolostrum nach der Geburt zu geben, entweder durch ein- oder zweimaliges Anlegen oder, wenn dies nicht gewünscht ist, durch Kolostrumgewinnung per Hand.

### Präpartale Kolostrumgewinnung

In manchen Situationen kann ein Gewinnen von Kolostrum per Hand bereits vor der Geburt sehr hilfreich für das Neugeborene, die weitere Stillbeziehung und die Milchproduktion der Mutter sein. Berichtet die Schwangere bei der Anamneseerhebung von Stillproblemen aufgrund mangelnder Milchbildung beim vorherigen Kind, leidet sie an Gestationsdiabetes oder hormonell bedingten Fertilitätsstörungen oder hatte in der Vergangenheit eine Brustoperation, so ist die Information und die Anleitung zur präpartalen Kolostrumgewinnung sehr sinnvoll. Für Hochrisikoschwangere, die auf Geschlechtsverkehr verzichten sollen und Frauen, denen das Ausmassieren von Kolostrum Schmerzen in der Brust oder Brustwarze bereitet, ist die Kolostrumgewinnung in der Schwangerschaft nicht geeignet. Ein individueller Termin mit einer Stillberaterin ist sinn-

voll. Infoblätter über die Brustmassage und die anschließende Kolostrumgewinnung, die richtige Lagerung und den Transport ins Krankenhaus zur Geburt helfen der Schwangeren, das beim Gespräch Gehörte daheim zu verinnerlichen. Einmalspritzen und Verschlüsse bzw. die Information, wo sie diese erwerben kann, soll die Frau ebenso erhalten.

Ab der 37.–38. SSW kann mit der Kolostrummassage begonnen werden. Sie wird 1–2x tgl. für 5–10 Minuten pro Brust durchgeführt. Frisch gewonnenes Kolostrum wäre im Bedarfsfall nach der Geburt erste Wahl, wenn das Kind nicht selber saugen kann oder eine Zufütterung nötig ist. Falls nicht genug gewonnen werden kann, oder es sofort benötigt wird, kommt das präpartal gewonnene Kolostrum zum Einsatz. Bei Frauen mit geplanten Sectios kann Kolostrum frisch im Rahmen der Sectio-Vorbereitungen gewonnen werden, dieses kann für 12 Std. bei Raumtemperatur oder auch im Kühlschrank gelagert werden.

### Drohende Frühgeburt

Eine spezielle Situation stellt die präpartale Stillvisite bei drohender Frühgeburt oder zu erwartendem kranken Neugeborenen dar. Neben Information über Brust- und Kolostrummassage sollen die werdenden Mütter Informationen über das Bonding, das Känguruhen und Pumpen erhalten. Eine spezielle Box mit Utensilien aus der Neonatologie, mit denen die Eltern vermutlich konfrontiert sein werden (Sauerstoffbrille, RR-Manschetten, Nasensonden, Pulsoxymeter, je nach Bedarf) kann helfen, die Angst vor dem Ungewissen zu minimieren. Weiters kann hier der Bedarf an weiterer Unterstützung beim Elternpaar erhoben werden.

Stillvorbereitung bereits in der Schwangerschaft trägt also wesentlich dazu bei, dass die Stillbeziehung entspannt beginnt und die Mütter gut informiert agieren können, wenn Probleme auftreten. Und es ist auch hilfreich, bereits im Vorfeld Kontakte zu haben, an die man sich im Bedarfsfall wenden kann.

Susanne Lachmayr

# Anästhesie

... und frühes Bonding – ein Widerspruch?



die verschiedenen Berufsgruppen unterschiedlich zur Thematik Bonding äusserten. AnästhesistInnen waren damals eher dagegen, GynäkologInnen konnten sich teils damit anfreunden und Hebammen waren grundsätzlich positiv gestimmt.

Heute ist Bonding nach Sectio integraler Bestandteil im Marienkrankenhaus. Die Sectiohäufigkeit ist von 1991 bis 2016 von 15% auf 30% gestiegen, momentan ist die Tendenz wieder leicht sinkend.

**10% – absolute Indikation, z.B. Querlage, Plazenta praevia**

**88% – relative Indikation, z.B. BEL, Mehrlinge**

**2% – ohne medizinische Indikation, z.B. Wunschsectio**

Im Vergleich zur vaginalen Geburt ist die respiratorische Beeinträchtigung bei Babys nach einem Kaiserschnitt ausgeprägter. Je früher das Baby per Kaiserschnitt geholt wird, desto größer ist das Risiko einer beeinträchtigten Atmung. Deshalb sollte die Sectio eigentlich nahe dem errechneten Geburtstermin gemacht werden.

In Bezug auf das Stillen ist der Unterschied signifikant: Durch Kaiserschnitt entbundene Kinder haben weniger Stillerfolg als vaginal entbundene Kinder. Mitgründe sind die veränderte hormonelle Situation und die eventuelle Trennung von der Mutter.

Es ist jedoch wissenschaftlich nachgewiesen, dass die Initiative BFHI den Stillerfolg wesentlich verbessert. In den „10 Schritten zum erfolgreichen Stillen“ wird unter Schritt 4 angeführt, dass Mutter und Kind unmittelbar nach der Geburt in Hautkontakt bleiben sollen. Und innerhalb der ersten zwei Stunden muss es ermöglicht werden, dass die Mutter das Baby anlegt.

zwischen Mutter und Kind „gestört“ wurden. Diese Vorbehalte mussten aufgebrochen werden und durch gegenseitiges Lernen und Respektieren relativiert werden.

Der klassische Anästhesist handelt und sieht unmittelbar danach die Reaktion, er macht und tut, was ihm in der Intensivmedizin zur Verfügung steht. Er ist medizinisch sehr fokussiert, er beschäftigt sich mit Physiologie, Pathologie, Pharmakologie ... und ist dadurch gefordert. Er redet nicht viel mit Menschen, dies hat den Vorteil, dass es kaum Interaktionsschwierigkeiten gibt. Anästhesie im Kreißsaal ist eine entscheidende Aufgabe, sie wird jedoch nicht als große Herausforderung gesehen.

**Bonding nach Sectio – kein Widerspruch, sondern eine Aufgabe**

2013 stellte sich bei einer Umfrage unter KollegInnen heraus, dass sich

**Das Marienkrankenhaus in Hamburg ist eine der größten Geburtskliniken in Deutschland mit ca. 4000 Geburten im Jahr. Dort befindet sich ein Perinatalzentrum Level 1. Die Zertifizierung zum „Babyfriendly Hospital“ konnte 2013 erreicht werden. Der ärztliche Direktor und Chefarzt der Anästhesie, Prof. Norbert Rolf, hat Bonding nach Sectio im Krankenhaus etabliert und im Zuge der Auseinandersetzung mit dem Thema nicht nur dazugelernt, sondern auch eine andere Haltung dazu gewonnen. Seinen Weg dahin hat er auf humorvolle Weise in seinem Vortrag bei der Stilltagung in Wels beschrieben.**

Zu Beginn erinnert er sich an die Arbeitssituation in den Zeiten, bevor frühes Bonding zur Routine wurde: Wenn ein Anästhesist den Kreißsaal betreten hat, wirkte die Atmosphäre immer etwas angespannt. Das lag daran, dass Interventionen bevorstanden und die Geburt, sowie der Bindungsaufbau



Die Effekte des frühen Hautkontaktes wirken sich auch noch in viel größerem Ausmaß aus. „KMC“ (Kangaroo Mother Care) hat einen signifikanten Einfluss auf das Stillen und die Entwicklung. Es wurde z.B. festgestellt, dass schulische Leistungen besser sind oder der spätere Berufserfolg größer ist, wenn nach der Geburt Hautkontakt gehalten werden konnte.

## Hautkontakt ohne Unterbrechung

Prof. Dr. Rolf ist überzeugt, dass es sich auszahlt, sich mit dem Thema zu beschäftigen. Es macht einen Unterschied und es lohnt sich, darin zu investieren. „Schöne Fliesen im OP-Saal sind gut, machen aber keinen Unterschied. Es macht aber einen Unterschied, wie man im Kreißsaal bzw. im OP auftritt, wie die Haltung ist. Es muss Müttern einfach immer ermöglicht werden, im Hautkontakt bleiben zu können“, so der Hamburger Anästhesist.

Die einzige große Frage in der Diskussion um Sectio-Bonding ist, wer die Verantwortung für die Mutter und das Kind nach der Geburt übernimmt. Hier braucht es Vereinbarungen zwischen AnästhesistInnen, GeburtshelferInnen und Hebammen.

## Risiko Kaiserschnitt

• Ein Kaiserschnitt ist eine Operation, die immer Risiken birgt.

- Die Qualität der Anästhesie ist eingeschränkt.
- Es gibt immer einen Grund für eine Sectio. Eine entspannte Operation gibt es nicht. Positive und negative Emotionen sind dadurch vorhanden.
- Der Vater ist anwesend, unerfahrene KollegInnen können damit meist nicht gut umgehen.
- Das Monitoring ist eingeschränkt wegen des Bondings. Die Mutter muss besser beobachtet werden, wenn Geräte nicht angewendet werden, gibt es keine Alarmer, der Anästhesist muss genauer hinschauen und beurteilen.
- Neugeborene können Anpassungsstörungen haben oder schlimmstenfalls herunterfallen.
- Die Mutter kann Probleme mit dem Kreislauf bekommen.
- Das Stillen wird beeinträchtigt oder sogar unmöglich.

Worst case ist der Schaden an Mutter und/oder Kind – bis hin zum Tod. Die Wahrscheinlichkeit ist annähernd 0%. Eine gute Überwachungsqualität muss aber gewährleistet bleiben, denn die Gefahr ist immer präsent. Trotz Bonding und dem Bedürfnis, den intimen Moment nicht zu stören, wird die Überwachung nur schrittweise zurückgenommen.

## Bonding – Voraussetzungen

- Es wird eine PDA durchgeführt.
- Das Neugeborene ist gesund.
- Die Mutter kann und will bonden.
- Die medizinische Stabilität ist gewährleistet.
- Keine Einwände von den FachärztInnen, stört jemanden die Anwesenheit des Vaters, muss er draußen bleiben. Bonding mit Vater im Falle, dass es nicht bei der Mutter möglich ist, kann im Nebenraum erfolgen.
- Ausreichend Personal muss vorhanden sein, bei Personalausfall ist die Überwachung eingeschränkt.
- Hypothermie beim Neugeborenen wird vermieden, im OP ist es wärmer als in anderen, warme Windeln sind vorbereitet.

Am Ende des Vortrags bezieht sich Prof. Rolf noch auf oft gestellte Fragen bezüglich Narkose und Stillen. In diesem Falle gibt es gute Untersu-

chungen. Wenn die Mutter nach einer Narkose wieder in der Lage ist Ihr Kind anzulegen, darf sie stillen. Weder die pharmakokinetischen Eigenschaften der im Zusammenhang mit der Narkose verwendeten Mittel, noch die klinischen Erfahrungen begründen eine zusätzliche Stillpause.

Es ist nicht zu verstehen, dass die Maßnahme des Sectio-Bondings nicht als Standard in jeder Geburtsklinik etabliert wird. Es bedarf keines erhöhten finanziellen Mehraufwandes, nur einer verantwortungsvollen Haltung und des Wissens, welche Vorteile Mutter und Kind daraus entstehen.

Provokant gefragt: Bewahrheitet sich hier wieder die Annahme „Was nichts kostet, ist nichts wert?“

Bonding nach Sectio könnte künftig doch auch als medizinische Leistung in der Geburtshilfe deklariert werden...

Vroni Goreis

## Rückhalt Österreich und WiKK



Weiterbildungsinstitut für ressourcen- und körperorientierte Krisenbegleitung für Schwangerschaft, Geburt, Baby- und Kleinkindzeit bietet in Kooperation mit dem Bildungshaus St. Georgen am Längsee folgende Fortbildung an:

► **Problemfelder**  
Risikoschwangerschaften, Schreibabys, Kleinkinder mit chronischen Schlaf- oder Essstörungen und Entwicklungsverzögerungen.

**Für Stillberaterinnen, Hebammen und andere Interessierte.**

**Termin für Kennenlern-Workshop:**  
29.06.18 ab 18:00 Uhr bis 01.07.18 – 13:00 Uhr, die Kosten für diesen Workshop betragen € 450,-

Das Haupttraining dauert von September 2018 bis Februar 2020 mit 11 Weiterbildungswochenenden.

Dieser Hauptweiterbildungsteil kostet € 3.499,- exklusive Unterkunft und Verpflegung.

**Info und Anmeldung:** maria.greiner@stmk.gv.at  
**Anmeldeschluss:** 19. Juni 2018

Bezahlte Anzeige

# Schmerzen, was tun?

## Probleme der laktierenden Brust (Teil 1)



**Stillen ist weltweit die empfohlene Form der Ernährung für Säuglinge in den ersten 6 Monaten.<sup>1,2)</sup> Jedoch wird dieses Ziel in den meisten Industrienationen, so auch in Österreich, nicht erreicht. Das Gelingen hängt auch mit dem Wissen und der erfolgreichen Diagnose und Behandlung von Erkrankungen der Brust zusammen. Dr.<sup>in</sup> med. univ. Ingrid Zittera, IBCLC, beschreibt im ersten Teil ihres Gastbeitrags häufige Probleme, mit denen Stillberaterinnen und Ärztinnen in der Praxis konfrontiert sind. Teil 2 in der Sommerausgabe der VSLÖnews behandelt dann die Themen Milchstau, Mastitis und Abszessbildung.**

**H**äufig auftretende Probleme der laktierenden Brust in der Stillzeit mit dem verbundenen Risiko frühzeitig abzustillen, verlangen Wissen und Bemühungen, um die Versorgung stillender Frauen zu verbessern.

Wunde Mamillen und Mastitis purperalis stehen in einem engen Zusammenhang mit verstärkter initialer Brustdrüsenanschwellung und Milch-

stau. Im Sinne der Stillförderung ist es von entscheidender Bedeutung, diese mit dem Stillen assoziierten Brusterkrankungen optimal und leitlinienkonform zu behandeln.

### Wunde Mamillen

Bei wunden Mamillen handelt es sich um verletzte Brustwarzen mit oder ohne Infektionen. Symptome dafür sind z.B. Fissuren, Hautabschürfungen, Rhagaden, Entzündungszeichen an Mamille und/oder Areola, Rötungen oder Schorfbildung. Ungünstige Stillhaltungen und nicht korrektes Ansaugen bzw. ein falsches Saugverhalten des Kindes gelten als die häufigsten Ursachen.

Das korrekte Anlegen (Erfassen von Brustwarze, Areola und Brustgewebe) kann bei Vorliegen einer verstärkten Brustdrüsenanschwellung erschwert sein. Dabei führt die ödematöse Schwellung der Areola zu Schwierigkeiten des Kindes, die Brustwarze richtig zu fassen. Anatomische Faktoren der Mutter wie Flach- oder Hohlwarzen oder Faktoren des Kindes wie die Fehllage der Zunge, ein

zu kurzes Zungen- oder Lippenband, (Unter-)Kiefer-Asymmetrien oder Gaumenbesonderheiten, beeinflussen ebenfalls die Anlege- und Saugtechnik und damit das Auftreten wunder Mamillen. Vor Beginn einer Therapie sollen die oben genannten Ursachen evaluiert werden. Bei Verwendung von Hilfsmitteln (Pumpen, Stillhütchen) ist auf eine korrekte Anwendung zu achten: Pumpen sollten richtig positioniert und Brusthütchen korrekt angebracht werden. Zur topischen Behandlung wunder Mamillen im Sinne der Förderung einer feuchten Wundheilung wird in der Praxis und auch leitlinienkonform hochgereinigtes Lanolin angewendet. In der klinischen Praxis hat sich auch die Auflage von „Donuts“ (<http://www.stillen-institut.com/media/der-wiener-brustdonut.pdf>) bewährt, um die Mamille und Wunde zu entlasten und durch die optimale Mikrozirkulation die Wundheilung zu beschleunigen. Bei der Therapie wunder Brustwarzen sind die allgemeinen Regeln der Händehygiene einzuhalten. Wenn Stillelagen verwendet werden, sollte aus Hygienegründen auf einen häufigen Wechsel geachtet und luftdurchlässige Artikel bevorzugt werden. Infizierte Mamillen stellen ein hohes Risiko für eine Mastitis dar und sollten oral antibiotisch therapiert werden, wobei zuvor Material zur mikrobiologischen Untersuchung gewonnen werden sollte.

### Soor der Mamillen

Es handelt sich um eine oberflächliche Infektion mit *Candida albicans*, die sowohl die Haut der mütterlichen Brust als auch die Mundschleimhäute des Kindes betreffen kann. Nicht immer sind bei beiden Stillpartnern (Mutter und Kind) Symptome zu beobachten, trotzdem müssen stets beide behandelt werden. Die Behandlung beider Stillpartner erfolgt üblicherweise über lokal aufzutragende

„Pilz-Cremes/Gels“, die einen antimykotischen Wirkstoff enthalten wie z.B. Miconazol, Nystatin oder Clotrimazol.

### Vasospasmus der Mamillen

Morbus Raynaud der Mamille verursacht starke, vasospastische Schmerzen, die in der Regel nach dem Stillen auftreten und häufig in die Brust ausstrahlen. Zudem kommt es zu einer passageren weißen Verfärbung von Anteilen der Mamille. Als Ursache kommen das plötzliche Absetzen von hoch dosierter Magnesiumgabe in der Schwangerschaft kurz vor der Geburt, hohe Dosen von Genussmitteln (Koffein, Nikotin) oder Medikamente (Theophyllin, Kontrazeptiva) in Frage. Die Vasospasmen entstehen häufig auch sekundär nach Verletzungen oder Infektionen der Brust. Betroffene Frauen sollten Kälte und einengende BH's meiden und vor dem Stillen warme Kompressen auf die Brust/Mamille auflegen. Therapeutisch sind Magnesium (2000mg/d) - und zusätzlich Calciumgaben (1000mg/d) sowie die gesteigerte Zufuhr von essentiellen, langkettigen Fettsäuren angezeigt. In seltenen Fällen ist die Gabe von Nifedipin nach ärztlicher Anordnung erforderlich.

### Verstärkte initiale Brustdrüsenanschwellung

Die verstärkte initiale Brustdrüsenanschwellung bezeichnet die schmerzhafte Schwellung und Vergrößerung der Brüste zu Beginn der Laktations-

periode. Ursache ist ein Lymphödem im Brustdrüsenparenchym in Abgrenzung zum Milchstau. Sie beginnt häufig zwischen dem dritten und fünften Tag postpartum. Symptome sind dabei eine generalisierte Schwellung, Schmerzen, diffuse Ödeme, Rötungen, glänzende Hautoberflächen und ein gestörter Milchfluss. Die Brustdrüsenanschwellung kann sich auf die Areola oder auf die Peripherie der Brust beschränken oder beide Bereiche umfassen. Häufig hat der Säugling Schwierigkeiten, die Mamille richtig zu fassen und korrekt zu saugen. In der Folge kann zum einen die Brust nicht effizient entleert werden und zum anderen steigt dadurch das Risiko für Mamillenverletzungen. Gelegentlich hat die Mutter auch eine leicht erhöhte Temperatur (< 38,4°C).

Die Therapie besteht in der regelmäßigen, effektiven Entleerung der Brust (8-12 mal/24 Stunden), da dadurch der venöse und lymphatische Abfluss entlastet und die Milchbildung stimuliert wird. Die „Reverse Pressure Softening Technik“ (RPS) unmittelbar vor dem Anlegen erzeugt durch sanften Druck einen Ring von Vertiefungen um die Mamille und erleichtert damit das Anlegen des Kindes. Nichtsteroidale Antiphlogistika (z.B. Ibuprofen®) können zur Schmerzlinderung eingesetzt werden.

Literaturverzeichnis:  
 1) AAP 2012, Policy Statement: Breastfeeding and the Use of Human Milk, Pediatrics 2012; 129:3 e827-e841  
 2) NEK Österreichische Stillempfehlung 2014  
<http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Ernaehrung/NEK/#4>



Mag. Anita Frauwallner | Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Probiotische Medizin

**Ein guter Start für Mutter und Kind**

Der Darm ist das Zentrum unserer Gesundheit. Er steuert mit Milliarden von aktiven Helfern – den probiotischen Bakterien – nicht nur die Verdauung, sondern hat auch ganz wesentlichen Einfluss auf das Immunsystem, denn 80% unserer Immunzellen sind im Darm angesiedelt.

Gerade wenn in der Familie allergische Erkrankungen vorkommen, kommt es in der Schwangerschaft zu einer Verschiebung der Balance zwischen den entscheidenden Immunzellen, den TH1- und TH2-Zellen – es entsteht eine immunologische Dysbalance. Dieses „Ungleichgewicht“ kann sich von der Mutter auf das Baby übertragen – Allergien sind dann vorprogrammiert!

Studien belegen jedoch, dass man die Immunbalance wirksam beeinflussen kann: An der Abteilung für Immunologie der Wilhelmina Kinderklinik in Utrecht wurde OMNI-BiOTIC® PANDA in jahrelanger Forschungsarbeit entwickelt und in großen Studien überprüft. Die Gabe dieser 3 speziell aufeinander abgestimmten Bakterienstämme bei allergiegefährdeten Babys zeigte bereits nach 3 Monaten signifikante Ergebnisse: Die immunologische Dysbalance zwischen TH1- und TH2-Zellen konnte bei 80% der Kinder ausgeglichen werden! Die Einnahme von OMNI-BiOTIC® PANDA wird ab dem 8. Schwangerschaftsmonat und ab dem 1. Lebensstag des Kindes im gesamten ersten Lebensjahr empfohlen.

**OMNI BiOTIC® DER beste Beginn für Mutter und Kind**

Institut AllergoSan [www.omni-biotic.com](http://www.omni-biotic.com)

Institut AllergoSan Pharmazeutische Produkte Forschungs- und Vertriebs GmbH • Diätetisches Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diät)

# Mit Stillhütchen ...

Heiß diskutiert – warum eigentlich?

**Saughütchen (auch Still- oder Brusthütchen und im Englischen „nipple shields“ genannt) werden auf manchen Geburtsstationen verteilt „wie die Hustinetten“, meinte Dr. In Beate Pietschnig, Kinderärztin und IBCLC, bei ihrem Vortrag im Klinikum Wels-Grieskirchen. Gemeinsam mit Logopädin Tina Wilke, IBCLC, machte sie sich Gedanken über das Stillhütchen, dessen Wirkung und den richtigen Einsatz.**

Wer kennt ihn noch, den Hustinettenbär aus der Werbung? Der grüne Bär verteilte anno dazumal Hustenzuckerln mit dem Namen „Hustinetten“ an einfach JEDEN ... Und es entsteht auch heutzutage in der täglichen Praxis schon der Eindruck, dass dies in österreichischen Geburtskliniken mit den Saughütchen ebenfalls so gehandhabt wird. Immerhin gaben in der Stillstudie des BMG aus dem Jahre 2006 ca. 25% der befragten Frauen an, dass sie an der Geburtsabteilung ein Stillhütchen bekommen hatten.

## Atmen – Saugen – Schlucken

Doch beschäftigen wir uns vorerst einmal mit der Physiologie des Vorgangs Atmen – Saugen – Schlucken, um den Einfluss des Saughütchens besser zu verstehen. Das Schlucken wird bereits intrauterin ab der 13. SSW, in Kombination mit dem Saugen („Daumenlutschen“) ab der 15. SSW geübt. Postpartal kommt dann als dritte Komponente noch das Atmen hinzu, gerade für Frühgeborene oft eine Herausforderung. „Erst nach der 34. Woche ist ein koordinierter, rhythmischer Ablauf von Atmen, Saugen, und Schlucken möglich. Spätestens nach der 36. Woche ist die Reifung der orofazialen Funktionen soweit abgeschlossen, dass das gesunde Neugeborene keine Probleme bei der Nahrungsaufnahme mehr hat.“ (aus „Frühkindliche Dysphagien und Trink-

schwächen“ von Daniela Biber, 2012 Springer Verlag/Wien).

Die Mundhöhle ist klein und wird von der Zunge ausgefüllt. Das etwas zurückliegende Unterkiefer erleichtert das Ansaugen und die Wangenpolster geben Stabilität beim Saugvorgang. Durch den physiologischen Kehlkopfhochstand (Epiglottis und weicher Gaumen liegen noch näher beisammen) wären Schlucken und Atmen gleichzeitig möglich, ein Aspirationschutz ist gegeben. 31 verschiedene Muskeln, die von unterschiedlichen Hirnnerven versorgt werden, sind an dem Vorgang Atmen – Saugen – Schlucken beteiligt. Der Begriff „Buccinatormechanismus“ beschreibt die Zusammenarbeit einer Muskelkette aus 3 Muskeln beim Saug-Schluckvorgang, dem M. orbicularis oris, dem M. buccinator und dem M. constrictor pharyngeus superior. Das gewährleistet den Lippenschluss, die Annäherung der Wangen und letztlich die zirkuläre Verengung des Pharynx beim reflektorischen Teil des Schluckens.

Auch die oralen Reaktionen (auch „Reflexe“ genannt) sind hilfreich bei der Nahrungsaufnahme, dazu zählen Rooting, Saugreaktion und Schluckreflex sowie Beißreaktion, Würgereflex und Palmomentalreaktion. Ab dem 4. Lebensmonat kommt es zu einem schrittweisen Übergang zu willkürlich kontrollierten Bewegungen, die unwillkürlichen Reaktionen verlieren an Bedeutung. Die Auslösung sollte nach dem 7.-9. Lebensmonat, mit Ausnahme des Würge- und Schluckreflexes (Schutzreflexe!), nicht mehr möglich sein, dies ist wesentlich für den Beikostbeginn. Während des Saugvorganges wirken unterschiedliche sensorische Stimuli auf das Baby ein. Es muss lernen diese Reize zu verarbeiten bzw. angemessen auf sie zu reagieren. Neben den bekannten Wahrnehmungsaspekten Hören, Riechen, Schmecken und Sehen, wirken

auch Reize aus dem taktilen System (Rezeptoren in der Haut), dem propriozeptiven System (Rezeptoren in den Muskeln und Gelenken) und dem vestibulären System (Rezeptoren im Innenohr werden z.B. durch Veränderung der Kopfposition aktiviert – Gleichgewichtssinn) auf das Kind ein. Und letztendlich sei noch die Interaktion von Mutter und Kind erwähnt. Das Saugen des Kindes stimuliert die Hormonausschüttung (Prolactin, Oxytocin) bei der Mutter, es kommt zur Milchbildung und Milchausschüttung, dies begünstigt wiederum die Mutter-Kind-Bindung.



## Pro & Contra

Folgende Studien existieren bereits zur Thematik:

- Paula P. Meyer RN, DNSc, FAAN et al: *Nipple shields for preterm infants: Effect on Milk Transfer and Duration of Breastfeeding, Journal of Human Lactation, Vol. 16, No. 2, 106-114 (2000)*  
→ Diese Studie zeigt einen positiven Einfluß der Verwendung von Stillhütchen auf die Milchaufnahme bei sehr kleinen Frühgeborenen. Allerdings wurden die Mütter durch Pumpen zu extremer Milchproduktion angeregt, sodass ein effektives Saugen für die VLBW-Babys nicht erforderlich war.
- Chertok IR.: *Reexamination of ultrathin nipple shield use, infant growth*

and maternal satisfaction, *Journal Clin. Nurs. 2009, 18(21): 2949-55. Epub 2009 Sep 4.*

→ Auch hier kamen ultradünne Saughütchen zur Verwendung, diesmal allerdings wurden reife Neugeborene beobachtet, es wurde kein Einfluss auf Stilldauer und Gewichtszunahme festgestellt. Die Dauer des Gebrauchs war sehr variabel.

• Willson-Clay: *Clinical use of silicon nipple shields, JHL 12(4): 279-285, 1996*

→ Es zeigt sich ein früheres Abstillen bei Verwendung eines Saughütchens.

• Auerbach KG: *The effect of nipple shields on maternal milk volume; JOGNN 19: 419-27, 1990*

→ Beobachtet wird ein deutlich reduziertes Milchvolumen, wenn durch ein Saughütchen hindurch abgepumpt wurde.

• McKechnie AC, Eglash A: *A review of literature, Breastfeed Med. 2010 Dec; 5(6): 309-14*

→ Hier zeigt die Analyse von 13 Studien, dass der Gebrauch von Stillhütchen als „nicht sicher“ bzw. „unklares Risiko“ einzustufen ist, wenn Stilldauer und Gewichtszunahme in Betracht gezogen werden.

• Woolridge MW, Baum JD, Drewett RF: *Effect of a traditional and a new nipple shield on sucking patterns and milk flow, Early Hum Dev (1990) 4(4): 357-64*

→ Reduktion des Milchtransfers je nach Stillhütchenmodell, aber insgesamt deutlich weniger Muttermilch.

• Flacking R, Dykes F: *Perceptions and experiences of using a nipple shield among parents and staff – an ethnographic study in neonatal units. BMC Pregnancy Childbirth. 2017 Jan 3; 17(1): 1. doi: 10.1186/s12884-016-1183-6.*

→ In der Studie zeigen sich sowohl positive wie auch negative Erfahrungen, die professionelle Begleitung der Mütter ist essentiell.

• Chow S, Chow R et al: *The Use of Nipple Shields: A Review, Front. Public Health. 2015 Oct 16; 3: 236. doi: 10.3389/fpubh.2015.00236. eCollection 2015.*

→ Sehr differenzierte Arbeit, die aus 216 Studien 14 herausarbeitet und die positiven und negativen Erfahrungen auf die physiologischen Einflüsse, die Erfahrungen der Mütter und des Personals und auf das Frühgeborene bespricht.

• Ragnhild Maastrup, Bo Moelholm Hansen et al: *Factors Associated with Exclusive Breastfeeding of Preterm Infants. Results from a Prospective National Cohort Study PLoS One. 2014; 9(2): e89077, Published online 2014 Feb 19. doi: 10.1371/journal.pone.0089077, PMID: PMC3929624*

→ Bei den kleinen Frühgeborenen dieser Studie zeigt sich, dass deutlich weniger Babys voll stillend entlassen wurden, wenn Saughütchen zum Einsatz kamen.

Die eigenen Daten aus der Erhebung des Ministeriums 2006 wurden in „Stillen und Laktation“ 2015/4 veröffentlicht – Pietschnig B. für die österreichische Stillkommission: *Beinflusst die Verwendung von Saughütchen die Stilldauer?*

Wir sehen, die Diskussion pro & contra Stillhütchen ist noch nicht abgeschlossen. Es kommt auch darauf an, welche Faktoren in den Studien als Endpunkte herangezogen wurden: Stillend aus dem Spital entlassen, die Stilldauer, die Gewichtszunahme, das Zufüttern, die Erfahrungen der Mütter oder des Personals, wie lange die Mütter und Kinder begleitet und befragt wurden usw. In einem Punkt sind allerdings die Publikationen einig: **Fachliche Begleitung ist unbedingt erforderlich!**

## Richtiger Einsatz

Bei Frühgeborenen und bei Müttern mit Hohlwarzen, bei Schmerzen, aber oft auch einfach nur um das Baby an die Brust zu bringen: Die schnelle Lösung „Saughütchen“ statt zeitaufwendiger Stillberatung bedeutet oft eine kurzfristige Erleichterung mit langfristigen Folgen. Mehrfach wurde eine reduzierte Milchproduktion und Milchtransfer bei der Verwendung von Saughütchen nachgewiesen. Der bei Weitem am häufigsten von Müttern genannte Abstillgrund in den ersten

drei Monaten ist Milchmangel. Eine Ursache unzureichender Milchbildung ist ineffizientes Saugen. Ein falsches Positionieren des Stillhütchens, ein inkorrekt Gebrauch. Auch der fehlende direkte Hautkontakt an Mamille und Areola kann ein Grund für unzureichende Milchbildung sein. Weitere Studien hierzu wären wünschenswert, sind aber in der geforderten wissenschaftlichen Qualität nicht durchführbar und nur schwer ethisch vertretbar: Randomisiert-kontrolliert wäre zwar technisch möglich, eine Doppelblindstudie ist naturgemäß nicht machbar.

Die Verwendung von Saughütchen sollte daher nicht „wie die Hustinetten“ erfolgen:

Bei gesunden, reifen Neugeborenen kann der unkritische Gebrauch von Stillhütchen zu früher Zufütterung und zum Abstillen führen. Die Verwendung von Saughütchen bedarf genauer Überlegung und professioneller Beratung und Begleitung.

Informationen zum korrekten Gebrauch von Stillhütchen:

**www.elacta.eu, www.still-lexikon.de und im ABM-Protocoll #7/19**

E. Maximiuk, B. Pietschnig, T. Wilke

### Selbsterfahrung Schlucken

Wir schlucken ca. 2000 Mal am Tag – unbewusst. Warum nicht einmal *bewusst* diesen Vorgang beobachten? Einen Schluck Wasser mit einem Strohhalm in den Mund saugen und bewusst schlucken:  
 ... einmal mit geradem Kopf  
 ... einmal mit zur Seite gedrehtem Kopf  
 ... einmal mit in den Nacken gelegtem Kopf  
 ... einmal mit geschlossenen Lippen  
 ... einmal mit offenen Lippen  
 ... einmal mit einer Schokokugel (=Saughütchen) im Mund

Was macht die Zunge? Was machen die Lippen? Wie lange kann ich den Vorgang bewusst steuern? Was spüre ich?

# Entspannt stillen

Wie man Muskelverspannungen entgegenwirkt

**Wie wichtig und lehrreich interdisziplinäre Zusammenarbeit sein kann, zeigte Margot Ollerieth. Sie ist Physiotherapeutin und IBCLC und erklärte schon beim Kongress im Herbst in Kärnten ihre Sichtweise zur Bedeutung korrekter Stillpositionen. Vroni Goreis fasst ihren Vortrag für die VSLÖnews zusammen.**

Neben Ihrem Beruf als Physiotherapeutin arbeitet Margot Ollerieth auch als Craniosacraltherapeutin mit Kindern. Dabei fiel ihr auf, dass Mütter sich immer sehr auf ihre Kinder konzentrieren und nur sehr wenig auf sich selbst achten. Während sie Müttern beim Stillen zuschaut, fragte sie diese, wie es ihnen denn gehe. Dabei erfuhr sie von Verspannungen, Schmerzen und manchmal sehr anstrengenden Tagesabläufen. Daraufhin stellte sie in einem Stillforum im Internet die Frage, ob dies mehrere Mütter betreffe: Innerhalb von nur einer halben Stunde hatte sie mehr als 90 Antworten! Dies bewog sie, sich intensiver mit dem Thema auseinanderzusetzen und ihre Facharbeit darüber zu verfassen.

## Muskelverspannungen

Eine Muskelverspannung ist eine ungewollte, anhaltende Kontraktion eines Muskels. Dies verursacht eingeschränkte Beweglichkeit und Schmerzen. Ursachen für solche Verspannungen können sein: Angst, Stress, Konflikte in der Familie, statische Belastung, Mangel an Bewegung, seelische Belastung oder depressive Verstimmungen.

Besonders betroffen sind Rückenmuskeln, Hand- und Fingerstrecker und Pectoralmuskel. Mütter machen viele Bewegungen in gebeugter Rückenhaltung. Viel Zeit wird mit Wickeln, Stillen und Tragen verbracht und alles dreht sich immer um das



Kind. Die eigenen Bedürfnisse werden oft zurückgestellt.

## Symptome

- Kribbeln oder Einschlafen bestimmter Bereiche
- Aufsteigende Kopfschmerzen im Nacken
- Muskelschmerzen
- Bewegungseinschränkungen
- Hexenschuss

## Was kann vorbeugend gemacht werden?

### Mutter:

- Selbstfürsorge, Achtsamkeit mit sich selbst
- Stillinformationen schon in der Schwangerschaft einholen
- Körpergefühl üben, Stillhaltungen mit einer Puppe probieren

### Stillberaterin:

- Bei jeder Stillberatung immer auch auf die Haltung der Mutter schauen. Je entspannter die Mutter, desto besser der Milchfluss
- Die Mutter soll ihr Kind nicht *halten* müssen – Unterstützung mit (Still-) Kissen und Decken; Stabilität gewährleisten
- Fußschemel zur Entlastung der Lendenwirbelsäule verwenden

- Stillumgebung gemütlich gestalten, Getränk bereitstellen
- Immer nach dem Wohlbefinden der Mutter fragen.

## Was tun bei Schmerzen?

- Stillpositionen anschauen, unterstützen und variieren
- Auszeiten für den Rücken
- Wärme zuführen durch warme Dusche, Bad, Infrarotlampe oder Wärmekissen
- Angeleitete Selbstmassagen, z.B. mit einem Tennisball an der Wand
- Dehnungsübungen
- Positionen des Kindes wechseln, beim Stillen und Tragen beide Seiten ausgewogen einsetzen
- Übungen zur Entspannung und Entlastung der Schultern, des Nackens und des Rückens
- Spazierengehen
- Yogaübungen, Krafttraining
- Unterstützung mittels Tapes.

Es ist sehr hilfreich, interdisziplinär zusammenzuarbeiten, sich mit IBCLCs aus verschiedenen Berufsgruppen zu vernetzen und voneinander zu lernen, da jede ein anderes Augenmerk auf Mutter und Kind legt.

Vroni Goreis

# Mein Stillbeginn

Stillgeschichten, die Mut machen

**Eine neue Rubrik hält Einzug in die VSLÖnews. Unter „Mein schöner Stillbeginn“ möchten wir Ihnen ab sofort motivierende Stillgeschichten präsentieren, die uns von Müttern zur Verfügung gestellt werden.**

Häufig sind wir in unserer Beratungstätigkeit mit Situationen konfrontiert, welche Rückschlüsse auf einen eher schwierigen und komplikationsbehafteten

Stillstart liefern. Sowohl in der Stillgruppenarbeit als auch in der Online-Beratung dominiert naturgemäß der problembehaftete Stillstart.

So werden wir in der Stillvorbereitung immer wieder mit ängstlichen Eltern konfrontiert, welche durch selektive Wahrnehmung, vor allem aber über diverse Online-Portale und auch durch die direkte Kommunikation in Elternkreisen den Eindruck gewonnen haben, ein Stillstart MUSS nahezu im-

mer schwierig und komplikationsbehaftet sein.

Alle hier publizierten Stillgeschichten dürfen gerne für die Stillvorbereitung oder die Stillgruppenarbeit verwendet werden – die Verfasserinnen bzw. Interviewpartnerinnen haben hierfür ihre Zustimmung erteilt.

**Heute erzählen Angelika und Victoria ihre Stillgeschichte. Viel Freude beim Lesen!**

## Stillgeschichte

### Stillen nach frustraner Einleitung, ungeplantem Kaiserschnitt und mit großen Brüsten ist nicht möglich?

**Oh doch! Und ich erzähle euch, dass Stillen trotz der drei oben genannten Punkte eines der schönsten Dinge der Welt ist und vermutlich das Innigste, das eine Mutter mit ihrem Kind erleben darf.**

Es war Mittwoch, der 18. Jänner 2017 und ich hatte eine Routinekontrolle in der Klinik, da an diesem Tag der errechnete Geburtstermin unseres ersten Kindes war. Die Kontrolle war unauffällig, aufgrund der Gewichtsschätzung (über 4000g) wurde uns eine Geburtseinleitung empfohlen und wir stimmten dieser ohne Bedenken zu. Der Mittwoch und der Donnerstag vergingen und Wehen waren trotz mehrmaliger Einleitungsversuche nicht vorhanden. Am Freitag platzte dann gegen 4 Uhr früh die Fruchtblase, Wehen hatte ich aber noch immer keine. Am Samstag und Sonntag hatte ich zwar Wehen, diese waren aber nicht „muttermundwirksam“, ich stimmte einem Kaiserschnitt zu. Am Sonntag um 11.17 Uhr kam unsere wundervolle Tochter Victoria per Bauchgeburt auf die Welt. Nach der Versorgung durch die

Hebamme und den Kinderfacharzt durfte sie mit dem Papa kuscheln, bis ich aus dem OP kam. Mein Mann empfing mich mit unserer „suchenden“ Tochter und knapp eine Stunde nach der Sectio wurde sie mir von der Hebamme angelegt. Trotz großer Brust und ziemlich unbequemer Haltung hat Victoria sofort angesaugt und der erwartete Schmerz in der Brustwarze blieb überraschenderweise aus. Nach einer Stunde haben wir sie auf der anderen Seite angelegt, wo sie nach kurzer Zeit zufrieden und satt einschlief. Für mich war klar, dass ich trotz der Sectio unsere Tochter nur stillen werde und sie (wenn nicht ausdrücklich medizinisch indiziert und mit einer Stillberaterin abgesprochen) nicht zugefüttert wird. Die erste Nacht war ziemlich anstrengend, da ich aufgrund der Bauchgeburt ziemlich unbeweglich war und meine große Brust manchmal im Weg war. Victoria hatte aber gleich den Dreh heraus und wir stillten fast die ganze Nacht durch. Am nächsten Tag waren wir bereits ein eingespieltes Team und konnten auch schon vor unserem Besuch problemlos stillen. Manchmal hatte Victoria jede Stunde Hunger, manchmal wollte sie schon nach



ein paar Minuten wieder ein paar Schlucke trinken. Ich hatte weder wunde Brustwarzen noch Schmerzen beim Stillen, nur einen „blauen Fleck“ am Warzenhof, als sie in der ersten Nacht die Brustwarze einmal nicht richtig zu fassen bekam. Am 4. Tag gingen wir mit einer guten Gewichtszunahme und einem sehr sanften, kaum spürbaren Milcheinschuss nach Hause. Stillen war und ist für uns immer noch ein wunderschönes Gefühl und aufgrund unseres perfekten Stillstartes habe ich die Bauchgeburt besser annehmen und akzeptieren können. Inzwischen ist Victoria 10 Monate alt und wir stillen noch immer zu 80%. Wie lange diese wundervolle Stillbeziehung noch dauern wird, darf meine Tochter entscheiden.

# Ein Zwilling trinkt ...

... selten allein! Stillberatung für Mehrlingsmütter



„Ich konnte mir nicht vorstellen, dass die paar Tropfen für beide reichen können“.

„Wie sollte ich diese kleinen Menschen da auf mir platzieren, ohne eines hinunterfallen zu lassen – ich hatte das Gefühl, ich bräuchte vier Hände!“

„Später fand ich es immer anstrengend, eine Tochter aufstoßen zu lassen, während die andere noch stillt“.

Beim VSLÖ-Kongress 2017 in Kärnten zeigte Katrin Peters, IBCLC und Stillbeauftragte DRK Kliniken Westend Berlin, die wesentlichen Komponenten für die Stillberatung von Mehrlingseltern auf. So gilt es, das Hauptaugenmerk in der Stillberatung auf das Gespräch in der Schwangerschaft, den Stillstart, das höhere Risiko für Frühgeburtlichkeit und Anpassungsstörungen postpartal und auf an die Situation adaptiertes Pumpmanagement sowie die Versorgung der Mutter zu Hause zu richten.

## Vor der Geburt

Als wesentlicher Indikator für einen gelungenen Stillstart gilt besonders die Vorbereitung in der Schwangerschaft. Die Begleitung und Beratung der Mutter/Familie am Weg zur individuellen Entscheidungsfindung passiert optimalerweise gemeinsam im multiprofessionellen Netzwerk. Das Stillgespräch als Möglichkeit des direkten, persönlichen Austausches zwischen Mutter und BeraterIn zeigt so die Wünsche und Erwartungen der Mutter und erlaubt einen Abgleich mit realistischen Möglichkeiten. Weitere mögliche Aspekte, welche hier behandelt werden können, sind: Bonding, Bedeutung des Stillens, Rooming-in, Stillen nach Sectio, (präpartale) Kolostrommassage, Stillpositionen, Pumpmanagement und Organisation von Hilfsmitteln. Im Kontext mit Mehrlings-

den letzten zehn Jahren verdoppelt. Im Jahr 2016 gab es in Österreich 1362 Mehrlingsgeburten, davon waren 1341 Zwillingsgeburten, 19 Drillinggeburten und zwei Vierlingsgeburten (vgl. Statistik Austria 2017). Im Gespräch mit Mehrlingseltern finden sich einerseits herausfordernde Situationen am Stillbeginn noch im innerklinischen Setting, als auch zu Hause, in gewohnter und doch so neuer Umgebung:

„Ich war total ahnungslos, erschöpft, die Narbe vom Kaiserschnitt hat geschmerzt, dass ich bei jeder Bewegung Sterne gesehen habe.“

**Eine besondere Herausforderung stellen Mehrlingsschwangerschaften und -geburten einerseits für Eltern dar, andererseits sind auch die begleitenden Professionen entsprechend gefordert: Beratung in Bezug auf das Stillen von Mehrlingen stellt auch die Stillberaterin vor eine besondere Aufgabe, berichtet Sandra Schrempf.**

Weltweit ist derzeit jede 40. Geburt eine Mehrlingsgeburt – v.a. wegen steigenden Alters der Gebärenden und erhöhter IVF-Frequenz hat sich die Mehrlingsgeburtlichkeit in

schwangerschaften ist auch die relativ höhere Frühgeburtswahrscheinlichkeit (50% vor der 37. SSW) zu beachten, wie auch spezielle Risikofaktoren wie das Feto-fetale Transfusionssyndrom, eine Gewichtsdiskordanz der Kinder, erhöhtes Präeklampsierisiko, Gestationsdiabetes, vorzeitige Wehentätigkeit, eine erschöpfte Mutter oder eine mögliche räumliche Trennung der Kinder postpartal.

## Nach der Geburt

Nach der Geburt gilt dem Wärme-Management ein besonderes Augenmerk: Bonding (ggf. mit Bondingtuch), zusätzlich gewärmte Decken beziehungsweise bei sehr kleinen Kindern auch eine entsprechende Folie bieten eine gute Möglichkeit. Das frühzeitige Anlegen der Kinder nach der Geburt bzw. die frühzeitige Kolostrumgewinnung bei Trennung fördert auch hier die Oxytocinfreisetzung. Sollte es zu einer Trennung von Mutter und Kindern kommen, vermag dies auch zu einem gewissen Teil den Trennungsschmerz zu kompensieren, weiter ist die daraus resultierende Uterusrückbildung dem erhöhten Blutungsrisiko nach Zwillingsgeburten dienlich. Der Stillstart bei Mehrlingen erfordert im Vergleich zu Einlingen kein grundsätzlich anderes Vorgehen: Anlegen nach Bedarf bei frühen Stillzeichen, bequeme Haltung, Kennenlernen des Saugverhaltens und des Trinkverhaltens des jeweils individuellen Kindes. Unterstützung vor Ort ist meist in der Bestärkung der Mutter, der Optimierung der Stillposition und der Evaluierung des Saug- und Trinkverhaltens der Kinder vonnöten.

## Stillpositionen

Die Wahl der Stillposition muss mit den Bedürfnissen von Mutter und Kind abgestimmt sein: So kann auch hier intuitiv oder „klassisch“ mittels bekannter Stillpositionen gestillt werden: Parallelhaltung, Rückenhaltung oder doppelte Wiegehaltung sind gängige Positionen für das gleichzeitige Stillen von Zwillingen. Werden beide Kinder gleichzeitig gestillt oder erfolgt das Stillen alternierend? Der Faktor „Zeitersparnis“ im Rahmen des gleichzeitigen Stillens der Kinder ist



wesentlich, auch die forcierte Milchbildung sei hier hervorgehoben. Das saugstärkere Kind kann das möglicherweise schwächere Kind hinsichtlich der Auslösung des Milchspendereflezes unterstützen. Dies ist gerade in den ersten Tagen nicht immer ohne Hilfe und Unterstützung der Mutter möglich.

Beim alternierenden Stillen hat die Mutter die Möglichkeit, jedes Kind in seinem individuellen Saug- und Trinkverhalten wahrzunehmen, das hungrierere Kind gibt den Takt vor, das andere Kind wird danach geweckt und angelegt. Zeigen alle Kinder gleichzeitig Stillzeichen, braucht es eine Person, welche sich des wartenden Kindes liebevoll annimmt – so haben beide Varianten ihre Vor- und Nachteile. Auch das nächtliche Stillen stellt für Mütter von Mehrlingen eine besondere Herausforderung dar, in liegender Position müssen individuelle Möglichkeiten für Mutter und Kinder gefunden werden, um so weitgehend erholsame nächtliche Stillmahlzeiten zu finden und die Ressourcen der Mutter etwas zu schonen.

Ist eine Trennung von Mutter und einem Kind oder mehreren Kindern notwendig, ist ein entsprechend effektives Pumpmanagement, adaptiert an die persönlichen Ressourcen der Mutter (psychische und physische Situation!), wesentlich für gute Etablierung der Milchbildung in der ersten Tagen und Wochen. Ist nur ein Kind bei der Mutter, so stillt sie das gesunde Kind nach Bedarf und entleert Muttermilch für das von ihr getrennte Kind.

## Helfende Hände

Der Alltag mit Mehrlingen erfordert gerade in der ersten Zeit Unterstützung. Die individuelle Situation der Familie ist hier ausschlaggebend. Entsprechende Hilfsangebote, Möglichkeiten und Organisationsschwerpunkte sollten bereits im Vorfeld der Entlassung, besser noch in der Schwangerschaft besprochen werden. Grundsätzlich gilt in der Beratung und Begleitung von Mehrlingseltern, die individuellen Ressourcen zu erkennen, zu stärken und realistische Ziele zu definieren. Das Stillmanagement ist durch viele Faktoren beeinflussbar, Frühgeburtlichkeit, Trennung von Mutter und Kind als auch eine temporär erschwerte Etablierung der Milchbildung durch entsprechende anamnestiche mütterliche Besonderheiten (GDM, Präeklampsie, hormonelle Situation) stellen mitunter zusätzliche Herausforderungen dar. Trotz aller Herausforderungen ist das Stillen von Mehrlingen ein realistisch umsetzbares Ziel: Die professionelle Begleitung und Bestärkung der Eltern bereits in der Schwangerschaft, ein interdisziplinär stillförderndes Netzwerk rund um die Geburt und eine entsprechende Unterstützung in der Gestaltung des Alltags zu Hause sind hierfür die wesentlichen Voraussetzungen.

„... und dann schau ich die zwei an und denk mir: Wahnsinn, ich ernähre echt beide – ganz allein!“

Sandra Schrempf

Zitate aus einer schriftlichen Befragung, durchgeführt von Sandra Schrempf, IBCLC. TeilnehmerInnen anonymisiert, Rohdaten und Einwilligungen liegen der Autorin vor.

# Im Tal der Tränen

## Babys verstehen und Gefühlskrisen meistern

Jede Mutter, jeder Vater möchte das Beste für sein Kind. Allerdings ist dieses Idealbild kaum zu erreichen. Je höher sich die Eltern ihre Ziele stecken, desto größer die Wahrscheinlichkeit, dass das „Elternwerden“ mit Enttäuschungen einhergeht. Und besonders schwierig wird es, wenn Kinder auf Beruhigungsangebote wie Stillen, Tragen oder Körperkontakt nicht mit Entspannung reagieren, sondern die Spannung und Unzufriedenheit anhält, berichtete Barbara Walcher, DKKS, IBCLC und Fachberaterin für „Emotionelle Erste Hilfe“, in ihrem Vortrag in Wels. Spätestens dann fragen sich Mütter: „Was mache ich bloß falsch?“



Dabei übersehen Erwachsene, dass zum lebendigen Spektrum – auch von Kindern und kleinen Babys – nicht nur Glück und Zufriedenheit, sondern auch Wut, Trauer und Verzweiflung gehören. Babys werden oft auf Hunger und Schlafbedürfnis, also auf die körperlichen Grundbedürfnisse reduziert. Dabei haben alle Menschen von Geburt an einen wunderbaren Schatz an Gefühlen, der sie durch ihr ganzes Leben begleitet. Erwachsene haben gelernt, diese Gefühle zu regulieren. Je kleiner das Kind ist, desto unmittelbarer zeigt es uns seine Gefühle – durch seine Körpersprache, seine Mimik und vor allem auch durch die Art, wie es in Blickkontakt geht.

### Bindung und Autonomie

Daneben haben Babys ein klares Bindungsbedürfnis, sie brauchen ein emotionales Gegenüber, das sie abholt und ins Leben begleitet. Bindung braucht Zeit, Langsamkeit und Raum um sich zu entfalten. Genauso haben Kinder ein angeborenes Autonomiebedürfnis, das sie uns umso deutlicher zeigen, je mehr ihre Motorik ausreift. Um dieses Autonomiebedürfnis aus-

zuleben braucht es ebenso Langsamkeit und Geduld der Eltern – Stichwort „allein umdrehen“ oder „allein Schuhe anziehen“. Dabei kommt es natürlich auch zu Frusterlebnissen, die wir unseren Kindern auch zumuten dürfen. Es gibt einen feinen Grad zwischen Nähe, Unterstützung und dem Zulassen von Autonomie.

Und zu guter Letzt sind wir Menschen mit einem Erregungsbedürfnis ausgestattet. Situationen, die wir als schwierig erleben, werden immer ein Stück in unserem Körper, in unseren Zellen gespeichert. Dies zeigt sich meist in Form von Spannungen. Um diese Erregung und Spannung wieder loszuwerden, möchte sich der Körper über einen Ausdruck (z.B. Weinen) davon befreien. Letztlich ist die Pulsation zwischen Entspannung und Anspannung lebendig und gesund.

Die meisten Mütter richten während der Begleitung ihres (unruhigen) Kindes ihren Fokus stark auf

das Kind. Das heißt, sie sind mit ihrer Aufmerksamkeit viel im Außen, sie erlauben sich kaum (oder erst wenn es dem Kind wieder gut geht), sich selbst zurückzulehnen und zu entspannen. Ihr Körper und Geist bleiben manchmal Wochen und Monate in einer Habachtstellung. Selbst wenn sie die Möglichkeit hätten sich einmal zu entspannen, schaffen sie es dann nicht mehr. Ihr Körper hat ein Stück weit vergessen, wie Entspannung funktioniert. Dabei bräuchten Kinder in schwierigen Situationen einen sicheren Hafen. Ein Feld, wo sie ihre Gefühle ausleben dürfen, ohne damit das Feld selbst anzustecken. In dieser aufgeladenen Situation kann sich ein regelrechter Teufelskreislauf von Frust und Spannung entwickeln.

### Physiologische Grundlagen

Das Polyvagalssystem von Steven Porges erklärt die neurophysiologischen Grundlagen für menschliches Verhalten.

- Ist der Sympathikus aktiv, bedeutet dies Anspannung, Aktivität: Das Kind kann sich der Spannung z.B. durch Weinen entledigen.

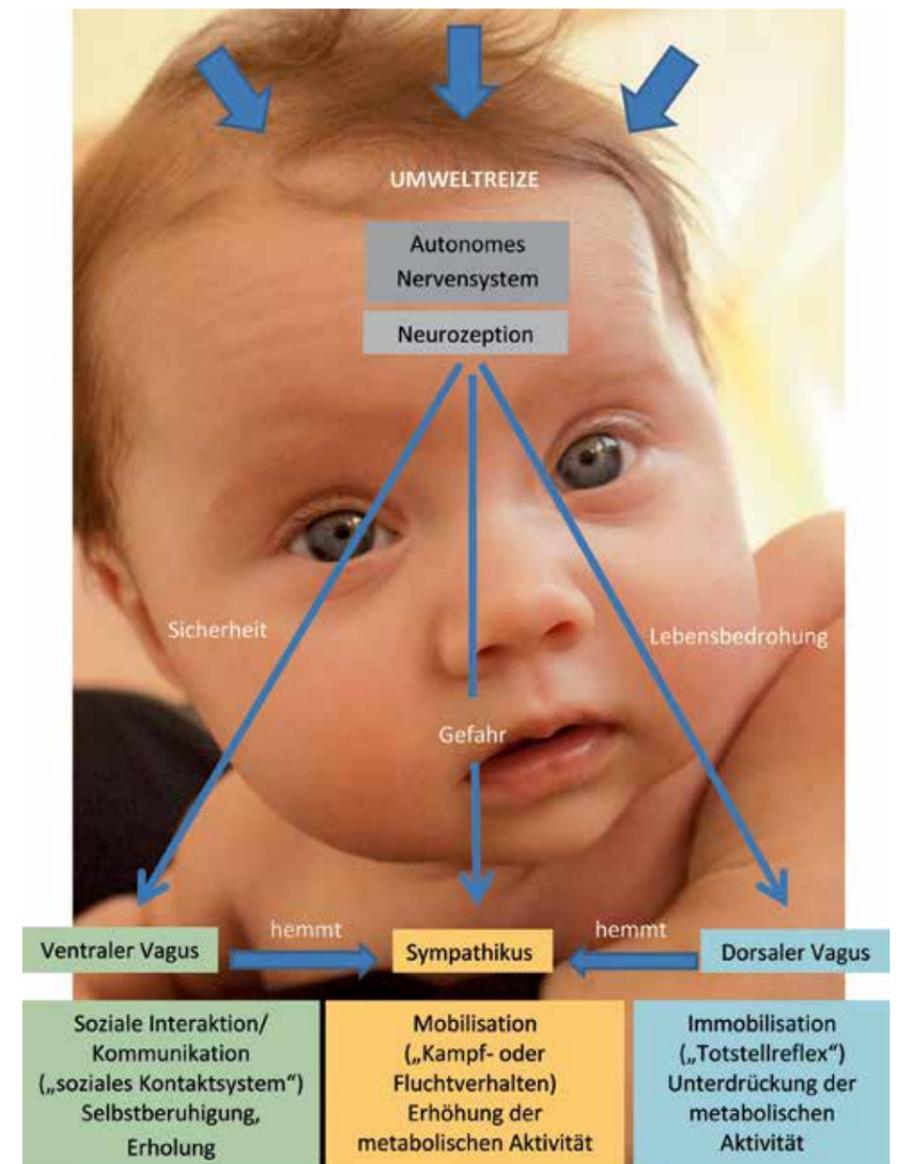
- Der Parasympathikus (Vagus) hingegen entspannt die Muskulatur.

- Der Vagus wiederum teilt sich auf in einen ventralen Vagus, der für soziale Interaktion und Kommunikation erforderlich ist: Dieser Teil des Vagus ist immer dann innerviert, wenn wir in einem guten Entspannungszustand sind.

- Der dorsale Vagus hingegen wird dann gebraucht, wenn Situationen lebensbedrohlich und/oder überwältigend werden. Er schaltet sozusagen einen „Totstellreflex“ ein, einen tiefen Entspannungszustand, in dem wir weniger Schmerzen bzw. Empfindungen spüren. Die Innervierung des dorsalen Vagus stellt eine Form von Dissoziation und Lähmung dar, ein Schutzmechanismus, der unser Überleben sichern soll. Allerdings bedingt dieses „Beschäftigtsein mit Überleben“ immer auch einen Bindungsabbruch.

All diese Mechanismen können sowohl bei der Mutter als auch beim Kind aktiviert werden. Kommt ein Frühgeborenes z.B. nach überwältigenden Erfahrungen auf der Neonatologie nach Hause in ein stabiles und sicheres Feld, dann kann sich die Innervierung des dorsalen Vagus lösen und der Parasympathikus wird aktiv, das Kind wird unruhig, es beginnt zu erzählen, sich mitzuteilen, zu weinen. Es muss seine Spannungen abbauen, bevor es in den positiven Entspannungszustand des dorsalen Vagus kommen kann. Dieser Prozess kann nicht umgangen werden, er ist unbequem und es ist wichtig, dass die Eltern über die zu erwartenden Abläufe Bescheid wissen.

Das Tückische daran ist allerdings, dass unsere Körper immer auch eine Wechselwirkung aufeinander haben und ein sehr angestregtes Körpersystem das Gegenüber ebenso versucht anzustecken. Nun wäre es wichtig, dieses System zu entkoppeln. Die Eltern, aber auch andere Betreuungspersonen müssen, während sie



Die drei Regulationsebenen des autonomen Kontaktsystems nach der polyvagalen Theorie von Stephen Porges.

© Hemmelmayr

das Kind (oder das Mutter-Kind-Paar) betreuen, immer auch auf sich selbst achten. Wie geht es mir? Was spüre ich in mir? Wie kann ich jetzt für mich sorgen? Diese Selbstverbundenheit führt dazu, dass Öffnung und Bindung möglich sind, dass das Gegenüber gehört und gesehen wird. Dies ist nicht einfach, denn wenn ich zuerst selbst „angebunden“ bin, bedeutet dies nicht, dass ich auch nach einer Viertelstunde Babygeschrei immer noch selbst so angebunden bleibe. Wir befinden uns in einer ständigen Wechselwirkung, bei der auch im Erwachsenen eigene Erfahrungen aktiviert werden.

Kinder, aber auch Eltern benötigen in Krisenmomenten ein Feld von Zuwendung, Nähe, Sicherheit und Geborgenheit, damit sie ihre Not ausdrücken und ihre Spannungen abbauen können. So können sie in eine natürliche und gesunde Pulsation des Lebens zurückkehren.

Andrea Hemmelmayr

**Wir freuen uns über Feedback, Artikel und Themenvorschläge!**  
 Mail an: [eva.maximiuk@gmx.at](mailto:eva.maximiuk@gmx.at)  
**Nächster Redaktionsschluss:**  
 27.04.2018

# Aktuelles

## aus der Welt des Stillens



### Nach dem Kongress ist vor dem Kongress ...

Deshalb freuen wir, das VSLÖ-Vorstandsteam, uns immer über eure **Anregungen auf den Feedbackbögen**, die wir im Rahmen unserer Fortbildungen verteilen. Die Themen- und ReferentInnenwünsche werden gesammelt und bei der Planung der nächsten Termine berücksichtigt. Veranstaltungsorte, die gut gefallen haben, werden erneut gebucht und Ideen, die positiv aufgenommen wurden, werden weiter verfolgt. Auch negatives Feedback nehmen wir ernst! So werden künftig Pausenenden deutlicher mit einer Glocke signalisiert, werden wir auf das regelmäßige Lüften des Vortragssaales achten und die Technik noch genauer abstimmen. Wir bitten gleichzeitig um Verständnis, dass wir manchen Wünschen nicht entsprechen können: So erachten wir ein früheres Ende am letzten Veranstaltungstag für all jene nicht sinnvoll, die CERP's für eine Rezertifizierung sammeln. Die Stillecke wird ebenfalls weitergeführt. Eine elektrische Milchpumpe können wir aus organisatorischen Gründen leider nicht zur Verfügung stellen.

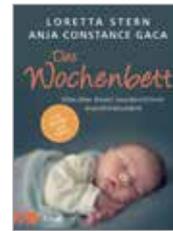
Die **Vorbereitungen für den Europäischen Stillkongress** laufen bereits auf Hochtouren. Wir freuen uns auf euren Besuch und auf euer Feedback danach, um weiter an uns und der Verbesserung unserer Veranstaltungen arbeiten zu können!

*Christiane Braumann*

### Regionaltreffen ...

Die **Tiroler** Kolleginnen treffen einander am **03.04.2018** ab 17 Uhr im Eltern-Kind-Zentrum Innsbruck, Amraserstraße 5, und am **18.06.2018** in der Kinderarztpraxis Dr. Heike Larcher, Fürstenweg 49, ebenfalls ab 17 Uhr. Ansprechpersonen sind Eva Maria Ender und Ingrid Wallner. Das nächste Regionaltreffen der Stillberaterinnen **Niederösterreich Ost** findet am **10.04.2018** um 17:30 im Hotel Klaus in 2120 Wolkersdorf statt. Bitte nicht darauf vergessen, uns die aktuellen Termine immer vor Redaktionsschluss bekannt zu geben.

### Neues auf [www.stillbuch.at](http://www.stillbuch.at) ...



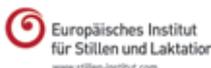
**Das Wochenbett** – Viele junge Eltern unterschätzen die Bedeutung dieser ersten Zeit mit Baby. Das gleichnamige Buch liefert ihnen daher „Alles über diesen wunderschönen Ausnahmezustand“ und bietet praktische und emotionale Hilfestellungen für den Alltag nach der Geburt: Tragen, Schlafen, Stillen uvm. – einfach alles, was Mütter UND Väter so beschäftigt, ist im Buch von Loretta Stern und Anja Constance Gaca, erschienen im Kösel Verlag (€ 17,50), nachzulesen.



**VSLÖ und EISL – Europäischer Stillkongress**  
Wien 08. – 10.11.2018



**10. ELACTA-Kongress „Stillen ohne Grenzen“**  
Rotterdam 17. – 19.05.2018



**Still-ZEIT**  
Innsbruck: 09.04. – 10. 04., 14.05. – 15.05.,  
05.06. – 06.06.2018  
Salzburg: 17.09. – 20.09.2018  
Wien: 28.09. – 29.09., 05.10. – 06.10.,  
19.10. – 20.10.2018

#### Praxistage

München: 27.04.2018, Stillberatung in der Freiberuflichkeit  
Stuttgart: 09.06.2018, Saugen – ganz einfach, oder doch nicht?

#### Brush-up Kurse

Gröbming/Steiermark: 13.06. – 14.06.2018  
München: 15.06. – 16.06.2018  
Stuttgart: 29.06. – 30.06.2018

Teamschulungen für Kliniken und Ärzt/Innen, BFHI, ... nach Bedarf.  
Info und Anmeldung: [annemarie.kern@stillen-institut.com](mailto:annemarie.kern@stillen-institut.com)

#### Impressum

M, H, V: Verband der Still- und LaktationsberaterInnen Österreichs VSLÖ, Lindenstr. 20, 2362 Biedermannsdorf  
E-Mail: [president@stillen.at](mailto:president@stillen.at)

ZVR-Zahl: 962644841

#### Für den Inhalt verantwortlich:

Eva Maximiuk  
Redaktion: A. Hemmelmayr, V. Goreis, N. Groiss, S. Lachmayr, E. Maximiuk, I. Mayer  
Anzeigen: A. Obergruber  
CVD: Mag.<sup>a</sup> V. Stampfl-Slupetzky  
Layout: [www.h13.at](http://www.h13.at)  
Druck: [www.eindruck.at](http://www.eindruck.at)

#### Das Kopieren und Weitergeben der VSLÖnews ist erwünscht!

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