



VSLÖ

Frühjahr 2019

Verband der Still- und Laktations-
beraterInnen Österreichs IBCLC

news

Der VSLÖ
wünscht allen
ein frohes
OSTERFEST!



© Fotolia

OPERATION

Verkleinerte oder
vergrößerte Brüste –
Mythen und Fakten
zum Stillen danach.

KOMMUNIKATION

Wie es gelingt, in
schwierigen Beratungen
immer die richtigen
Worte zu finden.

INTUITION

Mehr Gefühl und
weniger Stress für
Mama & Baby beim
intuitiven Stillen.

Liebe Leserinnen und Leser!



DSAⁱⁿ Anja Schoberlechner

Herzlich willkommen zu unserer Frühjahrsausgabe der VSLÖnews!

Endlich ist es soweit!

Nach 2006 findet nun im Frühjahr 2019 eine **Befragung zur „Säuglings- und Kinderernährung“** (kurz: **SUKIE**) gemeinsam mit der Medizinischen Universität Wien, der AGES (Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH) und dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz an allen Geburtskliniken in ganz Österreich statt.

Mit den Studienergebnissen werden aktuelle Zahlen zur Säuglingsernährungsprävalenz erhoben und wissenschaftliche Grundlagen für die zukünftige Verbesserung im Bereich der Säuglingsernährung und der Kindergesundheit geschaffen – Infos: <https://sukie.ages.at/>
Auch der VSLÖ unterstützt SUKIE und bittet um Ihre Mithilfe bei diesem überaus wichtigen Projekt für die Gesundheit unserer Kinder!



Beim Europäischen Stillkongress 2018 in Wien fanden nicht nur viele interessante Vorträge, sondern auch **Workshops** statt. Auch über diese möchte Sie das Redaktionsteam in gewohnter Weise mit Zusammenfassungen informieren. Sofort ausgebucht war zum Beispiel der Workshop über **„Das elastische Tape in der Schwangerschaft und Stillzeit“**. Wegen der großen Nachfrage wird dieser Workshop auch 2019 wieder vom VSLÖ angeboten – Infos: www.stillen.at.

Save the Dates

Am 17. Mai 2019 findet in Innsbruck die nächste **VSLÖ Stillfortbildung** statt. Isolde Seiringer, IBCLC hat ein interessantes Tagungsprogramm zusammengestellt und informiert darüber auf Seite 16. Und vom 22. – 23. November 2019 möchten wir mit Ihnen am **Stillkongress** im vorweihnachtlichen Salzburg **25 Jahre VSLÖ** feiern. 25 Jahre aktive Stillförderung in Österreich! Was hat sich im letzten Vierteljahrhundert getan – wie geht es weiter? Lassen Sie sich überraschen!

Alles Liebe,
Anja Schoberlechner, Präsidentin des VSLÖ

Tape als Tipp!

Die Methode des Tapens als Hilfe in der Stillzeit

Im Rahmen eines sehr praktisch orientierten Workshops stellte Margot Ollerieth, IBCLC und Physiotherapeutin, das Tapen am Stillkongress in Wien als eine auch für die Stillphase interessante Therapieform vor. Es konnte selbst ausprobiert und erspürt werden, einige einfache Anlagen wurden erlernt. Dennoch muss die Methode im Rahmen einer umfassenden Ausbildung erlernt werden und gehört in die Hände von Fachpersonal.

Der Chiropraktiker und Arzt Kenso Kaze nutzte als Erster den Effekt der elastischen Tapes, um die Wirkung seiner Behandlungen zu verlängern. Euro-

päische Ärzte und TherapeutInnen haben das Tapen schließlich als Therapieform übernommen und an europäische Standards angepasst. Es gibt allerdings auch kritische Stimmen, da die Studienlage zur Wirkung des Tapes sehr mager ist. Es gibt nur kleine Studien mit wenigen Probanden, Doppelblindstudien sind logischerweise nicht möglich. Trotzdem bietet das Tapen vielen Fachrichtungen die Möglichkeit, prophylaktisch und therapeutisch zu wirken. Am bekanntesten ist wohl die Verwendung in der Sportmedizin. Zusätzlich findet es auch Anwendung durch OrthopädInnen, LymphologInnen, NeurologInnen, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen und LogopädInnen. Die

Verwendung in der Stillzeit stellt einen Teilbereich der gynäkologischen Anwendungen dar.

Wann tapen?

Stillende Mütter kommen mit einer Reihe von Beschwerden, bei denen die Anlage eines Tapes sinnvoll erscheint. Bei benignen Verhärtungen der Brust (Staugeschehen) kann eine Lymphanlage sehr rasch und eindrücklich die Schwellung mindern, indem sie dafür sorgt, dass überflüssige Gewebsflüssigkeit abfließt. Auch nehmen viele Frauen ungünstige Stillpositionen ein – bei häufigen und länger dauernden Stillmahlzeiten, insbesondere in der Clusterfeedingphase, entstehen dann

Verspannungen. Auch wenn Kinder viel am Arm getragen werden oder Tragehilfen nicht korrekt angewendet werden, können schmerzhafte Verspannungen entstehen, bei denen ebenso ein gut angelegtes Tape hilft.

Welches Material?

Tapes sollte man im medizinischen Fachhandel kaufen, als Mindestanforderung müssen sie ein Ablaufdatum aufweisen. Tapebänder sind aus dicht gewebtem (Bio-)Baumwollstoff. Auf einer Seite sind sie mit einem allergiegetesteten Acrylkleber versehen. Durch eine wellenförmige Klebeaufbringung wird das Tape luft- und schweißdurchlässig. Es gibt Menschen, die manche Tapekleber nicht vertragen, da braucht es einige Versuche, das richtige Tape zu finden.

Crosstapes bestehen aus Polyester und sind gitterförmig geschnitten, es gibt sie in verschiedenen Größen.

Wie wirkt das Tape?

Tapes sollen nicht ruhigstellen – der/die PatientIn ist mobil, Bewegung ist erwünscht. Bei manchen Tapetechniken wird die Haut etwas angehoben. Wenn sich der/die PatientIn bewegt, dann bewegen sich die Schichten darunter leichter, dadurch wird das Gewebe besser durchblutet, Lymphe

kann besser fließen, die Blutgefäße sind freier. Damit fördert Bewegung die Wirkung des Tapes. Mit dem Tape lässt sich die Muskelspannung beeinflussen, es können Bänder unterstützt und Gewebe entlastet werden, und häufig wird das Schmerzempfinden reduziert. Zusätzlich können Tapes Rezeptoren an der Haut, Muskeln, Sehenspiendeln und Akkupunktur- oder Triggerpunkte beeinflussen. Tapes gibt es in verschiedenen Farben. Es gibt Farbtheorien, wonach Rot mehr anregt und Blau mehr beruhigt. Wenn unsere Klientinnen das Tape sehen, ist es schon von der Psyche her keine gute Idee, ein rotes Brusttape auf eine heiße und geschwollene Brust zu kleben. Ansonsten darf nach Laune der Klientin geklebt werden.

Indikationen

- Muskelverletzungen
- Verstauchungen
- Verspannungen
- Zirkulationsstörungen
- Narben (die Narbe muss immer trocken sein!)
- Schmerzpunkte

Kontraindikationen

- Hautprobleme wie Ekzeme, Psoriasis, Ausschläge, Sonnenbrand,
- Antikoagulierten PatientInnen – sie

können Mikroblutungen entlang der Kleberspalten bekommen.

- Unverträglichkeit und Allergien auf Pflaster
- Genitalbereich in den ersten 12 Wochen der Schwangerschaft
- Bei einer infektiösen Mastitis KEIN Lymphtape kleben, es regt die Durchblutung an und dadurch könnten Keime streuen.

Mögliche Nebenwirkungen

- Rötungen, wobei manche Rötungen auch erwünscht sind
- Spannungsblasen vor allem bei falscher Anlage.

Es gibt verschiedene Anlagetechniken, die von den WorkshopteilnehmerInnen geübt wurden. Interessant ist, dass jede Anlage auch eine unterschiedliche Technik des Aufbringens erfordert. Z.B. unterschiedliche Zugstärken:

1. Ligamentanlage – 90 % Zug
2. Muskelanlage – 10 % Zug – mit Vorschub
3. Faszienanlage – Pulsierende Zugtechnik
4. Lymphanlage – 25 % Zug

Das Tapen ist mit Sicherheit eine Bereicherung in der Stillberatung, muss aber professionell erlernt werden.

Andrea Hemmelmayr

OMni-BioTic® PANDA:

- bringt Babys Immunsystem ins Gleichgewicht
- während der Schwangerschaft und ab dem 1. Lebensjahr

30 Portionstiegel à 3g (90g) OMni-BioTic® PANDA

Lebensmittel für besondere ernährungsmedizinische Zwecke (bilanzierte Diät)

Zur Überdosierung bei einer immunologischen Dysbalance zwischen TH1- und TH2-Zellen.

Wissenschaftlich geprüft

www.omni-biotic.com

Bezahlte Anzeige

Brust-OP, was nun?

Ob und wie das Stillen funktionieren kann

Wir wollen mit dem Fazit beginnen: Grundsätzlich kann jede Brustoperation die Stillfähigkeit einer Frau beeinträchtigen. Die Verkleinerung der Brust hat zwar grundsätzlich mehr Einfluss als die Brustvergrößerung, aber auch Vergrößerungen, Straffungen und andere operative Eingriffe können die Milchbildung und Stillfähigkeit einer Frau beeinträchtigen. Die Frage, die allerdings gestellt werden sollte, lautet nicht, ob eine Frau nach einer Brustoperation in der Lage sein wird zu stillen, sondern in welchem Maße. Beinahe jede Frau, deren Brust operativ verändert wurde, kann Milch produzieren. Ein Gastbeitrag von Dr.ⁱⁿ Gina Weissmann.

Während volles und abschließendes Stillen nach einem operativen Eingriff nicht immer möglich ist, kann die Mutter – wie in jeder Situation, in der die Milchmenge der Mutter nicht ausreicht, um die Bedürfnisse des Babys zu stillen – häufig zumindest teilstillen und mit Säuglingsergänzung zu füttern. Davon profitieren Mutter und Kind gleichermaßen.

Was verbirgt sich hinter den Narben?

Wie sehr sich Brustoperationen auf das Stillen auswirken, hängt von einigen Faktoren ab. Das sind u. a. die präoperative Funktion der Brustdrüsen, die Art der Einschnitte, das Ausmaß der Entfernung oder Zerstörung des Drüsengewebes, der Umfang der Nervenschädigungen, die verstrichene Zeit zwischen OP und Stillen, ob bereits Stillversuche vorhanden sind oder Stillversuche zwischen der OP und dem aktuellen Stillen stattgefunden haben, sowie selbstverständlich – und dies gilt für alle Mütter – die Art, wie gestillt wird und die Einstellung der Mutter zum Stillen.

Die Platzierung, die Art und die Länge der operativen Schnitte kön-

nen das Stillen beziehungsweise die Milchproduktion aufgrund von Beschädigungen des Drüsengewebes und der Nerven im Bereich der Brustwarzen beeinträchtigen. Eine Schnittführung nahe oder über der Brustwarze kann, insbesondere bei Lokalisation im unteren Quadranten, den 4. Interkostalnerv, der für das Stillen und den Milchspendereflex eine maßgebliche Rolle spielt, beschädigen und somit die Milchmenge beeinflussen. Nicht nur eine vollständige Durchtrennung, sondern bereits die Dehnung kann eine funktionelle Beeinträchtigung bedingen (Neifert 1992).

Brustvergrößerung

Es gibt zahlreiche Gründe für eine Brustvergrößerung, die zumeist im Zusammenhang mit dem Selbstverständnis der Frau stehen. Darunter kann z.B. auch eine Asymmetrie fallen, die eine Operation auf nur einer Seite bedeuten kann. Bei der Beurteilung der Milchproduktion ist der präoperative Zustand der Brust ein wichtiger Faktor, den es – sogar vor Untersuchung der Operationsauswirkungen – zu berücksichtigen gilt. Obgleich eine kleine Brust nicht zwangsläufig Still Schwierigkeiten bedingt, gibt es bestimmte Bruststrukturen, die auf Schwierigkeiten bei der Milchproduktion hinweisen können: Zu wenig Brustgewebe (Hypoplasie), tubuläre Brüste, sehr weit auseinanderliegende Brüste.

Unzureichende Ausbildung oder Asymmetrie

Frauen, die sich in diesen Fällen für eine Brustvergrößerung entscheiden, werden meist nicht darüber aufgeklärt, dass sie zu wenig Brustgewebe haben oder dass eine Vergrößerung das Stillen beeinträchtigen könnte. Zudem wird ihnen in manchen Fällen fälschlicherweise versichert, sie könnten mit der anderen, nicht operierten Brust normal stillen (Didie & Sarwer 2003).

Zur Reduktion der Narbenbildung und Erzeugung eines möglichst natürlichen Aussehens wurden verschiedene Methoden der Implantateinbringung entwickelt. Die Einbringung erfolgt in den meisten Fällen über die Submamärfalte und da das Implantat zumeist unterhalb des Muskels platziert wird, kann der Chirurg den Muskel lösen ohne dabei das Drüsengewebe zu schädigen. Außerdem kann er so die Nerven und Blutgefäße im Mamillen-Areolen-Komplex erhalten. Dies ist für Frauen mit Stillwunsch vorteilhaft. Manchmal wird das Implantat über den periareolären Zugang eingebracht, wobei mehr Drüsengewebe, Milchgänge und Nerven verletzt werden, da der Einschnitt für das Implantat einmal um den gesamten Warzenhof führt (Bild 1).

Revision

Es ist wichtig anzumerken, dass trotz einer präzisen Schnittführung und Platzierung des Implantats, eine Brustvergrößerung im Durchschnitt alle sieben Jahre wiederholt wird. Häufig aufgrund des Vorfalles der Brust, des Wunsches nach einer Größenveränderung, aufgrund von Hämatomen, Infektionen und anderen Komplikationen wie der Kapselbildung (Bild 1). Dadurch können Nerven beschädigt, die Milchproduktion beeinträchtigt und die Wahrscheinlichkeit des Stillerfolgs reduziert werden (Strom 1997, Michalopoulos, 2007).

Silikon und seine Folgen

In den letzten Jahren wurden bezüglich des Übergangs von Silikon in die Muttermilch Bedenken laut. Bei dem in modernen Implantaten verarbeiteten Silikon handelt es sich um ein Silikon gel hoher Viskosität.* Dies minimiert das Risiko eines Auslaufens des Implantats erheblich.

Im Jahre 2001 ließ das AAP Drug Committee verlauten: „Die Silikonanteile in Blut und Milch von stillenden



Müttern mit Brustimplantaten sind denen nicht stillender Mütter ähnlich (Semple et al., 1998). Zudem wurde ermittelt, dass die Silikonanteile in Kuhmilch die in der Milch stillender Frauen mit Brustimplantaten um ein Zehnfaches übersteigen; künstliche Säuglingsergänzung weist sogar noch höhere Silikonanteile auf.“ Eine andere Studie belegt, dass „Silikon in einer einfacheren Form in der Umwelt vorkommt und dass die Aufnahme nur schwer verhindert werden kann.“ Diese Studie schlussfolgerte: „Es gibt keine Gründe, die gegen das Stillen von Frauen mit Brustimplantaten sprechen würden“ (Berlin 1994).

Silikon gilt als inert und es ist unwahrscheinlich, dass es im Verdauungstrakt des Babys absorbiert wird (Hale, 2017). Zwischen 1994 und 2006 untersagte die Food and Drug Administration (FDA) die Nutzung von Silikon, da ein Verdacht auf ein erhöhtes Brustkrebsrisiko bestand. Später hob sie das Verbot auf als klar wurde, dass Silikon nicht nur das Brustkrebsrisiko nicht erhöhte, sondern es sogar in gewissem Umfang senkte. Es wird vermutet, dass dies mit dem vom Implantat ausgehenden lokalen Druck zusammenhängt, der die Blutzufuhr reduziert, die für das Tumorwachstum notwendig ist; Eventuell reduziert auch die körpereigene Immunreaktion auf das Implantat das Risiko einer Krebsentwicklung in dieser Region.

Brustverkleinerung

Es gibt viele körperliche und auch psychische Beweggründe, die Frauen mit großen Brüsten (Gigantomastie)

zu einer operativen Brustverkleinerung verleiten. Diese Frauen empfinden einen großen Leidensdruck und wünschen sich ein Erscheinungsbild, das dem anderer Frauen gleicht. Sie sorgen sich nicht zwangsläufig um die Funktion ihrer Brust und die Fähigkeit des Stillens in der Zukunft. Die Auswirkungen, die ein operativer Eingriff auf das Stillen hat, sind von der Menge an entferntem Gewebe, dem Bereich der Entfernung und dem Ausmaß an Beschädigung des verbleibenden Gewebes abhängig. Für die Brustverkleinerung stehen viele verschiedene Methoden zur Verfügung, wobei die gewählte Methode von der Bruststruktur, der Präferenz und Erfahrung des Chirurgen sowie dem Zweck des Eingriffs abhängt. Sogar Standardverfahren sind unter den Chirurgen nicht identisch und jedes einzelne kann die Milchproduktion beeinträchtigen.

Die Verfahren, deren Ergebnis die Milchproduktion am wenigsten beeinträchtigt, sind die Operationen, bei denen der Mamillen-Areolen-Komplex nicht vollständig abgetrennt, sondern lediglich verschoben wird und der untere Brustbereich, der mit dem Mamillen-Areolen-Komplex verbunden ist, intakt bleibt (Sandmark, M., et al 1992). Diese Verbindung nennt sich Steg: In ihm bleiben Milchgänge, Nerven und die Blutversorgung intakt. Dieser Steg kann in verschiedenen Bereichen der Brust lokalisiert sein und das Narbenbild kann in manchen Fällen über die genaue Position Aufschluss geben. Die Wahl des unteren Stegs, also die Unversehrtheit der Blutgefäße und Nerven im Bereich unterhalb des Mamillen-Areolen-Kom-

plexes, bewahrt am besten die Fähigkeit, Milch zu produzieren.

Die vertikale Inzision fand in Israel und den Vereinigten Staaten in den letzten Jahren am häufigsten Verwendung, da diese mit einer kürzeren Operationsdauer einhergeht (Bild 2 und 3). Sie erzielt ein ästhetischeres Ergebnis, ist allerdings ungünstiger für die Milchproduktion, da das Gewebe aus dem unteren Brustbereich entfernt wird, zumeist ein oberer Steg genutzt und der 4. Interkostalnerv durchtrennt wird. Die Benelli-Technik basiert auf einem ringförmigen Schnitt um den Warzenhof herum mit anschließender Fettabtragung. Diese Technik findet üblicherweise bei geringfügigen Reduktionen oder zusätzlich zu anderen Methoden Anwendung.

Andere Verfahren sind: Die freie Mamillentransplantation, bei der der Mamillen-Areolen-Komplex vollständig von der Brust abgetrennt und anschließend wieder mit ihr verbunden wird.

Zahlreiche Forscher versuchten bereits, die Auswirkungen zu definieren, die die operative Brustverkleinerung auf die Stillfähigkeit hat, und kamen zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen bezüglich des Stillerfolgs: So liegt dieser in Abhängigkeit von der Art des Eingriffs zwischen 70 % und 0 %. Dieser enorme Unterschied belegt die Uneinigkeit in Bezug auf die Kriterien zur Bewertung des Stillens. Zudem ist es wichtig zu berücksichtigen, dass zusätzliche gesundheitliche Faktoren ebenfalls den Stillerfolg beeinflussen. Außerdem sind Frauen, die sich einer



Bild 3



Bild 4

Fotos: © G.Weissmann

Brustverkleinerung unterziehen, häufig Übergewichtig. Dies ist ein Risikofaktor für erfolgreiches Stillen. Auch können diese Frauen hormonellen Einflüssen unterliegen, wie polyzystische Eierstöcke, Diabetes oder Hypothyreose, wobei diese Zustände zu Fettleibigkeit beitragen und auch das Stillen beeinträchtigen können. Mit einem solchen Hintergrund kann selbst eine geringe aus dem Eingriff resultierende Schwierigkeit das Stillen weiter belasten.

Postoperatives Reparatursystem

Die Rekanalisation ist ein wichtiges physiologisches Phänomen bei Frauen, die sich einer Brustoperation unterziehen. Bei diesem Prozess bildet sich neues Brustgewebe und neue und durchtrennte Milchgänge verbinden sich erneut. Dieser Prozess wird gerade durch das Stillen stark gefördert, da das Stillen die Bildung neuer Milchgänge anregt. Als Reaktion auf die Hormone, die in jedem Menstruationszyklus freigesetzt werden, bilden sich zudem neue Zweige und Gänge in geringer Anzahl. Je mehr die Mutter in der Vergangenheit stillte, und je mehr Zyklen sie seit dem Eingriff hatte, desto größer ist der Umfang ihrer Rekanalisation. Sie wird also möglicherweise bei ihrem ersten Kind nach dem Eingriff keine volle Milchproduktion erzielen, bei ihrem zweiten Kind wird sie allerdings mehr und eventuell sogar ausreichend Milch produzieren, um die Bedürfnisse ihres Kindes vollständig stillen zu können.

Reinervation bezeichnet den Vorgang, bei dem sich Nervenzellen regenerieren können und neu verbun-

den werden. Der 4. Intercostalnerb übernimmt die wichtigste Rolle in der Weiterleitung von Reizen von der Brust zum Gehirn. Sein lateraler Abschnitt, lokalisiert bei ca. 4 Uhr in der linken und 8 Uhr in der rechten Brust, regt den Mamillen-Areolen-Komplex an. Seine Stimulation resultiert in der Freisetzung von Oxytocin, die den Milchspendereflex auslöst und Prolaktin für die Milchproduktion freisetzt. Die Regeneration dieses neuronalen Systems ist ein wichtiger Faktor für die Milchproduktion. Das Ausmaß der Erneuerung hängt nicht von der vorhergehenden Stillerrfahrung ab, sondern größtenteils von der Schnittführung und dem Umfang der Nervenschädigungen.

Durchtrennte Nerven wachsen ca. 1 mm pro Monat und es kann sechs Monate bis zu einem Jahr dauern, bis sie vollständig regeneriert sind (Shaw et al. 1997). Zeigen Frauen eine Empfindsamkeit gegenüber Hitze und Berührungen, deutet dies auf einen funktionierenden Nerv hin, der die entsprechenden Signale an die Hypophyse weiterleitet, damit Prolaktin und Oxytocin produziert werden. Die Fähigkeit der Brust, korrekt zu funktionieren, ist abhängig von dem Zustand der Milchdrüsen und -gänge: Je mehr Zeit allerdings seit der Operation vergangen ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass die für die Stillfähigkeit entscheidenden Nerven ihre Funktion wiedererlangt haben.

Mögliche Stillschwierigkeiten

Schmerzende Brustwarzen

Die Technik ist grundsätzlich ein sehr wichtiger Faktor einer angenehmen

und erfolgreichen Stillerrfahrung. Dies gilt in noch größerem Maße für Frauen nach einer Brustoperation. Aus diesem Grund ist es zur Vermeidung schmerzender Brustwarzen entscheidend, die Bedeutung der korrekten Anlegetechnik ab dem ersten Anlegen hervorzuheben.

Frauen mit Brustoperation können in manchen Fällen Beschwerden zeigen, die bei Frauen ohne vorhergegangene Brustoperation nur selten auftreten, wie den Vasospasmus, der mit Schmerzen einhergehen kann und bei dem sich die Brustwarze nach dem Stillen weißlich verfärbt. Dieses Phänomen kann durch die Verhinderung jedweder Reibung der Zunge an der Brustwarze, die durch eine inadäquate Anlegetechnik bedingt wird, reduziert werden.

Manche Säuglinge können Schwierigkeiten haben, die Brustwarze zu erfassen und Milch zu entleeren, da der Mamillen-Areolen-Komplex aufgrund von operativen Veränderungen beeinträchtigt sein kann. Ein tiefes, asymmetrisches Anlegen wird die Wahrscheinlichkeit, dass Milch fließt, erhöhen. Zudem wird empfohlen, dass die Mutter verschiedene Positionen ausprobiert. Und darüber hinaus stehen verschiedene Techniken und Hilfsmittel zur Verfügung, die die Brustwarze vor dem Anlegen prominenter machen können, wie der „Nipple Nudge“ von Diana West, um den Babys das Erfassen der Brustwarze zu erleichtern.

Verstärkte initiale Brustdrüsenanschwellung

Die Brustdrüsenanschwellung ist ein häufig zu beobachtendes, aber phy-

siologisches Phänomen, das innerhalb der ersten Tage nach der Geburt auftritt. Eine verstärkte initiale Brustdrüsenanschwellung tritt hingegen auf, wenn die Brust während der Laktogenese II nicht ausreichend oder nicht häufig genug entleert wird. Bei erfolgter Brustoperation ist dieses Phänomen häufiger zu beobachten, da ein gestörter Lymphabfluss oder andere operativ bedingte Probleme vorliegen, die die Entleerung der Brust erschweren. Produziert die Brust Milch, die nicht genutzt wird, beginnen die Zellen mit der Apoptose (programmierter Zelltod/Degeneration). Dies geschieht mit den Zellen, die mit den durchtrennten Milchgängen verbunden sind. Hier ist es wichtig, die Milchgänge mittels Pumpen zu entleeren, um die Zellen zu retten, deren Milchgänge nicht durchtrennt worden waren, und demnach diese wichtige aktive Gewebemasse nicht zu verlieren. Je schneller die verstärkte Brustdrüsenanschwellung behoben wird, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese die funktionierenden Zellen beeinträchtigt und der Milchproduktion schadet. Insbesondere in den ersten Tagen ist die Beurteilung der Stilleffizienz wichtig und es sollte nach jeder Stillmahlzeit erwogen werden, zusätzlich abzupumpen. Manchmal erleben Mütter in den Brüsten unterschiedlich stark ausgeprägte Schwellungen der Brustdrüsen und bei manchen Frauen sind diese lediglich in einzelnen Bereichen der Brust lokalisiert.

Nach einer Brustvergrößerung kann das Implantat in einigen Fällen Druck auf die Brustdrüsen ausüben und den Abfluss der Lymphflüssigkeit erschweren, wodurch die Brustdrüsenanschwellung verstärkt wird. Hatte die Frau vor der Brustvergrößerung eine relativ kleine Brust und erlebt nun eine solche verstärkte Schwellung, so könnte sie recht viel ihrer Brustdrüsenfunktion verlieren.

Die verstärkte Brustdrüsenanschwellung, die die meisten Frauen nach einer Brustverkleinerung erleben, kann von Geburt zu Geburt zunehmen (Bild 4). Dies ist bedingt durch zusätzliche Erneuerungen und Rekanalisationen, die mit jeder Schwangerschaft einhergehen. Sie steht in direktem Zusammen-

hang mit der Stilldauer nach vorhergehenden Geburten.

Geringere Volumenzunahme

Mütter sollten postpartal eine Veränderung ihrer Brüste beobachten, die sich als ein Gefühl praller/voller Brüste, also einer Umfangszunahme der Brust äußert. Stellt sich diese bei der Mutter während der Laktogenese II nicht ein, ist dies ärztlich abzuklären, da es möglicherweise auf niedrige Prolaktinwerte hinweist, was zu einer zu geringen Freisetzung von Prolaktin zur Anregung der Milchproduktion führt. Darüber hinaus könnte sie zu wenige aktive Brustdrüsen besitzen. Die gute Nachricht ist, dass es hier üblicherweise gute Handlungsansätze gibt.

Ausbleiben des Milchspendereflexes

Eine fehlende oder nur teilweise vorhandene Sensibilität der Brustwarze kann auf eine Nervenschädigung hinweisen, die die Gewinnung von Milch erschweren und die Milchproduktion negativ beeinflussen kann. Das häufige Anlegen und die zusätzliche Entleerung – ob manuell oder mit einer guten Pumpe – in den ersten Lebenswochen sorgt dafür, dass die Brust die höchstmögliche Menge an Prolaktinrezeptoren bildet und die Milchbildung maximal angeregt wird.

Vorbereitung

Nimmt eine Mutter, die sich in der Vergangenheit einer Brustoperation unterzogen hatte, bereits vor der Geburt Hilfe in Anspruch, so sind ihre Chancen auf eine erfolgreiche Stillerrfahrung höher. Es gibt viele vorausschauende Schritte, die sie umsetzen kann, sowie Faktoren, die zu ihrem Erfolg beitragen werden: u. a. Dokumentation von Veränderungen ihrer Brust während der Schwangerschaft zur Vorhersage ihrer Stillfähigkeit, Erwägung eines Geburtsmodus mit möglichst wenigen Interventionen und vorgeburtlicher manueller Brustentleerung.

Stillberatung

• Frühe und häufige Entleerung der Brust

Sofern die Milchgänge nicht im Rahmen einer freien Mamillentransplan-

tation im Mamillen-Areolen-Komplex vollständig durchtrennt wurden, kann man davon ausgehen, dass eine Mutter, die sich einer Brustoperation unterzogen hatte, ihrem Kind in den ersten Tagen zumindest eine geringe Menge Kolostrum geben kann. So wie bei jeder Mutter, können die erste Lebensstunde und im Anschluss daran die ersten 24 Lebensstunden einen großen Einfluss auf die Milchmenge haben. Die Parker-Studie zeigt, dass Mütter, die innerhalb der ersten Stunde stillen oder Milch gewinnen, und anschließend in den ersten 24 Stunden in regelmäßigen Abständen stillen oder pumpen/ausstreichen, zwei bis drei Tage später während der Laktogenese II eine erheblich höhere Milchmenge aufweisen.

• Eine effektive Anlegetechnik sicherstellen

Eine effektive Anlegetechnik ist ein bedeutender Teil jeder angenehmen und erfolgreichen Stillerrfahrung – das gilt insbesondere für eine operierte Mutter. Die Sicherstellung einer effektiven Anlegetechnik ist ein wichtiger Teil des Prozesses, die Stillfähigkeit einer Mutter zu verbessern und mögliche Komplikationen zu verhindern, wie die verstärkte initiale Brustdrüsenanschwellung und schmerzende Brustwarzen.

• Milchstau so schnell wie möglich behandeln

Ein Milchstau signalisiert dem Körper, dass die Milch, die er produziert hat, nicht benötigt wird und sorgt dafür, dass das Drüsengewebe die Milchproduktion einstellt – Apoptose. Hat die Mutter zahlreiche Brustdrüsen, beeinflusst die Stilllegung einiger weniger dieser Drüsen ihren Stillerrfolg nicht wesentlich. Bei einer operierten Mutter, bei der die Wahrscheinlichkeit besteht, über weniger funktionierende Brustdrüsen zu verfügen, ist es besonders wichtig, jedweden Milchstau zu vermeiden, da der Verlust auch nur einiger weniger Drüsen ihre Fähigkeit, Milch zu produzieren, stark einschränken könnte.

• Kontrolle

Es ist sehr wichtig, die Ausscheidungen des Säuglings zu beobachten. So ist es möglich, dass das Kind in den ersten Tagen gut zunimmt und keine

Zufütterung benötigt, sich seine Gewichtsentwicklung später allerdings umkehrt und der Bedarf an zusätzlich verabreichter Säuglingsernährung neu beurteilt werden muss.

Unterstützung

Studien zeigten, wie wichtig unterstützendes medizinisches Personal mit Wissen zu erfolgreichem Stillen nach Brust-OP ist. Zudem wird empfohlen, dass Müttern Literatur nahegelegt wird, aus der sie Informationen und

Unterstützung für das Stillen nach einer Brustoperation beziehen können. Wie z.B.:

- Clinics in Human Lactation: Breastfeeding after Breast and Nipple surgeries von Diana West, IBCLC, und Dr. Elliot Hirsch, MD
- The BFAR book: Defining your Own Success: Breastfeeding After Breast Reduction Surgery von Diana West, IBCLC
- www.bfar.org

Dr. Gina Weissman DMD, RN, IBCLC

**Silikon und Silicium: Das in englischer Sprache „silicon“ genannte Silicium (das 14. Element im Periodensystem) ist ein chemisches Element, das natürlich und direkt nach Sauerstoff am häufigsten vorkommt. Dagegen handelt es sich bei Silikon („silicon“ im Englischen) um ein synthetisches Polymer, das aus Silicium, Sauerstoff und anderen Elementen, meist Kohlenstoff und Wasserstoff besteht. Hier herrscht zumindest im englischen Sprachraum häufig Verwirrung.*

Für weitere Informationen siehe: <http://www.livescience.com/37598-silicon-or-silicone-chips-implants.html>

Literatur

• Silicone Breast Implants and Breast-Feeding CHESTON M. BERLIN, JR. Pediatrics October 1994, VOLUME 94 / ISSUE 4

• Breast Implant Surveillance Reports to the U.S. Food and Drug Administration: Maternal-Child Health Problems S. Lori Brown, Joan Ferlo Todd, Judith U. Cope & Hari Cheryl Sachs

• Factors That Influence the Decision to Undergo Cosmetic Breast Augmentation Surgery. Elizabeth R. Didie and David B. Sarwer. Journal of Women's Health. July 2004, 12(5): 241-253.

• Medications & Mothers' Milk. 17th ed 2017, Thomas W. Hale, Hilary E. Rowe.

• Is Breast Feeding Possible after Reduction Mammoplasty? Harris, Leonard D., M.Sc.; Morris, Steven F. M.D., M.Sc., F.R.C.S.(C); Freiberg, Arnis M.D., F.R.C.S.(C), F.A.C.S. Plastic & Reconstructive Surgery; May 1992

• The Effects of Breast Augmentation Surgery on Future Ability to Lactate. Kostas Michalopoulos. The breast Journal 4 January 2007

• My Magical Breast: Where No Breast Had Gone Before. Mohrbacher, N. (2016). Retrieved from <http://www.nancymohrbacher.com>

• Breastfeeding after breast surgical procedure or breast cancer. Neifert M NAACOG's Clinical Issues in Perinatal and Women's Health Nursing [01 Jan 1992, 3(4):673-682]

• Association of Timing of Initiation of Breastmilk Expression on Milk Volume and Timing of Lactogenesis Stage II Among Mothers of Very-Low-Birth-Weight Infants L. A. Parker,

• Increasing Your Milk – How To Make More Breast Milk. Retrieved from <http://breastfeeding.support/how-to-make-more-breast-milk/> Pearson-Glaze, P. (2016).

• Reduced breast milk feeding subsequent to cosmetic breast augmentation surgery. Medical Journal of Australia 202 (6): 324-328. Roberts C.L., Ampt A, Algert C., Sywak M.S. and Chen J.C.(2015).

• Clinical Results in 87 Patients Treated for Asymmetrical Breasts: A follow-up study Morten Sandmark, Petter Frode Amland, Frode Samdal, Knut Skolleborg & Frank Åbyholm Pages 321-326 | Received 28 Feb 1992, Published online: 08 Jul 2009

• The impact of cosmetic breast implants on breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. The International Breastfeeding Journal. Schiff M., Algert C.S., Ampt A., Sywak M.S. and Roberts C. (2014)

• The Spontaneous Return of Sensibility in Breasts Reconstructed with Autologous Tissues. Shaw, William W. M.D.; Orringer, Jay S. M.D.; Ko, Clifford Y. M.D.; Ratto, Linda L. M.Ed.; Mersmann, Cynthia A. M.S.N., R.N.C. Plastic & Reconstructive Surgery; February 1997

• Cosmetic Saline Breast Implants: A Survey of Satisfaction, Breast-Feeding Experience, Cancer Screening, and Health. Strom, Sara S. Ph.D.; Baldwin, Bonnie J. M.D.; Sigurdson, Alice J. M.S.; Schusterman, Mark A. M.D. Plastic & Reconstructive Surgery; November 1997

• BREASTFEEDING MEDICINE Volume 10, Number 2, 2015, DOI: 10.1089/bfm.2014.0089. S. Sullivan, C. Krueger, and M. Mueller

• Long-Term Safety and Effectiveness of Style 410 Highly Cohesive Silicone Breast Implants. Aesthetic Plastic Surgery. 33, (3)430-436. Hedén P, Bronz G, Elberg J.J., Deraemaeker R., Murphy D.K., Silceton A., Brenner R.J., Svarvar C., van Tetering J., van der Weij L.P. (2009).

• Breastfeeding and human lactation. Wambach, K., & Riordan, J. (2016). Burlington, MA: Jones & Bartlett learning. Pages 336-343



LABpen
ÖSTERREICH

LASERTHERAPIE BEI DER SCHWANGERSCHAFT

LABpen® MED LASER
EINSATZBEREICHE BEI SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

Die Lasertherapie kann in vielen Bereichen der Schwangerschaft und Geburtshilfe erfolgreich eingesetzt werden:

Laserakupunktur zur Geburtshilfe, Ischiasbeschwerden, Verspannungen des Schultergürtels, Brustabzesse, Wunde Brustwarzen bei Stillenden, Akupunktur bei zu geringer Milchbildung, Milchstau, beginnende Brustentzündung, ödematöse und aufgehende Nähte, Wundheilstörungen, Narbenschmerzen, ödematöse und aufgehende Nähte, vorbeugend sofort nach dem Nähen, Sitzbeschwerden durch die Naht, Narbenschmerzen nach der Geburt, Wundheilstörungen der Naht, Windeldermatitis, schlecht heilender Nabel, Blähungen, Neurodermitis, Ohrenschenkel, Fieberblasen, Hämorrhoiden, Stirn- und Nebenhöhlenentzündungen, Zahnfleischentzündungen, geschwollene Fußsohlen.

Sie erreichen uns während unserer Geschäftszeiten: Montag bis Freitag von 8 bis 18 Uhr

Vertrieb: LABpen Vertriebs GmbH
A: Schießstattgasse 6, A-8010 Graz
T/F: +43/664/3955039
E-Mail: office@labpen.at
Web: www.labpen.at



Bezahlte Anzeige

Drauflos gestillt!

Intuitives Stillen als Stressprävention

Die Fähigkeit zu Stillen ist von Natur aus angelegt, die Technik muss jedoch erlernt werden. Wie die Technik des „Intuitiven Stillens“ erlernt werden kann und welche Voraussetzungen dafür nötig sind, hat Simone Lehwald, Hebamme und IBCLC aus Deutschland, am Europäischen Stillkongress in Wien mit den Teilnehmerinnen ihres Workshops herausgearbeitet.

Intuitives Stillen beschreibt eine Stillposition, in der Mutter und Kind entspannt und sicher ihren Instinkten folgen. Stress stellt ein Hindernis für eine harmonische Stillbeziehung dar. Die Herausforderung in der Stillbegleitung liegt darin, Bedingungen zu schaffen, in denen Stress positiv verarbeitet werden kann. Faktoren, die Mutter und Kind belasten, können sowohl in der Schwangerschafts- und Geburtsanamnese, wie auch in der momentanen Gefühlswelt zu finden sein. Anzeichen für Stress können mit Hilfe der Auflistung nach Heidelise Als (1984) erkannt werden - sie unterteilt vier verschiedene Systeme:

- Interaktionssystem (Wie ist der Kontakt des Babys/der Mutter mit anderen?)
- Schlaf/Wachsystem (Wie ist die Aufmerksamkeit des Babys/der Mutter?)
- Motorisches System (Wie sind die Bewegungen des Babys/der Mutter?)
- Autonomes System (Wie sind die Kernfunktionen des Babys/der Mutter: Herzschlag, Atmung, Ausscheidungen?)

Stress aktiviert wichtige Körperfunktionen und stellt die Energie bereit, die wir für die Bewältigung lebensgefährlicher Situationen benötigen. Die Fähigkeit zur Stressreaktion hat sich demnach als Überlebensstrategie der Evolution bewährt. Diese Reaktionen laufen auch heute noch

nach dem gleichen Muster ab, auch wenn die heutigen Stressoren meist weniger dramatisch sind. Stress und Erwartungsdruck veranlassen nachweislich das limbische System zu Vermeidungsverhalten mit negativer Auswirkung auf Entwicklung und Lernerfolg. Jegliche Intervention sollte daher sensorisch angenehm, stressfrei, motivierend und in positiver emotionaler Zuwendung stattfinden.

Berührung ist, als Baustein zur emotionalen Sicherheit, Mittel zur Stressreduzierung. Oxytocin, welches durch Berührungsreize ausgeschüttet wird, kann Ängste und Stresszustände und die damit verbundenen Spannungszustände lösen. Gleichzeitig mit der Oxytocinausschüttung werden im Haut-zu-Haut-Kontakt in Bauchlage die motorischen Reflexbahnen bedient. Sinneseindrücke werden vom Gehirn geortet, sortiert, geordnet und interpretiert und mit angeborenen Reflexen sinnvoll und zweckmäßig beantwortet. Die Reaktion auf Sinnesreize unter Berücksichtigung der evolutionär geprägten Entwicklungsmuster bietet dem kindlichen Gehirn die bestmögliche Reflexmodulation. Vereinfacht könnte man sagen, dass das Baby nach der Geburt die Evolution nachspielt. Dazu braucht es Zeit, denn es passiert ein Schritt nach dem anderen, jedes Baby hat sein eigenes Tempo - wird ein Schritt übersprungen, kommt es zu Schwierigkeiten.

Beim intuitiven Stillen kann der Zeitplan des Babys berücksichtigt werden. Zuerst wird die Mutter dabei unterstützt, eine bequeme Lage einzunehmen (zurückgelehnt in ca. 45 Grad, Polster unter Armen/Kopf, eine Position, in der sie die Augen schließen kann). Dann wird das Baby so auf die Mama gelegt, dass alle beidseitig angelegten „pressure buttons“ (Schultern, Rippenbogen, Hüften, Innenseite der Knie, Fußsohlen) Kontakt zur Mutter haben. Diese Berührung vermittelt

dem Baby Sicherheit. Ist das gelungen, ist das Baby bereit zum nächsten Schritt, dem Saugen. Meist ist keine Hilfestellung beim Finden der Brust nötig, manchmal kann allerdings geführtes Anlegen (Halten der Brust mit der freien Hand) die Situation zusätzlich entspannen. Die Aufgaben der Stillberaterin sind in dieser Situation Beobachtung, Zeit geben und gegebenenfalls mündliche Anleitung.

Intuitives Stillen schafft einen Raum, in dem die Mutter zunächst ihren eigenen Bedürfnissen Beachtung schenkt, um dann dem Kind offen und unbelastet zu begegnen. Wenn sie gut für sich selbst sorgt, wird sie eine sichere Basis bieten können, an der sich das Kind intuitiv orientieren kann.

Eva Maximiuik



Bezahlte Anzeige

Mehr als nur „reden“

Wie Kommunikation gelingt

Bereits ein einjähriges Kind hat gelernt, körpersprachliche Signale seiner vertrauten Bezugspersonen richtig zu deuten. Auch wenn es selbst vielleicht erst wenige Wörter sprechen kann: Der Blick der Mutter, wenn es beispielsweise zur Steckdose greift, zeigt ihm eindeutig – Finger weg!

Genau wie Kinder haben auch Erwachsene die Fähigkeit, nonverbale Signale zu deuten. Viele Bücher wurden geschrieben, kaum jemand, der noch nicht in einem Seminar von den „4 Ohren“ gehört hat. Und trotzdem fühlen wir uns im Alltag doch oft mehr als eine Picasso-Figur statt als verständnisvolle Zuhörerin.

Kommunikation ist und bleibt ein Thema, das großes Konfliktpotential in sich birgt. Die Vielschichtigkeit einerseits und die unbewusst ablaufenden Prozesse andererseits verweben sich zu einer komplexen Struktur, an deren Ende oftmals nur ein Gefühl überbleibt. Und das im positiven wie im negativen Sinne: Die Verkäuferin, die uns freundlich bedient oder der grantige Kellner sind bekannte Figuren, die mal mehr und mal weniger deutliche Spuren in unserer Gefühlswelt hinterlassen.

Als IBCLC ist man in der Stillberatung mit allen Facetten der Kommunikation, mit Gefühlen und Geschichten der Frau, des Kindes und oft auch des Vaters konfrontiert. Dazu kommen die eigene Geschichte, eigene Erfahrungen und Überzeugungen. Um in einer Beratungssituation professionell agieren zu können ist es essenziell, sich über die Bedeutung der Kommunikation im Klaren zu sein. WAS WANN WIE in einer Beratung gesagt wird entscheidet immer auch darüber, wie sie verläuft. Heike Menzel, IBCLC und Kommunikationstrainerin, bot beim Stillkongress die Möglichkeit, sich dieser Thematik im Rahmen eines Workshops anzunähern. Hier ihre fünf

wichtigsten Ratschläge für eine gute, gelingende Kommunikation:

1. Wertfrei reagieren

Bevor man in eine Beratungssituation geht ist es wichtig, in die professionelle Rolle zu schlüpfen. Das bedeutet: Eigene Erfahrungen und Meinungen treten in den Hintergrund. Gerade beim Erstkontakt ist es wichtig, wertfrei auf sein Gegenüber zuzugehen.

Heike Menzels Tipp: „Ich merke bei den Schulungen immer wieder, dass es uns schwer fällt, ohne Wertung eine Situation zu beschreiben. Dadurch kommt es zu Missverständnissen in der Beratung. Durch aktives Zuhören geben wir dem Ausdruck und den Wünschen der Mutter den nötigen Raum.“

2. Wertschätzung ausdrücken

Von seinem Gegenüber gesehen und verstanden zu werden, ist wohl eines der urzeitlichsten Bedürfnisse des Menschen. Säuglinge und Kleinkinder entwickeln raffinierte Methoden, um sich die nötige Aufmerksamkeit zu holen. Doch auch im Krankenhausalltag oder in der Praxis begegnen uns kreative Ausdrucksformen, hinter denen letztlich genau dieses Bedürfnis steht.

Menzels Tipp: „Vermitteln Sie Wertschätzung, indem Sie empathisch auf Äußerungen reagieren. Mütter, die erschöpft sind oder Schmerzen haben lassen sich leichter motivieren, wenn sie davor einige anerkennende Worte hören.“

3. Individualität zulassen

Jede Familie hat ihren individuellen Weg. Wie dieser verläuft, entscheidet die Familie selbst. Unsere Aufgabe ist es, Wissen weiterzugeben – und nicht, darüber zu entscheiden, ob und wie es angewendet wird. Das schützt nicht nur uns selbst vor Frustration, wenn eine Situation nicht so endet, wie wir es uns für eine Familie gewünscht hätten, sondern vermittelt

der Familie auch Selbstwirksamkeit und Stärke.

Menzels Tipp: „Überhäufen Sie Mütter nicht mit „RatSCHLÄGEN“. Oftmals können diese gar nicht umgesetzt werden und erzeugen zusätzlichen Frust. Besser ist es, der Mutter mehrere Lösungswege aufzuzeigen und mit ihr gemeinsam zu erarbeiten, welche Lösung für sie passt.“

4. Sprachliche Fallen vermeiden

Wir sollten uns stets bewusst sein, dass sich Frauen in der Zeit von Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit, in einer besonderen emotionalen Lage befinden. Ein Satz, lapidar während der Geburt gesprochen, prägt sich möglicherweise ein Leben lang bei der Frau ein. Frauen, denen nach der Geburt gesagt wurde, „Na, mit den Brustwarzen können Sie nie stillen!“, glauben dies, auch wenn ein paar Tage später die Mamille noch so schön herausragt. Glaubenssätze setzen sich oft schneller fest, als es uns lieb ist.

Menzels Tipp: „Vermeiden Sie Phrasen, die uns als Fachpersonal zwar ganz natürlich erscheinen, für Frauen jedoch erschreckend wirken! Keine Mutter hat es gern, wenn ihr Kind als Piranha bezeichnet wird“

5. Kleine Oasen schaffen

Jedes Mutter-Kind-Paar ist unterschiedlich und braucht andere Ansätze in der Beratung. Es verlangt einer IBCLC viel ab, sich darauf einzulassen. Das ist im Klinikalltag nicht einfach, da man oft mit den Strukturen des Tagesablaufes an die Grenzen seiner Möglichkeiten stößt.

Menzels Tipp: „Es erfordert viel Fingerspitzengefühl und eigene innere Ruhe, um die Beratung so an die Frau zu bringen, wie sie es für ihre Situation braucht. Schaffen Sie sich selbst kleine Oasen, die es Ihnen ermöglichen, wieder zur Ruhe zu finden, wenn sie merken, dass die Situation ins Stocken gerät.“

Natalie Groiss

IBCLC

SpezialistIn in der ...

Stillberatung

Kaum ein Thema beschäftigt junge Eltern so sehr wie die Nächte mit dem Baby. Großeltern, Freunde und auch Fremde geben Ratschläge und Tipps, die sich allerdings gegen die Grundbedürfnisse von Kindern und/oder Eltern richten.

Allein ein- und durchzuschlafen passt nicht in das evolutionär geprägte Entwicklungsprogramm unserer Kinder. „Alleine bleiben“ wird von den meisten Babys als eine lebensbedrohliche und damit beängstigende Situation empfunden, die sie mit all ihnen zur Verfügung stehende Mitteln beenden wollen. Ein Kind **in und durch den Schlaf zu begleiten** unterstützt die **Eltern-Kind-Bindung** und nährt das Urvertrauen des Kindes, von dem es ein Leben lang zehren wird.

Stillen – insbesondere nächtliches Stillen – ist wohl eine der intensivsten und innigsten Kontaktmöglichkeiten für ein Baby. Es spürt, riecht, und schmeckt seine Mutter, es wird gehalten, kann seine Mutter anschauen, ihre Wärme fühlen – und noch dazu werden sein Hunger- und Nähebedürfnis befriedigt.

BABYS SCHLAFEN ANDERS!

Nach der Geburt haben viele Babys noch keinen geregelten Schlaf- und Wach-Rhythmus. Der Schlaf selbst durchläuft wie beim Erwachsenen unterschiedliche Phasen. Besonders wichtig für die Gehirnentwicklung scheint der **REM-Schlaf** (Rapid Eye Movement = schnelle Augenbewegungen) oder Traumschlaf zu sein. Neugeborene befinden sich während des Schlafes zu 50% in der REM-Phase, während Erwachsene nur noch 15 – 20% REM-Schlaf haben.

Diese Leichtschlafphase ist allerdings **sehr störanfällig**, sodass Kinder und Erwachsene aus dieser Phase häufig erwachen. Erwachsene und größere Kinder sind sich des Aufwachens oft gar nicht bewusst und schlafen rasch wieder ein, während Säuglinge in der Regel zum Einschlafen die liebevolle Begleitung ihrer Eltern brauchen.

Das nächtliche Erwachen hat auch **Vorteile**. Häufige Mahlzeiten (auch in der Nacht) regen die **Milchproduktion** der Mutter an und/oder beugen einem Milchstau vor. In der Nacht werden Wachstumshormone ausgeschüttet – die **laktosereiche Muttermilch** unterstützt ganz besonders die **Hirnentwicklung**. Andererseits wird Muttermilch auch relativ rasch verdaut, sodass häufige kleine Mahlzeiten sich positiv auf die Nährstoffversorgung auswirken.

Ein Kind muss (bzw. kann) das Schlafen nicht „erlernen“, diese biologische Entwicklung vollzieht sich von ganz alleine, wie das Umdrehen, Krabbeln oder Gehen. Eltern können nur die Rahmenbedingungen so gestalten, dass es dem Kind leichter fällt, entspannt einzuschlafen.

Schon in den letzten Schwangerschaftsmonaten verändert sich der Schlaf der Mutter. Nach der Geburt stimmen sich die Schlafperioden des Kindes und der Mutter ab, vorausgesetzt, sie verbringen die Nächte in engem Kontakt.



Tipps für einen guten Schlaf!

- ▶ Schlafen oder rasten Sie auch tagsüber, wenn ihr Baby schläft.
- ▶ Babys, die auch tagsüber mit viel Nähe, Körperkontakt und Stillen nach Bedarf umsorgt werden, können sich nachts vertrauensvoller fallen lassen.
- ▶ Spaziergänge an der frischen Luft, Babymassagen, ein angenehmes Bad, beruhigende Geräusche – jedes Baby hat andere Vorlieben um entspannen zu können.
- ▶ Umgeben Sie sich mit guten Freunden und meiden Sie Besserwisser.
- ▶ Gönnen Sie sich selbst etwas – alles, was Sie für sich selbst tun, tun Sie letztlich für Ihr Kind.
- ▶ Gestalten Sie die nächtliche Umgebung möglichst praktisch, sodass Störungen so gering wie möglich bleiben.

WO das Baby schläft, ist immer eine ganz persönliche Entscheidung, die niemand besser treffen kann als Sie, als die Familie selbst!

GEMEINSAM IN EINEM BETT – FÜR SICHERE SCHLAFUMGEBUNG SORGEN!

- ▶ Stillen, insbesondere nächtliches Stillen, ist ein wichtiger Beitrag zu sicherem Babyschlaf
- ▶ Personen, die mit einem Baby in einem Bett schlafen, sollen Nichtraucher sein und dürfen weder Alkohol, Drogen oder bewusstseinsbeeinträchtigende Medikamente einnehmen.
- ▶ Das Bett und die Schlafumgebung müssen sicher gestaltet sein: Ausreichende Größe, feste Matratze, Schutz vor dem Hinausfallen, Babyschlafsack, keine Polster. Spalten zwischen Matratzen („Besucherritze“) sollen überbrückt werden.

- ▶ Schutz vor Überwärmung durch der Temperatur angepasste Baumwollkleidung, Mütze in der Wohnung ist nicht nötig.
- ▶ Bevorzugte Schlafposition sollte die Rückenlage sein.

Zu meiden sind: Wasserbett oder sehr weiche Matratzen, Sofa als Schlafplatz, große Polster in Kopfnähe des Kindes, Tücher, Bänder, Kuscheltiere etc., mit denen in irgendeiner Form die Atmung des Kindes behindert werden könnte, Haustiere im Bett. Ältere Geschwisterkinder sollten nicht direkt neben dem Baby liegen.

Quellen und weiterführende Literatur:

Schlaf gut, Baby!

Herbert Renz-Polster, Nora Imlau, GU Verlag

Bindung stärkt

Evelin Kirkilionis, Kösel Verlag

Menschenkinder

Herbert Renz-Polster, Kösel Verlag

Ich will bei euch schlafen

Sibylle Lüpold, Urania Verlag



Verband der Still- und LaktationsberaterInnen Österreichs IBCLC

Praxis-Tipps

Aufbau eines lösungsorientierten Beratungsgesprächs

In unserer Arbeit werden wir alle immer wieder mit herausfordernden Gegebenheiten konfrontiert. Wir brauchen dazu stets Bestärkung in unserem Selbstvertrauen und Zugriff auf ein verlässliches Gerüst an Basiswissen und Erfahrungen aus der eigenen Beratungstätigkeit. Der Austausch unter Gleichgesinnten ist ebenso ein wertvoller Brunnen, aus dem wir schöpfen können. Wenn wir mit Stress und Krisen professionell umgehen, haben wir die Fähigkeit, Mütter in ihrer Selbstwirksamkeit zu bestärken.

Wie das genau funktionieren kann, hat Therese Röhrlisberger, IBCLC, Pflegefachfrau HF, Erwachsenenbildnerin FA, Mitarbeiterin des Europäischen Instituts für Stillen und Laktation aus der Schweiz, beim Kongress in Wien erklärt. Mit Hilfe einer strukturierten Vorgangsweise leitete sie durch den Workshop. In mehreren Kleingruppengesprächen konnten die TeilnehmerInnen ihre Selbstwirksamkeit wahrnehmen und Erfahrungen austauschen.

1. Einleitung

Der Einstieg in ein Beratungsgespräch beginnt mit der Begrüßung. Sie entscheidet schon die Gesprächsrichtung: Durch Händedruck, Blickkontakt, einem Lächeln gewinnt die Klientin den Eindruck, dass sie ernst genommen wird. Ein kurzer Smalltalk kann stattfinden, bei unglücklichen Umständen bedarf es einer Klärung. Bevor man in das Beratungsgespräch übergeht, definiert man einen Zeitrahmen.

2. Explorationsphase

Die Situation wird erforscht, die Klientin stellt ihre Situation dar – aus ihrer Sichtweise, wie sie es erlebt. Wir hören geduldig und aktiv zu, warten

ab, um auch Denkpausen zuzulassen. Mit der eigenen Meinung und Interpretationen halten wir uns zurück. Die Klientin braucht Zeit, um sich zu öffnen. Wir können auch steuernd eingreifen: „Sie haben vorher gesagt ...“ Wir beantworten noch keine Fragen und geben auch keine Lösungsvorschläge. Die Erzählungen werden noch einmal zusammengefasst und Tatsachen festgestellt: „Sie denken, dass ...“

Auch Gefühle werden angesprochen und Reaktionen wahrgenommen und Fragen zur zeitlichen Einordnung gestellt: „Ich kann mir vorstellen, dass das für Sie ...“, „Seit wann ...“, wie oft?“

3. Konstruktionsphase

Wir kommen zur Lösungsfindung, indem wir einen Überblick gewinnen und nach Dringlichkeit sortieren. Wir ergänzen durch Informationen und öffnen damit weitere Perspektiven. Es bieten sich einzelne Handlungsmöglichkeiten an. Hier ist Verlangsamung angebracht. „Bespochen wir mal, was Sie als erstes tun können.“ „Denken Sie, dass Sie das heute entscheiden müssen?“

Mit Lob wird die Klientin motiviert und unterstützt: „Ich finde es bemerkenswert, wie Sie ...“ „Sie leisten hier Wunderbares für Ihr Baby.“

Wichtige, oft unangenehme Fakten sollten besprochen werden. Wir setzen uns mit offensichtlichen Problemen, Handlungen und Folgen auseinander. Dieser Teil des Gesprächs erfordert hohe Konzentration und Beziehung. Man möchte der Klientin nicht zunahetreten oder die gute Beziehung verlieren. Wenn jedoch Konfrontation vermieden wird, besteht die Gefahr, dass die Beratung nicht in Gang kommt oder oberflächlich bleibt. Mögliche Redewendungen: „Mich beunruhigt, dass ...“ „Sie haben

erzählt, dass ...“ „Mir fällt auf, wie Sie ...“ „Leider kann es sein, dass ...“

Emotionen bei der Klientin und bei uns sollen wahrgenommen, benannt und zugelassen werden: „Ich beobachte ...“, „Ich fühle ...“, „Es ist ok ...“ Unsicherheit, Hilflosigkeit und Enttäuschung bei uns oder beim Gegenüber nehmen wir an und halten sie aus.

Die Beratung soll sich nicht so sehr am Problem orientieren, sondern mehr auf Lösungen. Wahrnehmen was gut läuft, schauen was sich verbessern oder ändern lässt. Unterstützungs- und Hilfsangebote können benannt und angeboten werden.

Informationen, die einfach, verständlich und für die jeweilige Situation gut brauchbar sind, helfen, Unsicherheit abzubauen. Schwierigkeiten und Risiken dürfen dabei nicht übergangen werden. Wir können die Klientin motivieren, indem wir betonen, was schon gut läuft. Lösungsmöglichkeiten werden auf die nahe Zukunft fokussiert. Sie sollen im Alltag leicht umsetzbar sein. Jeder Schritt wird einzeln konkret durchbesprochen. Eventuelle Schwierigkeiten oder Abweichungen vom Plan können thematisiert werden und im Gespräch „normalisiert“ werden: „Viele Frauen erleben das so wie Sie.“ Die Klientin soll realistische Vorstellungen bekommen, was verändert werden kann und was ausgehalten werden muss. Man könnte sich Szenarien vorstellen, um zukünftige Situationen oder Anforderungen so konkret wie möglich zu vergegenwärtigen: „Was wäre das Beste?“, „Was wäre das Schlimmste?“, „Was wäre, wenn ...?“

Wenn sich die Klientin darauf nicht einlässt, kann man ein auch Bild entstehen lassen: „Ich stelle mir gerade vor, wie Sie ...“ Es hilft, wenn die Aufmerksamkeit auf Dinge gelenkt wird, die schon gut funktionieren. Der Schwerpunkt liegt immer auf

Wertschätzung, Ressourcen und Autonomie der Klientin. Wir machen Vorschläge und zeigen mögliche Vorgehensweisen auf. Maßnahmen werden genau besprochen und Auswirkungen erklärt. Die Klientin findet den für sich machbaren Weg. Wenn die Angebote nicht dem entsprechen, was gebraucht wird, war das Gespräch zu wenig achtsam, zu wenig aufmerksam oder zu oberflächlich.

Häufige Fehler:

- vorschnell Lösungen anbieten
- bei der Informationssammlung bereits be- oder verurteilen
- Konfrontation ausweichen, vermeiden, übergehen
- Gefühle ignorieren, nicht berücksichtigen oder nicht ansprechen
- bei Ursachen, Problemen hängen bleiben
- in komplexen Situationen zu viel auf einmal lösen wollen
- der Klientin Lösungsweg aufdrängen.

4. Contracting - Verhandeln

Das Besprochene und Abmachungen werden noch einmal wiederholt. Hier können eventuelle Missverständnisse geklärt werden. Das Ergebnis verankert sich damit und erhöht die Verbindlichkeit. Je herausfordernder die Situation, desto schneller wird der nächste Termin vereinbart. Möglicherweise kann man auch ein weiteres Vorgehen auf längere Sicht planen und damit Perspektiven geben.

5. Abschluss

Man fasst die Beratungssituation zusammen. Wir können auch die Gelegenheit nutzen und fragen, ob die Beratung hilfreich war oder mit welchem Gefühl die Klientin aus der Beratung geht. Zum Schluss bleiben noch gute Wünsche und ein wenig Smalltalk vor der Verabschiedung.

Schwierige Beratungen fordern uns sehr. Deshalb ist es sehr wichtig, dass

wir für unser eigenes Wohl sorgen. Auch wenn der Arbeitsalltag sehr ausgefüllt ist, muss es Zeit für Pausen geben und wir ausreichend trinken und essen können. Jeder Einzelne sollte sich Tage so einteilen, dass Freizeit bewusst gestaltet wird. Z.B. sich kleine Oasen gönnen, sich körperlich betätigen, am Besten im Freien, oder einfach nur wohlthuende, soziale Kontakte pflegen.

Persönliches Fazit: Lösungen werden oft nicht in einer Beratung gefunden. Viel mehr ist es ein individueller Weg, den Mutter und Baby finden sollen. Mein Augenmerk möchte ich daher darauf richten, die Mutter in ihren Ressourcen zu bestärken. Meine Aufgabe sehe ich darin, einzelne Lösungswege anzubieten und realistische Erwartungen zu verbildlichen. Mein Ziel ist es, die Mutter in ihrer Selbstwirksamkeit zu bestärken, damit sie mit Selbstvertrauen ihren Weg verfolgen kann.

Goreis Vroni

Stillgeschichte

Juhu, endlich wieder schwanger! Ein zweites Wunder für uns, ich freute mich so sehr, als ich den positiven Schwangerschaftstest in Händen hielt. Nach wenigen Tagen absoluter Glückseligkeit machte sich plötzlich ein ungutes Gefühl in meinem Hinterkopf breit: Stillen. Es war eine ganz schreckliche Erfahrung für mich bei unserer ersten Tochter. Ich wollte so gerne stillen, war aber schnell in einer Spirale aus saugschwachem Kind, Zufüttern, Flasche und Schmerzen gefangen. Nach zwei Monaten voller Tränen, Selbstzweifel und Schmerz habe ich aufgegeben. Es war mir klar, das es dieses mal einfach anders sein musste. Gleich in der Frühschwangerschaft suchte ich nach einer Stillberaterin. Ich fühlte mich gut vorbereitet, dennoch hatte ich noch Angst, hier wieder zu

„versagen“. In der Stillgruppe, die ich schon regelmäßig besuchte, waren so viele liebe Mütter, die mir immer Mut zusprachen und mich bestärkten. Meine Stillberaterin sagte, ich dürfe sie jederzeit und immer kontaktieren, sollte ich etwas brauchen. Das beruhigte mich dann doch irgendwie. Am 02.10. wurde unser Sohn geboren. Es war eine anstrengende Geburt, es gab Höhen und Tiefen. Aber er fand sofort die Brust, dockte ganz alleine an. Da liefen meine Tränen in Strömen. Und von seinem ersten Andocken bis jetzt, über ein Jahr später, hatten wir nie, nie größere Probleme. Es war einfach unglaublich! Das Wochenbett war ruhig und stimmig, es heilte mich auch ein wenig von meiner ersten Still Erfahrung. Auch wenn es mich zwischendurch im Herzen schmerzte, wenn ich meinen Sohn so völlig glücklich nuckeln sah und an meine Tochter dachte, der dies verwehrt geblieben



war. Eines Morgens kam mir aber die Idee, ihr etwas Muttermilch im Glas anzubieten. Und sie trank mit Freude (sie war damals zwei Jahre alt). Von da an bekam sie immer mal wieder etwas Milch im Glas und so konnte ich sie quasi doch noch mitstillen. So fand ich wirklich meinen Frieden. Und während ich das hier schreibe, stillt mein Kleinkind sich in den Schlaf. Es ist so wunderbar, dass ich das heute so schreiben kann.

Andrea S.

Low-Level-Lasertherapie
in der Geburtshilfe & Stillberatung

Einsatzmöglichkeiten

- L wunde Mamillen und beginnende Mastitis
- L Wundheilstörungen und Sitzbeschwerden bei Episiotomie (Dammschnitt)
- L Wundheilstörungen und Narbenschmerzen bei Sectio caesarea (Kaiserschnitt)

NEU: Hilaris® TL eco 100

WEITERE INFORMATIONEN:

HELTSCHL
Medizintechnik

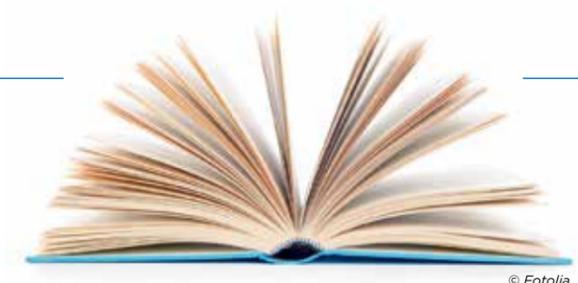
Niederndorf 27 Tel.: +43 (0)7248/65 7 96-0
A-4707 Schlüßlberg Fax: +43 (0)7248/65 7 96-11
www.heltschl.at office@heltschl.at

- L integrierter Timer
- L keine Schutzbrille notwendig
- L keine behördliche Meldepflicht

www.heltschl.at

Bezahlte Anzeige

Lesestoff



... ist über www.stillbuch.at zu beziehen:



Schlaf gut, Baby!
H. Renz-Polster, N. Imlau,
GU Verlag, 208 Seiten
€ 20,60

Eine neue – zwanglose! – Perspektive auf den Kinderschlaf: Wissenschaftliche Erkenntnisse und hilfreiche Tipps.



Liebende bleiben
Jesper Juul
Beltz Verlag, 250 Seiten
€ 19,50

Der bekannte Therapeut beschreibt in gewohnt treffender Manier, wie man die ersten anstrengenden Kinderjahre als Paar gut „überstehen“ kann.



Warum ich fühle, was du fühlst
Joachim Bauer
Heyne Verlag, 200 Seiten
€ 9,50

Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone – warum wir wissen, was unser Gegenüber fühlt. Neurobiologie einfach erklärt.



Achtsam Eltern sein
Amber Hatch
Trias Verlag, 248 Seiten
€ 16,99

Wie Achtsamkeit in der Erziehung und Familienalltag funktioniert – Tipps für ein gelassenes, empathisches Miteinander.

Buchtipps

Von allen Seiten ...

Die nächste Fachtagung am 17. Mai 2019 in Innsbruck beleuchtet das Stillen von allen Seiten – in verschiedenen Vorträgen wird über den neuesten Forschungsstand berichtet. Organisatorin Isolde Seiringer lädt herzlich ein:

„Als Fachpersonen im Bereich Stillen sind wir angehalten, uns bei allem, was die Brust betrifft, gut auszukennen. Und Hand aufs Herz, wissen Sie genau Bescheid über die Veränderungen im Laufe des Lebens? Wissen Sie bis ins Detail, wie sich die Brust in der Schwangerschaft und in der Stillzeit verändert, wie Milchbildung passiert und wie wir Einfluss nehmen können im Positiven wie im Negativen?“

Jede werdende Mutter hofft, dass alles gut geht und sie ein gesundes Baby zur Welt bringen kann und wird. Schon in der Schwangerschaft wird sie mit vielen Aussagen und unterschiedlichen Empfehlungen konfrontiert, die nicht nur die Freude auf das Baby wecken, sondern die auch Angst machen und oft die Monate vor der Geburt schwer belasten. Und auch bei der Vorbereitung auf das große Ereignis Geburt wird nicht die Kraft zum Gebären in den Mittelpunkt gestellt, sondern die Möglichkeit der Überwachung und das medizinisch Machbare betont. Wer vertraut da noch leicht seinem Körper und der Natur? Wie kann eine gute Vorberei-

tung auf die Geburt und den Stillbeginn mit dem Baby von Beginn an aussehen, damit die Eltern dieser Zeit mit Zuversicht und Sicherheit entgegensehen können?

Beim Stillstart im Kreißzimmer kann und soll auf die Intuition des Babys und der Mutter vertraut werden. Das Baby weiß, wo und wie es die Brust findet und kann selbständig andocken. Diese Fähigkeit hilft Mutter und Kind auch dann, wenn es Schwierigkeiten gibt im weiteren Verlauf der Stillzeit. Dazu braucht es wieder unser Wissen, um gut begleiten zu können. Viele neue Erkenntnisse gibt es jetzt, wenn es um Schmerzen in der Brust beim Stillen geht. Allein dieser Vortrag wird spannend und interessant sein und ein Umdenken bei der Behandlung von Brustproblemen nach sich ziehen. Viele wissen, dass die Flüssigkeitsgabe vor der Geburt an die Mutter eine Einlagerung beim Baby bewirkt. Trotzdem wird dies noch kaum beachtet, wenn es um eine rasche Gewichtsabnahme nach der Geburt geht, oft trotz guten Stillmanagements. Hier könnte frühe Zufütterung häufig vermieden werden, denn das Ziel sind ausschließlich gestillte Kinder.

Zum Glück trifft es nicht viele Eltern, aber immer wieder einmal kommt es vor, dass ein Baby bei der Geburt nicht mehr lebt oder bald danach verstirbt. Das macht alle betroffen und stellt die Betreuenden vor besondere Herausforderungen.“



FACHTAGUNG in Innsbruck am 17.05.2019

25 Jahre VSLÖ – Stillkongress Salzburg
„Stillen gestern – heute – morgen“

Jeweiliges Programm und
Anmeldung auf www.stillen.at

Regionaltreffen

Wien: 23.05.2019, 18 Uhr
Währingerstraße 138/17, 1180 Wien
NÖ Süd: 08.04.2019, 18 Uhr
Bahnstraße 70, 2624 Breitenau

CERPSs International in Bled, Slowenien
30.05. – 02.06.2019
Infos: a.hemmelmayr@gmx.at

Angebote des Europäischen Institutes für Stillen und Laktation:

Still-ZEIT

Salzburg: 08.04. – 11.04.2019
Wien: Teil 1: 13.09. – 14.09., Teil 2: 18.10. – 19.10.,
Teil 3: 15.11. – 16.11.2019
Salzburg: 16.09. – 19.09.2019

Still-BEGINN

Wien: 17.06. – 20.06.2019



Seminarreihe INTENSIV mit eLearning

Seminar 2: Gröbming 09.10. – 12.10.2019
Seminar 3: Wien 15.01. – 18.01.2020
Seminar 4: Gröbming 22.04. – 26.04.2020

Brush-up Kurse

Gröbming: 27.+28.05.2019 (ausgebucht), München: 29.+30.05.2019

Anmeldung und Information: Anne-Marie Kern,
Tel. +43 (0)2236 723 36, annemarie.kern@stillen-institut.com

Impressum

M, H, V: VSLÖ – Verband der
Still- und LaktationsberaterInnen
Österreichs IBCLC,
Ortsstraße 144/8/2, 2331 Vösendorf
E-Mail: president@stillen.at

ZVR-Zahl: 962644841

Für den Inhalt verantwortlich:

Eva Maximiuk
Redaktion: A. Hemmelmayr,
V. Goreis, N. Groiss, S. Lachmayr,
E. Maximiuk, S. Schrempf
Anzeigen: A. Obergruber
CVD: Mag.^a V. Stampfl-Slupetzky, BSc
Layout: www.h13.at
Druck: www.eindruck.at

Das Kopieren und Weitergeben der VSLÖnews ist erwünscht!

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

Wir freuen uns über Feedback, Artikel, Themenvorschläge und Termininfos!

Mail an: redaktion@stillen.at

Nächster Redaktionsschluss:
27.04.2019