



VSLÖ

Herbst 2019

Verband der Still- und Laktations-
beraterInnen Österreichs IBCLC

news

**JUBILÄUMS-
KONGRESS**
vom 21. - 23.
November
in Salzburg!

25 Jahre

VSLÖ

MODERN

Trends unter der Lupe:
Botox, Piercings,
Tattoos und deren
Auswirkungen
auf das Stillen.

INTUITIV

Die revolutionäre Still-
position im Praxistest:
Hält das „Intuitive Stillen“,
was es verspricht? Idee,
Anwendung und das
Geheimnis des Erfolges.

SCHMERZFREI

Die weibliche Brust im
Detail und ihrer Funktion,
ihrer Bedeutung, aber
auch ihren Erkrankungen
auf der Spur: Infektiöse,
subakute und Stauungs-
Mastitis - so erkennen
Sie den Unterschied!

Liebe Leserinnen und Leser!



DSAⁱⁿ Anja Schoberlechner

Herzlich willkommen bei der Herbstausgabe unserer VSLÖnews!

Sommerpause?

... Nicht bei uns! Beim VSLÖ gibt es immer viel zu tun und zu berichten: Von 4. bis 6. April 2019 fand der interdisziplinäre **Kongress des BDL** – des Berufsverbandes der Deutschen LaktationsberaterInnen – in Fulda statt. Monika Janke, IBCLC wurde wieder zur 1. Vorsitzenden des BDL gewählt. Der VSLÖ gratulierte ganz herzlich.

Weiters war der VSLÖ auf der **BabyExpo** in Wien mit einem Stand vertreten. Nach zahlreichen Informationsgesprächen und Beratungen mit interessierten BesucherInnen blicken wir auf ein erfolgreiches Messewochenende in der Stadthalle zurück. Ein großes **Dankeschön** an alle engagierten Kolleginnen!

Und nicht nur der VSLÖ feiert heuer sein 25-Jahr-Jubiläum und steckt derzeit inmitten der Kongressvorbereitungen, sondern auch die **La Leche Liga Österreich** hatte schon Grund zu feiern und zelebrierte im Mai in Kärnten ihr 40-jähriges Bestehen.

Einen Bericht von der Feier der LLL, über die kommende **Weltstillwoche**, die vom **1. bis 7. Oktober** stattfindet und unter dem Slogan „**Eltern stärken – für das Stillen**“ steht, und viele weitere interessante Artikel finden Sie in dieser Herbstausgabe.

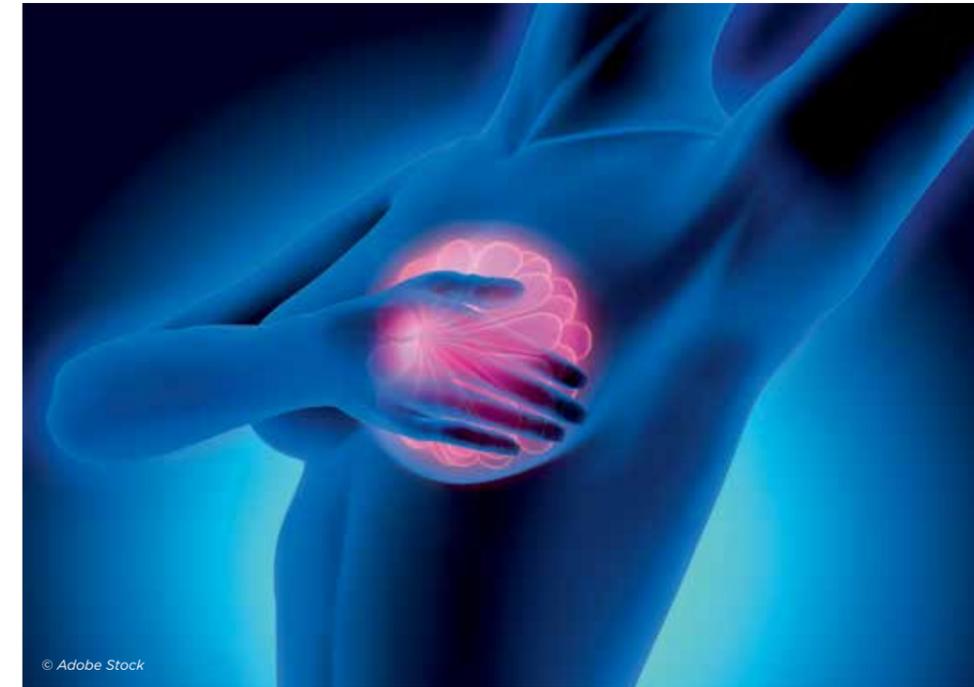
Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen und freue mich, wenn wir uns bald bei unserem silbernen Jubiläum in Salzburg treffen!
Ihre Anja Schoberlechner, Präsidentin des VSLÖ



Das sensible Organ

Die weibliche Brust verstehen und schützen

Die Fotografin **Laura Dodsworth** schreibt in ihrem Buch „Bare Reality“: „Brüste haben unterschiedliche Bedeutungen für die Menschen. Ihr primärer Zweck ist die Ernährung unserer Babys. Zugleich gelten sie im westlichen Kulturkreis als bedeutendstes sexuelles Attribut der Frau, als unsere sexuelle Visitenkarte. Auch gelten sie als Symbol für Mütterlichkeit und Fraulichkeit. Sie können erogene Zonen sein. Dennoch sind sie für manche eine Quelle für Enttäuschung, Unbehagen und nicht zuletzt auch gesundheitliche Probleme.“ Mit diesem Einstieg brachte uns die Gynäkologin **Dr.ⁱⁿ Gudrun Böhm** bei der VSLÖ-Fortbildung im Mai in Innsbruck die unterschiedlichen Aspekte der weiblichen Brust näher.



Die weibliche Brust entsteht in der 7. Woche der Embryonalentwicklung aus einer Verdickung der Epidermis, die von der Leistenregion bis in die Axilla beidseits angelegt ist. Diese Milchleiste bildet sich in weiterer Folge zurück, sodass normalerweise nur eine Brustanlage mit Mamille pro Seite übrigbleibt, welche etwa auf Höhe des 4. Zwischenrippenraumes liegt. Die Brustdrüse liegt sehr individuell zwischen 2.-6. Rippe. Die Ausbildung der Mamma in der 7. SSW – also vor der sexuellen Differenzierung – erklärt, warum auch bei Männern Brustdrüsen angelegt sind.

Die Anatomie der Brust

Der Drüsenkörper ist komplex aufgebaut und gliedert sich in bis zu 20 Lappen (Lobi), welche sich wieder in 30-80 Läppchen (Lobuli) aufteilen. In diesen teilt sich das Milchgangssystem in jeweils ca. 30 terminale Ductuli oder Acini auf. Die Milchgänge (Ductus lactiferi) verbinden die Lappen mit der Mamille. In der Mamille befinden sich zwischen 4 und 18 Milchgänge. Ca. 65% des Drüsengewebes befindet

sich in einem Radius von drei Zentimetern um die Mamille. Die Nervenversorgung der Mamille kommt aus den anterioren und lateralen Hautästen des 3.-5. Intercostalnerfs. Diese verlaufen entlang der Milchgänge zur Mamillenspitze. Sie bilden an der Mamillenspitze einen Plexus aus Nervenendungen, der essentiell ist, um dem Zentralnervensystem das „Saugen des Babys“ weiterzuleiten. Die Areola hat deutlich weniger Nervenenden als die Mamillenspitze. Das Drüsengewebe selbst ist kaum sensorisch innerviert.

Die Physiologie der Milchbildung

Berührung, Kälteeinwirkung oder sexuelle Erregung führen zu einer Kontraktion des muskulo-fibroelastischen Systems der Mamille und somit zu einer Erektion der Mamillenspitze. Berührungssensoren der Mamille reagieren, wenn das Baby saugt und senden über den 3.-5. Intercostalnerf Signale zum Rückenmark. Von dort gelangt die Erregung ins Gehirn und

zwar in den Hypothalamus. Dadurch kommt es zu einer Ausschüttung von Prolaktin aus dem Hypophysenvorderlappen und zu einer Ausschüttung von Oxytocin aus dem Hypophysenhinterlappen. Dies bewirkt eine Kontraktion der myoepithelialen Zellen in den Alveolen und somit den Milchspendereflex (MSR). Diesen Vorgang nützen wir bei der Durchführung der Brustmassage vor dem Stillen.

Weitere Hormone, die das Stillen in den ersten Tagen beeinflussen, sind die Schwangerschaftshormone Progesteron und das humane Plazentalaktogen (hPL). Progesteron ist für das Zellwachstum in den Milchdrüsen verantwortlich, verhindert allerdings den letzten Schritt der Differenzierung der Alveolen, somit kann eine reichliche Milchbildung erst nach dem Absinken des Progesteronspiegels 2-3 Tage postpartum einsetzen. Das hPL, welches ebenfalls von der Plazenta produziert wird, erzeugt eine große Anzahl von Prolaktinrezeptoren und hält diese während der Schwan-

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

gerschaft besetzt, um die Milchbildung in großer Menge zu verhindern. Nach der Geburt müssen diese Rezeptoren rasch mit Prolaktin besetzt werden, dies erklärt die Wichtigkeit des frühen ersten Anlegens nach der Geburt.

Die Mamille als erogene Zone

Berührung an der Mamille aktiviert am Somatosensorischen Kortex nicht nur die Region des Thorax, sondern auch die Genitalregion. Oxytocin führt zu einer Erektion der Mamillenspitze und zum Auslösen des Milchspendereflexes, aber auch zu Kontraktionen des Uterus.

„3 von 24 Frauen verspüren einen Orgasmus beim Stillen“ berichten die Forscher William Masters und Virginia Johnson (*Human sexual response. Bronx, NY: Ishi Press; 2010.xiii, 366pp*). Es ist sehr wahrscheinlich, dass es hier aus Gründen von Scham und Schuldgefühlen einen großen nichtberichteten Graubereich gibt. Wir als Fachpersonal sollten wissen, dass es diese Gefühle beim Stillen gibt und sollten Frauen, die sich deshalb schuldig fühlen oder deshalb das Stillen sogar beenden wollen, erklärend zur Seite stehen. Die meisten Frauen, die das Stillen genießen, haben jedoch keine Gefühle, die als sexuelle Erregung interpretiert werden können. Die Auswirkungen des Stillens auf die sexuelle Aktivität können sich einerseits in gesteigertem Interesse als auch andererseits in Libidomangel für 6 Monate oder mehr aufgrund von Erschöpfung, Angst vor neuer Schwangerschaft etc. zeigen. Während des Geschlechtsverkehrs kann es zur Auslösung des Milchspendereflexes kommen, manche Männer empfinden dies als störend – gegebenenfalls können die Brüste vor dem Sex entleert werden.

Erkrankungen der Haut

Jede Hauterkrankung kann auch auf der Mamille auftreten. Bei Psoriasis kommt es z.B. in 55% der Fälle in der Schwangerschaft zu einer Verbesserung der Symptome, allerdings in 65% nach der Geburt zu einer Verschlechterung. Als Therapie gelten Feuchtigkeitspflege, lokale Steroidsalbe (Cor-

tison) und UV-B Bestrahlung. Von oraler Medikation sollte in der Stillzeit abgesehen werden. Auch verschiedene Ekzeme können an der Mamille auftreten, etwa die atopische Dermatitis, bei der es sich um eine Störung der Barrierefunktion der Haut handelt, von der ca. 20% der Bevölkerung betroffen ist. Hier herrscht die Gefahr der Keimbeseidelung durch Candida oder Staphylokokken, die sich zu 48% bzw. zu 50% in der Mundhöhle aller gesunden Neugeborenen befinden. Auch die Allergische Kontaktdermatitis sollte erwähnt werden, deren Auslöser Konservierungs- oder Duftstoffe in Cremes und Feuchttüchern, Lanolin etc. sein können. Oft werden diese wunden Mamillen mit Stillsalbe behandelt, es kommt zu noch mehr Beschwerden, es wird noch mehr Stillsalbe gegeben, ein Teufelskreis entsteht, der nur durch Cortisoncreme, antibiotische oder antimykotische Salbe durchbrochen werden kann. Bei der Kontaktdermatitis nicht-allergischer Ursache können der Speichel des Babys (Speichel des Säuglings ist alkalisch und kann die Mamille irritieren), Seifen (Seifen entfernen den natürlichen Fettschutzfilm der Haut) oder einfache Reibung durch schlechtsitzende BHs der Auslöser sein.

Brustgesundheit – Brustkrebsfrüherkennung

In Österreich erkranken jährlich 5000 Frauen neu an Brustkrebs. Jede Veränderung der Brust wie ein gefühlter Knoten, eine Verhärtung, einseitiger Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze, Einziehungen der Brustwarze, Lage oder Größenveränderung der Brust etc. gehört abgeklärt. Frauen zwischen 45 und 69 Jahren können sich alle 2 Jahre mit der e-card kostenlos untersuchen lassen, sie werden automatisch schriftlich an die Untersuchung erinnert. Das Brustkrebsfrüherkennungsprogramm verhindert Brustkrebs nicht, aber es erhöht die Heilungschancen, wenn die Erkrankung frühzeitig erkannt wird. Bei 5-10% aller Brustkrebserkrankungen sind die Ursachen genetische Veränderungen und damit vererbbar. Die überwiegende Mehrheit aller Brustkrebserkrankungen ist also nicht auf genetische Ursachen zurückzuführen.

Für Personen, bei denen – basierend auf der persönlichen oder familiären Vorgeschichte – wahrscheinlich eine erbliche Veranlagung vorliegt, wird eine genetische Untersuchung angeboten.

BRCA – BReast CAncer Gene 1 und 2 – sind Gene, die jede Frau und jeder Mann von Geburt an trägt. Die Proteine, die nach Vorbild der Gene gebildet werden, besitzen eine wichtige Funktion bei der Reparatur von Zellschäden. Sie sind also daran beteiligt, die Entstehung von Krebs zu verhindern. Eine Mutation in einem dieser beiden Gene, beeinträchtigt die Reparaturfunktion der Proteine. Dies führt zu einer starken Risikoerhöhung an Brust- und Eierstockkrebs zu erkranken. Betroffenen Personen werden in einem ausführlichen Aufklärungsgespräch verschiedene medizinische Möglichkeiten angeboten: Intensivierte Früherkennungsuntersuchungen, vorbeugende Entfernung der Eierstöcke und/oder vorbeugende Entfernung des Brustdrüsenorgans. Bei der Entfernung des Brustgewebes muss auch jegliches versprengtes Brustdrüsenorgans entlang der Milchleisten und in den Axillen entfernt werden. Wenn während der Stillzeit versprengtes Milchdrüsenorgans bemerkt wird (fällt ja nur dann auf!), sollte bei jeder Mammografie die Radiologin/der Radiologe darauf hingewiesen werden, diese Areale zu untersuchen.

Abschließend ist noch zu sagen, dass sich Lehrmeinungen in der Medizin ändern und somit Empfehlungen, die letztes Jahr noch galten, heute schon massiv hinterfragt werden. Wir sehen dies derzeit bei der aktuellen Diskussion über die Tastuntersuchung der Brust. In der U.S. Preventive Services Task Force, einer unabhängigen Plattform nationaler Experten für Prävention und evidenzbasierter Medizin in den USA, wird die Tastuntersuchung durch den Arzt/Ärztin mit „Negative Effekte überwiegen die positiven – keine Empfehlung“ beurteilt. Ganz anders hingegen der Empfehlungsgrad zum Stillen, dieser wird hoch bewertet – ein erfreulicher Abschluss eines informativen Vortrags.

Eva Maximik

Starke Schmerzen

in der Brust – Altbekanntes, Unbekanntes, Neues!

Weil Schmerzen in der Brust und Brustentzündungen nach wie vor zu den wesentlichen Ursachen für frühzeitiges Abstillen zählen, verliert dieses Thema nie an Aktualität. Dieser Artikel stützt sich v.a. auf den Vortrag von Frau OÄ Dr. med. univ. Ingrid Zittera, die bei der letzten interdisziplinären VSLÖ-Fortbildung in Innsbruck über die Ursachen, Symptome und die neuen evidenzbasierten Behandlungsmöglichkeiten von Mastitis und Mamma-Abszess referiert hat.

Eine Mastitis kann grundsätzlich immer auftreten, am häufigsten aber in den ersten 3 Monaten mit einem Häufigkeitsgipfel in der zweiten und dritten Woche post partum. Ca. jede 5. Frau in westlichen Ländern entwickelt ein Mal eine – v.a. unilaterale – Mastitis in ihrer Stillzeit.

Eine **STAUUNGSMASTITIS** entsteht vor allem dann, wenn die Muttermilch zu selten und/oder ineffektiv entleert wird bzw. wenn der Milchspendereflex z.B. durch Stress oder Schmerzen gestört ist. Manchmal kann auch ein Milchbläschen bzw. ein verstopfter Milchgang der Grund sein. Auch mechanische Ursachen wie ein schlecht sitzender BH oder ein Trauma kommen vor.

Wenn Muttermilch nicht „abgeholt“ wird, führt das zu einer Überdehnung der Myoepithelzellen und der Milchspendereflex wird eingeschränkt. Außerdem steigt der FIL (Supressorpeptid) und die Milchbildung wird gehemmt.

Durch den hohen Druck in den Alveolen öffnen sich die Zellverbindungen (tight junctions) und große Moleküle aus der Muttermilch können ins Gewebe austreten und zu lokalen Entzündungen führen. Auch der Natriumgehalt in der Muttermilch steigt durch die erhöhte Kapillarpermeabilität, das kann im Extremfall bis zur Brustverweigerung führen. Wie bei

jeder Entzündung kommt es dadurch auch in der Brust zu einer Funktionseinschränkung und der Milchtransfer zum Kind nimmt im Allgemeinen ab. Unsere Aufgabe ist es daher zu handeln und dafür zu sorgen, dass dieser Teufelskreis so schnell wie möglich unterbrochen wird.

Zu einer **INFEKTIOSEN MASTITIS** kommt es vor allem durch eine Infektion mit dem Hautkeim Staphylokokkus aureus (90%), selten durch Streptokokken, E.coli, Enterobacter oder Pseudomonas.

Symptome der Mastitis

Der Übergang von einem Milchstau zu einer Brustentzündung ist immer fließend und die Symptome ähnlich. Tastbare Verhärtungen der Brust sollten IMMER durch vorsichtige Berührung, niemals durch starken Druck ausmassiert werden („ausstreichen statt austreichen“).

Bei einer Mastitis kommt es schnell zu den bekannten Symptomen wie scharf begrenzter Rötung (bei Milchstau diffuse Rötung), Schwellung, starkem Schmerz, Fieber über 38,5°, ev. Schüttelfrost und schlechtem Allgemeinzustand.

Therapie

Basistherapie ist immer eine HÄUFIGE ENTLEERUNG – alle 2-3 Stunden!

Eine Schmerztherapie mit NSAR Ibuprofen 600mg p.o. alle 8h sollte in den ersten 24-48 Stunden fix angeordnet werden, weil Ibuprofen antiinflammatorisch und analgetisch wirkt. Viel Hautkontakt zwischen Mutter und Kind wirkt durch die vermehrte Oxytocinausschüttung auch analgetisch und fördert den Milchspendereflex. Natürlich sind Ruhe/Bettruhe und ausreichende Flüssigkeitszufuhr essentiell für die Genesung.



Antibiotische Therapie sollte begonnen werden:

- sofort bei wunden Mamillen, weil die Hautschutzbarriere gestört ist
- wenn nach konservativen Maßnahmen nach max. 24 Stunden keine Besserung eintritt
- bei sehr hohem Fieber (>39,5°) über 6 Stunden
- bei pos. Blutkultur und bei Rezidiv

Mittel der Wahl sind CEPHALOSPORINE der 1. und 2. Generation, Flucloxacillin, Amoxicillin, Clindamycin im oberen Dosisbereich für die Dauer von 10-14 Tagen. Bei zu kurzer Therapie besteht ein hohes Rezidivrisiko.

Bei reifen, gesunden Neugeborenen besteht nie eine Indikation zum Abstillen bzw. zur Stillpause – Abstillen ist kontraindiziert! Wesentlich ist immer, dass die Milch fließt, gegebenenfalls muss die Muttermilch mit der Pumpe entleert werden.

Frühgeborene sollten jedoch bei nachgewiesener bakterieller Mastitis die Muttermilch erst wieder erhalten, sobald die Antibiose (nach 1-2 Tagen Therapie) wirkt. Bei der sehr seltenen bilateralen Mastitis mit β -hämolyisierenden Streptokokken der Gruppe B

wird eine Stillpause empfohlen, außerdem sollte das Kind in diesem Fall mitbehandelt werden.

Falls sich die Symptome nach 24 – 48h Therapie nicht bessern, muss ein Mamma-Abszess oder ein Mamma Karzinom ausgeschlossen werden.

Mamma-Abszess

Die Ursache ist sehr oft eine zu späte, falsche und/oder unzureichende Therapie einer Mastitis. Typische Symptome sind persistierende lokale Entzündungszeichen und Schmerzen, ev. auch Fieber. Die Diagnose wird mittels Anamnese, Tastbefund und Mamma-Sonographie gestellt.

Therapieempfehlung der 1. Wahl sollte immer eine sonographisch gezielte Punktion sein – die aber leider noch nicht in allen Häusern Usus ist. Die Vorteile sind die wenig invasive Lokalanästhesie mit EMLA-Salbe, au-

ßerdem haben die Patientinnen weniger Schmerzen und ein besseres kosmetisches Ergebnis nach einem überwiegend ambulanten Setting.

Hingegen braucht man bei einer chirurgischen Inzision eine Allgemeinnarkose, die Patientinnen klagen über mehr Wundschmerzen, eine längere Wundheilung und müssen stationär behandelt werden.

Cave: Bei der Inzision nahe der Mamillen können Milchgänge verletzt werden, die das Stillen erschweren.

Soormastitis

Weil oft keine äußerlichen Symptome an der Brust sichtbar sind, ist eine Soormastitis nach wie vor schwer zu diagnostizieren!

Frauen beschreiben stechende, brennende Schmerzen, die während oder nach den Stillmahlzeiten auftreten. Es gibt Keime, die Toxine produzieren, die zu lokalen Symptomen führen (= akute Mastitis). Es gibt aber auch Keime, die keine Toxine produzieren und zu keinen äußerlichen Symptomen führen (= subakute Mastitis). Diese Keime bilden jedoch einen Biofilm in den Milchgängen, dadurch entzündet sich das Epithel und das führt zu diesen typischen, stechenden Schmerzen in der Brust, die das Leitsymptom der subakuten Mastitis sind. Bis jetzt wurde bei dieser Symptomatik immer eine Candidainfektion in den Milchgängen vermutet. Obwohl ein Soor mittels Kultur kaum bzw. nicht nachgewiesen wurde, war die Therapie immer „ex juvantibus“ mit Fluconazol oral. Die fehlende ätiologische Diagnose, die niedrige Reaktion auf die Behandlung, die hohe Rezidivrate bzw. Chronifizierung und die eventuell unnötige Übermedikation stellen diese Therapieform zu Recht in Frage.

Bei Studien (aus Innsbruck und – aktueller – aus Spanien) wurde Muttermilch von Probanden mit und ohne Brustsoorsymptomatik untersucht. Das erstaunliche Ergebnis war, dass es keinen Unterschied im Befund zwischen beiden Gruppen gab. D. h. selbst nach Biopsien bei Frauen mit vermutetem Brustsoor wurden keine

Pilzzellen gefunden. Interessant war auch der Nachweis, dass beim Abpumpen mit der Pumpe deutlich mehr Keime in der Muttermilch gefunden wurden als bei der Muttermilch-Gewinnung per Hand.

Als „Zaubermittel“ gegen Soor wurde auch immer wieder Grapefruitkernextrakt (GKE) empfohlen. Es ist belegt, dass die enthaltenen Konservierungsstoffe nachweislich bakterizid und fungizid wirken und die Wirksamkeit dieses Extraktes eher darauf zurückzuführen ist. Diese GKE werden daher von Frau OÄ Dr. Zittera nicht empfohlen. Auch die Datenlage von den momentan viel beworbenen Probiotika zur Prophylaxe/Therapie von Mastitis ist unzureichend und noch nicht Teil leitlinienkonformer Therapie, obwohl einzelne Studiendaten eine signifikante Reduktion von Brustschmerzen beschreiben.

Fazit

Laut neuesten Forschungen gehören Pilze wahrscheinlich zum Mikrobiom der Brust.

Das Mikrobiom der Brustdrüse zeigt über 300 verschiedene Keime (Muttermilch-Mikrobiota), es unterscheidet sich von Frau zu Frau (abhängig u.a. von BMI, dem Geburtsmodus, Einling/Mehrling, Stillpraktiken und vielem mehr) und hat langfristige Effekte für Kind und Mutter. Eine antibiotische Therapie verändert das Mikrobiom in der Brust signifikant. Viele Frauen bekommen Antibiotika peripartal und haben dadurch oft weniger Lactobacilli- oder Bifidobakterien in der Muttermilch. Eine Mastitis kann auch durch solche Dysbiosen in der Brust entstehen.

Der Begriff Soormastitis bzw. „Mammacandidose“ sollte in Zukunft durch „subakute Mastitis“ ersetzt werden und keine ex juvantibus-Therapie mehr mit Fluconazol gemacht werden. Fluconazol ist demnach nur noch bei sichtbarem Soor und stechenden Schmerzen indiziert, ansonsten empfiehlt es sich, eine Kultur abzunehmen und eine antibiotische Therapie zu beginnen.

Gudrun Schober

Besuche im Spital

Gedanken über den Sinn der Besuchszeiten

Daria und ihr Mann Wolfgang erwarten ihr erstes Kind, die Freude ist groß. Gewissenhaft bereiten sie sich auf die Geburt vor und besuchen unter anderem mehrere Geburtskliniken um den für sie besten Platz für die Entbindung zu finden. Entscheidungskriterien hierfür sind neben medizinischen Punkten auch die Ausstattung der Zimmer und die Besuchszeiten. Diese sollten möglichst großzügig sein, damit Verwandte und Freunde so bald als möglich an ihrem Glück teilhaben können. Das allgegenwärtige Bild der strahlenden Mutter, des glücklichen Vaters und des selig schlafenden Kindes hat sich auch in ihren Köpfen festgesetzt. Umso verständnisloser sind ihre Blicke, als beim Stillvorbereitungsnachmittag im Wunschkrankenhaus das Thema Besuchszeiten angesprochen und empfohlen wird, die Besuche, der Vater ausgenommen, gering zu halten. Was meint die Stillberaterin bloß?

Die Stillberaterin Ella arbeitet seit 30 Jahren auf der geburtshilflichen Abteilung des Krankenhauses im Kinderzimmer und ist für die Betreuung der Neugeborenen und deren Mütter zuständig. Vieles hat sich in den vergangenen Jahren verändert: Die Etablierung des 24 Std.-Rooming-In wurde zur Selbstverständlichkeit in der Betreuung, Bonding ist kein Schlagwort mehr sondern gelebte Praxis und auch die Besuchszeiten sind offener geworden.

Die Freude war groß, als die Regelungen auf täglich mehrer Stunden ausgeweitet wurden, ermöglichte es somit den Vätern von Anfang an am Geschehen teilzunehmen. Was anfangs wie ein Segen nach den strengen Besuchsregeln (nur max. zwei Stunden pro Tag auch für Väter) erschien, zeigte bald auch Nachteile. Statt wie gehofft das Zusammenwachsen der jungen Familie zu fördern, kam es für viele Mütter zu einer Erhöhung der Stressbelastung.

Bei einer Umfrage im Jahr 2008 mit dem Titel „Mutterglück und Babystress“, die von Andrea Hemmelmayr und Gudrun Füreder durchgeführt wurde, gaben von 507 befragten Frauen auf die Frage „Welche Dinge belasteten Sie im Wochenbett?“ 148 (29,19%) Frauen an, dass sie zu viel oder zu häufig Besuch gehabt hätten. Nach Stillproblemen (31,36%) und Schmerzen im Narbenbereich (29,98%), war dies die dritthäufigste Antwort.

Was sind nun die Faktoren, die den ersehnten Besuch zur Belastung werden lassen?

Der oft durch die Geburt entstandene Schlafmangel verstärkt sich. Die Ruhephasen des Babys können von der Mutter nicht zum Schlafen genutzt werden, der Besuch verlangt Aufmerksamkeit. Beim Erlernen des Stillens werden wohlgemeinte Ratschläge oft mehr als „Schläge“ denn als Rat empfunden. Nach dem Sprichwort „Zu viele Köche verderben den Brei!“ kommt es zu einer zunehmenden Verwirrung der Mutter. Jede Stillbeziehung ist individuell. Informationen, die für das eine Mutter-Kind-Paar passen, können für ein anderes Paar falsch sein. Auch die Anregung „Raste dich einmal aus, wenn du ausgeschlafen bist klappt das schon mit dem Stillen!“ ist bei der Etablierung einer ausreichenden Milchproduktion kontraproduktiv.

Auch Daria spürt bald nach der Geburt ihres Sohnes Liam – statt des erwarteten Glücksgefühls – eine immer stärkere Verunsicherung. Sie möchte ihr Baby stillen, aber Liam hat Schwierigkeiten die Brust zu erfassen und weint. Die Oma meint, dass sie wohl noch keine Milch und Liam Hunger hat. Wolfgang steht ratlos dabei, hat doch Stillberaterin Ella gesagt, dass das Kolostrum in den ersten Tagen ausreicht. Daria möchte alles richtig

machen, den Rat ihrer Mutter befolgen und auf die Informationen der Fachfrau vertrauen. Ist das möglich?

Das Fachpersonal ist in diesem Fall besonders gefordert. Informationen, die am Vormittag an die Eltern gegeben werden, werden am Nachmittag von Verwandten und Bekannten in Frage gestellt, es muss neuerlich informiert und argumentiert werden. Wie damit umgehen?

Wichtig ist es das Thema Besuchszeiten bereits in der Schwangerschaft im Geburtsvorbereitungskurs oder beim Stillvorbereitungstreffen anzupprechen. Die möglicherweise auftretenden Herausforderungen müssen konkret angesprochen werden. Die werdenden Eltern haben somit bis zur Geburt Zeit, Strategien für den Umgang mit ihrem Besuch zu entwickeln. Auf der Station können Rückzugsmöglichkeiten wie ein Stillzimmer für die Mütter angeboten werden. Auch die Gestaltung von Aufenthaltsräumen für die BesucherInnen und Beschränkung der Besucherzahl in den Patientenzimmern kann hilfreich sein. Das Pflegepersonal übernimmt als „AnwaltIn“ der jungen Familie die Aufgabe der Kontrolle der Einhaltung dieser Regeln. Gegebenenfalls muss in Mehrbettzimmern auch die Rücksicht gegenüber Zimmerkolleginnen eingefordert werden.

Für Daria und Liam klappt der Stillbeginn letztendlich doch noch. Nachdem Daria am dritten Tag nach der Geburt vollkommen in Tränen aufgelöst ist, erteilt Wolfgang allen Verwandten und Freunden telefonisch „Besuchsverbot“. Es entstehen Ruhephasen, die Situation entspannt sich, die Muttermilch beginnt zu fließen. Und Daria und Wolfgang verstehen jetzt was die Stillberaterin damals beim Stillvorbereitungsnachmittag gemeint hat.

Eva Maximik

Naturreine Pflegeprodukte für Schwangerschaft, Wochenbett und liebevolle Babypflege



Fordern Sie kostenlos unseren feeling Babyfolder an! www.feeling.at

feeling
ZAUBER DER DÜFTE

Bezahlte Anzeige

Intuitives Stillen

Wie und warum die Technik so gut funktioniert!



mit es möglichst funktioniert? Márta Guóth-Gumberger fasst ihre „Bedingungen für ein spontanes Stillen“ in drei großen Überpunkten zusammen, die ich hier wiedergeben und erweitern möchte:

1. Die richtige Umgebung

Der erste und zugleich schwierigste Punkt: Ideal ist eine entspannte, sichere Umgebung, da in einer solchen zum einen auf der körperlich-physiologischen Ebene alle Voraussetzungen geschaffen werden (zum Beispiel die Ausschüttung von Oxytocin), als auch die Verhaltensweisen der Mutter sich zumeist instinktiv an die Gegebenheiten anpassen. Das Umfeld unterliegt zum Einen Faktoren, die wir steuern können, aber auch Einflüssen, die wir nur sehr schwer oder nicht verändern können. Deshalb ist es für uns als Fachpersonen besonders herausfordernd, die jeweilige Situation wahrzunehmen, einzuschätzen, zu verändern wo es möglich ist, aber auch die Grenzen zu erkennen und diese gegebenenfalls anzusprechen.

Solche Einflüsse können sein:

- Personalmangel auf der Station
- der Geburtsverlauf
- zu häufiger und/oder zu viel Besuch für die junge Familie
- Ablenkung durch Mobiltelefon
- existenziell bedrohliche Situationen der Familie (z.B.: finanziell, Wohnraum, schwere Krankheit)
- bisherige Erfahrungen und Alter des Kindes (je älter desto schwieriger)

Ein weiterer Faktor, den ich hier besonders hervorheben möchte und der von essenzieller Bedeutung ist:

Unsere innere Haltung.

Hat die Mutter Vertrauen in ihre Rolle als Stillende? Hat die Mutter

Vertrauen in ihr Baby? Welche Kompetenzen spricht sie ihm zu? Vertrauen wir als Fachpersonen den Kompetenzen der Mutter und des Kindes? Sind wir bereit, Ängste und Unsicherheit mit der Mutter gemeinsam auszuhalten? Sind wir bereit, uns zurück zu nehmen und nur dort zu justieren, wo es gefordert ist?

Auch wenn das Verhalten von Mutter und Kind intuitiv oder zum Teil reflexgesteuert abläuft, so gilt es für uns als Fachpersonen, den professionellen Überblick zu bewahren und unser Handeln dementsprechend anzupassen. Es ist sicher eine der größten Herausforderungen, professionelles Handeln mit intuitiven Abläufen zu verbinden. Rein physiologisch befinden sich strukturiertes Denken und gefühlsmäßiges Handeln auf zwei entgegengesetzten hormonellen Bahnen. Wie können wir es also schaffen, professionell zu bleiben und dabei gleichzeitig eine Umgebung schaffen, in der intuitives Handeln möglich wird?

Márta Guóth-Gumberger gibt uns hier einen entscheidenden Hinweis. Sie rät, sich mit den Gefühlen der Mutter zu verbinden. Wir alle sind dank unserer Spiegelneuronen dazu in der Lage, empathisch eine Stillsituation zu begleiten. Für mich bedeutet es, für den Zeitraum der professionellen Beratung meine eigenen Gefühle zwar wahrzunehmen, aber nicht in den Vordergrund zu stellen, wachsam zu beobachten, das Erlebte zu beschreiben, Gefühle anzusprechen, Verhalten zu spiegeln und den Ausgang der Situation wertfrei zu akzeptieren.

Benoît Le Goëdec ist Vater von fünf Kindern, Hebamme, Dozent, Präsident des Interregionalen Hebammenverbands und hat einen Master in Philosophie. Als Gastautor beschreibt er es in dem Buch „Begeisterung – die Energie der Kindheit wiederentdecken“ mit folgenden Worten:

„Es bedarf der Empathie, des Mitgefühls mit der gebärenden Frau. Sie braucht mehr Sinn und weniger Ursachen. Die Begeisterung, das Lächeln, das so in Herz und Seele entsteht, hilft Hindernisse zu vermeiden oder

zu überwinden, aber auch, Hilfe zu holen, wo das Abenteuer nicht mehr allein bestanden werden kann, ohne dass das Abenteuer auf die Mittel reduziert wird, die zum Erfolg führen. Die Hilfe muss sich auf das Ziel beziehen, das Sinn macht, muss den Bedürfnissen und den Werten angemessen sein, die es repräsentiert.“¹⁾

Auch wenn er sich hierbei auf die Begleitung unter der Geburt bezieht, so hat diese Aussage doch darüber hinaus im selben Maße seine Gültigkeit.

2. Die Position der Mutter

Ideal ist eine zurückgelehnte bis leicht aufrecht liegende Position. Die Aufforderung „Machen Sie es sich einmal so richtig bequem!“ führt in den meisten Fällen dazu, dass die Mutter spontan, eine für sie angenehme Haltung einnimmt.

Dann folgt der professionelle Teil: Wo können wir noch Spannung sehen? Liegen Arme, Beine und Schultern entspannt? Braucht es noch Unterstützung durch Kissen? Kann der Kopf entspannt (zum Schlafen nach dem Stillen) abgelegt werden? Braucht es noch Unterstützung im Rückenbereich, damit das Gewicht gut abgegeben werden kann? Sind die Arme der Mutter frei beweglich? Es lohnt sich, die Position so lange zu verändern, bis die Mutter und wir selbst den Eindruck haben, es passt.

3. Position des Kindes

Die Mutter nimmt das Kind zu sich und wählt somit die erste Position. Auch wenn Babys durchaus in der Lage sind sich vorwärts und seitwärts zu bewegen, so empfiehlt Suzanne Colson, das Baby gleich direkt auf die Brust zu legen. In der Regel werden wir einfach beobachten, wie die Mutter das Kind zu sich nimmt.

Wir leiten die Mutter dabei an, auf folgende Punkte zu achten.

- **Kontakt des Kindes mit der Mutter über die Körpervorderseite. Das bedeutet: Innenseite der Arme, Brust, Bauch, Innenseite**

- **der Beine und Knie des Kindes**
- **Beine und Arme sind leicht angewinkelt, damit sich das Baby abstoßen und manövrieren kann**
- **Hals und Kopf sind frei (beweglich)**

Dann leiten wir die Mutter an zu warten, bis die Reflexe des Babys aktiviert werden und beschreiben dabei unsere Beobachtungen. Das eigentliche Andocken geschieht dann über die kindlichen Reflexe, indem es den Mund öffnet, den Kopf nach oben bzw. seitwärts bewegt. Hat es seine Position gefunden, so kann man abschließend nochmals überprüfen, ob die Mutter überall entspannt das Gewicht (ihr eigenes und das des Kindes) abgeben kann, oder ob es noch an einer Stelle Unterstützung durch ein Kissen braucht.

Fazit für die Praxis

In der täglichen Arbeit mit stillenden Müttern sind wir mit einer Vielzahl an unterschiedlich herausfordernden Gegebenheiten konfrontiert. Mutter und Kind beim Intuitiven Stillen anzuleiten und zu begleiten ist für viele Situationen eine gewinnbringende Strategie und somit ein wertvolles Werkzeug in unserem „Koffer der Stillhilfsmittel“. Je nachdem, ob und wie die Rahmenbedingungen beeinflussbar sind, werden wir dabei mehr oder weniger Erfolg haben. Dabei ist es wichtig sich stets vor Augen zu halten, dass nicht das Erreichen des von uns gesetzten Zieles die oberste Prämisse in der Stillberatung ist. Vielmehr geht es darum, die Familie auf ihrem individuellen Weg zu begleiten.

Wenn wir Mütter, Väter und Kinder mit Respekt und Empathie begleiten, wenn wir es schaffen, einen geschützten Raum zu schaffen, in dem sie sich sicher fühlen, dann bieten wir der Familie die beste Grundlage für ihre persönliche Entwicklung und die Entfaltung ihrer Potentiale.

Natalie Groiss

„Wo auf Überraschung und Begeisterung gesetzt wird, gibt es Raum für Begegnungen, Schöpfung, Erfindungsreichtum, falls man sich das Unerwartete zu eigen macht und seine eigene Lösung zulässt.“

Benoît Le Goëdec

Für das „Intuitive“ Stillen gibt es viele Begriffe, die alle etwas Ähnliches meinen, aber nicht immer exakt das Gleiche beschreiben: „Breast Crawl“, „Zurückgelehntes Stillen“, „Laid Back Nursing“ oder auch das von Suzanne Colson bezeichnete „Biological Nurturing“. Ich habe mich entschieden, es in diesem Artikel als „Intuitives Stillen“ zu bezeichnen, weil dieser Begriff die Vorgänge dieser Situation am besten beschreibt. Márta Guóth-Gumberger, erfahrene Stillberaterin und EEH-Fachfrau in Deutschland, berichtete in Innsbruck von ihren Erfahrungen mit dem Intuitiven Stillen und gab viele Denkanstöße sowie Tipps für die Umsetzung in der Praxis.

Die Intuitive Stillhaltung ist in aller Munde und wird vielfach als „Wunderwaffe“ oder als „Breastfeeding Revolution“ bezeichnet. Gibt man einen der oben genannten Begriffe in Google ein, so entsteht schnell der Eindruck, es handle sich um „den Durchbruch in der Stillberatung“. Immer öfter ist zu lesen, wie mittels Intuitivem Stillen auch besonders schwierige und herausfordernde Stillsituationen überwunden werden können. Doch Márta Guóth-Gumberger dämpft zunächst die große Euphorie, die sich rund um dieses Thema immer mehr ausbreitet. Es ist weder neu, noch führt es immer zum Erfolg. „Ich lade uns alle ein, mit realistischen Erwartungen an dieses Thema heranzugehen“ gibt sie zu bedenken, denn die Leidtragenden, wenn es nicht funktioniere, seien ist erster Linie die Mütter.

Was können wir also tun, welche Umgebung sollen wir schaffen, da-

¹⁾ Stern A.: Begeisterung, Die Energie der Kindheit wieder entdecken, Elisabeth Sandmann Verlag, München, 2019

Gut vorbereitet!

Der Weg zur Elternschaft – eine Gratwanderung?



Hebamme und IBCLC Astrid di Bella, MSc hat schon viele Erfahrungen gemacht mit Eltern, die sich auf den Weg machen, um Vater und Mutter zu sein. Bei dieser Begleitung spricht sie von einer Gratwanderung, in der gute Informationen gegeben und keine Ängste vermittelt werden sollen. Ihr Anliegen ist es, Eltern gut auf die Geburt und das Leben mit dem Baby vorzubereiten.

Unser aller Ziel ist es, mit unserer Begleitung und Beratung vor allem Frauen Mut zu geben, damit sie viel Kraft für die erste Zeit als Mutter haben. Von allen Seiten gibt es in dieser Phase sehr viele Informationen und Plattformen, die auch Angst schüren können. Vor 20 Jahren haben sich Frauen hauptsächlich bei der Hebamme informiert und sich mit Freundinnen oder Verwandten ausgetauscht, oder sie haben ein Buch gelesen. Eventuell haben sie einen Geburtsvorbereitungskurs besucht oder sich bei anderen Fachpersonen umgehört.

Heutzutage informiert man sich sehr viel über das Internet. Hier hat

frau Zugang zu Unmengen von Informationen, nicht immer evidenzbasiert. In zahlreichen Elternforen wird über alles Mögliche diskutiert, manchmal hat man den Eindruck, dass ein Wettbewerb stattfindet, z.B. wer die schlimmste Geburt erlebt hat.

Eltern möchten alles richtig machen, stellen sehr hohe Ansprüche an sich selbst und möchten nichts versäumen oder übersehen. Wenn das Baby da ist, gehen sie oft schon früh zum Osteopathen/in, verwenden Apnoematten oder nehmen eine Helmotherapie für ihr Baby in Anspruch, nur um nichts zu versäumen.

Ohne rosarote Brille, aber auch ohne Ängste

Wenn Paare mit falschen Erwartungen in die Elternschaft gehen, sind sie oft überfordert. Optimal wäre es, gut vorbereitet zu sein auf alles, was möglich ist, trotzdem flexibel zu bleiben und offen zu sein für das, was kommt. Paare sollen auf ihren eigenen Körper und ihre Intuition hören können und sich nicht von den vielen äußeren Einflüssen irritieren lassen. Oft sind

werdende Eltern mit vielen Ängsten konfrontiert: Vor der Geburt, vor Früh- oder Fehlgeburt, dass das Kind krank sein könnte, dass die Schmerzen zu groß sind, dass man nicht stillen kann, dass es bei der Geburt Zwischenfälle gibt ... Aber: Angst hat nichts mit Realität zu tun!

Man unterscheidet zwischen Angst und Furcht. Wenn man sich fürchtet, gibt es immer ein reales Objekt, das man z.B. angreifen kann oder vor dem man flüchtet. Angst hat meistens mit etwas zu tun, das gar nicht greifbar ist. Man spürt die Angst, kann aber kein reales Objekt nennen. Oft entsteht sie aus einer Erfahrung in der Vergangenheit oder es ist eine Vorstellung in der Zukunft. Unmittelbar ist aber kein reales Objekt greifbar. Angst löst verschiedene Dinge im Körper aus. Stresshormone werden ausgeschüttet, Muskelverspannungen, vegetative Reaktionen wie Schwitzen, Herzklopfen, auch Schmerzen, Schwindel, Ohnmacht, Magenschmerzen, Durchfall ...

Wenn Frauen Angst in der Schwangerschaft und rund um die Geburt haben, gibt es ein erhöhtes Risiko für Frühgeburten und postpartale Depressionen. Es kommt häufiger zur Präeklampsie und es hat auch Auswirkungen auf die Kindesentwicklung. Angst macht Stress, die erhöhte Cortisolausschüttung beeinflusst auch den Blutzuckerspiegel und das Immunsystem längerfristig. Frauen, die Angst haben, sind weniger bereit für eine natürliche Geburt und entscheiden sich auch öfter, ihr Kind nicht zu stillen. Sie möchten engmaschigere Kontrollen in der Schwangerschaft, es gibt mehr medizinische Interventionen und mehr Wunschkaiserschnitte.

Schmerz und Angst – ein dynamisches Duo

„Wenn ich Schmerzen habe, fühle ich mich hilflos und bekomme Angst.“

Durch die Angst werden die Schmerzen stärker.“

Man unterscheidet zwei Arten von Schmerz: Den Schmerz an sich und den Schmerz durch die Gedanken an den Schmerz. Das heißt, Gedanken und Gefühle von Angst, Hilflosigkeit oder Ausweglosigkeit erhöhen den Schmerz. Auch in der Stillberatung werden wir oft mit Schmerzen konfrontiert, wofür es keine physiologische Erklärung gibt. Hier finden wir meistens auf der emotionalen Ebene Gründe für den Schmerz. In Schweden wurden verschiedene Angststypen bei Frauen untersucht:

- Selbstbestimmte Frauen haben eine klare Einstellung zur Geburt, sie sehen die Geburt als einen natürlichen Prozess und haben weniger Angst.
- Frauen, die alles nehmen wie es kommt, haben auch weniger Angst, sie wissen aber auch nicht genau was sie wollen, sie lassen alles auf sich zukommen.
- Ängstliche Frauen haben deutliche Angst vor der Geburt, vor den Schmerzen, vor dem Kontrollverlust. Sie beanspruchen häufiger eine PDA oder einen Wunschkaiserschnitt. Sie brauchen Sicherheit und sind weniger selbstbestimmt. Sie haben auch im Nachhinein häufig eine unangenehme, schmerzvollere Erinnerung an die Geburt und empfinden auch das Leben mit dem Baby als anstrengender.

Wenn die Angst da ist, wird unsere Intuition, unser Bauchgefühl unterdrückt. Angst braucht Raum, sie will gesehen werden. Wenn wir Angst unterdrücken, macht sich das in psychosomatischen Symptomen bemerkbar.

Wie helfen?

Gute Informationen sind sehr wichtig. Frauen können sich sicher fühlen, wenn sie wissen, was auf sie zukommt. Sie möchten erfahren, was in und mit ihrem Körper passiert. Männer fühlen sich sicherer wenn sie wissen, was ungefähr passieren wird. Auch schwierige Situationen sollen besprochen werden, ohne zu dramatisieren. Besonders aufgezeigte unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten für

verschiedene Begebenheiten helfen, um sich nicht ausgeliefert zu fühlen. Dabei darf jedoch nicht die rosarote Brille aufgesetzt werden. Realistische Erwartungen zu vermitteln hilft den werdenden Eltern, sich auf ihre Rolle einzustellen. Schön reden nützt niemandem etwas, im Gegenteil. Wenn der Ablauf nicht den Vorstellungen entspricht, sind Eltern enttäuscht, Schuldgefühle kommen auf. „Haben wir etwas falsch gemacht oder haben wir vielleicht nicht die Fähigkeit, gute Eltern zu sein?“

Unser autonomes Nervensystem – gesteuert von Sympathikus und Parasympathikus – spielt eine wesentliche Rolle für uns. Ein Gleichgewicht ist sehr wichtig, oft gewinnt aber der Sympathikus während der Geburt oder auch danach die Überhand. Dadurch wird die Oxytocinausschüttung gestört. Die Geburt wird dadurch erschwert und im Wochenbett tauchen Stillschwierigkeiten auf. Wir können helfen, das Gleichgewicht zwischen Sympathikus und Parasympathikus herzustellen. Die Atmung ist eine Brücke zwischen den beiden. In angespannten Situationen ist der Sympathikus aktiviert. Durch eine tiefe Bauchatmung wird der Parasympathikus angeregt und gleicht wieder aus. Das soll geübt werden. Das Schöne dabei ist, dass es ansteckend wirkt. Vater und Mutter können sich so z. B. bei der Geburt unterstützen und ausgleichen. Auch andere Achtsamkeitstechniken können helfen. Dabei schalten wir unser Kopfkino aus und kehren zum Hier und Jetzt zurück, um wieder in Kontakt mit uns selbst zu kommen. Durch diese Erfahrung, dass ich im Stress mit meiner Atmung etwas bewirken kann um ruhiger zu werden, hilft den Paaren sehr. Auch Gespräche sind sehr wichtig in der Vorbereitungszeit. Vor allem Väter müssen mit einbezogen werden. Ängsten kann Raum gegeben werden, sie verlieren dadurch an Kraft. Man lernt damit umzugehen, und vielleicht können sie auch losgelassen werden.

„Triple S“

Am Ende des Vortrages wurde unter Anleitung von Astrid Di Bella noch eine hilfreiche, aufschlussrei-

che praktische Übung gemacht: Alle Menschen fühlen sich wohl und funktionieren optimal, wenn sie sich im Kontakt mit anderen Menschen **safe, seen und supported (Triple S)** fühlen, also sicher, gesehen und unterstützt. Was bedeutet das für unsere Arbeit mit Paaren, die gerade Eltern werden oder geworden sind?

- **Sie fühlen sich wahrscheinlich SAFE, wenn ich ...**
- **Sie fühlen sich wahrscheinlich SEEN, wenn ich ...**
- **Sie fühlen sich wahrscheinlich SUPPORTED, wenn ich ...**

Über jeden dieser Sätze tauschten wir uns jeweils mit unserem Nachbarn aus und zeigten unsere Erkenntnisse auf. Klar wurde: Wir alle wollen uns sicher fühlen, gesehen werden und unterstützt werden. Auch wir als Fachpersonen und Helfende brauchen die „drei S“!

Vroni Goreis

Rückhalt Österreich und WiKK®



Das **Weiterbildungsinstitut** für ressourcen- und **Körperorientierte Krisenbegleitung** für Schwangerschaft, Geburt, Baby- und Kleinkindzeit bietet in Wien folgende **Fortbildung** an:

- **Problemfelder**
Risikoschwangerschaften, schwierige Geburten, Schreibabys, Kleinkinder mit Regulationsstörungen.

Für Stillberaterinnen, Hebammen und andere Interessierte wird es im Frühjahr 2020 einen Fortbildungskurs geben.

Der Preis für den Kennenlernworkshop beträgt **€ 400,-**

Das Haupttraining geht über 18 Monate und beinhaltet 11 Weiterbildungswochenenden.

Dieser Hauptweiterbildungsteil kostet **€ 3.600,-** exklusive Unterkunft und Verpflegung.

Info und Anmeldung: michalke@wikkeu

Tattoos & Piercings

Modern Lifestyle und Stillen – Teil 1

Auf dem Stillkongress des BDL 2019 in Fulda wurde das Thema Stillen und der „Modern Lifestyle“ thematisiert. Carolin Reit, die in London lebt, hat dabei einige der modernen Trends und ihre Auswirkungen auf die stillende Mutter und den gestillten Säuglings beleuchtet. Wir bringen hier in einem ersten Teil wichtige Erkenntnisse aus dem wirklich sehr interessanten Vortrag – Teil 2 folgt in der Winterausgabe der VSLÖnews.

Jede Gesellschaft gibt Verhaltensregeln vor und in der Regel unterliegen Frauen immer strengeren Regeln als Männer, (stillende) Mütter unterliegen dann meist nochmals verschärften gesellschaftlichen Regeln. Das Prinzip „Better safe than sorry“ schränkt den Lebensstil einer stillenden Frau aber oft auch unnötig ein. Die stillende Frau hat ein Anrecht auf nichtwertende, vorurteilsfreie Beratung, welche auf evidenzbasierten Informationen beruht. Da die Lebenssituationen oft sehr unterschiedlich aussehen, muss die Beratung individuell, differenziert und nuancenreich ausgeführt werden. Die Beraterin braucht dazu entsprechendes Wissen und muss sich bemühen, die Frau dort abzuholen, wo sie gerade steht.

Tattoos

Tattoos sind heute fast schon Norm. Viele Mütter möchten ihr Muttersein mit einem Tattoo zelebrieren, Namen der Kinder mit Geburtsdatum sind mittlerweile klassische Tattoos. In der Altersklasse der 25-34-Jährigen haben 22% Tattoos und 52% Piercings (inkl. Ohrlöcher). Beim Tätowieren wird mit bis zu 10.000 Stichen pro Minute mit bis zu 45 Nadeln zeitgleich die Farbe in die Lederhaut eingebracht und dort dauerhaft eingelagert. Überschüssige Tattoo-Farbe wird zum Teil in den Körper abtransportiert, hat aber eine zu große molekulare Struktur, um in die Muttermilch

überzugehen. Über die enthaltenen löslichen Hilfs- und Konservierungsstoffe gibt es keine Standardliste. Tattoos bei der Mutter stellen nur dann ein Risiko für den Säugling dar, wenn sich die Mutter mit Hepatitis und/oder HIV infiziert. Alle anderen Worst case-Szenarien wie bakterielle Wundinfektion bis hin zu Sepsis, allergische Reaktion auf Farbe oder körpereigener Pigmenttransport, haben keine Auswirkungen auf die Muttermilch und den Säugling.

Um das Infektionsrisiko gering zu halten ist es wichtig darauf zu achten, dass das Tattoostudio einen Gewerbeschein und Hygiene-Zertifikate hat. Das Tattoostudio muss natürlich die Hygienevorschriften beachten und wird regelmäßig vom Gesundheitsamt überprüft. Die hygienische Ausstattung des Arbeitsbereiches ist entsprechend: Tätowierbereich ist getrennt von der Rezeption, Oberflächen und Hände werden desinfiziert, der Tätowierer trägt Einmalhandschuhe, es werden ausschließlich sterile Nadeln und Einmalbehälter für Farben verwendet, kein Essen, keine Zigaretten, keine Tiere sind erlaubt. Dennoch werden die meisten Tattoostudios es ablehnen, stillende Mütter zu tätowieren.

Piercings

Für Piercings gelten die gleichen Hygieneregeln. Allerdings ist die Wundheilung bei Piercings wesentlich langsamer. Mamillen-Piercings sind ein beliebter Körperschmuck, brauchen aber bis zu einem Jahr, bis sie vollständig ausgeheilt sind. Piercings können auch herauswachsen oder vom Körper abgestoßen werden. Von Brustwarzen-Piercings während der Stillzeit ist dringend abzuraten. Stecker oder Ringe müssen permanent in der Wunde bleiben, damit sich eine Fistel bilden kann, sie stellen allerdings für den Säugling ein Aspira-

tions- und Verletzungsrisiko dar. Bei bereits bestehenden und ausgeheilten Brustwarzen-Piercings muss der Schmuck entfernt werden. Das Risiko einer Narbenbildung ist gering, aber die Fisteln können zuwachsen. Milchstau und Mastitis können durch verwachsene Poren und Milchgänge entstehen.

Botox und Filler

Botox und Co. beschränken sich längst nicht mehr auf eine ältere Klientel. Falten werden erst mit Fillern unterfüttert. Die meist verwendete Füllersubstanz ist Hyaluronsäure, diese kommt auch im menschlichen Körper vor, z.B. in der Gelenkschmiere. Danach wird mit Botox, einem Nervengift aus hochreinem Botulinumtoxin, der Muskel lahmgelegt, um erneute Faltenbildung zu verhindern.

Für die Anwendung von Botox in der Schwangerschaft oder Stillzeit fehlen kontrollierte Studien. Wegen der geringen Dosis und der lokalen Applikation ist eine systemische Verteilung nur in extrem starker Verdünnung zu erwarten. Zudem scheint Botox weder die Plazenta, noch die Zellmembranen der Brustdrüse (Muttermilch) zu passieren. Auch zur Verwendung der Füllersubstanzen liegen keine konkreten Daten vor. Das Risiko für die stillende Mutter entspricht dem der nichtstillenden Frau, das Risiko für den Säugling gleich Null. Dennoch wird in der Regel den Müttern von der Behandlung abgeraten, mit dem Hinweis, dass Mütter und Kinder Botulismusquellen vermeiden sollen.

Andrea Hemmelmayr

Anmerkung der Redaktion: Tätowieren gilt strafgesetzmäßig als Körperverletzung und ist daher nur mit Einwilligung des Klienten/in möglich. Den internationalen Empfehlungen zufolge sollte das Tätowieren mindestens ein halbes Jahr zurückliegen, wenn die Mutter zu stillen beginnt.

Gewichtsverlust

und die intravenöse Flüssigkeitsgabe unter der Geburt

Primar Dr. Michael Rohde, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe und Leiter der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Baby friendly-zertifizierten LKH Bregenz berichtet in seinem Vortrag im Mai in Innsbruck, dass durch die hohe Fluktuation des Personals immer wieder Schulungsbedarf besteht und die interdisziplinäre Zusammenarbeit von immenser Bedeutung ist – zu sehen an der Thematik der i.v.-Flüssigkeitsgabe unter der Geburt.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit gestaltet sich auf der „eigenen“ Station natürlich leichter als in der Zusammenarbeit mit mehreren Abteilungen. In jedem Fall braucht dazu viele Gespräche und den Einsatz von Diplomatie: Kinderärztinnen und -ärzte und GynäkologInnen müssen sich abstimmen, auch AnästhesistInnen und natürlich Hebammen und Pflegepersonal sind im Team. So gilt es, jede/n auf ihrem/seinem Spezialgebiet zufrieden zu stellen.

Beispiel kindlicher Gewichtsverlust

Der postpartale Gewichtsverlust des Kindes ist in einem kritischen Bereich, zufüttern ist indiziert. Die Mutter ist kurz vor der reichlichen Milchbildung, dem Kind geht es gut, die Mutter ist sehr besorgt und zweifelt an ihren Fähigkeiten. Wenn jetzt zugefüttert wird, gibt die Mutter möglicherweise auf. Erschwerend kommt noch dazu, dass der diensthabende Kinderarzt kompromisslos ist, was die Gewichtsabnahme des Kindes betrifft. Er besteht auf das Zufüttern mit der Flasche, von Alternativen wie Löffel, Becher, Brusternährungsset hält er nichts. Das kommt uns allen bekannt vor. Jetzt liegt es an uns, die Unsicherheit der Mutter zu mindern und sie weiter zu motivieren, ihr Kind häufig an die Brust zu legen. Wir klä-



© Adobe Stock

ren über physiologische Vorgänge auf und appellieren, dass die Natur das alles so vorgesehen hätte. Gebärende sind heute im Durchschnitt älter als vor einigen Jahren und tun sich vielleicht auch schwer, von einer jungen Schwester Informationen und Unterstützung anzunehmen. Die Zweifel können vielleicht nicht ganz beseitigt werden und so möchte dann doch die ein oder andere Mutter mit der Flasche füttern.

Das Wissen um den Gewichtsverlust ist nicht neu. Ob er physiologisch, kritisch oder pathologisch betrachtet wird, hängt vom betreuenden Arzt und den Empfehlungen aus der Literatur, denen er folgt, ab. Bezüglich des Stillerfolges ist es nicht unerheblich ob zugefüttert wird oder nicht. Zufüttern verkürzt die Stilldauer signifikant. Deshalb die Empfehlung:

„Zufüttern nur nach medizinischer Indikation“!

Verschiedene Stoffwechselmechanismen verursachen einen postnatalen Gewichtsverlust. Natürliche Reserven in der Überbrückung bis zur reichlichen Milchbildung werden aufgebraucht. Die Anpassung der Hydratation und Hormonumstellung an postnatale Verhältnisse erfolgt. Katabolismus durch die Umstellung der Ernährung über die Nabelschnur zur eigenständigen Nahrungsaufnahme findet statt. Notwendige Maßnahmen in der Pflege wie z.B. Inkubatorpflege, parenterale Ernährung, Fototherapie beeinflussen den Flüssigkeitshaushalt.

In den 60er-Jahren gab es Untersuchungen über die extrazellulären und intrazellulären Flüssigkeitsverhältnisse. Die größte Veränderung findet in den ersten Lebenstagen statt und äußert sich durch einen größeren Gewichtsverlust. Diese Umstände setzen sich dann das ganze Leben fort, zwar viel langsamer, aber im Laufe des Le-

bens werden wir alle trockener und faltiger.

Es gab auch Untersuchungen, welchen Einfluss der Geburtsmodus oder die Flüssigkeitsverhältnisse der Mutter peripartal haben könnten. Dabei stellte man fest, dass es auch beim Fetus während der Geburt zu einer höheren Flüssigkeitsausscheidung kommen kann, die sich auch postpartal fortsetzt.

Hypothese Flüssigkeitsgabe

Wenn die Mutter während der Geburt intravenös Flüssigkeit erhält, kommt es zu einem höheren Flüssigkeitsverlust und damit Gewichtsverlust des Neugeborenen. Das klingt einfach, ist es aber nicht, denn viele Umstände haben Einfluss auf den Gewichtsverlust des Neugeborenen. Man muss sich auch überlegen, warum es zur Flüssigkeitsgabe bei der Mutter kam.

- **War es eine protrahierte Geburt?**
- **War es Sommer, hat die Mutter wenig getrunken?**
- **Wie war der Zustand des Neugeborenen, sein Such-/Saugreflex?**
- **Wie war der Zustand der Mutter, Blutverlust?**
- **Wie war die Stillmotivation der Mutter?**
- **Wie war die Stillunterstützung?**
- **Wurde ausschließlich gestillt?**
- **Sectio primär, sekundär, Notfall?**

Bei intrapartalen Flüssigkeitsgaben kann es auch zu Ödembildung kommen. Bei einer Brustdrüsenerschwellung kommt es häufig zu Anlegeschwierigkeiten.

Dies sind alles Hypothesen, wissenschaftlich ist das sehr schwierig nachzuweisen. Man könnte es auch umgekehrt sehen. Wenn man der Frau keine Flüssigkeit gibt, könnte es zur Exsikkose, Hypertonie oder Azidose kommen und damit wieder zum verstärkten Gewichtsverlust.

2015 ging man im Journal of human Lactation der Frage nach, wie hoch der mittlere Gewichtsverlust eines gesunden NG ist. Wann wird es über die 7%- und 10%-Grenze hinaus kritisch?

Man versuchte, dies zu analysieren und kam dann zum Schluss, dass die Frage nicht beantwortet werden kann. Wahrscheinlich ist der Gewichtsverlust gestillter Neugeborener größer als jemals beschrieben. Neue Studien sind notwendig um diesem Thema auf den Grund zu gehen. Es ist uns klar, dass nach Sectio- und PDA-Geburten der Gewichtsverlust höher ist. Aber spielen Infusionen wirklich eine Rolle?

Studienlage

Bei einer Studie mit 448 Geburten stellte man Folgendes fest: Frauen erhielten entweder weniger als 100ml/h oder mehr als 200ml/h während der Geburt infundiert. Hier lag bei den Frauen, die mehr Flüssigkeit erhielten das Risiko dreimal höher, dass das NG einen Gewichtsverlust von mehr als 10% hatte. Es gibt auch Versuche, wo zwei getrennte Abteilungen ihre Gebärenden unterschiedlich versorgten. Es scheint auch hier Auswirkungen zu geben. Auf einer Abteilung wurden die Frauen wie üblich mit Flüssigkeit versorgt. Auf der anderen Gebärtation hielt man sich mit der Flüssigkeitsgabe sehr zurück. Dort verloren die NG seltener Gewicht bis zur 10% Grenze.

All diese Studien zwischen 2010 und 2015 kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen, sodass die Situation in etwa unentschieden steht. Es gab noch einige andere Studien, teilweise sehr aufwändig mit vielen Einflussfaktoren, die mehrmals gemessen wurden. Man kommt zu dem Ergebnis, dass es eine Rolle spielt. Man erwägt, das Gewicht nach den ersten 24 Stunden als Basiswert zu nehmen, empfiehlt aber dazu weitere Studien. 2017 gab es eine Studie bei Sectio-Geburten und Geburten unter Spinalanästhesie. Man wollte Erkenntnisse erlangen im Zusammenhang mit der infundierten Flüssigkeitsmenge und dem Gewichtsverlust des Kindes. Hier wurde kein wesentlicher Unterschied zwischen den zwei Gruppen festgestellt.

Wir brauchen nicht enttäuscht sein, dass das Ganze nicht unseren Theorien entspricht. Es ist wissenschaftlich einfach schwer nachzuweisen, weil zu

viele Einflussfaktoren das Ganze viel zu komplex und vielfältig machen.

Eigene Perzentilen

2015/16 wurden in Amerika, vor allem in Kalifornien, von riesigen Krankenhausträgern und damit verbundenen Versicherungen über mehrere Jahre Daten gesammelt. Über 150.000 Einlinge über 36 SSW wurden in einer Datenbank mit Gewichtsverläufen zusammengefasst. Man kam zur Erkenntnis, dass physiologische Gewichtsverluste wahrscheinlich wesentlich höher sind als bisher angenommen. Daraus hat man ein Tool für Gewichtseintragungen entwickelt, in dem ersichtlich wird, ob der Gewichtsverlust in der Norm liegt oder nicht. Die 7% und 10% Gewichtsgrenze ist ersichtlich und der Verlauf abgebildet. Es wird unterschieden, ob das Kind vaginal oder per Sectio geboren wurde, auch ob das Kind gestillt wird oder die Flasche trinkt.

Diese Perzentilen können unter www.newbornweight.org angeschaut und angewendet werden. Damit hätte man eine gute Orientierungshilfe für den postpartalen Gewichtsverlauf. Die praktische Umsetzung auf einer Geburtshilfe gestaltet sich etwas schwierig, ist aber durchaus möglich. Jedenfalls sollte es jeder einmal ausprobieren, um den Unterschied zu sehen.

Diese Tools sind auch im deutschsprachigen Raum schon eingeflossen. In der Zeitschrift „Kinder- und Jugendheilkunde“ veröffentlichte man erstellte Updates zur Zufütterung. Man konnte dort auch entnehmen, dass diese Kurven (Normogramme) auf Europa gut übertragbar sind und die Verwendung dieser Tools empfohlen wird.

Fazit

Flüssigkeitsgaben sub partu sollen evidenzbasiert eingesetzt werden, sie spielen eine Rolle beim Gewichtsverlust des Kindes. Geeignete Perzentilen sollen eingesetzt und Interdisziplinäre Richtlinien sollen erstellt werden.

Vroni Goreis

Aktuelles

aus der Welt des Stillens

Aktiv in die Weltstillwoche ...

Die Weltstillwoche wird alljährlich als Aktionswoche in 120 Ländern abgehalten um das Stillen zu fördern. Viele Länder feiern bereits im August (zum Jahrestag der Unterzeichnung der Innocenti Deklaration), in den westeuropäischen Ländern wird sie in der 40. Kalenderwoche, heuer also vom 1. bis 7. Oktober 2019, abgehalten, in Anlehnung an die normale Schwangerschaftsdauer von 40 Wochen.

Diese Aktionswoche gibt uns StillberaterInnen die Möglichkeit, aktiv auf Eltern zuzugehen und aktiv Werbung für Stillen als Ernährungs- und Betreuungsform zu machen. Vielleicht haben Sie Lust ein Stillpicknick zu gestalten? Vielleicht suchen Sie die Kooperation mit einer Bücherei oder Buchhandlung und gestalten einen Büchertisch mit einschlägiger, empfehlenswerter Literatur? Vielleicht kann im Krankenhaus, in einem Shoppingcenter oder an anderen interessanten Stellen ein Informationsstand aufgebaut werden! Vielleicht nutzen Sie die sozialen Medien um interessante Fakten unter die Leute zu bringen, oder Sie nehmen die Weltstillwoche zum Anlass, eine eigene Informationsbroschüre für Eltern zu gestalten ...

Natürlich kann die Weltstillwoche auch mit Kolleginnen und Kollegen gefeiert werden. Vielleicht eine gute Gelegenheit, eine Stationsschulung zum Thema Stillen zu organisieren. Vielleicht besprechen Sie bei einem „Weltstillwochenfrühstück“ die Herausforderungen in der Betreuung von Stillpaaren und vielleicht überlegen Sie gemeinsam, welche Standards nötig wären um einheitlich und effizient zu beraten und zu begleiten. Welche Informationsmaterialien brauchen denn die Eltern? Welche Fälle haben Sie in letzter Zeit besonders beschäftigt oder vielleicht ist es einfach Zeit auch mal „Danke“ zu sagen für eine gute Zusammenarbeit – und sich auch mal selbst auf die Schulter zu klopfen.

Vielleicht könnte das Thema Säuglingsernährung und Stillen in Schulen aller Altersstufen behandelt werden. Besonders wenn sich Mütter mit kleinen Babys finden, die den Vortrag begleiten und für Fragen zu verfügen stehen, schmelzen sogar die schlimmsten Klassenrabauken dahin! Vielleicht ist es aber auch Zeit, politisch etwas zu bewegen. Aufzuzeigen, wie viele Kodex-Verletzungen tagtäglich passieren. Im Betrieb, in der Gemeinde, auf Landes- oder Bundesebene stillfreundlichere Umgebung zu schaffen und die entsprechende Finanzierung bereitzustellen. Beim eigenen Berufsverband einmal die Wertigkeit der Brusternährung hervorzuheben, den Internationalen Kodex zu Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten zu thematisieren. Werden Sie aktiv und berichten Sie uns und unseren Lesern von den von Ihnen in die Wege geleiteten Aktionen.



La Leche Liga Österreich ...

„Man sieht eindeutig, dass es hier eine Stilltagung geben muss: Viele lachenden Väter mit Kindern im Tragetuch am Spielplatz!“ Diese so nett formulierte Beobachtung eines Vaters beschreibt die Stimmung bei der diesjährigen Fachtagung der La Leche Liga Österreich vom 17. bis 19. Mai in Kärnten. Lachen war tatsächlich überall und immer wieder zu vernehmen. Neben vielen Gesprächen, Vernetzungstreffen und fachlichen Inputs konnten rund 100 Teilnehmerinnen der Fachtagung ein intensives und zugleich schönes Tagungswochenende verbringen. Das Kärntner Organisationsteam schaffte eine Veranstaltung, welche durch ihre positive Grundstimmung geprägt war und nachhaltig in den Köpfen und Herzen der Teilnehmerinnen verankert sein wird. Dafür sorgten unter anderem die ReferentInnen, die in einem guten Mix aus Workshops, Vorträgen und Diskussionen zu Wort kamen. So waren beispielsweise auch die ersten nationalen Stillberaterinnen der La Leche Liga vor Ort: Isolde Seiringer und Waltraud Kovacic. In berührenden Worten gaben sie einen Rückblick über 40 Jahre La Leche Liga Österreich. Mit der Fachtagung galt es auch, dieses Jubiläum zu feiern, dass durch das unermüdete Engagement und sehr viel Herzblut der ehrenamtlichen Beraterinnen überhaupt möglich geworden ist.

Der Veranstaltungsort am Maltschachersee sorgte für ein besonders familienfreundliches Ambiente, was den vielen mitgereisten Familienmitgliedern (rund 100 PartnerInnen und Kinder) sehr zu Gute kam. Informiert, motiviert und mit einem Lächeln im Gesicht gingen die Teilnehmerinnen auseinander, um auch künftig Mütter und Kinder zu begleiten, zu stärken und für eine breite Stillförderung einzutreten.



Redaktionsbaby ...

Wir gratulieren Susanne Lachmayr aus dem VSLÖ-Redaktionsteam sehr herzlich: Sie hat zum zweiten Mal Nachwuchs bekommen. Söhnchen Elias kam am 17. Juni 2019 zur Welt. Frohes Kuseln und Stillen!



25 Jahre VSLÖ
Stillkongress Salzburg 21. – 23.11.2019
 „Stillen: gestern – heute – morgen“

Programm und Anmeldung auf www.stillen.at
 Mit Zungenband-Workshop für Ärztinnen u. Ärzte!

Regionaltreffen Wien: 24.09. und 12.11.2019, 18 Uhr
 Währingerstraße 138/17, 1180 Wien

VSLÖ-Fachtag – Das zu kurze Zungenband
 13.03.2020, Gottscheerstraße 1, 9020 Klagenfurt



Stillen – Interdisziplinäre Fortbildung
 Innsbruck 19.06.2020

**Angebote des Europäischen
 Institutes für Stillen und Laktation:**

Still-ZEIT

Leoben: Teil 1: 15.01. – 17.01.,
 Teil 2: 25.03. – 27.02.2020

Still-WISSEN Eintägiges Seminar für Ärzte
 München: 07.12.2019

Seminarreihe INTENSIV klassisch 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

Seminarreihe INTENSIV klassisch mit eLearning Innsbruck

Seminar 2: 27.01. – 29.01.2020
 Seminar 3: 05.03. – 07.03.2020
 Seminar 4: 08.06. – 11.06.2020

Teamschulungen für Kliniken

Aktuell, evidenzbasiert, praxisorientiert, motivierend,
 mit nachhaltigem Lernerfolg
 Nach Bedarf: Ein-/Mehrtägig, BFHI-Schulung, Ärzteschulung ...
Anmeldung und Information: Anne-Marie Kern,
 Tel. +43 (0)2236 723 36, annemarie.kern@stillen-institut.com

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
Mitarbeiter dieser Ausgabe:
 G. Schober, G. Böhm
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 neue
 Redakteurinnen, Themenvor-
 schläge und Termininfos!**

Mail an: redaktion@stillen.at

Nächster Redaktionsschluss:
 18.11.2019

21. – 23. November 2019

STILLKONGRESS

Stillen: gestern – heute – morgen

Parkhotel Brunauer

Elisabethstraße 45a, 5020 Salzburg



www.stillen.at

VSLÖ

Verband der Still- und LaktationsberaterInnen Österreichs IBCLC

Jahre
25