



VSLÖ

Sommer 2021

Verband der Still- und Laktations-
beraterInnen Österreichs IBCLC

news

Save the date
Weltstillwoche
01. - 07.
Oktober
2021



ERFAHRUNGEN SAMMELN

Lernen für die Praxis
anhand von
Fallbeispielen.

DER VSLÖ

wünscht allen
einen erholsamen,
schönen Sommer.

INFORMATIONEN FINDEN

Das Konzept
evidenzbasierter Praxis
in der Stillberatung.

Liebe Leserinnen und Leser,



DSAⁱⁿ Anita Schoberlechner

herzlich willkommen zu unserer Sommerausgabe der VSLÖnews!

„STILLEN SCHÜTZEN“

Die heurige Weltstillwoche möchte darauf aufmerksam machen, dass es beim Stillen auf die individuelle, persönliche Beratung ankommt, und auch auf die Verantwortung DER Öffentlichkeit und die Bedeutung FÜR die Öffentlichkeit. Es geht nicht nur um das Engagement des/der Einzelnen, sondern auch um die der Organisationen und der Politik. STILLEN SCHÜTZEN – UNSERE GEMEINSAME VERANTWORTUNG!



Die World Alliance of Breastfeeding Action, kurz WABA genannt, schreibt:

„#WBW2021 wird sich darauf konzentrieren, wie das Stillen zum Überleben, zur Gesundheit und zum Wohlbefinden aller beiträgt und dass das Stillen weltweit geschützt werden muss...“

So wird auch der VSLÖ seinen Teil zur Weltstillwoche beitragen und das VSLÖ PR-Team einige Ideen umsetzen. Lassen wir uns überraschen!

VSLÖ goes online

Der VSLÖ blickt auf 12 erfolgreiche Monate zurück. Wir haben uns nicht kleinkriegen lassen und sämtliche Stillfachtagungen bzw. die Generalversammlung auf Webinare umgestellt und online Workshops angeboten.

Die Entscheidung im Frühjahr 2020 Seminare online anzubieten fiel nicht schwer, da es dem VSLÖ-Vorstand ein großes Anliegen war und ist seinen Mitgliedern und dem Fachpersonal weiterhin aktuelles Wissen zu präsentieren. Die Angebote wurden von Anfang an sehr gut angenommen und weitere Workshops wurden organisiert.

Danke an alle, die dabei waren und für die lieben Rückmeldungen!

Und ein riesengroßes Dankeschön an das VSLÖ-Redaktionsteam, die in mühevoller Arbeit sämtliche Vorträge für uns in dieser Ausgabe der VSLÖnews zusammengefasst haben!

Viel Freude beim Lesen und Weiterbilden!
Alles Liebe, Anita Schoberlechner Präsidentin des VSLÖ

Viele Wege ...

führen zum Ziel einer geglückten Stillbeziehung

Mit ausgewählten Fallbeispielen zeigt uns Christa Herzog, IBCLC mit langjähriger Praxis, beim VSLÖ-Webinar Mitte März 2021 den Facettenreichtum in der Stillberatung. Die Namen in den Fallbeispielen sind frei erfunden:

1) Fr. Omlin erwartet ihr sechstes Kind. Sie kommt in der 28. Schwangerschaftswoche ambulant zur Stillberatung. Die Areolen erscheinen trocken, offene Stellen sind sichtbar, welche nach ca. 10 Minuten beginnen Wundsekret abzusondern. Die Anamnese ergibt, dass alle Kinder gestillt wurden und die akuten Beschwerden in jeder

Stillzeit nach einigen Wochen aufgetreten sind. Div. Behandlungen, welche auf Soor schließen lassen, wurden durchgeführt. Fr. Omlins Motivation zu Stillen ist sehr groß, jedoch sagt sie, dass das jetzt ihr letzter Versuch bzgl. ihrer Beschwerden sei. Ganz nebenbei erwähnt sie, dass sie an Multiple Sklerose leidet und keine Medikamente einnimmt.

Die weitere Vorgehensweise ist ein Netzwerk zwischen Fr. Omlin, der Stillberaterin, der Dermatologin und der Gynäkologin. Zum Einsatz kommen Hydrogel Pads, eine Cortisonsalbe und auf Wunsch von Frau Omlin die Rin-

gelblumensalbe. Die Haut der Areolen erholt sich in der Folge, noch vor der Geburt des Kindes sind die Mamillen und Areolen wieder intakt. Die Ursache war eine allergische Reaktion auf die Stilleinlagen, welche sich aus dem Umstand, dass die Beschwerden in jeder Stillzeit stets erst ab der Verwendung von Stilleinlagen aufgetreten sind, ergibt.

Fazit für die Stillberatung: Die Stillberaterin leistet oftmals detektivische Arbeit, Hinweise bekommen wir oft in Nebensätzen, manchmal finden wir eine einfache Ursache und in der Folge auch zu einer einfachen Lösung.

2) Fr. Bender hat ihre Tochter Mona per Wunschsectio entbunden, danach musste Mona überwacht werden, wodurch Mutter und Kind für zwei Tage getrennt wurden. Fr. Bender überbrückte diese Zeit mit Abpumpen und stillte dann wieder. Ihre positive Still Erfahrung mit dem ersten Kind motivierte sie, die Stillberaterin aufzusuchen. An der linken Mamillenspitze zeigt sich eine Verletzung, die durch die eingezogene Mamille erschwert abheilen kann. Nach dem Stillen bekommt die aufgerichtete Mamille einen „Mesofix – Ring“ um ein trockenes Abheilen zu ermöglichen. Weitere Maßnahmen sind: Anpassung der Stillposition, Spülung mit physiologischer NaCl-Lösung, Auftragen von Lanolin und das Tragen von Donuts. Nach weiteren zehn Tagen hat sich die Läsion vergrößert und Fr. Bender möchte nun eine Stillpause einlegen und an der linken Brust abpumpen. An der rechten Brust stillt sie weiter, Mona erhält genug Muttermilch und muss nicht zugefüttert werden. Nach vier Wochen Abpumpen ist die linke Mamille vollständig abgeheilt, Fr. Bender kann beidseitig stillen und Mona nimmt ohne Probleme die linke Brust wieder an. Zufällig erwähnt Fr. Bender, dass sie nach der ersten Stillzeit eine Operation zur Korrektur der eingezogenen linken Mamille hatte durchführen lassen. Da durch die Narbenbildung das Gewebe der Mamille weniger elastisch war haben wir hier die Erklärung für die wunde Mamille gefunden. Die Maßnahme des Abpumpens förderte die Elastizität des Gewebes sodass in der Folge keine Verletzungen mehr auftraten.

Fazit für die Stillberatung: Auch hier wurde die Ursache des Problems zufällig gefunden, bleiben wir deshalb aufmerksam gegenüber Bemerkungen der Mütter. Wichtig ist, ihre Wünsche zu respektieren und zu berücksichtigen.

3) Fr. Huber hat ihr erstes Kind Marcel vor drei Wochen entbunden. Inzwischen sind beide Mamillen offen. Sie stillt mit Saughütchen Größe M, spült nach dem Stillen mit physiologischer NaCl-Lösung und versorgt die Mamillen anschließend mit Lanolin. Fr. Huber hatte großes Vertrauen zu ihrer Hebamme, welche auch die Stillbe-

raterin vermittelt hat. Folgende Maßnahmen werden getroffen: Anpassen der Stillposition, Wechsel zu Stillhütchen Größe L, weiterhin Anwendung von physiologischer NaCl-Lösung und Lanolin, Laserbehandlung. Die Mutter möchte keine antiseptische Behandlung. Abpumpen ist bei Fr. Huber nicht beliebt, sie pumpt nur selten ab und füttert Formulanahrung mit der Flasche zu. Eine deutliche Besserung tritt an der linken Mamille nach einer Woche ein, an der rechten Mamille nach zwei Wochen. Nach der vollständigen Abheilung füttert Fr. Huber einige Zeit Formulanahrung mit Sonde und Spritze an der Brust zu. Das Erlebnis des schmerzfreien Stillens, die Nähe zu Marcel sind Frau Huber wichtig als positive Erinnerung für mögliche weitere Stillbeziehungen.

Fazit für die Stillberatung: Die Dokumentation der Behandlung wunder Mamillen ist wichtig, aber auch schwierig. Um gute Bilder zu erhalten braucht es das richtige Licht, am besten wird immer aus der gleichen Perspektive fotografiert. Es muss unbedingt eine schriftliche Einverständniserklärung der Mutter eingeholt werden. Die Dokumentation sollte auch eine Vermessung der Wunde mit einem Maßstab und eine Schmerzskala beinhalten. Auch hier ist Zuhören für die Therapie hilfreich. Was möchte die Mutter, was möchte sie nicht? Weitere Maßnahmen zur Behandlung wunder Mamillen unter <https://www.stillen-institut.com/de/wunde-mamillen.html>

4) Frau Burg ist Marktfräulein am Gemüsemarkt in Luzern und bereits zehn Tage nach der Geburt von Linda wieder am Markt tätig. Linda ist, wie bereits die beiden anderen Kinder von Fr. Burg, zu früh (in der 30. Schwangerschaftswoche) zur Welt gekommen. Die Herausforderung besteht nun darin neben der strengen Arbeit regelmäßig Muttermilch abzupumpen. Fr. Burg braucht an diesem ersten Markttag Hilfe beim Zusammenbau des Pumpzubehörs, einen Ort in der Nähe zum ungestörten Abpumpen, einen Überbringer der Muttermilch. Hilfe bekommt sie durch die zufällig vorbeikommende Stillberaterin; der zuerst geplante Ort, der eigene Lieferwagen, entfällt, da Strom fehlt – welche Erleichterung, im Restaurant



gleich nebenan gibt es an jedem Tisch eine Steckdose. Der Vater bringt die abgepumpte Muttermilch direkt zu Linda in die Kinderklinik. Sechs Monate später wird Linda ausschließlich gestillt und von ihrem Vater zum Stillen zu ihrer Mutter zum Markt gebracht. In Erinnerung bleibt Fr. Burg allerdings die, für sie verletzende, Aussage einer Fachfrau: „Diese Mutter macht was sie will“, übersetzt heißt das, sie stillt nach Bedarf! Nachhaltig ist hingegen die zwei Jahre geglückte Stillbeziehung.

Fazit für die Stillberatung: Neben dem Fachwissen, das die Stillberaterin vermitteln soll, helfen ebenso praktische Hilfestellungen. Die Mutter ist dankbar für das offene Ohr. Sie fühlt sich angenommen, wenn ihr Gegenüber ihr unvoreingenommen zuhört, aber auch adäquat handelt.

Christa Herzog zeigt mit ihren Fallbeispielen auf, dass wir bei jeder Stillberatung etwas dazulernen können und somit die Möglichkeit haben unseren Erfahrungsschatz stetig zu vergrößern. Eine hilfreiche Frage an Mütter ist laut Christa Herzog: „Was hat Ihnen am meisten geholfen?“, sie bringt oft unerwartete, interessante Antworten. In diesem Sinne bleiben wir offen, neugierig und lassen wir uns immer wieder überraschen.

Eva Maximik

Ein erster Einblick

Evidenz-basierte Praxis in der Stillberatung

Angelehnt an den Vortrag von Gabriele Nindl zur Thematik „Studiendesign in Theorie und Praxis“ lenkt dieser Artikel den Blick auf Evidence-based Practice als Ziel von professioneller Stillberatung.

Was ist damit eigentlich gemeint? Wie kann die stillberaterische Einzelfallentscheidung evidenzbasiert erfolgen? Das Konzept Evidenz-basierter Praxis beruht grundsätzlich auf drei Säulen: Klinische Expertise, Bedürfnissen und Ressourcen der Patient*innen und der besten verfügbaren Evidenz. Erweiterbar sind diese Komponenten möglicherweise auch noch um die vorhandenen Umgebungsressourcen. All diese Faktoren fließen in die individuelle Einzelfallentscheidung ein. Wenn externe Evidenz in der Praxis Anwendung finden soll, ist ein strukturiertes Vorgehen hilfreich.

Die sechs Schritte der EBN (Evidence-based Nursing) Methode bieten so beispielsweise eine Möglichkeit, prozessgeleitet Wissen in die Einzelfallentscheidung einfließen zu lassen: Auftragsklärung – Fragestellung – Literaturrecherche – kritische Beurteilung der Literatur – Implementierung und Adaption – Evaluation.

Wie finden wir als Stillberaterinnen nun die beste verfügbare Evidenz? Hierfür ist ein wissenschaftliches Grundlagenwissen auch hinsichtlich der Beurteilung von Studien erforderlich. Das Studiendesign bestimmt grundsätzlich die Qualität und Aussagekraft einer Studie. So muss beispielsweise das jeweilige Studiendesign zur Fragestellung passen. Primär unterscheiden wir quantitative Untersuchungen von hermeneutisch – interpretativen Untersuchungen. Beide Zugänge sind für die stillberaterische Praxis als wesentlich zu erachten, da sich die Angemessenheit einer Studie aus dem jeweiligen Hand-

lungskontext ergibt. Im medizinischen Kontext befassen wir uns sehr häufig mit quantitativen Untersuchungen, hier unterscheidet man vorrangig Beobachtungsstudien (beschreibend/analytisch) von Interventionsstudien (Experiment, randomisiert/nicht randomisiert, verblindet ...). Das deutsche Netzwerk für EBM klassifiziert folgende Evidenzstufen:

- 1) **Systematische Übersichtsarbeit von randomisiert kontrollierten Studien.**
- 2) **Randomisierte kontrollierte Studie oder Beobachtungsstudie**
- 3) **Nicht randomisierte kontrollierte Kohortenstudie**
- 4) **Fallserien, Fall-Kontroll-Studien, oder historisch kontrollierte Studien**
- 5) **Pathophysiologisch-mechanistische Argumente.**

Neben der Beurteilung der Glaubwürdigkeit einer Studie gilt es ebenso, die Aussagekraft als auch die Anwendbarkeit der Ergebnisse zu prüfen. Für die jeweiligen Studiendesigns (z.B.: Interventionsstudie/ Beobachtungsstudie) stehen unterschiedliche Beurteilungshilfen zur Verfügung, Links zum Download finden sich im Anschluss an den Artikel. Diese Beurteilungshilfen bieten einen guten Weg, um vorhandene Literatur kritisch zu lesen und somit im Endeffekt das beste verfügbare Wissen in die Praxis zu implementieren. Gabriele Nindl führte in ihrem Vortrag unter anderem eine grundlegende Fragestellung an, welche sich Leser*innen im Rahmen der Literaturbewertung stellen sollten: „Schau auf den Titel – lies das Abstract und die Einleitung – wirf einen Blick auf die Tabellen und Graphiken – schau die Methoden an – lies die Resultate – wie werden wichti-

ge Begriffe definiert (wie wird Stillen definiert?) – wer bezahlt die Studie – wer ist der/die Autor*in und welche persönlichen Zugänge/Vorwissen hat diese*r zur Thematik?“ Dieser erste kritische Blick auf Literatur ist wesentlich für evidenzbasierte Praxis. Zur Klärung der jeweiligen Begrifflichkeiten hinsichtlich spezifischen Vokabulars, Methodik, Effektstärken bzw. statistischer Größen usw. bieten sich Glossare an, welche genanntes definieren und beschreiben (Link im Anschluss).

Zusammenfassend kann gesagt werden: Als Stillberater*innen, welche im Sinne einer evidenzbasierten Praxis arbeiten, ist eine laufende Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Erkenntnissen unerlässlich. Vorherrschende Barrieren (z.B.: Sprache – die meiste Literatur ist in englischer Sprache verfügbar, nicht geläufiges Vokabular etc.) gilt es, durch Eigeninitiative und Motivation zu überwinden. Nur so ist eine evidenzbasierte Einzelfallentscheidung möglich, nur so ist interdisziplinär sachlich kompetenter Austausch möglich. Um mit den Worten von Gabriele Nindl zu schließen: „Wir haben noch viel zu tun. Ein bisschen Wissen zu Studien und Statistik ist hilfreich.“

Sandra Schrempf

<https://ebninfo.at/glossar>
<https://www.ebm-netzwerk.de/de/service-ressourcen/ebm-glossar>
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/63755/Studiendesign-in-der-medizinischen-Forschung>
<https://www.cochrane.de/de/literaturbewertung>
<https://www.cochrane.de/de/cerqual-zur-bewertung-qualitativer-studien>
<https://www.uk-halle.de/fileadmin/Einrichtungsordner/Institute/GesundheitsUndPflgegwissenschaften/EbN-Netzwerk/QualitativeStudie.pdf>
<https://www.univie.ac.at/ksa/elearning/cp/quantitative/quantitative-titel.html>
<https://de.pons.com/%C3%BCbersetzung/englisch-deutsch/The>

Unterstützung

durch ein Hilfsmittel der besonderen Art

Überlegungen von Eva Bogensperger-Hezel, IBCLC, zusammengefasst von Eva Maximiuk

Wir alle kennen die gebräuchlichen Stillhilfsmittel wie Saughütchen, Milchpumpe, Brusternährungsset u.a., doch in diesem Vortrag geht es um ein Stillhilfsmittel, welches wir nicht angreifen können.

Bei einer mündlichen Umfrage in Stillgruppen sind die häufigsten Antworten auf die Frage „Was ist in der Stillzeit besonders unterstützend?“: Partner*in, Stillberater*in, Hebamme und Zuspriecher bzw. Austausch. Diese Antworten führen uns zum Stillhilfsmittel Zeit.

Zeit zusammen; Zeit, welche Mutter und Kind ungestört miteinander verbringen können; Zeit, um sich kennenzulernen; Zeit für Zuwendung. Zeit für Hautkontakt ist gleichzeitig Zeit für Bindungsaufbau. Im Krankenhausalltag, wo bei immer kürzerer Verweildauer immer mehr Untersuchungen und Checks durchgeführt

werden müssen und verschiedene Berufsgruppen ihre Vorgaben/Leitlinien zu erfüllen haben, bedeutet „sich Zeit nehmen“ eine Herausforderung; Zeit, freie Zeit ist hier knapp bemessen. Dieser Zeitmangel bedingt auch, dass das Pflegepersonal sehr lösungsorientiert arbeitet. Bei Schwierigkeiten werden sofort Lösungsvorschläge unterbreitet, statt sich zuerst auf Ursachensuche zu begeben. Besser werden die Kompetenz und Resilienz von Mutter und Kind allerdings durch Zuhören und Nachfragen (offene Fragen und W-Fragen stellen) gefördert, die Unterstützung wird dadurch nachhaltiger. Genaue Dokumentation und regelmäßige Evaluierung der gesetzten Maßnahmen dienen der Rechtfertigung des Zeitmanagements.

Neben der Krankenhausroutine müssen hier noch weitere „Zeiträuber“ genannt werden: Besuchszeiten und das schlechte Gewissen. Die in den letzten Jahren, vielfach auf Wunsch der Patient*innen, ausgeweiteten Besuchszeiten gehen im Wochenbett immer auf Kosten der exklusiven Zeit der Eltern mit ihrem

neugeborenen Kind. Es liegt in der Verantwortung der geburtshilflichen Abteilung, auf die Wichtigkeit dieser ungestörten gemeinsamen Zeit aufmerksam zu machen und sie durch klare Regelungen zu schützen. Und zu guter Letzt kommen wir zum – den meisten von uns gut bekannten – schlechten Gewissen. Das Wochenbett ist für die Frau meist eine emotional sehr sensible Zeit. Kreisen ihre Gedanken um Dinge aus dem Vorfeld ist sie blockiert für Neues, Beratung kann nicht ankommen. Auch in diesem Fall braucht es Zeit zum Zuhören, Dinge müssen ausgesprochen werden, um sie dann in die „schlechte Gewissen-Kiste“ packen zu können und gedanklich in den Keller zu bringen. Nebenbei erzeugt dieses Gedankenexperiment mit der „Gewissen-Kiste“ oft auch gleich ein Lächeln auf den Gesichtern aller Beteiligten und der Weg ist frei für Neues.

Und zum Abschluss noch der Aufruf „Nehmt euch Zeit für Austausch“ zum Beispiel in Stillgruppen und in Webinaren, auch wenn es online noch ungewohnt ist ;-)

Künstliche Sauger

Ein Leitfaden zum Umgang in der Stillberatung

Die Auswahl meines Vortrages steht in Verbindung mit meinem Hauptberuf als Logopädin. Immer wieder sehe ich Kinder mit Zahnfehlstellungen, interdentalem Schluckmuster, offener Mundhaltung und Artikulationsstörungen. In der der genaueren Anamnese mit den Eltern stellt sich oft-

mals heraus, dass diese Kinder noch Schnuller in einem viel zu hohen Ausmaß verwenden, noch Flaschen zum Einschlafen trinken oder sogar als Nuckelflaschen verwenden. Viele der daraus resultierenden Fehlfunktionen könnten vermieden werden, wenn die Eltern besser informiert wären. Schwierigkeiten beim Stillen, wie ein

verändertes Saugverhalten, könnten ebenfalls vermindert werden. Frauen berichten immer wieder über zu schnelles Zufüttern mit Flasche auf der Wochenbettstation, alternative Zufütterungsmethoden werden oft nicht gezeigt. Auch der Schnuller wird immer wieder zu schnell angeboten, um das Baby zu beruhigen,

ohne jedoch an die möglicherweise auftretenden Folgen zu denken. Vielen Eltern ist einfach nicht bewusst, welche Auswirkungen ein hohes Maß an Schnullergebrauch, eine ungünstige Beschaffenheit eines Flaschensaugers sowie ein nicht achtsamer Umgang mit der Flasche haben können. Umso wichtiger erscheint es deshalb, dass beratende Personen die Eltern gut über Risiken aufklären und begleiten. Deshalb befasste sich der Vortrag mit folgenden essentiellen Fragen: „Gibt es stillfreundliche Flaschen?“ und „Welche Schnuller sind kiefergerecht?“ Die Antwort darauf ist relativ einfach zusammengefasst: Es gibt keine. Trotzdem wird uns von den verschiedenen Herstellern immer wieder suggeriert, dass ihre Sauger, egal ob Ernährungs- oder Beruhigungssauger, die besten, kiefergerechtesten, natürlichsten, stillfreundlichsten oder brustähnlichsten sind. Wie also sollen sich Eltern, aber auch Fachpersonal, bei der Vielzahl an Produkten und pseudomedizinischen Bezeichnungen zurechtfinden? Wichtig zu wissen ist, dass für Schnuller (Beru-

higungssauger) und Flaschensauger (Ernährungssauger) unterschiedliche Anforderungen gelten. Das macht insofern Sinn, da der Schnuller zur Beruhigung eines Säuglings dient und somit länger im Mundraum verweilt als ein Flaschensauger. 2008 wurden von der interdisziplinären Arbeitsgruppe der Universitätsklinik Innsbruck objektive Kriterien entwickelt, die Beruhigungssauger und Flaschensauger aufweisen sollten. Schnuller sollten einen niedrigen Schnullerschaft (Ansatz des Lutschteils am Schild) sowie ein möglichst flaches, raumsparendes, queroval und flexibles Lutschteil besitzen. Außerdem sollte der Schnuller möglichst leicht sein und nicht „mitwachsen“, sprich bei der kleinsten Größe zu bleiben ist völlig ausreichend. Flaschensauger hingegen sollten über eine möglichst breite Lippenauflage und ein langes, saugnippelförmiges und flexibles Saugteil verfügen. Außerdem spielen ein kleines Saugerloch und eine hautähnliche Oberfläche eine wichtige Rolle. Sowohl bei Schnullern als auch bei Flaschensaugern gilt es, auf

einen verantwortungsvollen Umgang zu achten. Ist der Schnuller in dieser Situation gerade wirklich notwendig oder kann ich mein Baby auch anders beruhigen (z.B. Trage/Tragetuch)? Das Füttern mit der Flasche kann auch achtsam, bindungsorientiert und mit Körperkontakt erfolgen. Eltern sollten auch über mögliche stillfreundliche Zufütterungsmethoden aufgeklärt werden. Vielen Familien ist nicht bewusst, dass es auch Wege zwischen Brust und Flasche gibt.

Das Wissen über die positiven Auswirkungen des Stillens und mögliche negative Auswirkungen beim Gebrauch von künstlichen Saugern – wie Saugschwierigkeiten, Störungen der oralen Funktionen oder Artikulationsstörungen – ermöglicht es Fachpersonen, Eltern gezielt zu beraten und Risiken zu minimieren. Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass Eltern nur das Beste für ihr Kind wollen. Deshalb ist es sinnvoll sie gut aufzuklären, damit sie gut informiert ihre Entscheidungen treffen können.

Carina Mikula

Im Fluss

- Stillbeginn und Lymphsystem

Der Titel des Vortrages von Dorothea Hauswald, Physiotherapeutin aus Berlin, hätte treffender nicht gewählt werden können. Wer von uns, vor allem Kolleg*innen, die auf Wochenbettstationen tätig sind, kennt nicht das Szenario, wenn die Brust während einer sehr starken Initialen Brustdrüsenanschwellung prall oder sogar steinhart ist, spannt und schmerzt. Wie gerne würden wir hier den Frauen noch besser, schneller und effizienter helfen, gut durch diese Phase der Milchbildung zu kommen. Alle Maßnahmen können auch wirkungsvoll bei einem Milchstau

eingesetzt werden. Dorothea Hauswald hat uns hier etwas sehr Wertvolles und Hilfreiches in unseren „Stillberaterwerkzeugkoffer“ gelegt.

Lymph bedeutet übersetzt „heiliges“ oder „klares Wasser“. Etwa 2l Lymphflüssigkeit, v.a bestehend aus Wasser, Eiweißen, Fetten, belebten (z.B. Viren, Bakterien oder Krebszellen) und unbelebten Teilchen (z.B. Farbstoffe von Tattoos) werden pro Tag im Lymphsystem transportiert.

Lymphkolektoren sammeln die Lymphe aus den Lymphkapillaren. Sie

pulsieren leicht und besitzen glatte Muskulatur. Sie führen zu den Lymphknoten, welche schädliche Bestandteile, z.B. Krebszellen filtern, die möglichst nicht in die Blutbahn gelangen sollen.

Die Brust ist stark von Lymphgefäßen durchzogen. Auch im Clavicularbereich und in den Achseln befindet sich ein großes Lymphgefäßgebiet. Das Lymphgefäßsystem sieht bei jedem Menschen unterschiedlich aus. Eventuell kann eine Frau mit weniger Lymphbahnen anfälliger für Milchstaus sein.

Welche provozierenden Kräfte können einen Milchstau begünstigen?

1. Überwärmung/Erfrörierung

Wärme oder Hitze in oder an der Brust führt zu einer Gefäßerweiterung und vermehrten Durchblutung und somit Zunahme der lymphatischen Lasten. Auflegen von feuchter Wärme im Bereich der Achseln unterstützt die Sogwirkung der axillären Lymphknoten und hilft die gestaute Flüssigkeit abzutransportieren.

Eis als Auflage bei gestauter Brust oder initialer Brustdrüsenanschwellung ist zu vermeiden. Einerseits führt dies zur Vasokonstriktion und Hemmung des Milchspendereflexes, andererseits zu einer Irritation oder sogar Zerstörung des Gewebes mit anschließender Entzündungsreaktion und drittens setzt das Auflegen von eiskalten Auflagen die Lymphangiomotorik herab. Mild kühle Kompressen nach dem Stillen bringen aber Linderung.

2. Gewebeverletzung

Eine Verletzung des Brustdrüsenorgans kann zu einer Entzündungsreaktion und zur Ausbildung einer Stausymptomatik führen. (z.B. Tritt des Kindes in die Brust)

3. Druck ins Gewebe

Der Träger oder Bügel des BHs, das gebundene Tragetuch, dessen Strang direkt über die Brust und unter den Achseln entlangführt, der Sicherheitsgurt im Auto, dies sind alles Dinge, die den Abtransport behindern können.

Manche Mütter meinen es zu gut, wenn sie während eines Staus die Brust stark und fest massieren. Dies führt neben den Schmerzen, die wiederum den Milchspendereflex verzögern/hemmen, zu einer Gefäßerweiterung und folgenden verstärkten Durchblutung. Hier zählt der Spruch „Weniger ist mehr“ bzw. „Hands off“.

4. Überlastung durch Bewegung/Haltung

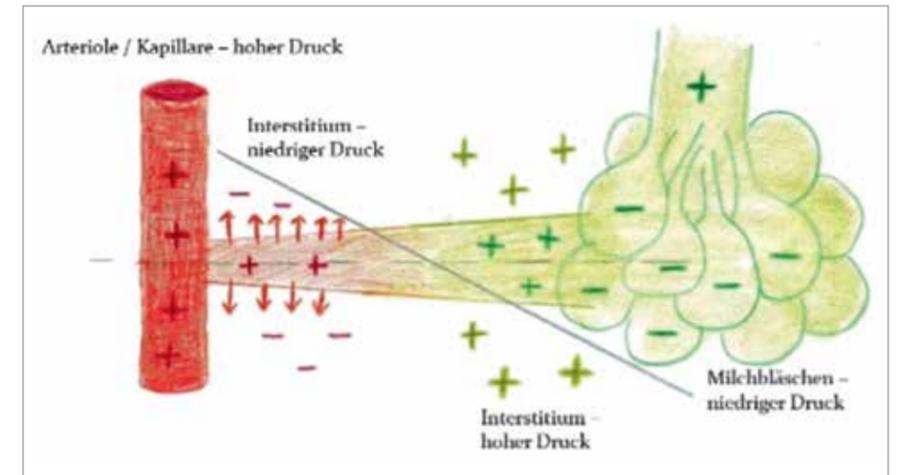
Bewegung regt den Muskelstoffwechsel an, es kommt zu einer verstärkten Durchblutung und Zunahme der lymphatischen Lasten. Während eines

Staus ist Ruhe eines der essentiellsten Dinge, die Mütter wissen und umsetzen sollen.

Wie können wir uns das Prinzip, nach dem das Lymphgefäßsystem funktioniert, in unserer Arbeit zunutze machen?

1. Der Sog von den Milchbläschen aus

Sind die Milchbläschen voll, weil zu selten oder ineffektiv gestillt wird, wird der Druck im Interstitium hoch und die Brust beginnt zu spannen und kann schmerzhaft werden. Ein Großteil des prallen Gefühls im Rahmen der Initialen Brustdrüsenanschwellung besteht aus interstitieller Flüssigkeit. Ausreichend häufiges, korrektes und effektives Anlegen des Babys ist das A&O.



© Dorothea Hauswald

2. Sog von den regionären Lymphknoten aus

Lymphknoten haben eine Sogwirkung und können so die Flüssigkeit aus den Lymphgefäßen zu sich locken. Den warmen Duschstrahl auf die Achilla richten oder mit einem feucht heißen (Achtung!! Temperatur vorher prüfen) Waschlappen tupfend die Achselhöhlen behandeln. Hitze verstärkt den Sog, der von den Lymphknoten ausgeht zusätzlich.

3. Sanfte Dehnung und Verschieben der Haut an der Oberfläche im Bereich der Achsel setzt Lymphfluss in Gang → Lymphtape

4. Vertiefte Einatmung bzw. ein vertieftes seufzendes Durchatmen wirkt, schon alleine durch die Haltung, die die Frau dabei einnimmt, unterstützend für den Lymphfluss, denn der Brustkorb soll nicht eingeknickt sein.

5. Gewebedruck/Halt der Brust

Manuelle Lymphdrainage regt den Sog an, der den Abtransport der Lymphe unterstützt. Hier sollte vor allem im stationären Setting die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Physiotherapeut*innen gesucht werden, um diese den betroffenen Müttern angeeignet lassen zu können.

Ein gut sitzender, aber natürlich keinesfalls einschnürender BH kann, wenn es für die Frau angenehm ist, der Brust Halt geben.

6. Schwerkraft

Durch Stillen in Rückenlage oder Kopf-

tieflage kann die Schwerkraft ausgenutzt werden um die Lymphe von der Brust wegfließen zu lassen und die Sogwirkung der Lymphknoten zu unterstützen.

7. Wissen verleiht Kompetenz. Durch neu erworbenes Wissen können wir Familien kompetenter begleiten und auch die Mütter selbst kompetent machen, wenn sie wissen, was z.B. im Falle eines Milchstaus zu tun ist oder was bei einer starken Initialen Brustdrüsenanschwellung Linderung verschaffen kann. Dieses Wissen beruhigt und macht zurecht.

Susanne Lachmayr

Que(e)r gedacht

Chancen in der Stillberatung von Regenbogenfamilien



Verena Flunger ist Leiterin des Regenbogenfamilienzentrums Wien (<https://www.rbfz-wien.at/>) und stellte im Rahmen ihres Vortrages die bunte Vielfalt von Familienkonstellationen in den Fokus. Das klassisch stereotype Familienbild „Vater - Mutter - Kind“ als geltende Norm zu betrachten ist in erster Linie ein Resultat gesellschaftlich und kulturell konstruierter Heteronormativität. Diese Konstruktion nimmt, wenn unreflektiert übernommen, bewusst und unbewusst Einfluss auf unsere Beratungstätigkeit: in der direkten Beratung, in unserer Sprache, in der Gestaltung von Vorträgen, in der Präsentation von Beratungsangeboten auf Homepage und Flyern.

Eingangs sei hier noch einmal kurz auf die Begrifflichkeit LGBTIQ+ eingegangen: Es handelt sich um eine Abkürzung aus dem Englischen für Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersex, Queer und weitere. Alle Buchstaben des Begriffes beschreiben entweder

ein sexuelles Verhalten, abweichend von der hegemonialen Heteronormativität, oder den Ausbruch aus den gesellschaftlich vorgegebenen geschlechtstypischen Rollenbildern sowie Merkmalen (beispielsweise Transsexualität, Transgender oder Intersexualität) (vgl. Grillitsch 2021, S. 17). In Österreich existieren unterschiedliche Möglichkeiten für Regenbogenfamilien mit Kinderwunsch: Neben Kindern aus vorausgegangenen heterosexuellen Beziehungen durch Geschlechtsverkehr auch Samenspende, Kinderwunschklolik/ Fortpflanzungsmedizin, Heiminsemination, Eizellenspende, Pflegeelternschaft, Adoptivelternschaft, Leihmutterchaft (nur im Ausland möglich). Diese unterschiedlichen Möglichkeiten hinsichtlich Kinderwunsch zeigen bereits, welche zentrale Bedeutung die Planung als auch die Bedürfnisse des Kindes in diesem Kontext einnehmen. Dies impliziert, dass viele Eltern, die zu uns in die Beratung kommen, sehr viel theoretisches Wissen mitbringen, welches sie sich im Rahmen ihrer intensiven Vorbereitung angeeignet haben.

Sind die Sorgen und Bedürfnisse von Regenbogenfamilien so anders als jene von heterosexuellen Paaren? Verena Flunger hat im Rahmen ihres Vortrages Frauen interviewt, welche als Regenbogeneltern über ihre Stillgeschichten berichten. Im Interview zeigen sich die uns bekannten Herausforderungen: Stillen als unbekannt herausfordernde Tätigkeit, Schlafdefizit, Unsicherheit zu Zufütterungsthemen uvm. Im Kontext mit lesbischen Eltern stellt sich auch die Frage: Müssen/dürfen/wollen Co-Mütter ebenfalls stillen? Aus mehreren Erfahrungsberichten zeigt sich, dass dies eine sehr individuelle Entscheidung darstellt. Die Aufgabe für uns als Stillberater*innen ist es hier, wie auch in jedem anderen Beratungskontext, Eltern eine informierte Entscheidung

zu ermöglichen. Treten Eltern mit der Idee an uns heran, dass beide Mütter stillen wollen, gilt es, realistische Ziele zu definieren. Induzierte Laktation ist ein stark ressourcenbeanspruchender Prozess. Dies muss in der Vorbereitung klar kommuniziert werden. In die grundsätzlichen Überlegungen sollten unter anderem folgende Faktoren einfließen: Handelt es sich um eine induzierte Laktation oder um eine Relaktation? Welche Ressourcen hat die Familie, um das ggf. straffe Management zur Milchbildungssteigerung zu meistern? Welche Alternativen finden sich für die Familie (BES, positiver Brustkontakt ohne Ernährungsanspruch, Tragen etc.)?

Ist der Beratungsfokus für LGBTIQ+ Eltern also ein anderer als bei Hetero-Eltern? Die Themen sind dieselben! Es gibt stillende Elternteile, es gibt nicht stillende Elternteile, es gibt Frauen die stillen möchten, es gibt Frauen, die nicht stillen möchten. Es gibt Herausforderungen, es gibt eine unbekannte Elternrolle, es gibt Sorgen, Freude, Glück - ganz viel Emotion. Wir Stillberater*innen müssen, sollten wir in unserer Beratungstätigkeit alle Familien ansprechen wollen, vielmehr auf Selbstreflexion setzen als auf spezielle Beratungsangebote: Denken wir LGBTIQ+ Familien in unserem Rollenverständnis mit? Was wissen wir über Familienkonstellationen, über Kinderwunsch, über Diskriminierung in diesem Kontext? Sprechen wir mit unseren Homepageauftritten, Fachartikeln, Flyern etc. alle Familien an? Nehmen wir genderrinklusive Sprache als Schlüssel zur bewussten Ansprache aller Familien wahr? Um mit einem Zitat von Vanessa Vu zu schließen: „Sprache ist nicht neutral, nicht universal und nicht objektiv. Sie bildet ab, was wir denken und sie formt bei ausreichender Wiederholung unser Denken.“

Sandra Schrempf

Stillgeschichte

Wieder eine Stillgeschichte, die Mut macht. Viel Freude beim Lesen!



Nun ist es also soweit. Nach vielen Herausforderungen werden wir nun endlich Eltern! Meine Frau und ich sind seit nunmehr 8 Jahren ein Paar. Seit drei Jahren bestand unser Kinderwunsch, es war nicht einfach, alle Hürden zu meistern, aber nun ist es soweit, ich bin schwanger. Marie und ich haben auch schon eine ganz wunderbare Hebamme gefunden, mit der wir schon ganz tolle Gespräche betreffend der Geburtsvorbereitung führen durften. Es war so schön für uns, dass es keine befremdlichen Blicke gab, keine unangenehmen Fragen, warum wir als lesbisches Paar ein Kind bekommen wollen. Das haben wir in den letzten Jahren sehr oft in unterschiedlichen Zusammenhängen erfahren, Diskriminierung auf unterschiedlichen Ebenen. Unsere Hebamme sprach mit uns auch über das Stillen. Darüber hatten wir uns noch nicht so viele Gedanken gemacht. Sie fragte uns, ob Marie als Co-Mutter auch stillen wollen würde. Darüber hatten wir tatsächlich nicht nachgedacht, aber Marie gefiel dieser Gedanke irgendwie. So machten wir einen Termin mit einer Stillberaterin aus, welche uns von der Hebamme empfohlen worden war.

Die Stillberaterin war ebenfalls völlig offen und betrachtete uns als das was wir waren - werdende Eltern. Ihre unkomplizierte und freundliche Art war uns beiden von Anfang an sympathisch. Beim ersten Gespräch erklärte sie uns einige Möglichkeiten, welche Marie zu einer ebenfalls stillenden Mama machen könnten. Nach längerem Überlegen entschieden wir uns gegen die induzierte Laktation, da wir eher alleine auf uns gestellt sein würden, und der zu erwartende Zeitaufwand das mögliche Ergebnis für uns nicht rechtfertigte. Wir haben uns umso mehr mit der Möglichkeit des Brusternährungssets auseinandergesetzt. Mit der Stillberaterin haben wir bereits in der Schwangerschaft schon geübt, mit viel Lachen war Marie schon vor der Geburt unseres Kindes Profi im Ankleben von Schläuchen. Als unserer Tochter geboren wurde, war dies erstmal überhaupt nicht mehr im Fokus. Ich hatte anfangs mit einigen Stillherausforderungen zu kämpfen, wir waren beide müde und nicht in der Lage, noch viel neues auszuprobieren. Marie hat Lena (unsere Tochter) in der Zeit, welche sie nicht an meiner Brust verbrachte, im Tragetuch getragen. Ich war so froh um diese kurzen Auszeiten. Nach einigen Wochen, ich glaube genau nach 6 Wochen, kam Marie

mit dem Brusternährungsset zu mir und meinte: Ich will das jetzt ausprobieren - bist du dabei? Ich war einverstanden, wir einigten uns darauf, dass ich ab sofort einmal täglich ein wenig Muttermilch abpumpen würde, um dann einen Versuch mit dem BES zu starten. Als der große Tag gekommen war, kam unsere Stillberaterin ins Haus, um mit uns gemeinsam einen Versuch zu starten. Es war sehr eindrucksvoll. Lena sah irgendwie etwas verwundert aus, als Marie sie versuchte anzulegen. Nach einigen hin und her dockte sie allerdings tatsächlich an. Und trank. Meine Muttermilch an der Brust von Marie. Es war irgendwie faszinierend. Marie war ebenfalls gerührt. Wir führten es nun ein, dass Marie Lena einmal täglich, nämlich abends, stillte. Das funktionierte grundsätzlich gut, allerdings meinte Marie nach einigen Tagen, dass es sich für sie doch nicht so stimmig anfühlte, wie sie es sich vorgestellt hatte. Nach einigen Tagen ließen wir somit die BES Mahlzeit wieder sein. Marie fühlt sich in ihrer Rolle als nicht stillende Co-Mutter wohl, trägt unsere Tochter im Tragetuch und kuschelt Haut an Haut mit ihr. Das passt für uns beide sehr gut. Unser Alltag hat sich nach einigen Wochen recht gut eingespielt, Marie ging wieder ihrer beruflichen Tätigkeit nach, ich war mit Lena zu Hause. Inzwischen ist Lena bald ein Jahr alt, wir fühlen uns schon gut gefestigt in unserer Elternrolle - mit allen Höhen und Tiefen, die dieses erste Lebensjahr mit sich brachte. Wir lieben unsere Tochter von ganzem Herzen, auch wenn unsere Augenringe oft eindrucksvoll unser Gesicht dominieren. Und ja, gestillt wird sie immer noch, ein Ende scheint nicht in Sicht zu sein. Allen Regenbogeneltern wünschen wir, dass sie als das wahrgenommen werden, was sie sind: Eltern.

Schmerz lass nach

Schmerzen in der laktierenden Brust – ein Update

Schmerzen in der Brust und ein meist subjektiv vermuteter Milchmangel sind nach wie vor die häufigsten Gründe für nicht geplantes Abstillen und bleiben daher in der Stillberatung immer aktuell.

OÄ Dr. Ingrid Zittera referierte im Rahmen des letzten VSLÖ Webinars über häufige Symptome, wesentliche Ursachen und aktuellste Therapien bei Brustproblemen in der Stillzeit.

Teile des Vortrages werden im folgenden Artikel kurz zusammengefasst.

Wunde Mamillen ...

treten vor allem zwischen 4. - 7. Tag pp auf.

Symptome

- Rhagaden und Fissuren
- Hautabschürfungen bis hin zu tiefen Gewebeerletzungen mit/ ohne Entzündungszeichen

Ursachen

- vor allem ungünstige Stillhaltung/ inkorrekte Anlegetechnik
- falsches Saugverhalten des Babys z.B. durch ein zu kurzes Zungenband
- Fehler bei der Anwendung von Hilfsmitteln wie Stilleinlagen, Stillhütchen, Milchpumpen usw.

Behandlungskonzept

- kausale Therapie → Anlegetechnik und Stillposition optimieren, Equipment checken (z.B. passen beim Gebrauch einer Milchpumpe die Pumptrichter?), oder z.B. rechtzeitige Frenotomie
- adäquates Wundmanagement wie folgt initiieren:

Reinigung

1-2x tägl. mit milder Seife und Wasser, nach dem Stillen mit NaCl 0,9 %

(im KH Lienz hat sich die zusätzliche Anwendung von Actimaris Lösung bewährt), bei Infektionszeichen Desinfektion der Mamille mit Octenisept

Feuchte Wundheilung

Salbenverband mit hochgereinigtem Lanolin (Schorfbildung soll vermieden werden!)

Entlastung

mittels Wiener Donut (lt. www.stilleninstitut.com/wunde-mamillen.html)

Adjuvante Therapie

Soft-Laser oder Low-Level-Laserbehandlung kann Schmerzen lindern, die Wundheilung stimulieren und die Therapie ergänzen. Lasertherapie sollte aber nie isoliert und ohne kompetente Stillberatung inkl. Wundmanagement angewendet werden!

Ein Stillhütchen in der richtigen Größe kann in einzelnen Fällen die Mamillen kurzfristig entlasten. Hin und wieder kann auch eine Stillpause nötig sein, in der die Mutter die Milchbildung per Handentleerung bzw. mit der Pumpe aufrecht erhält.

Bei Bedarf ist auch eine Schmerztherapie mit Ibuprofen 600 mg alle 8 Stunden erforderlich.

Bei entsprechendem Wundmanagement und guter Wundheilung kommt es meist nach 48 Stunden zu einer deutlichen Besserung.

Soor der Mamillen ...

tritt typischerweise im späten Wochenbett auf und zeichnet sich durch schwer heilende, juckende, schuppige/trockene oder glasig rosafarbene Mamillen aus. Ursachen können eine antibiotische Behandlung, eine vaginale Pilzinfektion oder eine Soorinfektion des Kindes sein. Sehr oft ist jedoch keine Ursache erkennbar. BEIDE, Mutter und Kind sollten mit lokalem Antimykotikum (z.B. Daktarigel oral

für Kind und Daktarincreme lokal für die Mutter) behandelt und die Mutter über erforderliche Hygienemaßnahmen aufgeklärt werden, um Reinfektionen zu vermeiden.

Akute puerperale Mastitis ...

ist eine in der Stillzeit auftretende Entzündung der Brustdrüse.

Eine akute Mastitis kann in der gesamten Stillzeit auftreten, kommt jedoch am häufigsten im frühen Wochenbett vor.

Ursachen

- ein primärer Milchstau
- wunde Mamillen, die eine Infektion mit Bakterien begünstigen, die Toxine produzieren (> 90 % Staphylokokkus aureus)

Symptome

- lokal, meist unilateral scharf begrenzte Rötung, Schwellung, Überwärmung
- starke Schmerzen
- Funktionseinschränkung der Brust in Bezug auf verminderte Milchproduktion und eingeschränkten Milchspendereflex
- Fieber über 38,5° und Schüttelfrost, Kopf- und Gliederschmerzen, schlechter Allgemeinzustand

Es findet weniger Milchtransfer auf der betroffenen Seite statt, die Milch schmeckt durch den erhöhten Salzgehalt „anders“, was dazu führen kann, dass manche Babys die Milch ablehnen.

Therapie

- häufige Entleerung der Brust (Stillen/Pumpen/Handentleerung) alle 2-3 Stunden!
- Schmerzmittel! (Ibuprofen 600 mg alle 8 Stunden)
- viel Ruhe!
- ausreichend Flüssigkeit durch erhöhten Bedarf bei Fieber

- Antibiose bei *wunden Mamillen, wenn keine Besserung innerhalb von 12 - 24 Stunden eintritt
- * pos. Blutkultur
- * anhaltend hohem Fieber über 6 Stunden
- * einem Rezidiv

Mittel der Wahl sind Cephalosporine der 1. und 2. Generation, Flucloxacillin, Amoxicillin oder Clindamycin im oberen Dosisbereich über 10 - 14 Tage.

Bei reifen, gesunden Neugeborenen besteht kein Grund zum Abstillen oder zu einer Stillpause. Frühgeborene sollten bei einer nachgewiesenen bakteriellen Mastitis die Muttermilch erst wieder erhalten, wenn die antibiotische Therapie greift. Bei einer bilateralen Infektion mit ...

- hämolysierenden Streptokokken der Gruppe B wird eine Stillpause

und eine Mitbehandlung des Kindes empfohlen. Wenn es zu keiner Besserung kommt, sollte immer ein Abszess oder ein Mamma Karzinom ausgeschlossen werden.

Subakute Mastitis ...

entsteht meist im **späten Wochenbett** durch Keime (v.a. Staphylokokkus epidermidis), die keine Toxine produzieren. Durch diese Keime bildet sich jedoch ein Biofilm in den Milchgängen, der zu einer Entzündung des Epithels führt. Durch diese Entzündung kommt es zu den **klassisch brennenden und stechenden Schmerzen in der Brust, weitere lokale und/oder allgemeine Symptome treten jedoch nicht auf.** Aufgrund des Biofilms wird das Lumen in den Milchgängen enger, es kommt zu einem Druckanstieg in den Alveolen und in weiterer Folge zu einem Milchstau.

Für eine gezielte antibiotische Therapie wäre eine mikrobiologische Analyse der MM notwendig. Leider fehlen noch immer standardisierte Protokolle für die Sammlung, die Lagerung, den Transport und die Analyse vom Muttermilchproben. In der Literatur wurde jedoch beschrieben, dass das Keimspektrum bei subakuter Mastitis bzw. zu gesunden Personen verschoben ist.

Außerdem wird vermutet, dass Pilze auch zum Mikrobiom gehören, daher sollte eine antimykotische Therapie nicht leichtfertig verordnet werden.

Aktuelle Therapieempfehlung → Clindamycin für 14 Tage im oberen Dosisbereich.

Gudrun Schober

In Kooperation mit Visual Kings VK

STILLEN SCHÜTZEN
 Unsere gemeinsame Verantwortung
 Weltstillwoche von 01. bis 07.10.2021

Die **Weltstillwoche 2021** ist eine Initiative der **WABA World Breastfeeding Week** – und findet seit 1991 weltweit jährlich statt. Sie ist die größte gemeinsame Kampagne aller stillfördernden Organisationen. In Österreich wird die Weltstillwoche von **1. bis 7. Oktober** zelebriert. Natürlich feiert der VSLÖ mit!

Das diesjährige Motto lautet:
Stillen schützen – unsere gemeinsame Verantwortung.

#stillenschützen #sw2021

www.stillennet
VSLÖ
 Verband der Still- und LaktationsberaterInnen Österreichs IBCLC

Suchtverhalten

über die Betreuung opiatabhängiger Mütter



Wer mit Neugeborenen arbeitet, kommt irgendwann auch mit dieser Thematik in Berührung.

Für viele Teilnehmer*innen des VSLÖ Webinars war es daher besonders interessant, als OÄ Dr. Astrid Käfer (Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde, Neonatologin, IBCLC) über ihre Erfahrungen berichtete und das Behandlungskonzept im Wiener Klinikum Ottakring vorstellte.

Opiate wurden bereits um 5000 v. Chr. in der Medizin verwendet. Ab dem 15. Jhd. weit verbreitet und als Allheilmittel bekannt war die sog. Tinctura opii von Paracelsus ... Opiatabhängigkeit ist also nicht neu ...

In Wien werden pro Jahr ca. 100 Babys opiatabhängiger Mütter geboren, davon werden ca. 30 Kinder im Klinikum Ottakring behandelt.

Das Betreuungskonzept beinhaltet

- ein pränatales Erstgespräch mit der Mutter (inkl. qualifizierter Stillberatung und Abklärung des Stillwunsches, Festlegung einer Kontakt-

- person und Dokumentation des Gesprächsinhaltes)
- die Anamnese von Risikofaktoren wie Infektionen, Beikonsum, psychosozialen Status
- ermutigende Elternintegration und Bezugspflege
- die medikamentöse Therapie des Neugeborenen (v.a. Morphinhydrochlorid)
- adjuvante Therapien wie Physiotherapie, Ergotherapie, Musiktherapie, psychologische Begleitung
- Kontakt zu nachbetreuenden Einrichtungen zu vermitteln

Die Drogenexposition der Mütter beinhaltet neben Opiaten häufig noch Nikotin (98%), Benzodiazepine, Barbiturate, Cannabis, Kokain, Alkohol (unter 5%) und Antidepressiva.

Durch den Konsum dieser Substanzen kann es zu folgenden medizinischen Problemen kommen:

- Bei der Geburt kommt es bei Babys häufiger:
 - zu Frühgeburten
 - zu einer Wachstumsretardierung
 - zu neurologischen Störungen
 - zu Fehlbildungen (v.a. bei Kokainkonsum häufig)
 - zu perinatalen Infektionen wie z.B. Hepatitis

Nach der Geburt zeigen Neugeborene das typische Bild des NAS (neonatales Abstinenzsyndrom)

- schrilles Schreien und starkes Zittern
- Myoklonien und muskulären Hypertonus
- massives Schwitzen
- Durchfälle und Windeldermatitis
- Trinkschwäche bis hin zu übermäßigem Saugbedürfnis
- Gedeihstörungen durch mangelnde Saug- und Schluckkoordination, Übelkeit und Erbrechen
- hohe Empfindlichkeit in Bezug auf Lärm und Licht

- Schmerzen (Entzug ist auch für das Neugeborene immer mit Schmerz verbunden!)
- gestörtes Schlafverhalten

Bei allen betroffenen Neugeborenen wird der Harn einem Drogenscreening unterzogen – dadurch kann ein Drogenkonsum der Mutter präpartal nachgewiesen werden.

Um den Schweregrad des Entzuges zu beurteilen wird der sog. Finnegan Score verwendet, der den Therapiebeginn und den Therapieverlauf maßgeblich bestimmt. Der Score, also die Punkteverteilung anhand der Entzugssymptome des Babys, sollte immer von erfahrener Personal durchgeführt werden. Ab einem Finnegan Score von 10 Punkten wird die Betreuung auf der IMC Station fortgesetzt, um die bessere Überwachung des Babys während der Therapie zu gewährleisten.

Stillen – sollen wir das wollen?

Zu diesem Thema gibt es von allen Seiten viele Meinungen, Vorurteile und Wünsche ...

Mütter/Eltern haben oft den Wunsch zu stillen, gleichzeitig aber große Angst, ihrem Kind durch die Muttermilch zu schaden. Medizinisches Personal wünscht sich eine stabil substituierte Mutter und die beste Ernährung für das Kind. Es ist sehr wichtig, der Mutter zeitnah die nötigen Informationen bzgl. Muttermilch & Stillen zu geben. Abstillen unmittelbar post partum ist nie eine gute Option (außer bei KI) – eine so wesentliche Entscheidung sollte und muss nicht am ersten Lebenstag getroffen werden.

Ein besonderes Augenmerk liegt immer auf dem erhöhten Kalorienbedarf, dem Saugverhalten und der Trinkmenge dieser Babys, denn ihr

Verhalten unterscheidet sich meist deutlich von „normalem Stillverhalten“ gesunder Neugeborener.

Muttermilch ist auch für ein Entzugsbaby die ideale Nahrung.

Der Übertritt von Opiaten in die Muttermilch ist gering. Lt. Lawrence ist die max. gemessene Menge 0,1mg/Liter Muttermilch. Die niedrigste medikamentöse Einzeldosis die ein Kind bekommt, beträgt 0,1 mg/kg /KG, d.h. auch, dass Kinder beim Abstillen dadurch sicher keine Entzugssymptome bekommen.

Die Mutter – Kind Interaktion, die Bindung, kann sehr gut durch das Stillen und den intensiven Kontakt gefördert werden. Die Mutter wird in ihrer Kompetenz bestärkt, das führt zu mehr Selbstbewusstsein. STILLEN BERUHIGT BEIDE – das kann vor allem bei Entzugskindern wesentlich sein. Neue Forschungen zeigen auch, dass Störungen der perinatalen Programmierung durch sog. „xenobiotische Disruptoren“ (= fremde Subs-

tanzen, die während der Reifung auf das Kind einwirken) durch das Stillen neutralisiert werden können.

Kontraindikationen zum Stillen

- nachweislicher Beikonsum (Polytoxikomanie)
- i.v. Drogenkonsum
- geringe Verlässlichkeit bei Besuchen/Terminen
- HIV Infektion

Kontrovers diskutiert wird das Ausfolgeverbot. Mutter & Kind profitieren vom Stillen, jedoch ist die Situation eines Stillpaares bei bevorstehender Trennung besonders grausam ...

Psychologische Betreuung ist in dieser vulnerablen Phase besonders wichtig.

Nicht selten kämpft die Mutter mit zusätzlichen Belastungen wie einer Trennung vom Kind, nicht vertrauter Umgebung und komplexen medizinischen Zusammenhängen, Schuld- und Schamgefühlen, Belastungen in

der Biografie, Beziehungsproblemen, Zukunftsängsten ...

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Krankenhaus liegt bei ca. 4 Wochen.

Bei Entlassung zeigen einige Kinder noch eine Restübererregbarkeit, manche haben ein abnormes EEG und/oder zeigen eine geringere Gewichtszunahme.

Aktuell können ca. zwei Drittel der betreuten Kinder mit ihren Müttern nach Hause entlassen werden, ein Drittel wird fremdbetreut.

Fazit

Sucht/Abhängigkeit ist eine Erkrankung. Betroffene Mütter verdienen einen wertschätzenden und respektvollen Umgang – wie alle anderen kranken Menschen auch ... Der Weg zum Stillen ist auch hier: häufiges Stillen, 24 Stunden Rooming-in, Information sowie Bestärkung & Ermutigung der Mutter ...

Gudrun Schober

Stillberatung

in Pandemiezeiten

Ein Bericht aus der freien Praxis! Vergangenes Jahr Anfang März beendetete ich meine letzte Sprechstunde, verabschiedete mich von den Kolleg*innen der nebenliegenden Praxisräume. Es war eine eigenartig beklemmende Situation. „Bis irgendwann dann also“ sagte V., und wir mussten alle die Tränen zurückhalten. Es war absolut unwirklich, eine Mischung aus Aufregung und Angst, Ungewissheit.

Was damals so neu war, hat sich im Laufe des vergangenen Jahres zu einer Art temporärer Normalität etabliert.

Im ersten LD konnte ich aufgrund der unklaren Situation und der für mich zum Teil unklaren Bestimmungen keine Hausbesuche und Sprechstunden anbieten. Alles fokussierte sich auf Online Beratung. Technisch war ich gut ausgestattet, hatte ich auch zuvor bereits Online Beratung angeboten. Die große Herausforderung war es allerdings, nun jene Situationen zu begleiten, welche ich zuvor in die Kategorie „Grenzen der Online Beratung“ eingeordnet habe. Die Anfragen nach Hausbesuchen vermehrten sich stetig, die Frauen waren ob der Bestimmungen vielfach persönlich unbegleitet. In diversen Gesprächen mit vermeintlich zuständigen

Stellen konnte ich lange keine klare Auskunft betreffend der für mich gültigen Bestimmungen erreichen. Ich organisierte mir somit Nasen-Rachen Abstriche, um mich von nun an vor jedem „Hausbesuchstag“ zu testen, mit dem Wissen um die Momentaufnahme dieser Intervention aber der für mich doch kleinen Sicherheit, welche mir diese Momentaufnahme bietet.

Natürlich war klar, dass Hygienebestimmungen unerlässlich seien, allerdings konnte ich es mir einfach nicht leisten, aufgrund behördlicher Auflagen für längere Zeit abgesondert zu werden. Somit sprach ich auch mit der Behörde, hier geriet ich an eine

ausgesprochen freundliche und kompetente Amtsärztin, welche mich klar informierte, wann ich als K1 oder auch K2 eingestuft werden würde. Mit diesem Wissen besprach ich im Vorfeld mit den Familien auch das Vorgehen während des Hausbesuches, ich war mit FFP2 Maske und Faceshild ausgerüstet wieder unterwegs. Händedesinfektion, Flächendesinfektion und eine genau Dokumentation waren selbstverständlich, wie auch bereits vor der Pandemie.

Der erste Anruf einer Familie, welche kurze Zeit nach meinem Haus-

besuch als K1 eingestuft wurden, war dann doch wieder ein Moment, der ein wenig Herzklopfen verursachte. Natürlich wollte ich keinesfalls jemanden gefährden und sprach auch das weitere Vorgehen mit der Behörde ab. So wurde die Unsicherheit immer kleiner, die Hausbesuche unter Einhaltung sämtlicher Bestimmungen möglich und wertvoll.

Nun hat es tatsächlich schon wieder eine Art von Normalität erreicht, von der ich allerdings schon hoffe, dass sie temporärer Natur ist. Ich will den Eltern und Kindern mein breitestes

Lächeln mitbringen, nicht nur bei der Begrüßung und beim Abschied vor der Tür, so weit entfernt, dass mich die meisten kleinen Menschlein gar nicht wahrnehmen können.

Allerdings ist mir in dieser Zeit die große Wirkung von Berührung und Körpersprache erneut so richtig bewusst geworden. Das „Gspür“. Und das geht auch durch die Maske nicht verloren.

Anonym

In Pandemiezeiten

Eindrücke aus dem Hebammenalltag

Eva Medlitsch ...

Die Arbeit als Hebamme im Krankenhaus aber auch daheim in der Vor- und Nachsorge haben sich schon drastisch verändert. Zu Hause, wo früher die ganze Familie miteinbezogen wurde, bleibt man jetzt alleine mit Mama und Baby. Positiv ist, daß viele Mütter früher aus dem Krankenhaus entlassen werden, weniger Besuch „stört“ und die Familien sich wirklich einkuscheln. Aber das bedeutet manchmal auch weniger Hilfe mit den älteren Kindern (auch der Kindergarten und die Schule fehlen). Insgesamt ist die Vorsorge geprägt durch viel Angst, die Nachsorge lief bei mir während Covid aber durchwegs positiv. Die Arbeit im Krankenhaus ist mühsam. Frauen haben mehr Angst, Mitarbeiter müssen ständig wechselnde Anordnungen verarbeiten, Partner*innen wollen begleiten und werden durchaus wütend, wenn sie noch nicht im Krankenhaus bleiben dürfen. Die Geburtshilfe bleibt zwar (größtenteils) gleich, aber die Arbeit wird auf jeden Fall durch neue und sich ändernde Vorgaben schwerer.

Amanda Wieser ...

Corona hat uns Hebammen vor die eine kleinere oder größere Herausforderung gestellt. Der erste Lockdown war geprägt von großer Verunsicherung. Sowohl von den werdenden Eltern wie auch von uns als Klinikpersonal als auch in der Freiberuflichkeit. Teilweise tägliche Änderungen, von denen man nie wußte wie lange sie dauern. Die Unsicherheit der werdenden Mamas, ob der Partner bei der Geburt dabei sein darf oder nicht. Keine Geburtsvorbereitungskurse, daher auch ua. kein Austausch mit anderen werdenden Müttern. Die Isolation, auch von der Familie. Und das alles unter dem Aspekt, dass keiner sagen konnte, wann wieder etwas „Normalität“ zurückkommt.

Freiberuflich ist fast alles stillgestanden. Betreuung per WhatsApp, Skype oder Telefon war an der Tagesordnung.

Im Sommer eine kurze Rückkehr in ein etwas normaleres Betreuungsschema. Auch im KH eine kurze Phase

zum Aufatmen. Trotzdem waren die Frauen sehr verunsichert, ob es halbwegs normal weitergeht oder wieder Verschärfungen drohen. Nachdem wir jetzt schon fast ein Jahr mit dem Virus leben müssen, kann man eine erste Bilanz ziehen.

Die Verunsicherung der werdenden Eltern ist nach wie vor spürbar. Bei einigen mehr als bei anderen. Aber die Eltern können die Schwangerschaft nicht mehr so unbeschwert genießen wie vor Corona. Das Positive an der Situation im Krankenhaus ist, dass die Frauen im Wochenbett entspannter sind, da sie sich besser ausruhen können. Denn Besuch ist ja nicht möglich, außer dem frischgebackenen Papa.

Freiberuflich ist es nach wie vor etwas mühsam. Auch hier Maskenpflicht und statt dem Beisammensein mit der ganzen Familie ist man als Hebamme mit Baby und Mama alleine. Dieses Einbeziehen des Papas und der ev. vorhandenen Geschwister vermisse ich doch sehr.

Aktuelles

aus der Welt des Stillens

Auf zu neuen Online-Ufern PR-Arbeit, Social Media und Co.

Visual Kings, das sind Filmmacher und Marketer Alexander Hölzl, sowie seine Partnerin, Wirtschaftswissenschaftlerin Ramona von Bassewitz. Die erfahrenen Content Creators betreuen von regionalen Unternehmen wie das Nussböckgut, bis hin zu globalen Kultmarken wie Bianchi, ihre Kunden im digitalen Marketing, wobei die von ihnen gehosteten Präsenzen zu den erfolgreichsten der jeweiligen Branchen zählen.

Was sie von vielen anderen Agenturen unterscheidet, ist die gelebte Passion für die ihnen anvertrauten Produkte und Dienstleistungen. Vom Texting über Foto- bis hin zu Videoproduktionen in gleichbleibend hoher Qualität und einem unverwechselbaren Stil, kommt alles aus einer Hand, ohne Fremdleistungen einkaufen zu müssen. Eine Infrastruktur, die Vertrauen schafft und gleichzeitig Geld spart.

Zum VSLÖ kamen die Beiden durch Vizepräsidentin Dr.ⁱⁿ Gudrun Böhm, die bei ihrem Säugling eine Frenotomie durchführte. Ein Zufall, der es ermöglichte, die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Vereins anzukurbeln. „Eure Initiative muss viel bekannter werden!“ Mit diesem Ziel vor Augen begannen die Visual Kings, den VSLÖ in der PR, im Marketing, Social Media und Grafikdesign zu unterstützen.

In enger Zusammenarbeit mit Gudrun Böhm, Christiane Braumann und Ingrid Kruttner werden seither die Aktivitäten des VSLÖ beworben. Die produktive Arbeit trägt Früchte: Die VSLÖ Facebook-Seite steht in der Page Performance konstant an der Spitze branchenverwandter Auftritte und mit Berichten in den OÖ. Nachrichten sowie in der Kronen Zeitung ist es gelungen, die wertvolle Arbeit der IBCLC Stillberaterinnen in Österreich hervorzuheben und das Stillen zu fördern.

Aktuell wird fleißig an der Erstellung eines Corporate Designs und an der Foto-Kampagne für die Weltstillwoche 2021, die im Oktober stattfindet, gearbeitet.

Seid ihr schon Fan?

Besucht jetzt den VSLÖ auf

www.facebook.com/stillen.at
www.instagram.com/stillen.at

Erfahrt spannende Infos und Stories über die Arbeit als IBCLC in Österreich, Neuigkeiten über Events & Fortbildungen sowie Wissenswertes zum Thema Stillen und vieles mehr!

Wir freuen uns über euer Like!

Wir freuen uns über aktive Fans – liken und teilen ist ausdrücklich erwünscht! So helfe ihr mit, unsere wertvolle Arbeit als IBCLCs noch bekannter zu machen.

Ihr seid VSLÖ-Mitglied und habt selbst eine tolle Geschichte auf Lager? Dann schreibt uns einfach eine PN mit einem Foto/Video und kurzem Text dazu.



Verband der Still- und LaktationsberaterInnen Österreichs IBCLC

Nachtrag zu VSLÖnews Frühlingsausgabe

Der Artikel „**Entfalte dein Selbst**“ auf Seite 4 wurde von **Natalie Groiss** verfasst.

Der Artikel „**Orale Restriktionen**“ auf Seite 13 wurde von **Andrea Hemmelmayer** geschrieben und ist eine Zusammenfassung des Vortrages von Fr. Michaela Dreißig, M.A., IBCLC, akademische Sprachtherapeutin, aus Deutschland.

Der Vortrag wurde im Rahmen des 2. Teils des Webinars „Kaleidoskop des Stillens“ am 22.01.2021 gehalten.

Wir gratulieren!

LLL Österreich hat eine neue Obfrau. Simone Dueller hat die ehrenamtliche Tätigkeit vor kurzem übernommen. Wir wünschen Ihr alles Gute für die neue Aufgabe.

Auch das Österreichische Hebammengremium hat eine neue Präsidentin. Die Oberösterreicherin Gerlinde Feichtlbauer übernimmt nach zehn Jahren als Vizepräsidentin das Amt von Petra Welskop.



VSLÖ Stillkongress „Stillen verbindet“ in Innsbruck

Wir feiern 20 Jahre VSLÖ
19. und 20. November 2021
Mit Herbert Renz-Polster, Sabine Lüpold,
Prof. Dr. Christian Schubert ...

Fachtagung Wien 18.03.2022

Fachtagung Graz 21. – 22.10.2022



Angebote des Europäischen Institutes für Stillen und Laktation:

STILLZEIT WIEN

Wien: Teil 1: 30.09. – 02.10., Teil 2: 11.11. – 13.11.2021
Salzburg: Teil 1: 21.10. – 22.10., Teil 2: 11.11. – 12.11.2021

STILLBEGINN (Zusatztermin)

Wien: 15.03. – 18.03.2022

Seminarreihe INTENSIV

mit neuer Konzeption mit Online-Seminartagen und eLearning Modul
Gröbming – Wien

Seminar 2: 17.09. – 20.09.2021 Gröbming
Seminar 3: 17.01. – 19.01.2022 Wien (Achtung: Terminänderung)
Seminar 4: 05.04. – 08.04.2022 Gröbming
Online Seminartag 1: 19.10.2021, Online Seminartag 2: 01.03.2022

Innsbruck

Seminar 2: 12.01. – 15.01.2022
Seminar 3: 21.04. – 23.04.2022
Seminar 4: 15.06. – 18.06.2022
Online Seminartag 1: 24.01.2022, Online Seminartag 2: 19.05.2022
Frühbucherbonus bis 31.08.2021

Seminarreihe KOMPAKT

für Ärztinnen und Ärzte (Ausbildung IBCLC) mit eLearning Innsbruck
Teil 1: 04.02. – 06.02.2022, Teil 2: 06.05. – 08.05.2022
1 Onlinetag (4 h): wahlweise 19.04.2022 oder 02.05.2022
Nach Teil 1: begleitendes eLearning Modul in 2 Teilen

Praxistag Salzburg

Stillen bei gutartigen oder malignen Erkrankungen der Brust?
Information zur Vorsorge, Diagnostik und Therapie aus interdisziplinärer Sicht in der Stillberatung
08.10.2021, 09.00 – 17.00 Uhr

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: Andrea Hemmelmayer,
Natalie Groiss, Susanne Lachmayr,
Eva Maximiuk, Gudrun Schober,
Sandra Schrempf

Anzeigen: Eva Maximiuk

CVD: Eva Maximiuk

Layout: www.h13.at

Druck: www.eindruck.at

Das Kopieren und Weitergeben der VSLÖnews ist erwünscht!

Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe oder Artikel externer 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 Artikel, Themenvorschläge und Termininfos aus allen Bundesländern:

Mail an: redaktion@stillen.at

Nächster Redaktionsschluss:
19.07.2021