



VSLÖ

Winter 2021/22

Verband der Still- und Laktations-
beraterInnen Österreichs IBCLC

news

Das bietet
der VSLÖ!
Infos zur
Mitgliedschaft
im Heft



© Adobe Stock

EINZIGARTIG

Muttermilch – Warum
Ersatznahrung nicht
an das Original
herankommt

BESONDERS

Stillunterstützung bei
Frühgeborenen und
Kindern mit Lippen-
Kiefer-Gaumenspalten

NEU

Update SIDS –
Aktuelles zu Stillen,
Bedsharing und
Co-Sleeping

Liebe Leserinnen und Leser,



DSAⁱⁿ Anita Schoberlechner

herzlich willkommen zu unserer Winterausgabe der VSLÖnews!

Eine Pandemie geht uns alle etwas an!

In den letzten zwei Jahren hat sich einiges verändert, und dennoch es ist weiterhin wichtig, dass wir uns evidenzbasiert fortbilden!

Darum ist der VSLÖ bemüht, alle Fortbildungen weiterhin abzuhalten. Sei es online, oder wie zuletzt in Präsenz.

Der Stillkongress in Innsbruck war ein Zeichen dafür, wie schwierig es ist, vorab Entscheidungen in diesen Zeiten zu treffen. Die Vorbereitungen für einen Stillkongress in dieser Größenordnung, geplant waren 300 TeilnehmerInnen, liefen seit fast 3 Jahren. Lange bevor wir wussten, dass uns Coronaviren das Leben schwer machen würden, wurden ReferentInnen angefragt, eine Location gesucht und ein Organisationsteam zusammengestellt. Viele Mitglieder wünschten sich nach unzähligen online Fortbildungen eine Präsenzveranstaltung. Daher hat es sich das Kongress-team nicht leicht gemacht und traf nach langer Diskussion und Abwägung im September 2021

die Entscheidung zu einem Kongress in Präsenz mit 2G-Regelung und FFP2-Maskenpflicht. Wir wollten auf der sicheren Seite sein ...

... und dann kam der Herbst mit rasch steigenden Covid-Infektionszahlen.

Das war für uns als Organisationsteam keine leichte Zeit. Wir waren mittlerweile an Verträge gebunden und für eine Hybrid-Veranstaltung fehlten uns die personellen und organisatorischen Ressourcen. Dafür hatten nicht alle Verständnis und einige Reaktionen mir und meinem, ehrenamtlich arbeitenden, Team gegenüber haben mich sehr betroffen gemacht.

Aber wir haben mit unserem VSLÖ-Covid-Konzept bewiesen, dass es möglich ist, zwei Tage vor Lockdownbeginn mit 17.000 Neuinfektionen am Tag in Österreich einen sicheren Präsenzkongress durchzuführen. Das Team und die Anwesenden haben tolle Arbeit geleistet und waren super diszipliniert. DANKE!

Zusammen sind wir stärker!

Ich möchte daher diese Situation als Chance sehen und die Möglichkeit nutzen einen Aufruf zu starten!

Der VSLÖ sucht Mitglieder für die Organisation und Durchführung von Fortbildungen. Und wir suchen Interessierte, die gerne Artikel schreiben oder sich im Social Media Bereich engagieren möchten. Weiters steht im Oktober 2022 die nächste Wahl des neuen VSLÖ Vorstandes an. Wer möchte kann gerne schon jetzt an einer Vorstandssitzung teilnehmen und so in die Vorstandsarbeit hineinschnuppern!

Leisten wir gemeinsam einen Beitrag!

Setzen wir ein gemeinsames Zeichen für evidenzbasierte Wissenschaft!

Setzen wir ein solidarisches Zeichen gegen das Virus!

Ein großes Danke an ALLE, die trotz Maske mit guter Stimmung dabei waren.

Ein Danke an die, die gerne dabei gewesen wären und uns im Dienst vertreten haben.

Und ein riesiges Dankeschön an die Mitglieder des Redaktionsteams, die uns in gewohnter Qualität einen ersten Teil der Vorträge in dieser Ausgabe zusammengefasst haben.

Und zu guter Letzt nochmal ganz liebe Geburtstagsgrüße an den VSLÖ, der mit uns gemeinsam in Innsbruck sein 20-jähriges Bestehen gefeiert hat.

Alles Liebe, Anita Schoberlechner
Präsidentin des VSLÖ



Die Fotos wurden unter Einhaltung der aktuellen Covid-Bestimmungen gemacht.

Chemiebaukasten

Muttermilch – oft kopiert, nie erreicht

Die Zusammensetzung und Funktion der Muttermilchinhaltsstoffe aus der Sicht der Chemikerin und LLL-Beraterin Dipl.Ing.ⁱⁿ techn. Sonja Leder erklärt.

Muttermilch ist in ihrer Zusammensetzung einzigartig und optimal an den Bedarf des menschlichen Säuglings angepasst. Ihre Zusammensetzung ist hoch komplex, sie besteht aus einem Cocktail der verschiedensten Inhaltsstoffe, die sich in Chemie und Funktion stark unterscheiden. Alle Inhaltsstoffe dienen dazu, das Baby optimal zu versorgen und Wachstum und Entwicklung zu unterstützen. Im Gegensatz dazu ist Formula auf Basis von Kuhmilch und in der Zusammensetzung weniger komplex und weniger ideal für das menschliche Baby.

Einer der bekanntesten und mengenmäßig häufigsten Bestandteile der menschlichen Milch ist **Lactose** – Lactose deckt 40% des Energiebedarfs des Babys und spielt eine wichtige Rolle bei der Resorption von Calcium.

Lactose ist ein Kohlenhydrat – 95% der in Muttermilch vorkommenden Kohlenhydrate sind Lactose. Muttermilch hat unter allen Säugetieren mit 7,1% einen relativ hohen Gehalt an Kohlenhydraten – nur pferdeartige Tiere haben einen ähnlich hohen Kohlenhydratanteil.

Chemisch gesehen ist Lactose ein Disaccharid und besteht damit aus zwei Zuckereinheiten – einer Galactose- und einer Glucoseeinheit. Während Galaktose eine wichtige Rolle in der Reifung von Gehirn und Zentralnervensystem spielt, dient Glucose als Energielieferant. Glucose ist der Grundstoff der Zellatmung, einem komplexen biochemischen Prozess, im Zuge dessen jede Zelle über den Citratzyklus und die Atmungskette



Glucose in Energie umwandelt und in Form von ATP (Adenosintriphosphat) speichert. So setzt jede einzelne Zelle pro Sekunde 10 Millionen ATP-Moleküle um – hochgerechnet setzt der menschliche Körper täglich sein eigenes Körpergewicht an ATP um.

Andere Quellen für Glucose können hierzu Saccharose oder Maltose, zwei weitere bekannte Disaccharide sein, sowie Stärke oder Cellulose, welche als Polysaccharide aus 1000en Glucoseeinheiten aufgebaut sind. Diese Kohlenhydrate sind jedoch keine Bestandteile der Muttermilch.

Eine sehr komplexe Gruppe von Muttermilchinhaltsstoffen stellen die **Proteine**, auch Eiweißstoffe genannt, dar. Es handelt sich dabei um Makromoleküle, aufgebaut aus hunderten einzelnen Bausteinen, den Aminosäuren. 20 Aminosäuren sind bekannt, 9 davon sind essenziell und

müssen dem Körper mit der Nahrung zugeführt werden. Die Aminosäuren sind durch Peptidbindungen verknüpft, die durch die Reaktion der Aminogruppe einer Aminosäure mit der Säuregruppe einer weiteren zustande kommt. Die genaue Abfolge der Aminosäuren in Kombination mit der Kettenlänge und der räumlichen Struktur charakterisiert ein bestimmtes Protein. Hierbei wird die Abfolge der Aminosäuren Primärstruktur genannt, die Anordnung der Ketten in Helices oder Faltblättern Sekundärstruktur und die räumliche Anordnung der Sekundärelemente Tertiärstruktur. Proteine dienen im Körper als Baustoffe – sehr viele Strukturen im menschlichen Körper bestehen aus Proteinen, z.B. Muskelfasern, Blutzellen, Enzyme, Gewebe etc. Um die körpereigenen Proteine aufzubauen und herzustellen, benötigt der Körper als Bausteine Aminosäuren, die ihm Proteine aus der Nahrung liefern.

Für den Säugling ist es nun essenziell, möglichst genau die Menge und Anzahl an Aminosäuren mit der Nahrung aufzunehmen, die benötigt werden. Muttermilch mit ihrem hohen Anteil an Molkeproteinen dient hier als optimale Nahrung. Muttermilch hat einen relativ niedrigen Gehalt an Proteinen von nur 9g/L, liefert aber maßgeschneidert die benötigten Aminosäuren über die enthaltenen Proteine. Kuhmilch hingegen enthält nicht nur den 3,5-fachen Gehalt an Proteinen insgesamt, sondern auch wesentlich mehr Casein- als Molkeproteine.

Zusätzlich sind die Proteine der Muttermilch nicht nur Baustoffe – die menschliche Milch enthält eine Vielzahl von Proteinen mit einer physiologisch relevanten Aufgabe. Diese Proteine sind alle magensaft- und verdauungsresistent, sodass sie ihre besondere Aufgabe im Säuglingskörper optimal erfüllen können. Allen voran sei hier das **Lactoferrin** erwähnt. Dieses Protein hat eine hohe Bindungskapazität für zwei Eisen-Ionen. Es adsorbiert das in der Muttermilch enthaltene Eisen und liefert es direkt bei den entsprechenden Rezeptoren in der Darmwand ab – so ist das Eisen für das Baby besonders gut verfügbar. Da Lactoferrin eine hohe Bindungsaffinität zu Eisen hat, ist es auch in der Lage, Mikroben ihr Eisen zu entreißen und hat somit neben der eisenregulierenden Funktion auch eine immunmodulierende Funktion. Weitere Proteine, welche das Baby bei der Aufnahme von verschiedenen Stoffen unterstützen sind beispielsweise Haptocorrin (Vit B12) und FBP (Folsäure).

Lysozym

... ist ebenfalls ein Protein mit einer besonderen Funktion – es ist in der Lage, Kohlenhydratketten zu spalten, und kann damit Bakterienwände, welche Kohlenhydrate enthalten zerstören. Lysozym wirkt so als antimikrobieller Faktor gegen einige Bakterien.

Eine weitere sehr wichtige Gruppe von Proteinen mit bestimmter Funktion in der menschlichen Milch sind die **Immunglobuline**, auch Antikör-

per genannt. Gerade zu Beginn der Stillzeit ist der Anteil der Milch an Immunglobulinen sehr hoch und beträgt etwa ein Fünftel der Gesamtproteinmenge, wobei mengenmäßig das IgA mit fast 90% überwiegt. Die Muttermilch hat hier fast die Funktion einer Schluckimpfung für das Baby – sie enthält Antikörper gegen nahezu alle Pathogene, mit denen die mütterliche Immunabwehr im Laufe ihres Lebens zu tun hatte.

Proteine in Formula stammen alle aus Kuhmilch, wobei hier vor allem Molkeproteine eingesetzt werden, um dem hohen Anteil an Molkeproteinen in der Muttermilch gerecht zu werden. Um die artfremden Proteine für das Baby leichter verwertbar zu machen und auch Allergien vorzubeugen, werden die eingesetzten Proteine hydrolysiert. Über einen thermischen Prozess werden Peptidbindungen gespalten, die so entstehenden kleineren Teile sind leichter verdaulich für das Baby bzw. kann der Körper schwerer erkennen, dass deren Ursprung Kuhmilch war.

Eine Synthese der menschlichen Muttermilchproteine im Reagenzglas wäre aufgrund der Komplexität nicht möglich. Auch eine biotechnologische Herstellung mit genetisch veränderten Zellen wäre zwar theoretisch denkbar, aber mit einem so hohen zeitlichen Aufwand und immensen Kosten verbunden, dass es nicht wirtschaftlich wäre.

Lipide (Fette)

... stellen eine weitere wichtige Gruppe von Nährstoffen dar – decken sie doch 50% des Energiebedarfs des Babys. 98% der in Muttermilch vorkommenden Lipide sind Triglyceride – das heißt, hier sind drei Fettsäuren über eine Esterbindung an den dreiwertigen Alkohol Glycerin gebunden. Muttermilch enthält hauptsächlich langkettige Fettsäuren und einen sehr hohen Anteil an ungesättigten Fettsäuren. Vor allem die ungesättigten Fettsäuren sind essenziell für die Gehirnentwicklung des Babys. Studien zeigten, dass sich gestillte Kinder und solche, die mit Nahrung gefüttert werden, welche mit ungesättigten

Fettsäuren angereichert ist, kognitiv und motorisch besser entwickeln. In Formulanahrung wird daher Fischöl oder Sojalecithin zugesetzt, welche ebenfalls ungesättigte Fettsäuren enthalten. Besonders wertvoll sind Omega 6 und Omega 3-Fettsäuren. Dies sind solche, wo die erste Doppelbindung nach dem 6. bzw. dem 3. Kohlenstoffatom vom hinteren (Omega-Ende) der Fettsäure auftritt. Eine besonders wichtige ungesättigte Fettsäure, welche nur in den Lipiden der menschlichen Milch vorkommt, ist Docosahexaensäure (DHA). Diese Fettsäure ist wichtig für die Gehirnentwicklung des Babys und kann Formula nicht zugesetzt werden. Als Ausweg enthalten einige Ersatznahrungen α -Linolensäure, welche in einem mehrstufigen enzymatischen Prozess vom Baby teilweise in DHA umgewandelt werden kann.

Heute enthält Formulanahrung eine Vielzahl an Zusätzen, die Mangelerscheinungen der Babys ausgleichen, da Kuhmilch als Basis nicht alle erforderlichen Substanzen mitliefert. Es ist jedoch so, dass einige bekannte wichtige Stoffe nicht oder nur eingeschränkt zugesetzt werden können bzw. auch noch längst nicht alle Inhaltsstoffe charakterisiert sind oder ihre Funktion für das Baby aufgeklärt ist. Formula kann daher nur Ersatz bleiben und kommt nicht an das Original heran.

Auch Schaf oder Ziegenmilch sind gleichermaßen ungeeignet für den menschlichen Säugling, ebenso wie Sojamilch. Die der menschlichen Milch ähnlichste unter den erforschten Säugetiermilchen ist Stutenmilch – diese wäre tatsächlich ein besserer Ersatz für den menschlichen Säugling, jedoch müsste Keimöl zur Erhöhung des Energiegehalts zugesetzt werden. Limitierend ist bei Stutenmilch die Verfügbarkeit – da Stutenmilch nicht pasteurisierbar ist, kann sie schlecht haltbar gemacht werden.

Aufgrund der genialen und einzigartigen chemischen Zusammensetzung ist und bleibt Muttermilch für das menschliche Baby überlegen und unübertroffen!

Sonja Leder

Süßer Schutz

Humane Milch Oligosaccharide (HMO)

Frau Mag.^a pharm. Dr.ⁱⁿ rer. nat Evelyn Jantscher-Krenn der Medizinischen Universität Graz beschäftigt sich seit 10 Jahren u.a. mit diesem wichtigen Zucker in der Muttermilch und referierte im Rahmen des Stillkongresses 2021 in Innsbruck über die aktuelle HMO Forschung.

Muttermilch ist „unterforscht“ und erst in den letzten Jahren in den Fokus der medizinischen Grundlagenforschung getreten. Fakt ist, dass Muttermilch in ihrer Zusammensetzung immer perfekt und individuell an die Bedürfnisse des Babys angepasst ist und Kuhmilch in ihrer Zusammensetzung immer an das Kalb ...

Humane Milch Oligosaccharide (große komplexe Zucker) haben neben Lactose (Zweifachzucker) und Fett den drittgrößten Anteil in der Muttermilch. Die folgende Gegenüberstellung zeigt die Unterschiede in der Zusammensetzung der Makromoleküle auf:

Muttermilch
35 g/L Lipide
10 g/L Proteine
65 g/L Laktose
10-15 g/L Oligosaccharide

Formula
35 g/L Lipide
35 g/L Proteine
45 g/L Laktose
<0,05 g/L Oligosaccharide

In der Humanmilch gibt es ca. 200 verschiedene HMOs, die aus fünf Grundbausteinen bestehen (Glukose, Galaktose, N-Acetylglucosamin, N-Acetylneuraminsäure und Fucose). Eines der häufigsten ist die 2-Fucosyl-lactose.



Grundsätzlich gilt: Keine Muttermilch gleicht der anderen!

HMO Profile in der Muttermilch verändern sich im Laufe der Stillzeit (intra – individuell) und sind von Mutter zu Mutter unterschiedlich (inter – individuell). Kolostrum enthält beispielsweise die höchsten Konzentrationen an HMOs.

Mögliche Einflussfaktoren auf die HMO-Zusammensetzung in der Muttermilch sind die Gene der Mutter (Secretor & Lewis Status), der metabolische Status, der Lifestyle, BMI, auch der Wohnort bzw. die Umwelt der Mutter können eine Rolle spielen ...

Im Körper sind HMOs unverdaulich, sie widerstehen Magensäure oder Darmenzymen, ein kleiner Teil (ca. 1%) wird im Dünndarm ins Blut aufgenommen, im Dickdarm werden sie von Darmbakterien fermentiert und über den Stuhl und Harn wieder ausgeschieden. HMOs haben im Gegensatz zu Lactose keinen kalorien Wert.

Molekulare HMO Effekte

• **präbiotische Effekte:** HMO's fördern das Wachstum von „guten“ Bakterien im Darm, insbesondere von Bifidobakterien; das Darmmikrobiom

wird durch HMO's positiv geprägt – gestillte Kinder haben immer ein anderes Mikrobiom als nichtgestillte.

• **antiadhäsive Effekte:** Pathogene (Bakterien, Viren, Pilze) bleiben an HMO's „kleben“, nicht nur im Darm, sondern auch im respiratorischen System und im Urogenitaltrakt.

• **Effekte auf Zellen:** HMO's fördern die Darmreifung und die Gehirnentwicklung

• **Immunmodulierende Effekte:** durch Einfluss auf Zellen des Immunsystems, dadurch auch weniger Allergien und Asthma

• **anti-inflammatorischer Effekt:** Entzündungen werden verhindert, dadurch besserer Schutz vor Autoimmunerkrankungen und kardiovaskulären Erkrankungen

• **metabolische Effekte:** HMO's modulieren den Stoffwechsel und vermindern das Risiko für Typ2 Diabetes und Adipositas

In der Neonatologie ist der Schutz der HMO's vor Nekrotisierender Enterokolitis (NEC) essentiell! Diese lebensbedrohliche Komplikation kommt bei 5-10% der „very-low-birth weight“ Frühgeborenen vor. **Stillen senkt das Risiko für NEC um das 6-10 fache!**

Lt. Studien ist für diesen schützenden Effekt das HMO – DSLNT – ver-

antwortlich. Im Rattenmodell spielt dieser Zucker eine Schlüsselrolle. Untersuchungen an Frühgeborenen mit NEC konnten zeigen, dass diese Kinder Muttermilch mit niedrigem DSLNT Gehalt erhielten. Für die Zukunft gibt es bereits Überlegungen, die DSLNT Konzentration in Muttermilch zu messen und als Risikomarker für NEC zu verwenden. Spannend ist auch die Frage, ob eine Supplementierung der Muttermilch mit DSLNT für sehr kleine Frühgeborene in Zukunft möglich und sinnvoll ist.

Wie bereits erwähnt finden sich im Kolostrum die höchsten Konzentrationen der HMO's.

In der Muttermilchforschung wird aktuell auch darüber geforscht, ob bereits schwangere Frauen erhöhte Oligosaccharidkonzentrationen in Blut aufweisen. Die Datenlage dazu zeigt, dass bei Schwangeren – gegenüber Nichtschwangeren – diese Oligosaccharide tatsächlich bereits im Blut nachweisbar sind. Die Konzentration steigt im Verlauf der Schwanger-

schaft an und auch das Profil ändert sich.

Obwohl in der Muttermilchforschung noch viele Fragen offen sind, wird mit jeder Studie und jedem Forschungsergebnis immer klarer: **Muttermilch ist und bleibt einzigartig!**

„... Zu denken, Säuglingsnahrung sei so gut wie Muttermilch, heißt zu glauben, dass 30 Jahre Technologie besser ist als 3 Millionen Jahre Evolution ...“ (Christine Northrup)

Gudrun Schober

Stillgeschichte

Stillgeschichte Viktoria und Oskar. Viel Freude beim Lesen!

Oh, eine absolute Wunschschwangerschaft, endlich. Wobei endlich wohl eher übertrieben ist, im 2. Zyklus hat sich unser kleines Wunder schon eingestellert und wollte auch wohnen bleiben. Ein absolutes Wunschkind. Ich war bereit. Meine beste Freundin hatte erst vor zwei Wochen ihr kleines Mädchen geboren und ich konnte jedesmal fast vor Freude weinen, wenn ich die zwei in ihrer innigen Symbiose betrachtete. Sie strahlten irgendwie beide von tief innen heraus. Und ich liebte es, die beiden beim Stillen zu beobachten, auch wenn sich das irgendwie schräg anhört. Ich wusste sofort: DAS will ich auch. Unbedingt. So warm, so schön sieht das aus. Nur die zwei. Wunder schön.

Eine unkomplizierte und schöne Schwangerschaft nahm ihr Ende in einer unkomplizierten und interventionsfreien Geburt, mit einer ganz lieben Hebamme. Nach drei Tagen ging ich nach Hause, meine Nachsorgehebamme begleitete uns wunderbar in den ersten Tagen zu Hause und alles funktionierte. Mein kleiner Prinz stillte, schlief in seinem Beistellbettchen oder auf uns, war im Tragetuch glücklich, alles wunderbar. Ein bisschen müde war ich natürlich, aber irgendwie fühlte ich

mich in einem Hormonrausch wahnsinnig gut aufgehoben.

Nach ca. 4 Wochen hatte ich das erste Mal das Gefühl, dass irgendetwas nicht passte. Mein sonst so ausgeglichener Winzling war plötzlich vor allem am Abend so unleidlich, weinte an der Brust, ließ sich nahezu nicht beruhigen. Nach einigen Tagen war mir klar, dass ich wohl zu wenig Milch für ihn haben musste. Auch meine Mama war sich sicher, da es bei ihr anscheinend ganz genau gleich gewesen sei. Als ich meine Freundin ganz aufgelöst anrief, sagte sie nur: „Du, das ist schon auch ganz normal, wenn die Zwergie wachsen, dann trinken sie auch mal mehr. Ich sollte mal zusätzlich abpumpen, wenn ich mir so unsicher sei.“

Also begann ich zu pumpen, vier mal am Tag. Und hab ihm die Milch dann mit der Flasche gefüttert. Die hat er ausgetrunken, als hätte er schon Tage lang gehungert. Ich habe geweint und fühlte mich in meiner Annahme bestätigt: „Ich hab zu wenig Milch.“ Es war ein Teufelskreislauf: Pumpen, stillen, zufüttern, weinen. Meine Freundin riet mir, eine Stillberaterin zu konsultieren. Das wollte ich nicht, ich war mir sicher: „Ich schaffe das, ich brauch keine Hilfe.“ Irgendwann, nach einer weiteren Woche Chaos und einem saftigen Milchstau überwand ich mich und rief heulend eine Stillberaterin an. Sie kam noch am

gleichen Tag. 3 Stunden war sie bei uns, beobachtete uns beim Stillen, schaute sich die Gewichtsentwicklung unseres Zwerges an, zeigte mir, wie wir es uns gemütlicher machen können. Am Ende meinte sie: „Viki, wir versuchen jetzt folgendes: du hörst ab sofort auf zu pumpen und zu füttern, du stillst einfach. Deine Milch ist wunderbar ausreichend für deinen Sohn, er nimmt wunderbar zu. In drei Tagen komm ich wieder zu euch, wir kontrollieren sein Gewicht und entscheiden weiter – kannst du das schaffen?“ Und ja, ich war mir sicher, ich konnte das schaffen. Und siehe da, alles funktionierte. Es funktionierte ohne das ganze Drum herum, dass ich mir aufgelastet hatte. Er stillte, war ab und zu unleidlich, ich packte ihn ins Tragetuch und versuchte es später wieder. Ich vertraute uns wieder, ich vertraute mir wieder. Ich danke unserer Stillberaterin so sehr, dass sie mich so eng begleitet hat und mir das Vertrauen in unsere Stillbeziehung zurückgegeben hat. Jetzt starten wir schon langsam mit Beikost, mein Baby wird groß. Aber ich werde noch lange, lange weiter stillen, das weiß ich. Ich liebe sein Schmatzen, sein Lächeln, sein seliges Einschlafen an meiner Brust so sehr. Diese innigen Momente werde ich aufsaugen und speichern, auf ewig.

Endlich ein Baby

Highlights aus der Kinderwunschsprechstunde

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Bettina Toth ist Klinikleiterin der Universitätsklinik für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin Innsbruck und referierte beim diesjährigen VSLÖ Kongress über ein spannendes Thema.

Die Geschichte der künstlichen Befruchtung begann bereits Ende des 19. Jahrhunderts mit Embryonaltransplantationen, die bei Hasen durchgeführt wurden.

1978 kam das weltweit erste Baby, das mittels IVF (=in vitro Fertilisation) entstand, zur Welt.

In den Jahren danach bis zum jetzigen Zeitpunkt stand die Forschung nicht still und viele bahnbrechende Erkenntnisse und medizinische Sensationen konnten verzeichnet werden.

Erfüllt sich der Kinderwunsch eines Paares mit regelmäßigem Geschlechtsverkehr zum optimalen Zeitpunkt nicht innerhalb eines Jahres, so spricht man vom Vorliegen einer Infertilität. In etwa 30% der Fälle liegt die Ursache bei der Frau, in weiteren 30% beim Mann, in einigen Fällen liegen kombinierte Störungen vor und bei den übrigen Paaren bleiben die Ursachen unklar.

Ursachen für Infertilität

- Zyklusstörungen (z.B. PCOS, Corpus luteum-Insuffizienz, Hyperprolaktinämie, hypothalamische Amenorrhoe, Schilddrüsenfunktionsstörungen,...)
- anatomische Ursachen (distaler oder proximaler Tubenverschluss, Adhäsionen, Myome, Salpingektomie,...)
- Endometriose
- Eingeschränktes Spermogramm bis hin zur Azoospermie (komplettes Fehlen von Spermien im Ejakulat) etwa aufgrund einer Mumpsinfektion oder zu spät behandeltem Hodenhochstand im Kindesalter.
- Erektile Dysfunktion



Diagnostik

Während beim Mann die Diagnostik eines unerfüllten Kinderwunsches mit der Durchführung eines Spermioграмms beginnt, sind bei der Frau einige Untersuchungen im Zyklusverlauf notwendig. Angefangen mit einer Hormonbasisdiagnostik zu Zyklusbeginn, einer gynäkologischen Untersuchung inkl. (3D-)Ultraschall, folgt weiters eine Überprüfung der Durchgängigkeit der Eileiter entweder per Ultraschall mit Kontrastmittel (=Hystero-Kontrast-Salpingografie) oder per diagnostischer Laparoskopie. Hierbei können zudem Verwachsungen oder entzündliche Prozesse im Bereich der Eileiter beurteilt werden.

Therapie

Die Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches orientiert sich an einem Stufenplan mit einem schrittweisen Vorgehen. Das oberste Ziel ist ein möglichst interventionsarmer Weg schwanger zu werden. Bei manchen Paaren kann schon die Bestimmung des Zeitpunkts des Eisprungs mit Geschlechtsverkehr zum optimalen Zeitpunkt zielführend sein. Andere Paare benötigen eine medikamentöse Unterstützung zur Eizellenreifung. Ist das Spermogramm eingeschränkt, kann eine Aufbereitung der Spermien

und anschließende Insemination nötig werden. Bei sehr ausgeprägten Einschränkungen der Spermienqualität oder -menge oder wenn die Durchgängigkeit der Eileiter nicht gegeben ist, bleibt nur der Weg der künstlichen Befruchtung.

Mittels hormoneller Stimulation wird der Eisprung ausgelöst, anschließend erfolgt die Follikelpunktion. Bei der IVF werden der gewonnenen Eizelle im Kulturmedium 3 Mio. Spermien zugegeben. Wenn es auf diesem Weg zu keiner Befruchtung kommt, was in 10-14% der Fälle vorkommt, kann eine ICSI (=intracytoplasmatische Spermieninjektion) erfolgen. Hierbei wird der Eizelle mittels einer Hohlnadel das darin aufgenommene Spermium direkt injiziert. Nach 2-5 Tagen kann der sich entwickelte Embryo wieder in die Gebärmutter eingebracht werden.

Eine weitere wichtige Möglichkeit der Reproduktionsmedizin ist die Entnahme und Kryokonservierung von Eizellen oder Eierstockgewebe bei Krebspatientinnen die eine Chemotherapie oder Bestrahlung benötigen. Sobald seitens des Onkologen grünes Licht gegeben wird, kann das Eierstockgewebe wieder entweder direkt im Eierstock oder in einer so genannten Peritonealtasche (hinter dem Eierstock) platziert werden.

Mittlerweile gibt es weltweit knapp 200 Kinder, die nach einer Ovarialtransplantation entstanden sind. Derzeit betreut Fr. Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Toth die erste Schwangerschaft nach Ovarialtransplantation in Österreich.

Sozial freezing (ist in Österreich nicht erlaubt)

Kryokonservierung von Eizellen aus nichtmedizinischer Indikation wird als sozial freezing bezeichnet. Gründe hierfür sind eine frei bestimmbare Familienplanung unabhängig vom „fruchtbaren Alter“, ein fehlender Partner oder die Unvereinbarkeit von Familienleben und beruflicher Karriere.

Frauen ab 50 Jahren die schwanger werden, haben ein 6fach erhöhtes Risiko an Gestationsdiabetes und eine 4fach erhöhte Gefahr an einer Gestose zu erkranken. Auch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Frühgeburtlichkeit, Wachstumsretardierung und einen pathologischen Geburts-

verlauf müssen bedacht werden. Weitere Punkte die kritisch zu sehen sind, sind neben den hohen Kosten auch die Wahrscheinlichkeit einer Mehrlingsschwangerschaft mit all ihren Risiken und die Gefahr epigenetischer Veränderungen durch die IVF.

Designer Baby

Genetische Interventionen an Präimplantationsembryonen mit dem Ziel, die Eigenschaften des zukünftigen Kindes zu beeinflussen.

In den USA wurde im Jahr 2000 ein Mädchen mit Fanconi Anämie erfolgreich mit den Stammzellen aus dem Nabelschnurblut ihres „Designer Bruders“ behandelt.

3 Elternschaft

Es ist möglich Embryonen „herzustellen“, die das Genmaterial der Mutter und des Vaters und die Mitochondrien (Kraftwerke der Zelle) ei-

ner anderen Frau enthalten. Dieses Verfahren kann durchgeführt werden, wenn etwa die Mutter kranke Mitochondrien hat und nur schwerstbehinderte Kinder bekommen könnte.

Man weiß heutzutage auf welchen Genen verschiedene Eigenschaften sitzen, z.B Längenwachstum, Intelligenz, Langlebigkeit, Persönlichkeit, KHK, Asthma, Alzheimer, Psychosen,... Ebenso könnte man theoretisch die Embryonen auf das gewünschte Geschlecht selektieren. Dies ist etwa in Israel erlaubt, wenn ein Paar bereits 4 Kinder mit gleichem Geschlecht hat.

Fr. Dr.ⁱⁿ Toth beschließt ihren Vortrag mit den Worten, dass die Evolution der Reproduktion schnell voranschreitet und v.a. ethisch – moralische Aspekte zu bedenken sind aber die herkömmliche Art Babys zu zeugen viel billiger ist, mehr Spaß bringt und auch in den nächsten 30 Jahren nicht aussterben wird.

Susanne Lachmayr

Körper und Geist

Psychoneuroimmunologie rund um die Geburt

Zusammenfassung des Vortrages von Univ.-Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. M. Sc. Christian Schubert von der Univ. Klinik für Medizinische Psychologie, Medizinische Universität Innsbruck.

Die derzeit praktizierte Medizin ist von körperlichen Aspekten geprägt bzw. darauf ausgerichtet. Prof. Schubert tritt dafür ein, dass zukünftig auch die biopsychosoziale Sichtweise einbezogen wird. Das biopsychosoziale Modell nach George Engel (1977) geht davon aus, dass Krankheit nicht rein körperlich bedingt ist, sondern durch eine gestörte Interaktion von körperlichen (bio-), seelischen (psycho-) und gesellschaftlichen (sozialen) Einflüs-

sen hervorgerufen wird. In der Psychoneuroimmunologie (PNI) wird die Wechselwirkung von Psyche, Nervensystem und Immunsystem erforscht. Emotionen lösen nachweislich körperliche Reaktionen aus, insbesondere die Auswirkungen von Stress auf das Immunsystem hat heutzutage große Bedeutung. In der Adverse Childhood Experience (ACE) – Studie (Felitti et al 1998) wurden anhand eines Fragebogens die Kindheitserfahrungen von 17 000 erwachsenen US-Amerikanern abgefragt und in Beziehung zu ihrer physischen und psychischen Gesundheit gesetzt. Es zeigte sich, dass frühe Traumatisierung in den ersten achtzehn Lebensjahren signifikant mit dem Auftreten von schweren Krankheiten im Erwachsenenalter in Verbin-

dung stand. Diego et al haben 2004 die Auswirkungen von Depressionen der Mutter in der Schwangerschaft bei eine Woche alten Neugeborenen untersucht. Es zeigten sich erhöhte Cortisol- und Adrenalinwerte, Dopaminabfälle und eine verstärkte rechtsfrontale Aktivität, alles Hinweise auf Immunsuppression. Auch O'Connor et al konnten 2005 bei zehnjährigen Kindern von Müttern mit Angsterkrankungen in der Schwangerschaft Auffälligkeiten (einen erhöhten Cortisol- Morgenpeak usw.) und somit einen Hinweis auf mögliche Immunstörungen feststellen. Entringer et al konnten 2011 nachweisen, dass Stress zu einer beschleunigten Immunalterung führen kann. Anhand von Telomeren, welche einen Indikator für den

Alterungsprozess darstellen, wurde bei Nachfahren von in der Schwangerschaft traumatisierten Frauen im jungen Erwachsenenalter eine für ihr Alter deutlich verkürzte Telomerlänge festgestellt. Daraus ergibt sich, dass pränataler Stress möglichst verhindert werden muss, bzw. die Ressourcen betroffener Frauen gestärkt werden müssen, um ein Fortbestehen der negativen Einflüsse in der Kindheit zu minimieren bzw. optimalerweise zu eliminieren.

Stress Hyporesponsive Period SHRP

Zwischen dem 1. – 10. Lebensjahr befindet sich das gut gebundene Kind in der sogenannten Stress Hyporesponsive Period (SHRP), in der bei Stress eine geringere Cortisolausschüttung als erwartet erfolgt. Damit soll eine gute Entwicklung des Immunsystems gewährleistet werden, da Cortisol bei Dauerausschüttung die Immunentwicklung hemmt. Wir haben es hier mit einem interessanten biopsychosozialen Phänomen zu tun: Sichere Bindung vermindert die Cortisolausschüttung in der Kindheit. Bei traumatisierten, unsicher gebundenen Kindern ist die SHRP nicht wirksam, sie durchleben eine Kindheit mit deutlich mehr Erkrankungen. Nach dem 10. LJ endet die SHRP und die Cortisolantwort bei Stress normalisiert sich, bei unsicher gebundenen Kindern kommt es jedoch zu einem Crash in der Cortisolausschüttung, welche dann dauerhaft vermindert ist und in der Folge vermehrt zu Erkrankungen führt.

Sickness Behaviour

Bei Infektionen werden vom Körper Zytokine ausgeschüttet, die für das Krankheitsgefühl wie Müdigkeit, Schwäche usw. verantwortlich sind. Sie dienen als Warnsignal für unseren Körper, Energie muss für Heilungsprozess aufgespart werden. Kurzfristig ist das gut, langfristig ist Sickness Behaviour allerdings gefährlich, da es zu chronischen Schmerzerkrankungen führt.

Mind Bond Therapien

An Therapieansätzen stehen einerseits „Bottom up“ – Therapien, wel-

che die Menschen am Körper abholen (Entspannungstraining, osteopathische Interaktionen, Aktivierung des Parasympathikus über ganzheitliche Körpertherapien, um Entzündungen zu reduzieren) zur Verfügung und andererseits „Top down“ – Therapien, welche causal ansetzen und versuchen über die Traumata, mittels Psychotherapie die Traumaerfahrungen zu relativieren, zu bearbeiten und dadurch das ganze System in Beruhigung zu bringen.

Uriza & Munoz konnten 2011 nachweisen, dass bei Kindern von Müttern mit erhöhten Depressionsrisiko in der Schwangerschaft bei denen stressreduzierende Maßnahmen zum Einsatz kamen, im Alter von 6 Monaten die Cortisolspiegel gesunken waren.

Forschung in der Psychoneuroimmunologie

In der Forschung sind noch viele Bereiche unklar. Es gibt wenig Wissen über zeitliche Verzögerungen in der Psychoneuroimmunologie (Wann reagiert das Stresssystem? Wann soll gemessen werden?). Reaktionsmuster sind nicht untersucht (Steigt Cortisol nur an oder reagiert es zyklisch?). Die Psyche macht etwas mit dem Immunsystem, aber auch das Immunsystem macht etwas mit der Psyche (Sickness behaviour), dies ist ein ständiger Ablauf im Alltag, welcher eine große Herausforderung für die Forschung darstellt. In Innsbruck wurde dazu vor 25 Jahren mit der Entwicklung der Integrativen Einzelfallstudien begonnen. Ziel ist es die psychosomatische Komplexität zu untersuchen.

Am Beispiel einer Brustkrebspatientin stellte sich das 2005 wie folgt dar: Die Patientin sammelte ihren Harn über 8 Tage in 12 Stunden – Einheiten. Im Harn wurden dann unter anderem dann die Neopterinwerte bestimmt. Diese Bio-Datenreihen wurden anschließend mit den psychosozialen Datenreihen, welche mittels Fragebögen (bzgl. emotionale Verbindlichkeiten, Ernährung, Bewegung, Stressoren, usw.) ermittelt wurden, verknüpft. Nach dem Motto „life as it is lived“ blieb die Patientin in ihrem Alltag und wurde einmal pro Woche zu einem Interview

geladen. Neopterin fungiert als Marker für die Erkrankung, je höher das Neopterin umso schlechter die Prognose. Bei der Patientin wurde festgestellt, dass der Neopterinwert 108 Stunden, nachdem die Patientin im Fragebogen „Angst vor Krebs“ angegeben hatte, angestiegen war. Nun begann die Patientin, zusätzlich zu der vorerst nur körperlichen Therapie (Mastektomie, Lymphknotenentnahme, Bestrahlung, Chemotherapie) und ihrer Psychotherapie, komplementär – alternativmedizinische Techniken anzuwenden. Alle drei 12 Stunden – Einheiten kamen zum Beispiel Jin Shin Jyutsu vor dem Einschlafen, Singen, Tai Chi usw. zum Einsatz. Beim Kreuzkorrelieren dieser Datenreihe mit den Neopterinwerten zeigte sich ein signifikantes Absinken des Neopterinpiegels 36 Stunden nach der Anwendung komplementär – alternativmedizinische Techniken. Dies ist ein schöner Hinweis, dass die Patientin aus eigener Kraft, selbstverantwortlich, selbstheilend über die komplementär – alternativmedizinischen Techniken ihr Entzündungssystem herunterregulieren kann. Es handelt sich hier um eine Meaning Response, eine Art Placebo, die Patientin tut etwas, das ihren Geist anregt, etwas das zu ihrer Gesundheit beiträgt.

Zusammenfassung

Stress in unterschiedlichen Entwicklungsstadien hat negative Effekte bis hinein ins Erwachsenenalter. Studien zeigen, dass je früher mit Interventionen gegen stressbedingte Entwicklungsstörungen begonnen wird umso besser ist die Prognose. In der Forschung muss der Fokus verlagert werden in Richtung Einzelfallstudien um die biopsychosoziale Zusammenhänge im Alltag erkennen zu können.

zusammengefasst von
Eva Maximiuk

Buchempfehlungen
„Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie“
ISBN 978-3-608-43046-2
„Das Unsichtbare hinter dem Sichtbaren“
ISBN 978-3-7526-9072-9

Frühstart ...

Wie erleben Eltern die frühe Geburt ihres Kindes



Pflegewissenschaftlerin, DGKP und IBCLC Natascha-Elisabeth Denninger zeigte in ihrem Vortrag verschiedene Möglichkeiten auf, Familien mit Frühgeborenen auf ihrem Weg zu begleiten.

Ein Baby wird als Frühgeborenes bezeichnet, wenn es vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren wird. Derzeit werden in Österreich sieben bis acht Prozent der Babys zu früh geboren. Statistisch gesehen ist das Risiko einer Frühgeburt bei künstlicher Befruchtung deutlich erhöht. Früher wurde angenommen, dass die künstliche Befruchtung selbst das Frühgeburtsrisiko erhöht, heute weiß man jedoch, dass die Ursachen des Empfängnisproblems ausschlaggebend sind. Bei 34% der Paare kommt es schon beim ersten Versuch einer künstlichen Befruchtung zu einer Schwangerschaft, bei vielen Paaren funktioniert es jedoch nicht so schnell. Obwohl die Paare meist mit der medizinischen Betreuung sehr zufrieden sind, steigt die psychische Belastung mit jedem weiteren Versuch an. Dramatisch wird die Situation, wenn der lange Weg zur ersehnten Schwangerschaft in einer Frühgeburt endet.

Die Gefühle der Eltern sind oft geprägt von langanhaltender Angst, von Schlafstörungen mit massiver Müdig-

keit und einer Grenzerfahrung zwischen Elternsein und nicht Elternsein.

Die Eltern wünschen sich immer eine emotionale Begleitung, die ihnen hilft, den Schock der frühen Geburt zu überwinden. Sie wollen in die Versorgung ihres Babys mit einbezogen und mit Informationen und Gesprächen am laufenden gehalten werden.

Oberstes Ziel ist immer, die Eltern in ihrer Kompetenz so zu stärken, sodass sie ihr Kind gut und eigenständig versorgen können. Nur Eltern, die sich im Umgang mit ihrem Kind sicher und kompetent fühlen, gehen auch gestärkt und entspannt nach Hause.

Folgende Unterstützungsmöglichkeiten sollten frühzeitig angeboten werden:

- Konzept der familienorientierten Pflege – dabei findet viel Informationsaustausch zwischen Betreuungspersonen und Bezugspersonen statt, die Eltern werden stark in die Pflege und in Entscheidungsprozesse integriert
- NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) ist ein standardisiertes Betreuungskonzept individueller, familienorientierter und entwicklungs-fördernder Pflege des Neu-/Frühgeborenen und deren Familie, in das ein multiprofessionelles Team (Ärzte, Pflegepersonal, IBCLC, Psychologen... bis hin zum Entlassungsmanagement) eingebunden ist
- Väter bzw. Partner immer in die Versorgung mit einbeziehen
- 24h rooming in idealerweise im Einzelzimmer – reduziert nachweislich Stress, außerdem findet mehr Haut zu Haut Kontakt statt
- offene Neonatologien ohne Besuchszeiten
- Wege zum erfolgreichen Stillen fördern: möglichst schon Informationen pränatal, Bonding/Kängururen, Un-

terstützung bei MM-Gewinnung, Hilfe bei erstem Anlegen, non-nutritives Saugen fördern, Stillhaltung unterstützen & Milchtransfer erleichtern, Stillen und Zufüttern an der Brust ermöglichen, Beobachten und Reflektieren, Entlassungsmanagement und Unterstützungsangebote auch für die Zeit zuhause müssen gewährleistet sein (Neonatologische Nachsorge, Stillgruppen, IBCLC mit Fokus auf Frühgeburt,...)

- Tagebücher, in die Eltern und Pflegepersonen Einträge machen können, helfen bei der Bewältigung der Ausnahme-situation
- Selbsthilfegruppen
- Bücher zur Verfügung stellen (z.B. Fotoband: „Frühchen. Großartige kleine Kämpfer. Ein Buch voller Hoffnung.“ Silvia Wutte

Die Stillraten in den Kliniken können nur dann zu Hause weiter hochgehalten werden, wenn die Eltern auch dort eine Betreuung und Beratung zum Stillen erhalten! (Sinah et al., 2018)

Spezielle Unterstützung während COVID - 19 Pandemie

Die Pandemie bedeutet zusätzlichen Stress und mehr Depressionen, oft weniger Körperkontakt und häufig weniger Bindung, oft weniger Milchbildung ...

Einschränkungen müssen erklärt werden, sonst werden sie nicht immer verstanden. Hilfreich bei Trennungen sind immer kostenlose Telekommunikationssysteme mittels Videotelefonie, Laptop, fähiges Internet usw. Mögliche psychologische Folgen für das Frühgeborene, das seine Eltern oft über Wochen nur mit MNS sieht, können noch nicht abgesehen werden – müssen aber leider in Zukunft eventuell in der Nachsorgebehandlung mit einbezogen werden.

Gudrun Schober

Sei dabei

Das bietet der VSLÖ

Der VSLÖ ist der Verband für die Still- und LaktationsberaterInnen (IBCLCs) Österreichs und vertritt demnach deren Interessen, ist aber auch sehr aktiv an der Stillförderung in Österreich beteiligt. Auch allen anderen Interessierten steht eine außerordentliche Mitgliedschaft beim VSLÖ offen. Zunächst möchten wir mit einem kleinen Irrtum aufräumen: Die VSLÖ News ist KEINE Mitgliederzeitschrift, sondern wird vom VSLÖ großzügig an interessierte Personen und Institutionen verschickt um wichtige, aktuelle Informationen rund um das Stillen unter Fachpersonen zu verbreiten und damit aktive Stillförderung zu betreiben. Jeder der sich für diese Zeitschrift interessiert kann sich mit einem kurzen Mail mit genauer Adresse bei info@stillen.at dafür anmelden.

Mit einer Mitgliedschaft beim VSLÖ unterstützen Interessierte neben dieser regelmäßigen Information auch andere wichtige Projekte, interdisziplinäre Zusammenarbeit und politische Lobbyaktivitäten zur Stillförderung.

Sowohl aktive als auch passive Mitglieder des VSLÖ sind Teil des großen Europäischen Verbandes ELACTA und erhalten 4-mal jährlich die Mitgliederzeitschrift „Laktation & Stillen“ mit interessanten, internationalen, wissenschaftlichen und praktischen Beiträgen zu unterschiedlichsten Themen rund um Laktation und Stillberatung. Somit können VSLÖ/ELACTA Mitglieder und EinzelabonnentInnen von Laktation & Stillen ohne weitere Zusatzkosten etwa 8 CERPs jährlich verdienen, nur durch aufmerksames Lesen der Zeitschrift und Beantworten eines online-Testes. Mehr dazu: www.elacta-magazine.eu/cerps-verdienen

Zudem erhalten alle Mitglieder bei Fortbildungen des VSLÖ, von ELACTA und oft auch bei Fortbildungen von andern ELACTA Mitgliederver-



bänden deutliche Ermäßigungen auf die Teilnahmegebühren.

In den einzelnen Bundesländern finden regionale Treffen statt, die den Austausch unter KollegInnen unterstützen sollen und die Möglichkeit bieten gratis individuelle CERPs zu sammeln.

IBCLCs die Mitglieder im VSLÖ sind können sich im StillberaterInnenverzeichnis des VSLÖ eintragen lassen – bitte Kontakt mit info@stillen.at aufnehmen.

Für VSLÖ Mitglieder mit einem aktiven IBCLC Zertifikat gibt es eine Haftpflichtversicherung zum Preis von jährlich € 50,-. Dies ist besonders interessant für Kolleginnen, die neben- oder freiberufliche Beratung anbieten. Mehr Informationen dazu info@stillen.at

Du möchtest VSLÖ Mitglied werden? Hier kannst du dich anmelden: www.stillen.at/ueber-uns/mitgliedschaft/

NEU! Bestellbutton auf der Homepage

Ab sofort ist es möglich, Infomaterial des VSLÖ via Bestellformular auf der Homepage ganz unkompliziert zu bestellen.

Was gibt es alles?

- Entwicklungskalender
- Stillscheiben
- „Infobox Gewichtsentwicklung“ (Inhalt: 3 Stillscheiben, 20 Entwicklungskalender, Handout – Gewichtsentwicklung, WHO Perzentile Knaben und Mädchen 0-2 Jahre, 2 Kugelschreiber)
- VSLÖ – Handoutblöcke zum Abreißen á 50 Blatt. (Brustmassage und die RPS Methode, Aufbewahrung von Muttermilch, Stillen und Schlafen, Beikost Beginn) Alle Handouts gibt es natürlich weiterhin gratis zum Runterladen von der Homepage.

Bestellen kannst du hier: www.stillen.at/kontakt/bestellung/

Sicherer Schlaf

SIDS – aktuelle Studienlage und Empfehlungen

In **Zusammenschau der aktuellen Literatur bespricht A. Univ-Prof. in Dr. Daniela Karall, IBCLC, am Stillkongress, die Empfehlungen zu Bedsharing, Co-Sleeping und Stillen.**

Definition von Begriffen, die im Zusammenhang mit dem plötzlichen Säuglingstod, verwendet werden:

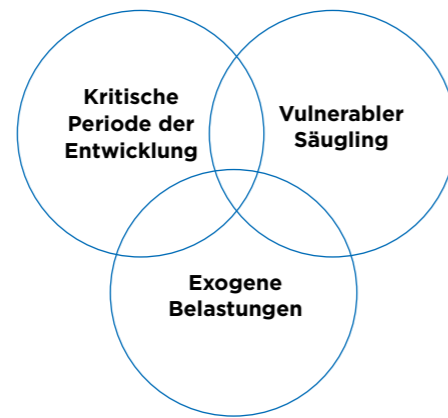
SUID oder SUDI – Sudden Unexpected Death in Infancy oder Sudden Unexpected Infant Death – ist der Überbegriff, gemeint ist der unerklärte Tod eines Säuglings.

SIDS – ist eine Form davon und zeichnet sich dadurch aus, dass sowohl eine klinische Untersuchung als auch eine Obduktion stattgefunden hat. SIDS sollte in den ersten 4 Lebenswochen nicht vorkommen und hat eine Spitze bei etwa 3 Monaten. Die genaue Definition von SIDS: Der plötzliche Tod eines Säuglings, der auf Grund der Anamnese unerwartet ist (klinisches Kriterium) und bei dem eine gründliche Obduktion keine adäquate Todesursache erkennen lässt.

ESUDI – Early Sudden Unexpected Death in Infancy – betrifft Säuglinge die jünger als 4 Wochen sind.

ALTE – Apperent Live Threading Event – oder BRUE ist die ältere Bezeichnung des Phänomens und hat eigentlich nicht so viel mit SIDS zu tun, wie man ursprünglich gedacht hat. Es handelt sich dabei um Kinder, die anscheinend ein lebensbedrohliches Ereignis durchmachen. Sie hören auf zu atmen, werden blau und schlaff, die Eltern denken die Kinder versterben und dann beginnen die Kinder doch wieder zu atmen. Es hat sich aber gezeigt, dass dies nicht jene Kinder sind, die letztlich an SIDS versterben. Daher wird dieses Ereignis heute als BRUE – Breath Related Unexpected Event – bezeichnet.

Bis heute ist die Ursache von SIDS nicht geklärt, allerdings hat sich ein Trippel Riskmodell als mögliche Erklärung etabliert.



Das bedeutet, dass sich ein vulnerabler Säugling in einer kritischen Phase der Entwicklung befindet und exogene Belastungen zusätzlich dazu kommen. Wenn diese 3 Faktoren in einem ungünstigen Verhältnis stehen, sich, wie hier, überlappen dann kann es zu SIDS kommen. Zur Vorsorge müssen also diese Risikofaktoren bekannt sein und, wenn möglich, vermieden werden.

Plastisch erklärt wird dieses Geschehen am Batteriemodel

Man könnte das Neugeborene als Batterie ansehen, die aus irgendeinem Grund anlagebedingt nicht 100% aufgeladen ist, sondern etwas weniger. Nun sollte man vermeiden an solch eine Batterie zu viele stromkonsumierende Geräte anzuschließen, da dies zu einem Kurzschluss führt. Bei einem Kurzschluss funktioniert nicht nur das letzte Gerät nicht mehr, sondern es geht gar nichts mehr, es wird finster. Diese Situation ist vergleichbar mit dem Kind, das an SIDS verstirbt.

Es gibt Risikofaktoren, die beeinflussbar sind, und solche die nicht beeinflussbar sind. Mit Präventions-

programmen sollen Risikosituationen erhoben und die beeinflussbaren Risikofaktoren reduziert werden. In der industrialisierten Welt ist SIDS eine der häufigsten Todesursachen, je nach Region betrifft es 1 bis 3 Kinder von 1000 Lebendgeborenen. Man weiß, dass man mit Präventionsprogrammen diesen Schwellenwert um etwa eine 10er Potenz reduzieren kann, also auf 1–2 Kinder von 10.000 Lebendgeborenen.

Seit mehr als 20 Jahren wird die Pathogenese von SIDS untersucht und nach den jeweiligen Erkenntnissen werden dann Empfehlungen zur Prävention von SIDS ausgearbeitet. So wurde z.B. beobachtet, dass die Bauchlage und, sogar noch stärker, die sekundäre Bauchlage (Kind, das nach Seitenlagerung versehentlich auf den Bauch rollt) einen großen Risikofaktor darstellt. Ebenso wurden andere Faktoren wie niedriges Geburtsgewicht, junges mütterliches Alter, mütterliches Rauchen als Risiken identifiziert. 2006 wurde in einer englischen Studie (Peter Blair) beobachtet, dass 50% aller SIDS Fälle beim Co-Sleeping passiert sind. Daraufhin wurde die Empfehlung herausgegeben, dass Kinder nicht gemeinsam mit ihren Eltern schlafen sollten, ohne genauer auf die Schlafsituation oder die Prävalenz des Co-Sleepings zu achten. Das Stillen als möglicher Schutzfaktor bei SIDS wurde lange Zeit nicht beachtet. Erst 2010 hat die AAP das Stillen als Schutzfaktor (Level A) in die Empfehlungen aufgenommen.

Gemeinsames Schlafen fördert und schützt das Stillen – sowohl den Stillbeginn, die Stilldauer und die Ausschließlichkeit des Stillens (im ersten Lebenshalbjahr). Stellt sich die Frage wie kann gemeinsamer Schlaf sicher bewerkstelligt werden?

Das ABM Protokoll Nr. 6, dass sich mit Stillen und gemeinsamen Schla-

fen beschäftigt, gibt uns wertvolle Hinweise. ABM (Akademie of Breastfeeding Medicine) ist ein Verein, in dem MedizinerInnen zu Themen rund um das Stillen, Stellung nehmen. Diese Protokolle sind gut abgestimmt und evidenzbasiert.

Zunächst muss nochmal genau unterschieden werden zwischen ...

- Co-sleeping, hier gibt es eine gemeinsame Schlafumgebung (Bett und/oder Zimmer) und
- Bedsharing, dies bedeutet Schlafen auf einer gemeinsamen Schlafunterlage, also im gemeinsamen Bett.

Beim Stillen geht es tatsächlich in den allermeisten Fällen mehr um Bedsharing und nicht so sehr um Co-sleeping, es sei denn es liegen Risikokonstellationen vor.

Bedsharing ist eigentlich nur in den westlichen Industrienationen ein Thema, denn in fast allen menschlichen Kulturen ist das Familienbett die Regel. Und zwar nicht nur in solchen, wo es nicht anders geht, sondern auch in industrialisierten Ländern wie Japan. Wie eine Graphik im ABM Protokoll zeigt, ist die SIDS Inzidenz unabhängig davon ob die Kinder im Bett der Eltern schlafen oder nicht. Auch in Europa sieht man, dass Länder mit sehr niedrigen SIDS Raten eine hohe Rate an Bedsharing haben. Wie häufig kommt Bedsharing bei uns vor? 2009 wurde dieser Frage in Tirol nachgegangen, die Erhebung ergab, dass die meisten Eltern die Kinder im Elternschlafzimmer schlafen lassen, etwa 1/3 aller Kinder schliefen dabei direkt im Elternbett.

Was sind die positiven Auswirkungen vom gemeinsamen Schlafen und Stillen auf SIDS?

- Gesteigerte Stillraten und gesteigerte Stilldauer
- Das gestillte Kind liegt nicht in Bauchlage, auch die Gefahr in die sekundäre Bauchlage zu rutschen ist gering, da die Mutter vor dem Kind liegt

Die Sturzgefahr wird minimiert. Man denke nur an eine Mutter, die nachts außerhalb des Bettes sitzend stillt, dabei einschläft und damit das Kind nicht mehr absichert.

Gestillte Kinder sind leichter erweckbar und haben weniger Infekte. Beides wirkt sich für die SIDS Prävention positiv aus.

Die SIDS Inzidenz ist bei uns in Mitteleuropa etwa 0,3 Promille, also 3 von 10.000 Kindern. Man muss tatsächlich aufpassen, dass man mit zu strikten Empfehlungen (also, dass die Mutter ihr Kind nicht mit ins Bett nehmen darf) nicht den anderen 9.997 Familien das Leben schwer macht, sondern sogar Schaden anrichtet.

Letztlich zeigte sich bei der Durchsicht der ursprünglichen Studien von Peter Blair, dass sich die betroffenen Kinder häufig in einer gefährlichen Schlafumgebung befanden. Diese Schlafumgebung jedoch lässt sich sicherer machen und es ist wichtig Eltern darüber zu informieren.

Gute Empfehlungen zum „Safe Bed-sharing“ aus dem ABM Protokoll

- Ein ungeeigneter Schlafplatz für das gemeinsame Schlafen sind Sofas oder Stühle oder ungeeignete Schlafunterlagen (in der deutschen Übersetzung des Protokolls heißt es hier: eine feste Unterlage benutzen).
- Erwachsene, die mit einem Kind schlafen, sollten nicht unter dem Einfluss von Alkohol oder Drogen stehen.
- Der Säugling sollte zum Schlafen möglichst auf den Rücken gelegt werden.
- In der Nähe des Kindes darf nicht geraucht werden – hier ist primäres, sekundäres und tertiäres Rauchen gemeint: primär – die Mutter raucht direkt beim Kind; sekundär – das Kind kommt in eine Umgebung, in der eine dritte Person raucht; tertiär – das Kind kommt in eine Umgebung, wo Kleider und Stoffe mit Nikotin getränkt sind.

Das Kind soll nicht allein in einem Erwachsenenbett schlafen.

Das Erwachsenenbett muss für das Kind sicher gemacht werden – keine Zwischenräume (zwischen Matratzen, Kopfteilen, Bett/Wand) in die das Kind rutschen könnte.

Vermeiden von dicken Decken oder großen Kissen, die das Kind versehentlich bedecken könnten.

Die C-Position (cuddle curl) ist eine optimale Schlafposition. Dabei liegt der Kopf des Säuglings gegenüber der Brust des Erwachsenen, die Beine und Arme des Erwachsenen um den Säugling herum, der auf dem Rücken liegt, weg vom Kissen.

Wenn noch weitere Kinder im gleichen Bett schlafen, sollte zwischen Baby und Kleinkind ein Erwachsener liegen. Und natürlich sollten keine Haustiere mit im Bett liegen.

Aus Infrarot-Aufnahmen während des Schlafes weiß man, dass das Risiko, dass sich ein Erwachsener auf das Kind rollt, sehr gering ist. Instinktiv drehen sich die Eltern vom Kind weg.

Wenn Kinder bzw. Familien von mehreren Risikofaktoren betroffen sind, braucht dies mehr Beratung, vielleicht auch eine Überprüfung der Schlafstelle. Wenn sich die Gegebenheiten zum „Safe Bedsharing“ nicht verwirklichen lassen, dann wird dennoch empfohlen, dass das Kind in der Nähe aber NICHT IM Elternbett schläft.

Die Wertigkeit des Schnullers in der SIDS Prophylaxe bezieht sich auf NICHT gestillte Kinder.

Zusammenfassend lässt sich sagen, es ist ein unüberbrückbarer Spagat getrenntes Schlafen zu promoten und Stillen zu fördern, das widerspricht sich. Aber es ist möglich das gemeinsame Bett sicher zu machen. Wichtig ist es Eltern, und ganz besonders jene Familien die Risikofaktoren haben, zu informieren.

zusammengefasst von Andrea Hemmelmayr

Herausforderung

LKG-Spalten – Begleitung in der Stillberatung

Tina Wilke, IBCLC und Logopädin aus Wien, spricht am Stillkongress in Innsbruck über eines ihrer Herzenthemen.

Muttermilch ist die ideale Ernährung für Säuglinge. Wird ein Kind mit Spalte geboren, stellt dies oftmals eine besondere Herausforderung sowohl für die Familie als auch für das Fachpersonal dar. In der Beratung ist zu empfehlen, sich grundsätzlich am ursprünglichen Ernährungswunsch der Mutter zu orientieren. Im Vordergrund steht allerdings immer eine gesicherte orale Ernährung. In Bezug auf die Ernährung geht es darum, dem natürlichen Stillen und Saugen, so nah wie möglich zu sein. Es gilt aber auch einen entspannten Alltag mit dem Baby, der stark von der Fütterungssituation beeinflusst sein kann, im Fokus zu haben. Effektives Saugen ist zum größten Teil von der Unterdruckbildung im Mund abhängig. Folgende Aspekte haben bei Spaltfehlbildungen Einfluss auf die Ernährungssituation: reduzierte bis unmögliche Vakuumbildung sowie ungenügender Lippenschluss und dadurch erschwertes Behalten der Brust im Mund bei einer Lippenpalte, rasches Ermüden durch vermehrten Kraftaufwand, nasale Regurgitation (das bedeutet Nahrung entweicht durch die Nase). Mögliche Folgen sind ein großer Zeit- und Kraftaufwand, vermehrtes Luftschlucken, mangelnde Gewichtszunahme und erschwelter Beziehungsaufbau. Sicher ist, dass viele Babys mit Spalte nicht auf dem gewohnten Weg gestillt werden können, sie müssen eben anders gestillt werden, insbesondere zu Beginn. Manchmal ist das Trinken an der Brust unmöglich und das Stillen steht nicht zur Ernährung im Vordergrund. Weiters haben Faktoren wie das Entlastungssystem, stillfreundliche Umgebung, Fachwissen, einfühlsame kompetente liebevolle Begleitung des Unterstützungssystems, die

mütterliche Haltung dem Stillen gegenüber usw. Einfluss auf den Weg, der zur Ernährung möglich ist.

Ideensammlung an Möglichkeiten

Die fachliche Stillbegleitung beginnt am besten bereits in der Schwangerschaft. Mit Informationen zu ...

... den Vorteilen von Muttermilch, speziell bei Kindern mit Spalte: Babys mit Spalte kann Milch durch die fehlende Trennung von Mund und Nasenhöhle in die Nase gelangen, das ist grundsätzlich nicht problematisch, die Immunglobuline schützen allerdings die dadurch strapazierte Schleimhaut.

Muttermilch bietet einen Schutz vor Infektionen, jede verhinderte Infektion (z.B.: Mittelohrentzündungen) ist ein Gewinn.

- ... dem Abpumpen und Aufbewahren von Muttermilch
- ... der Brustmassage
- ... Kolostrumgewinnung
- ... Stillhilfsmittel und Zufütterungsmöglichkeiten
- ... Beschaffung von Stillhilfsmitteln und Formulanahrung
- ... Stillvorbereitungskurse
- ... und zu Hautkontakt unmittelbar nach der Geburt

Es gibt viele Aspekte, die mit den werdenden Eltern nicht in einem Termin besprochen werden können. Oft sind die Eltern noch in der Verarbeitung der Diagnose gefangen, dass sie nur begrenzt Ressourcen frei haben, um Informationen aufzunehmen. Also Schritt für Schritt vorgehen, Begleitung ist das Schlüsselwort.

Die Geburt

Das Herzog©-Prinzip

- 1.) Intensiver Hautkontakt unmittelbar nach der Geburt für den Bindungsaufbau

- 2.) Neugeborenes die Brust suchen lassen
- 3.) Kolostrum von der Hand gewinnen und sofort geben
- 4.) Stillen, Stillen mit Hilfsmittel oder Ernährung mit Flasche
- 5.) Gewinnen von Muttermilch

Brustnahe Ernährung

Nach der Kolostrumgabe gilt es einen Weg zu finden, der für das jeweilige Familiensystem und Baby passend ist. Bei noch kleinen Anfangsmengen ist eine Möglichkeit mittels Fingerfeeder oder Sonde an der Brust zuzufüttern. Hilfreich kann hier auch ein Saughütchen sein, in welchem eine Sonde steckt. Bei genügender Milchmenge besteht die Möglichkeit, dass das Baby zusätzlich aus der Brust Milch erwischt, die durch den Milchspendereflex ausgeschüttet wird. Die eben genannten Varianten sind eigentlich „Tintenfischvarianten“, bei welchen man einfach am besten 10 Hände hätte und Unterstützung in der Umsetzung äußerst von Vorteil ist. Es handelt sich um Übergangslösungen. In der Folge lohnt es sich zum **Brusternährungsset** (BES) zu wechseln. Gerade, wenn die Menge steigt, das Zufüttern über einen längeren Zeitraum notwendig ist und man die Hände frei bekommen möchte. Zu Beginn der Verwendung des Sets soll das Fließen der Milch an der Brust möglichst leicht erfolgen. Das bedeutet: den Behälter möglichst hoch hängen, die beiden dicksten Schläuche an einer Brust zu befestigen, ein zusätzliches Loch mit einer Nadel (beim „a“ von Medela) hineinzustechen.

Giebel-Linus Methode: Dabei wird nach der Brustmassage die Milch, während das Baby angelegt ist, direkt in den Mund des Babys gemolken.

Ergänzend können die anderen Methoden wie Ernährungssonde an der Brust, BES, Becher und Fingerfeeder beibehalten werden.

Nasen-, Mundtrennplatte

Die Verwendung einer solchen Platte ist nicht in jedem Spaltzentrum und bei jedem Baby mit Spalte Standard. Sie wird zumeist möglichst rasch, in den ersten Tagen angepasst. Die früher manchmal verwendete Bezeichnung „Trinkplatte“ ist irreführend. Es gibt tatsächlich Babys, die mit der Platte besser trinken, aber der Aufbau eines Unterdrucks ist dennoch nicht möglich. Die Platte dient eigentlich der Steuerung des Oberkieferwachstums, um möglichst optimale Voraussetzungen für die Operation zu schaffen. Sie dient auch dazu zu verhindern, dass die Zunge in die Spalte gelagert wird und diese weitet, und die Zunge somit ihren korrekten Platz am Oberkiefer hinter den oberen Schneidezähnen einnehmen kann. Nachteile der Platte sind die häufig nötigen Anpassungen aufgrund des Wachstums, die Ausschaltung des Gaumens von der Wahrnehmung und, dass die Kinder je älter sie werden, umso öfter das Raus- und Reinspielen der Platte mit der Zunge entdecken (Haftcreme ist dann hilfreich). Tragedauer der Platte ist aufgrund der Wachstumssteuerung 24 Stunden am Tag, sie sollte nur zur Reinigung entfernt werden.

Wahl der Stillposition und Anlegetechnik

Auch hier geht es wieder darum auf die Suche nach der individuell passenden Lösung zu gehen. Positionen, in welcher die Schwerkraft mithilft (z.B. Wiege- oder Seithaltung etwas nach vorne geneigt oder Stillen im Vierfüßler) können hilfreich sein, ebenso wenn das Baby aufrechter positioniert wird (z.B. Hoppa Reiter Sitz oder auch in aufrechter Wiegehaltung). Ist eine Platte angepasst, braucht es weniger Adaptation. Weiters kann unterstützend sein, wenn die Brust im C-Griff die gesamte Mahlzeit über im Mund des Babys gehalten wird. Die Brust hat aufgrund ihrer weichen Struktur (im Gegensatz zur Flasche) den Vorteil, dass sie sich leicht an den kindlichen Mund anpassen kann. Auch der DanCer Hold-Griff findet hier nützliche Anwendung. Eine weitere Option ist das asymmetrische Anlegen. Neben der Wahl der Anle-

position können häufigere und kürzere Mahlzeiten hilfreich sein. Es geht in der Beratung darum die Mutter kompetent zu machen, in der Beobachtung ihres Kindes (ob ihr Kind noch effektiv saugt oder nur mehr nuckelt) und in ihren Entscheidungen (ob sie noch kuscheln möchte oder die Mahlzeit beendet). Kürzere, aber effektivere Stillmahlzeiten sind meist für alle Beteiligten entlastender und führen außerdem oftmals zu einer besseren Gewichtszunahme. Aufgrund ihrer speziellen Technik schlucken Babys mit Spalte oftmals vermehrt Luft, das kann wiederum mehr Blähungen und Unruhe bedeuten. Öfter aufstoßen lassen und Optimierung der Anlegetechnik kann die Situation verbessern.

Ernährung mit der Flasche

Auch das Trinken mit der Flasche bereitet Babys mit Spalte oftmals Schwierigkeiten.

Sie versuchen den fehlenden Unterdruck durch verstärktes Arbeiten mit der Zungen-, Wangen-, und Kiefermuskulatur auszugleichen. Dadurch wird allerdings der Sauger häufig verstärkt zusammengedrückt und der Milchfluss gebremst. Ein verstärktes Hinausschieben der Flasche im Trinkrhythmus ist spürbar. Dagegen hilft, wenn die Flasche „fest“ im Mund des Babys gehalten wird. Die meisten bereits erwähnten Aspekte, wie aufrechteres Positionieren etc., können auch auf das Füttern mit Flasche übertragen werden. Weiters kann ein weicher Sauger (Latex/Kautschuksauger anstelle eines härteren Silikonsaugers, d.h. ein brauner Sauger ist besser als die durchsichtigen), ein Sauger mit breiter Auflagefläche (also ein Weithalsflaschensauger oder ein Breisauger verwendet werden, um eine gute Mischung notwendiger orofazial-muskulärer Arbeit in angemessener Zeit zu erreichen. Ein passives Hineinströmen der Milch in den Mund ist konträrproduktiv, da der zu starke Zufluss mit der Zunge gestoppt werden muss und die gewünschte muskuläre Arbeit ausbleibt. Ein Spezialsauger sollte noch erwähnt werden, der Special Needs Sauger. Durch eine Ventilplatte wird bei dem Sauger verhindert, dass die Milch wieder in die Flasche

gedrückt wird. Es kann so die Fließgeschwindigkeit reguliert werden und dem Verlauf einer Mahlzeit angepasst werden. Die Verwendung des Special Needs Sauger muss gut überlegt werden: Nur verwenden, wenn das Baby wirklich saugt und nur so viel mithelfen, dass das Baby auch noch selbst mit seiner orofazialen Muskulatur arbeiten muss. Wir haben Muskeln im Gesicht und die werden nur dann stark, wenn sie auch benutzt werden dürfen. Dies ist auch die erste Prävention für spätere Sprechauffälligkeiten.

Gewichtskontrollen

Regelmäßige Gewichtskontrollen, in der Häufigkeit abhängig vom Verlauf, sind bis zu einer kontinuierlichen Gewichtszunahme sinnvoll (2x wöchentlich). Dadurch kann gegeben Falls rechtzeitig eine Veränderung im Setting vorgenommen werden, ohne in Stress zu geraten. Auch die Erstellung eines Pump-, Trink-, Gewichtsprotokolls ist hilfreich.

Nach dem Gaumenverschluss

Die direkte postoperative Ernährung ist in den verschiedenen Operationszentren bis zur Heilung des Gewebes – das sind rund 14 Tage – sehr unterschiedlich, von der Sonde bis hin zu gleich weiter füttern. Es gilt: Wenn alles gut verheilt ist, darf das Baby richtig saugen. Nun beginnt der Prozess des Erlernens des richtigen Saugens, bis zur Operation hat das Baby die Milch ohne Unterdruck herausgeholt. Es gibt Maßnahmen, die das Erlernen des Saugens unterstützen können. Es kann zum Beispiel die Gabe über das BES schwieriger gestaltet werden (BES tiefer hängen, dünneren Schlauch verwenden). Durch die brustnahe Ernährung kennt das Baby die Brust bereits als Nahrungsquelle. Möglicherweise ist in Folge ein normales Stillen möglich, bis dahin braucht es aber zumeist noch ein paar Wochen (ca. vier) Geduld. In manchen Fällen erlernt das Baby das Saugen nicht mehr, meist ist zu diesem Zeitpunkt schon Beikost eingeführt worden. In der Folge gibt es andere Wege, die zur Kräftigung der Gaumenmuskulatur genutzt werden können.

Zum Abschluss muss noch gesagt werden:

Wenn wir Kinder mit Spaltbildung sehen, dürfen wir nicht nur die Spalte sehen, sondern sollen die Kinder als Ganzes betrachten. Es sind Kinder mit schönen Augen, vielen oder wenigen Haaren und Mütter, denen auch zur Geburt gratuliert werden darf.

*zusammengefasst von
Eva Maximiuk*

Einige Fakten

- Spalten im Mundbereich kommen etwa bei einem von 500 Lebendgeborenen vor.
- Sie zählen zu den häufigsten Fehlbildungen nach den angeborenen Herzfehlern.
- Bei 26% der Spaltbildungen sind nur die Lippe oder Lippe und Kiefer fehlgebildet.
- Rund 34% sind GS -Spalten.
- Rund 39% sind LKGS Spalten.
- Einseitige Spalten sind häufiger.
- Von den Kindern mit Spalte haben mehr Buben eine LKGS Spalte, mehr Mädchen eine GS Spalte.



„Alles im Fluss“, Stillfachtagung

18.03.2022, Wien

„Lange Nacht des Stillens“, Abendwebinar

02.05.2022

Stillkongress

21.10. - 22.10.2022, Graz



Angebote des Europäischen Institutes für Stillen und Laktation:

STILLBEGINN

08.06. - 11.06.2022, Wien

STILLZEIT

Teil 1: 20.10. - 22.10.2022, Wien

Teil 2: 03.11. - 05.11.2022, Wien

Seminarreihe INTENSIV

Seminar 2: 28.09. - 01.10.2022, Gröbming

Seminar 3: 17.01. - 19.01.2023, Wien

Seminar 4: 15.03. - 18.03.2023, Gröbming

Online Seminartag 1: 15.11.2022

Online-Seminartag 2: 20.02.2023

Abschlussgespräche: online nach Seminar 4

Seminarreihe KOMPAKT für Ärztinnen und Ärzte, Innsbruck

Präsenzseminar Teil 1: 04.02. - 06.02.2022

Präsenzseminar Teil 2: 06.05. - 08.05.2022

1 Online-Tag (5 h): wahlweise

Dienstag, 19.04.2022, 14.00 - 19.00 Uhr oder

Montag, 02.05.2022, 09.00 - 14.00 Uhr

Nach Teil 1: begleitendes eLearning Modul in 2 Teilen

Praxistag Innsbruck

Das ewige Thema „Zu wenig Milch“ -

Die häufigsten Einflussfaktoren und das

Brusternährungsset als wichtiges Hilfsmittel

Freitag, 06.05.2022, 9.00 - 17.00 Uhr inkl. Pausen

EISL-Webseminare

Ein weiterer Blick auf die Frauengesundheit in der Stillzeit und darüber hinaus

Dienstag, 05.04.2022, 9.30 - 12.30 Uhr

Gesund, gestillt und vegan - Wie geht das zusammen?

Donnerstag, 28.04.2022, 15.00 - 18.00 Uhr

Wirksames Pumpmanagement - wie beraten wir in Klinik und Wochenbett?

Mittwoch, 24.02.2022, 16.00 - 19.00 Uhr

BRUSH-UP Kurs 25.05. - 26.05.2022, Gröbming

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 Hemmelmayr,
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!

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Quellenangaben zu den abgedruckten Artikeln sind auf Anfrage unter redaktion@stillen.at erhältlich.

Wir freuen uns über Artikel, Themenvorschläge und Termininfos aus allen Bundesländern:

Mail an: redaktion@stillen.at

Nächster Redaktionsschluss:
14.02.2022