



VSLÖ

Frühjahr 2022

Verband der Still- und Laktations-
beraterInnen Österreichs IBCLC

news

Wichtig!
Säuglings-
ernährung in
Krisenzeiten
Infos dazu
im Heft



VÄTER

Wie können sich Väter
rund um die Geburt aktiv
einbringen? Anregungen
und Beispiele

MÜTTER

Wie kann Stillen nach
Kinderwunschbehandlung
gelingen? Herausforder-
ungen und Stärken

KINDER

Wie politisch ist die
Kindheit heutzutage?
Fragen und
Antworten

Liebe Leserinnen und Leser,



DSAⁱⁿ Anita Schoberlechner

herzlich willkommen zu unserer Frühjahrsausgabe der VSLÖnews!

Seit dem Stillkongress im November 2021 in Innsbruck sind einige Monate vergangen. Und bis heute bin ich super stolz auf das VSLÖ-Team und alle Anwesenden. Trotz hoher Infektionszahlen und dem bevorstehenden Lockdown zwei Tage später, war die Stimmung gut. Danke an die zahlreichen Rückmeldungen zu der perfekten Organisation und ein großes Dankeschön an unsere VSLÖ-Covid-Beauftragte Elisabeth Schlögl, IBCLC!



© shutterstock

Zahlreiche wichtige Themen wurden am Stillkongress erörtert, unter anderem, die Rolle der Väter. Mag. Clemens Schmoll, Bakk., berichtete uns über „PAPAFREUDE“ und gab uns, dem großteils weiblichen Publikum und Fachpersonal, Einblick in die Situation von Partnern rund um die Geburt. Gudrun Füreder, IBCLC hat diesen Vortrag für uns in dieser Ausgabe der VSLÖnews zusammengefasst.

Der VSLÖ hinter den Kulissen

Letztes Jahr wurde der Endbericht der SUKIE Studie zur Säuglings- und Kinderernährung veröffentlicht. Die Ergebnisse zeigen sowohl bei der Gesamtstilldauer als auch beim ausschließlichen Stillen Verbesserungspotential auf.
<https://sukie.ages.at/>

Bereits am 16. Juni 2021 kam es zu einem Stakeholderdialog „Stillförderung“. Über 70 InteressensvertreterInnen und AkteurInnen (z.B. von Berufsvertretungen/Fachgesellschaften, Gesundheitsförderungseinrichtungen, Krankenanstalten, Kommunalen Verbände, Versicherungsanstalten, aus Wissenschaft/Forschung bzw. Ausbildungseinrichtungen, Wohlfahrtsorganisationen) sind der Einladung gefolgt, um gemeinsam die Ergebnisse der SUKIE-Studie zu reflektieren und aufbauend der Frage nachzugehen, wie Stillen noch attraktiver gemacht werden kann.

Nachlese unter: <https://sukie.ages.at/stillfoerderung/>

Die Arbeit geht bereits weiter und weiter ...

Im Rahmen der **Arbeitsgruppe KISS** (Kinder-Stillende-Schwangere) des Bundesministeriums arbeitet der VSLÖ tatkräftig mit und unterstützt nach bestem Wissen und Gewissen!

Herzlichen Dank an das ehrenamtliche Redaktionsteam, das gesamte VSLÖ-Team, alle Mitglieder und Interessierte und ein gutes Jahr 2022!

Alles Liebe, Anita Schoberlechner
Präsidentin des VSLÖ

Wunsch erfüllt

Stillen nach Kinderwunschbehandlung – was stärkt?

Hebamme Sabine Brunner, IBCLC, EEH – Fachberaterin und Präsidentin des VSLÖ gibt in ihrem Vortrag einen „tiefen Einblick in die emotionale Welt der Sterilitätsbehandlung“, der im folgenden Artikel vermittelt wird.

Sterilitätsbehandlung – eine Herausforderung

Eine Kinderwunschbehandlung stellt betroffene Paare häufig vor viele physische und emotionale Herausforderungen. Nicht selten liegt eine mehrjährige Odyssee hinter ihnen, die vielfach auch als Leidens- und Leistungsdruck empfunden wird. Paare, vor allem aber Frauen fühlen sich oft wie „besetzt“ von diesem

Thema, häufig stellt sich auch Wut und Enttäuschung ein, weil der Körper nicht so funktioniert wie er soll und Therapieversuche scheitern. Mütter beschreiben die Situation in Worten wie: „... Ständig das Ziel vor Augen haben und funktionieren müssen...“ „Das Leben in der Fülle und Leichtigkeit zu erleben war wie blockiert ...“. Repro-

duktionsmedizin fordert vor allem von Frauen ein hohes Maß an Disziplin. Oft sind die Betroffenen überwältigt von dem, was mit ihnen geschieht und von dem, was sie über sich ergehen lassen müssen, um das Ziel Wunschkind erreichen zu können. Auch Männer belastet diese neue Situation und sie können u.a. das Gefühl haben, kein vollwertiger Mann zu sein. Studien belegen, dass die Diagnose Unfruchtbarkeit deutliche Auswirkungen auf Paare hat und sie wird manchmal als „die bedrückendste Erfahrung ihres bisherigen Lebens“ beschrieben (Freeman et. al). Erschwerend kommt oft hinzu, dass Männer und Frauen sehr unterschiedlich mit dieser Situation umgehen und unterschiedliche Coping-Strategien haben. Häufig wollen sich Männer zurückziehen, während Frauen reden „müssen“. Nicht selten entstehen dadurch zusätzliche Spannungen und selbst emotional stabile Paare können in dieser Lebensphase an den Rand der Belastungsfähigkeit kommen ...

Diese psychoemotionalen Herausforderungen nach einer Kinderwunschbehandlung können sich im Folgenden auch auf den gesamten Schwangerschaftsverlauf und die Stillbeziehung auswirken.

Auswirkung auf die Schwangerschaft

Durch die bahnbrechenden Fortschritte in der Reproduktionsmedizin kommt es glücklicherweise in der Mehrzahl der Fälle zu einer erfolgreichen Entstehung einer Schwangerschaft. Die Angst vor Mehrlingschwangerschaften und Frühgeburten führt jedoch oft zu einem ängstlichen Umgang mit der Schwangerschaft. Die Rate der Risikoschwangerschaften nach IVF/ICSI ist nachweislich erhöht, und die Furcht vor Komplikationen, Fehlbildungen und die Angst vor daraus resultierenden Trennungen von Mutter und Kind können sehr belastend für die Paare sein.

Auswirkung auf das Bindungsverhalten

Verschiedene wissenschaftliche Arbeiten haben sich mit der Mutterrolle

le nach Sterilitätsbehandlung versus spontaner Konzeption auseinandergesetzt. Die Ergebnisse sind inhomogen. Einige Studien fanden keine Unterschiede, andere zeigten eine bessere Adaptation nach Sterilitätsbehandlung. Andere Arbeiten zeigten weniger Selbstvertrauen in der Mutterrolle und ein erhöhtes Bedürfnis nach Unterstützung. Eine Metaanalyse (Verhaak et. al) aus dem Jahr 2007 konnte jedoch belegen, dass es auf längere Sicht keine gravierenden Unterschiede nach Kinderwunschbehandlung in der Mutter-Kind-Beziehung gibt. Schlussendlich konnte gezeigt werden, dass die Schwangerschaft und die Geburt die entscheidenden Faktoren sind, die zu einer emotionalen Bindung führen.

Auswirkungen auf die Stillzeit

Mütter nach Kinderwunschbehandlung zeigen häufig eine hohe Bereitschaft, eine langfristige Stillbeziehung mit ihrem Kind einzugehen. Sie verfolgen das Ziel einer engen und intensiven Mutter-Kind-Bindung und haben meist einen sehr hohen Anspruch an sich selbst. Frauen, die nach einer Sterilitätsbehandlung ihr langersehntes Baby im Arm halten, stillen signifikant länger als Mütter nach einer Spontankonzeption (Ludwig, 2015).

Es zeigt sich auch, dass manche Mütter nach Kinderwunschbehandlung Schwierigkeiten haben, den Fokus wieder auf eigene Bedürfnisse und Wünsche zu legen. Manchmal setzen sich auch die (Dauer-)Anspannung und die Sorge um das Kind fort und es kommt zur sog. „Overprotection“. (Die Begriffe Überbehütung und Überfürsorglichkeit bezeichnen allgemein Verhaltensweisen von Eltern, bei denen das Bedürfnis, ihr Kind zu beschützen und zu versorgen, übermäßig ausgeprägt ist.)

Was stärkt die stillende Mutter/die Familie

Wesentlich sind immer eine einfühlsame Betreuung und eine achtsame Wortwahl! Verständnis und die Anerkennung individueller Bedürfnisse

und Ängste stehen im Vordergrund und sollten immer berücksichtigt werden.

Mütter können durch das Stillen ihres Kindes Selbstwirksamkeit erleben und durch häufige Oxytocin Ausschüttung Entspannung finden. Frauen sollten sich ihrer (unbewussten) Daueranspannung bewusst werden, wieder aktiv für sich sorgen und den Fokus auf Geglücktes lenken und nicht auf Defizite.

Eine Vorbereitung auf das Stillen durch geschultes Personal bringt immer Vorteile für jede Stillbeziehung (nicht nur für Mütter nach einer Kinderwunschbehandlung). Klare Informationen bringen Erleichterung, Vertrauen und Entspannung, der oft hohe Erwartungsdruck kann wesentlich gesenkt werden.

Das Wissen um Milchbildung, Stillzeichen, Stillfrequenz (Clusterfütterung), Bindungsförderung, Stillpositionen, buntes Stillen, Stillgruppen usw. gibt den Müttern die notwendige Kompetenz und Bestätigung.“ ... Sich begleitet wissen gibt Sicherheit und Halt ...“.

Wenn Mütter erleben, dass Kolostrum bereits da ist und ihr Körper Milch produzieren kann, bringt dies das oft langersehnte Selbstvertrauen zurück. Wiedergefundenes Vertrauen in sich selbst ist heilsam und entspannend und der Fokus rückt leichter auf das Gelingende und die eigene mütterliche Kompetenz.

Stillen ist und bleibt nach wie vor die beste Bindungsförderung, denn wenn das Bindungshormon Oxytocin beim Stillen fließt, fließt auch die Liebe zwischen Mutter und Kind.

Gudrun Schober

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

Mail an: redaktion@stillen.at

Nächster Redaktionsschluss:
16.05.2022

Ausnahmezustand

Ernährung von Babys und Kleinkindern in Notfällen

Mit großer Betroffenheit und Sorge verfolgen wir die Entwicklungen im Krieg zwischen der Ukraine und Russland. Wie immer sind es die Schwächsten – Säuglinge und Kleinkinder – die in Krisenfällen am meisten gefährdet sind. Dabei ergeben sich völlig unterschiedliche Bedrohungsszenarien: Sei es, dass

Familien zum Schutz vor Bombenbeschuss und Kampfhandlungen tage- und nächtelang in Kellern oder Untergrundbahnen verbringen müssen, währenddessen ihnen langsam sauberes Wasser und Nahrung ausgehen und sie vielleicht von sämtlichen Energiequellen abgeschnitten werden. Seien es Mütter mit ihren Kindern, die sich auf dem Weg in ein sicheres Drittland befinden und dabei nur begrenzt Vorräte mittragen können. Oder seien es Mütter, die mit ihren Kindern in überfüllten Flüchtlingslagern ausharren. Zugleich besteht die Sorge vor dem, was zu Hause mit ihren Lieben passiert. Traumatische Erlebnisse, die für nicht Betroffene nur schwer nachvollziehbar sind. Dennoch tut sich gerade eine ungemeine Welle der Hilfsbereitschaft auf.

Ja, Hilfe wird dringend gebraucht! Gerade beim Thema Säuglings- und Kleinkindernahrung muss diese Hilfe jedoch gut und fachgerecht koordiniert werden, um nicht mehr Schaden als Nutzen anzurichten. WHO und UNICEF rufen seit langem ihre Mitgliederstaaten dazu auf, entsprechende Notfallpläne für die Säuglings- und Kleinkindernahrung in Katastrophenfällen zu erstellen und bieten auch reichlich Informationen dazu an. Viele westlich orientierte Länder (auch Österreich) sind leider der Meinung, dass dies für ihr Land nicht relevant sei. Die kommende Flüchtlingswelle wird uns vermutlich demnächst eines Besseren belehren.

Für Säuglinge, die gestillt werden, liefert Muttermilch Nahrung, Flüssig-

keit und Infektionsschutz. Der stärkste Schutz besteht, wenn Säuglinge bereits innerhalb der ersten Lebensstunde und direkt ab Geburt bis zum Alter von 6 Monaten ausschließlich gestillt werden und danach neben geeigneter Beikost 2 Jahre oder länger weiter gestillt werden. Säuglinge, die in Krisensituationen mit Säuglingsnahrung gefüttert werden, sind in einem hohen Risiko Infektionen, Unterernährung und Dehydrierung ausgesetzt, sodass in solchen Fällen besondere Unterstützung erforderlich wird. Trauma und Stress können vorübergehend den Milchspendereflex hemmen, sodass Mütter und HelferInnen oft denken, die Mutter habe keine Milch mehr. Der Milchspendereflex kann und soll durch häufiges Anlegen und durch das Schaffen eines sicheren Raumes für Mutter und Kind wieder aktiviert werden. Die vorschnelle und unkontrollierte Gabe von künstlicher Säuglingsnahrung könnte die wertvolle Ressource Muttermilch hingegen tatsächlich nachhaltig schädigen. Besonders Familien mit nicht gestillten Kindern brauchen neben geeigneter Nahrung auch die Unterstützung von qualifiziertem Personal.

Gut gemeinte Materialspenden und der wahllose Gebrauch von Milchpulver und Flaschen gefährdet sowohl gestillte als auch nicht gestillte Säuglinge. Die HelferInnen vor Ort können mit Geldspenden wesentlich nachhaltiger und der Situation angepasster helfen.

Was ist das Problem an Spenden von Säuglingsnahrung?

- Ungewollte Reduktion der Muttermilch bis hin zum Abstillen durch unbedachte und unkontrollierte Gabe von Säuglingsnahrung, meist in der guten Meinung die Mutter zu entlasten.
- Oft können weder Mütter noch Helfer die Beschriftung der Milchpulverbehälter lesen. Damit besteht die Gefahr, dass ungeeignete Produkte

verwendet werden oder die Zubereitung nicht korrekt geschieht.

- Nicht immer ist ein gleichmäßiger Zugang zu Nahrung, sauberem Wasser oder Energiequellen vorhanden.

Wie kann die Gesundheit und das Überleben von Säuglingen und Kleinkindern in Notsituationen geschützt werden?

- Mütter und Betreuungspersonen von Säuglingen und Kleinkindern brauchen vorrangigen Zugang zu Ressourcen wie Nahrung, Wasser und Unterkunft
- Frauen mit Babys und Kleinkindern brauchen sichere Räume z.B. Mutter/Kind-Zelte in Lagern oder auch spezielle Mutter/Kind-Räume auf Bahnhöfen, damit sie auch während des Transits zur Ruhe kommen können und ihre Kinder und sich selbst entsprechend ernähren und pflegen können
- Familien mit nicht gestillten Säuglingen brauchen gezielte Unterstützung, einschließlich geeigneter Säuglingsnahrung, sauberem Wasser und Zubereitungs- und Fütterungsutensilien sowie die nötige Information.
- Benötigte Nahrung soll durch geschultes Personal wenn möglich vor Ort eingekauft und kontrolliert verteilt werden. Spenden und unkontrollierte Verteilung von Säuglingsnahrung und Säuglingsflaschen gefährden gestillte und ungestillte Kinder.

Wichtige Informationen zum Thema:

Stillinformationen in unterschiedlichen Sprachen auch Ukrainisch und Russisch: www.elacta-magazine.eu/
Verschiedene-sprachen

Informationen zur Säuglingsernährung in Krisenzeiten: www.elacta.eu/news/breastfeeding-support-Handout
„Stillen in Krisenzeiten“ www.elacta-magazine.eu

Andrea Hemmelmayr

Fokus Wochenbett

aus der Sukie – Studie, Teil 1

Mag.^a Bernadette Bürger, vom Zentrum Ernährung & Prävention der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES), präsentierte im Rahmen des Stillkongresses in Innsbruck im November 2021 die Ergebnisse der Studie zur Säuglings- und Kinderernährung in Österreich (Sukie).

Sukie wurde im Zeitraum 2019/2020 im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) von der AGES in Kooperation mit der Medizinischen Universität Wien durchgeführt. Ziel der Studie war es aktuelle Daten zum Stillen und zur Säuglingsernährung im ersten Lebensjahr zu erheben, die letzte Studie diesbezüglich stammte aus dem Jahr 2006. Die Erhebungen erfolgten per Online-Umfrage und bestanden aus Daten zu den Rahmenbedingungen in den Geburtsabteilungen und der Befragungen von Müttern zur Ernährung ihrer Säuglinge zu vier festgelegten Messzeitpunkten.

Erhobene Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern

In den teilnehmenden Krankenhäusern kommen 64,2% der Kinder spontan zur Welt, 28,7% per Kaiserschnitt. In 91,1% der Kliniken wird 24 Stunden – Rooming-in praktiziert, welches von 94,8% der Mütter in Anspruch genommen wird. 71,4% der Geburtsabteilungen betreuen nach dem Konzept der integrativen Wochenbettpflege, an 32,1% der Abteilungen gibt es ein Kinderzimmer.

In 94,4% wird Stillberatung in verschiedenem Ausmaß angeboten, von Stillberatung im Rahmen des Schichtdienstes, über rund um die Uhr, bis nur tagsüber. Im Durchschnitt gibt es pro Klinik 10 StillberaterInnen, davon im Durchschnitt drei StillberaterInnen

IBCLC. In 55,1% Abteilungen haben 50–70% des medizinischen Personals eine mindestens drei Tage dauernde Fortbildung zum Thema Stillen absolviert.

91,1% der Abteilungen bieten einen Geburtsvorbereitungskurs mit Stillinformation an, ebenso liegen in 91,1% schriftliche Informationen zum Stillen für medizinisches Personal und Mütter auf. 64,3% der Krankenhäuser führen eine Stillambulanz. In 96,4% bekommen Mütter bei der Entlassung aus dem Krankenhaus Stillinformationen und werden auf bestehende Stillgruppen verwiesen.

Hautkontakt unmittelbar nach der Geburt wird in 39,3% für mindestens eine Stunde, in 32,1% bis zum ersten Stillen ermöglicht. 51,8% der Krankenhäuser geben an, dass 95–100% aller entbundenen Frauen zu Stillen beginnen. Auf allen befragten Abteilungen wird den Frauen das korrekte Anlegen gezeigt, das Stillen in den ersten 48 Stunden erfolgt in 60,7% nach Bedarf des Kindes. In 96,4% bietet das Pflegepersonal rund um die Uhr Unterstützung beim Stillen an. Zum Thema Zufütterung geben die Kliniken als Zufütterungsgrund als erstes den Wunsch der Mutter (87,5%) an, gefolgt von medizinischer Indikation (78,6%) und Gewichtsabnahme ab 10% (71,4%). Als häufigste eingesetzte Zufütterungsmethode wird von den Kliniken Fingerfeeder/Pipette (48,2%) und Flasche mit Sauger (37,5%) angegeben. In etwa einem Drittel (33,9%) der Kliniken wird die Verwendung eines Schnullers nicht empfohlen.

Status Quo im Wochenbett in der Klinik aus Sicht der Mütter

85,9% der Mütter haben unmittelbar nach der Geburt Hautkontakt mit ihrem Kind, 68,2% der Babys werden innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt angelegt. 88,1% der Mütter

fühlen sich beim Stillen unterstützt, zu 74,2% durch Krankenhauspersonal, zu 69,5% durch Hebammen und zu 15,6% auch durch StillberaterInnen. In der ersten Lebenswoche werden 96,7% aller Kinder gestillt, 55,5% davon werden ausschließlich gestillt. 46,7% der gestillten Kinder erhalten in den ersten Tagen Milchfertignahrung, Wasser, Tee oder Ähnliches.

Als Gründe für das Stillen geben die befragten Mütter an den ersten drei Stellen die „Gesundheit des Kindes“ (93,5%), „natürliche Ernährung für das Kind“ (92,6%) und „Förderung der Mutter-Kind Bindung“ (80,2%) an. Als Abstillgrund wird mit vier Monaten als erstes „zu wenig Milch“ (75,3%) genannt, gefolgt von „ich wollte nicht mehr“ (etwas über 20%) und „Kind wollte die Brust nicht mehr“ (etwas unter 20%). Der häufigste Grund, der bei Stillschwierigkeiten bis zum 4. Lebensmonat des Kindes genannt wird, ist „zu wenig Milch“ (38,2%), gefolgt von „wunden Brustwarzen“ (17,7%) und „Brustentzündung/Abszess“ (14,3%).

Wo stehen wir nun?

Vergleichen wir die „10 Schritte zum erfolgreichen Stillen“ mit den erhobenen Daten an den Geburtsabteilungen so ist ersichtlich, dass die geforderten Rahmenbedingungen geschaffen wurden. Es gibt einheitliche schriftliche Stillrichtlinien, geschultes medizinisches Personal und Stillvorbereitung in der Schwangerschaft. Bonding, Rooming-in und Stillen nach Bedarf sind selbstverständlich, korrektes Anlegen wird gezeigt und die Nachbetreuung zu Hause gesichert. Sogar die Indikation zum Zufüttern und die Gefahren von Flasche und Sauger sind bekannt. Alles Bestens im Wochenbett, wir haben es geschafft! ...oder doch nicht? Sehen wir uns die erhobenen Daten der Mütter an wird als häufigster Abstillgrund im vierten

Lebensmonat des Kindes „zu wenig Milch“ genannt, ebenso als häufigste Stillschwierigkeit. Woher kommt das? In der Studie zeigt sich, dass trotz aller Maßnahmen nur ein Teil der Kinder ausschließlich gestillt wird, der andere Teil wird bereits in den ersten Tagen zugefüttert. Durch das frühe Zufüttern ohne medizinische Indikation wird die physiologische Milchbildung gestört, eventuelle Zweifel der Mutter in Hinblick auf ihre Milchbildung bestätigt und die Stillschwierigkeit „zu wenig Milch“ erst geschaffen.

Was brauchen wir?

Das Aufdecken dieses Symptoms erinnert uns daran, dass die besten Richtlinien keinen Sinn haben, wenn sie in der Praxis nicht umgesetzt werden. Sinnvollerweise muss ihre Umsetzung in regelmäßigem Zeitabständen intern geprüft, evaluiert und gegebenenfalls angepasst werden.

Die Arbeitsbedingungen verändern sich, es können z.B.: vermehrt Mütter mit Sprachbarrieren entbinden, die Arbeitsweise muss entsprechend angepasst werden. Im Fall von Verständigungsproblemen ist es hilfreich mit Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen zu arbeiten, „Stillen ohne Worte“ arbeitet mit Bildern ergänzt durch Texte in verschiedenen Sprachen (www.stillen.at) Sehr gute kurze Videos zum Stillen in verschiedenen Sprachen gibt es auch von Global Health Media (www.globalhealth-media.org). In vielen Patientenzimmer läuft oft ohnedies der Fernseher, warum nicht einmal „Bildungsfernsehen“ machen.

Es schleichen sich Ungenauigkeiten in Aussagen („einmal ein Flascherl macht doch nichts“) und falsche Informationen („das Baby weint, weil es Hunger hat“) ein. Regelmäßiges Wiederholen bzw. Auffrischen von Basisthemen des Stillens wie Anlegepositionen, Physiologie der Milchbildung, ... oder Besprechungen von Stillschwierigkeiten wie wunde Mammillen oder korrekte Handhabung von Saughütchen im Rahmen von Teamgesprächen kann dem entgegenwirken.

Um die Selbstwirksamkeit der Frauen zu stärken kann routinemäßig das Zeigen der Kolostrummassage für alle Frauen am Tag nach der Geburt eingeführt werden. Dem oft gehörten Satz „Mein Baby weint, weil ich noch keine Milch habe“ könnte damit sichtbar etwas entgegengesetzt werden, vielleicht sogar noch bevor er ausgesprochen wird. Wie schön ist es doch für Mütter zu sehen, dass da entgegen ihrer Annahme doch schon Milch ist.

Und allen Richtlinien zum Trotz muss das menschliche Individuum im Fokus bleiben. Es nützt niemandem, wenn ich auf die Einhaltung des Punktes „Mutter und Kind dürfen nicht getrennt werden“ einer Frau gegenüber bestehe, die mich bittet ihr Kind zu übernehmen damit sie ihrem Bedürfnis nach Schlaf nachkommen kann. Vielmehr ist es sinnvoll der Mutter mit Respekt und Empathie zu begegnen, um so die Basis dafür zu schaffen, ge-

meinsam an einer Lösung zu arbeiten, welche den Bedürfnissen von Mutter und Kind gleichermaßen gerecht wird und praxistauglich ist.

Zusammenfassung

Die aktuelle Studie zeigt unter anderem einen Verbesserungsbedarf beim ausschließlichen Stillen. Daher ist es wichtig, Rahmenbedingungen zu schaffen, um das Stillen in allen gesellschaftlichen Bereichen zu fördern und zu unterstützen. Das Wochenbett im klinischen Bereich ist ein Teil davon. Stillförderung stellt eine der wirksamsten und kostengünstigsten Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen dar.

Eva Maximiuk

Die komplette Studie finden Sie unter www.sukie.ages.at zum Download bereit.

DIE „ZEHN SCHRITTE ZUM ERFOLGREICHEN STILLEN“

1. Einheitliche Stillrichtlinien für Hebammen, ÄrztInnen und Pflegepersonal

Die Grundlage für übereinstimmende Beratung.

2. Schulung und Fortbildung für alle MitarbeiterInnen

Sichern die Umsetzung der Richtlinien.

3. Stillvorbereitung in der Schwangerschaft

Bereits vor der Geburt werden Frauen über die Bedeutung der Mutter-Kind Bindung und den Wert des Stillens informiert und beraten.

4. Bonding – Hautkontakt bis zum ersten Stillen

Mutter und Baby spüren einander und alle Sinne werden angeregt.

5. Richtiges Anlegen lernen

Brustmassage und Stillpositionen werden gezeigt, damit das Baby gut saugen kann und das Stillen keine Schmerzen verursacht. Wenn nötig wird das Abpumpen erklärt.

6. Zufüttern nur bei medizinischer Indikation

Zusätzliche Flüssigkeiten und Nahrung werden nur auf ärztliche Verordnung verabreicht. Muttermilch enthält alles, was ein Baby während des ersten Lebenshalbjahres braucht.

7. Rooming-in rund um die Uhr

Mutter und Kind werden gemeinsam betreut und können Tag und Nacht zusammen sein.

8. Stillen nach Bedarf – häufiges Anlegen unterstützen

Oftmaliges Stillen von Anfang an ist Nahrung für Körper und Seele.

9. Kein Flaschensauger und Schnuller am Stillbeginn

Flaschensauger und Schnuller können den Stillbeginn stören.

10. Die Nachbetreuung sichern – Stillgruppen, Stillambulanz, Hebammen

Beim Verlassen der Klinik bekommen Mütter Adressen und Hilfestellung für die erste Zeit zu Hause.

Fokus Beikost

aus der Sukie – Studie, Teil 2

Folgende Fakten liefert die SUKI Studie 2019/2020 zum Thema Beikost:

- Im Durchschnitt sind die Kinder bei der Beikosteinführung 21 Wochen alt
- Die jüngsten erhalten in der 9. Lebenswoche zum ersten Mal Beikost
- 9,9% der Kinder erhalten vor der abgeschlossenen 17. Lebenswoche das erste Mal Beikost
- Fast jedes fünfte Kind (19%) erhält in der 18. Woche das erste Mal Beikost
- 7,8% der Säuglinge erhalten mit der 26. Lebenswoche noch keine Beikost.¹

Was heißt dies in der Praxis?

„Die weltweite Empfehlung der öffentlichen Gesundheit lautet, dass Säuglinge in den ersten sechs Lebensmonaten (180 Tage) ausschließlich gestillt werden sollten, um ein optimales Wachstum, eine optimale Entwicklung und Gesundheit zu erreichen. Danach sollten Säuglinge zur Deckung ihres gesamten Nährstoffbedarfs ernährungsphysiologisch angemessene und sichere Beikost erhalten, während das Stillen bis zum Alter von zwei Jahren oder darüber hinaus fortgesetzt wird.“²

80% aller Säuglinge in Österreich erhalten bereits vor dieser weltweiten Empfehlung Beikost.

Die Gesundheitsempfehlung der WHO spricht ihre Empfehlung explizit für ALLE Länder (also sowohl für Entwicklungsländer als auch für Industriestaaten aus). Mit einer längeren ausschließlichen Stilldauer sinkt für das Stillkind das Risiko an Atemwegsinfektionen, Mittelohrentzündungen, Magen-Darm-Infekten, späterem Übergewicht und vielem mehr. Längeres Stillen bietet auch der Mutter einen erheblichen Schutz vor Brustkrebs, Zuckerkrankheit, Bluthochdruck und Herzinfarkten. Es geht also nicht nur um den Zugang zu sauberem Wasser und sicherer Nahrung, sondern auch um eine Risikominimierung von Zivilisationserkrankungen.



Die österreichische Beikostempfehlung für reif geborene, stoffwechselgesunde, gestillte und nicht gestillte Kinder aus dem Jahr 2010 lauten:

Einführung der Beikost um das 6. Lebensmonat je nach Entwicklungsgrad des Kindes, nicht jedoch vor Beginn des 5. Monats (17. Lebenswoche) bzw. nach Ende des 6. Monats (26. Lebenswoche). Ein Weiterstillen während und nach der Beikosteinführung wird empfohlen. Muttermilch und Säuglingsanfangsnahrung bleiben auch nach Einführung der Beikost eine wichtige Nährstoffquelle im 1. Lebensjahr.³

Die Empfehlungen beziehen sich unter anderem auf einen Kommentar von ESPHAN in dem ausdrücklich betont wird: „Der Zeitpunkt für die Einführung von Beikost ist stark vom Entwicklungsgrad des Kindes abhängig, generell ist ein ausschließliches Stillen bis zirka 6 Monate ein wünschenswertes Ziel.“⁴

Vergleichen wir den Zeitpunkt der ersten Beikost-Gabe mit der Studie „Säuglingsernährung heute 2006“ hat sich bis zum Jahr 2019/2020 der Zeitpunkt der Beikostgabe für viele Mütter deutlich nach vorne verschoben. Während 2006 die ersten Mütter mit 3 Monaten begannen Beikost anzubieten, war dieser Zeitpunkt in der aktuellen Studie bereits mit 9 Wochen der Fall. Der Großteil der Eltern führte 2006 die Beikost erst bei einem Alter von sechs Monaten ein, allerdings bekam

der überwiegende Teil der Kinder mit 7 Monaten auch in dieser Erhebung bereits Beikost.

Das Problem scheint nur in den seltensten Fällen eine zu späte, sondern vor allem eine zu frühe Einführung der Beikost zu sein. Es steht zu vermuten, dass sich Eltern weniger an den Beikost-Reifezeichen wie Stabilität in der Wirbelsäule, Fähigkeit Essen mit den Fingern zu erfassen und in den Mund zu schieben oder Abschwächung des Zungenstreckreflexes orientieren, sondern mehr an den Werbebotschaften und Empfehlungen, die allzu oft lauten „Beikost ab der 17. Lebenswoche“. Nicht selten wird damit argumentiert, dass dem Säugling ansonsten Eisen- oder andere Nährstoffmängel drohen würden und die WHO Empfehlungen nur für Entwicklungsländer gelten würden. Gerade in den Industriestaaten haben wir nur sehr selten mit mangelernährten Müttern zu tun, bzw. werden Schwangere, Frühgeborene oder zu leicht geborene Babys mit Eisen-supplementen versorgt, sodass massive Mängel eher unwahrscheinlich sind.

Aus wirtschaftlicher Sicht macht es für die Säuglingsnahrungsindustrie einen großen Unterschied, ob Babys zwei Monate früher oder später mit Beikost gefüttert werden. Die Stilldauer kann sowohl in ihrer ausschließlichen aber auch in der Gesamtstilldauer durch eine frühe Beikosteinführung erheblich abgekürzt werden und dies

wiederum kann den gesundheitlichen Effekt des Stillens für Mutter und Kind minimieren. Gesundheitspersonal hat einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Entscheidung der Eltern, Gesundheitspersonal ist daher nach wie vor von den diversen Firmen eine heißumworbene Klientel. Um eine unbewusste Voreingenommenheit für Firmen und Produkte zu vermeiden wäre es dringend nötig, dass Fortbildungen und Schulungen für Fachpersonen, ebenso

wie Gesundheitseinrichtungen frei von Werbebotschaften und Sponsoring bleiben. Vortragende oder ExpertInnen, die Empfehlungen aussprechen sind aufgerufen, ihre Interessenskonflikte offenzulegen.⁵

Die nationale Beikostempfehlung sollte dringend an die weltweite Gesundheitsempfehlung der WHO angepasst werden.

Andrea Hemmelmayr

- 1) AGES, Sukie - Studie zum Stillverhalten und zur Kinderernährung in Österreich Endbericht 2021
- 2) World Health Organization Geneva -Global Strategy for Infant and Young Child Feeding; 2003
- 3) Richtig essen von Anfang an Österreichische Beikostempfehlungen, Dezember 2010
- 4) ESPGHAN Committee on Nutrition, Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen KF, Mihatsch W, Moreno LA, Puntis J, Shamir R, Szajewska H, Turck D, van Goudoever J. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009;49(1):112-25.
- 5) WHO - Effective Regulatory Frameworks for Ending Inappropriate Marketing of Breast-Milk Substitutes and Foods for Infants and Young children in the WHO European Region; 2022

Gewichtspröbleme?

Ernährung und Gewicht während der Stillzeit

Nach einem Vortrag von Prof. h.c. Silvia Honigmann auf dem Stillkongress Innsbruck.

Das Thema Gewicht - ob zu viel oder zu wenig - scheint für viele Frauen ein allgegenwärtiges Thema zu sein und begleitet uns natürlich auch in der Beratung stillender Mütter.

Im Laufe der Schwangerschaft und Stillzeit stellt die Mutter durch ihre eigene Ernährung bzw. durch ihre Körperspeicher das Gedeihen des Säuglings sicher. Um eine Vorstellung über diese zusätzliche Leistung des mütterlichen Stoffwechsels darzustellen, hat Frau Prof. Silvia Honigmann einen Überblick über den Energiebedarf während Schwangerschaft und 6-monatiger Stillzeit erstellt: Bereits in der Schwangerschaft werden für die kindliche Entwicklung 75.000kcal und etwa 950g Proteine benötigt. Wird das Kind danach gestillt, so nimmt es in den ersten 6 Lebensmonaten durchschnittlich 135 Liter Muttermilch zu sich. Das sind 94.500kcal, 1,3kg Proteine, 5,6kg Fett, 9,4kg Laktose und 2,4kg Oligosaccharide.

Was in den meisten Fällen ohne große Intervention problemlos abläuft, kann sich aber bei einigen Müttern als schwierig darstellen. Bei Frauen, die bereits vor der Schwangerschaft eine Unterversorgung und Mangelernährung (z.B. Essstörung) haben oder hat-

ten, muss natürlich gezielt auf die Energie- und Proteinzufuhr, aber auch auf die ausreichende Zufuhr der Mikronährstoffe wie Jod, Eisen, Zink, Kalzium, Vitamin D, Vitamin A, Folsäure, Vitamin B 12, ... geachtet werden. Wesentlich häufiger noch haben wir Frauen, die in der Schwangerschaft bzw. davor, eine deutliche kalorische Überversorgung haben. Bei Adipositas oder übermäßiger Gewichtszunahme steigt auch das Risiko für Gestationsdiabetes, Hypertonie und Sectiones mit all den Folgewirkungen. Auch die Wahrscheinlichkeit einer postpartalen Gewichtsretention besteht bei Frauen, die vor oder während der Schwangerschaft zu viele Kalorien zu sich genommen haben.

All dies kann sich auf die metabolische Prägung des Ungeborenen auswirken.

Diese Referenzwerte sind für uns Fachpersonen wichtig, aber in der praktischen Anwendung bei der Beratung stillender Frauen kaum zu gebrauchen. Ein gutes und auch für Laien leichter verständliches Instrument ist die Österreichische Ernährungspyramide.

Der Flüssigkeitsbedarf - Basis der Pyramide - beträgt normalerweise 1,5 Liter/tgl. und ist durch die Milchproduktion etwa um 750ml erhöht. CAVE: eine Erhöhung der Trinkmenge steigert nicht die Milchproduktion. Interessant ist jedoch nicht nur die Flüssigkeitsmenge, sondern auch die Kalorienmenge, die mit der Flüssigkeit aufgenommen wird.

So enthalten viele Getränke auch viel Zucker: 500ml Cola 52g Zucker (das sind 13 Stück Würfelzucker), 500ml Eistee 40g Zucker, 500ml Sportgetränk 30g Zucker, 500ml aromatisiertes Mineralwasser 24g Zucker, nur Wasser und ungesüßter Tee enthalten keinen Zucker und damit auch keine Kalorien.

Es gibt Hinweise, dass der Konsum von künstlichen Süßstoffen in der Schwangerschaft und Stillzeit das Risiko für Frühgeburtlichkeit, für Asthma und allergische Rhinitis und für Übergewicht und Adipositas erhöhen könnte. Außerdem beeinflussen diese Süßstoffe das Mikrobiom.

Viele Frauen nutzen bewusst Kräutertees, denen eine milchsteigernde oder milchhemmende Wirkung nachgesagt wird, allerdings gibt es dazu wenig Evidenzen.

Die zweite Stufe der Ernährungspyramide sind Obst und Gemüse. Gerade der Gemüsekonsum der Mutter in Schwangerschaft und Stillzeit scheint beim Kind Nahrungspräferenzen zu prägen. Ab der 13. - 27. Schwangerschaftswoche wird eine zusätzliche Portion empfohlen. Andererseits wird Stillenden vielfach vom Genuss vieler Obst und Gemüsesorten abgeraten, dabei gibt es sehr wenig Evidenz darüber, dass der gestillte Säugling über die Muttermilch Blähungen bekommen könnte.

Auch in der 3. Stufe - den kohlehydrathaltigen Lebensmitteln kann ab der

13. - 27. Schwangerschaftswoche eine Portion zusätzlich konsumiert werden. Wobei zu beachten ist, dass bei Frauen mit Übergewicht/Adipositas (und Gestationsdiabetes) die Kohlehydrate nicht mehr als 40 - 45% der Nahrungsenergie (ca. 175g/Tag) ausmachen sollten. Gerade während der Stillphase macht es Sinn, diese Kohlehydrate auf mehrere Mahlzeiten aufzuteilen und langkettige Kohlehydrate zu nutzen, die langsamer verdaut werden. So werden Insulinspitzen und hypoglykämische Phasen vermieden.

Stufe 4 und 5 betrifft Milch und Milchprodukte und proteinreiche Lebensmittel. Zwischen der 12. bis 27. Woche wird eine Extraportion Milch empfohlen. Milch ist reich an Kalzium. Der Kalziumbedarf erhöht sich laut D-A-CH Empfehlungen weder in der Schwangerschaft noch in der Stillzeit. Allerdings steigt der Eiweißbedarf für die Milchproduktion um etwa 34% an. Dieser Bedarf kann natürlich wechselweise auch durch andere Eiweißquellen z.B. pflanzliche Eiweißquellen, Fisch, mageres Fleisch oder Ei gedeckt werden.

An der Spitze der Ernährungspyramide stehen die Fette, die wir sowohl als sichtbares Fett (Butter, Öle) oder auch als verstecktes Fett (z.B. in Joghurt, Nüssen, Käse und ganz besonders viele in Convenienceprodukten) konsumieren. Durch den Genuss von LC-PUFA kann der Gehalt an eben diesen in der Muttermilch positiv beeinflusst werden, wobei in Mitteleuropa eher zu wenig Omega 3 Fettsäuren konsumiert werden. Wird der Bedarf nicht durch den Verzehr von fettreichem Seefisch gedeckt, könnte die Mutter vermehrt heimisches Leinöl, Walnussöl und Rapsöl in den Speiseplan einbauen.

Gleich wie alle anderen Menschen sollten Schwangere und Stillende nur selten fette, süße oder salzige Snacks genießen.

Herausforderung Untergewicht

Frauen, die bereits vor der Schwangerschaft Untergewicht haben, die vielleicht mit einer Essstörung konfrontiert sind und/oder die während der Schwangerschaft eine nur sehr geringe Gewichtszunahme hatten, fehlen die Fettreserven, die laut Berechnung nach D-A-CH Empfehlung tgl. etwa 150kcal liefern sollten. Diese Frauen brauchen

Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr während der Stillzeit (D-A-CH 2017)

Nährstoff	Laktation
Energie (kcal)	+ 500kcal bei ausschließlicher Stillen Dies schlüsselt sich wie folgt auf: ca. 750ml Milch = 525kcal Energieverbrauch für Milchsynthese = 125kcal Dadurch entsteht ein Defizit von 150kcal, die aus den Fettreserven der Mutter gedeckt werden sollten
Fett	+ 20 g = 180kcal
Kohlehydrate	+ 60 g = 240kcal
Proteine	+ 20 g = 80kcal (Mehrzufuhr von 0,3g pro kg Körpergewicht und Tag)
Folsäure	+ 50%
Vit. B 6	+ 58%
Vit. B 12	+ 33%
Vit. C	+ 50%
Eisen	+ 33% das sind 5mg/Tag
Jod	+ 30%
Zink	+ 57%
Magnesium	+ 26-30%
Kalzium	0%

während der Laktation ein Plus von mindestens 650kcal. Natürlich müssen gesundheitliche Gründe wie Hyperthyreose bzw. Essstörungen abgeklärt und entsprechend behandelt werden. Bei einer Ernährungsberatung soll die Mutter besprechen, wie sie auf gesunde Art und Weise ausreichend Kalorien zu sich nimmt. In der Regel können grenzwertig ernährte Frauen, selbst wenn sie physisch schwer arbeiten, eine kurze Geburtenabfolge haben und ihre Kinder über mehrere Jahre stillen, noch Muttermilch in ausreichender Qualität und Quantität produzieren. Langfristig ist jedoch mit einer Verschlechterung des mütterlichen Ernährungszustandes zu rechnen, im Extremfall verringert sich zunächst die Milchproduktion, erst sehr spät hat eine Mangelernährung Auswirkung auf die Muttermilchqualität, wovon vor allem Mikronährstoffe wie B-Vitamine, Selen und Jod betroffen sind. Auch IgA und andere Immunstoffe verändern sich in der Muttermilch.

Herausforderung Übergewicht

Volles Stillen nach der Geburt gilt als gutes Mittel das vorgeburtliche Gewicht rasch wieder zu erlangen. Tahir et al. verglichen 2019 die Stilldauer und die postpartale Gewichtsabnahme. Es zeigte sich ein deutlicher Unterschied zwischen der Stilldauer von 1-3 Monaten

oder 3-6 oder über 6 Monaten hinaus. Bei manchen Müttern macht es dennoch Sinn, auch auf eine angepasste Kalorienzufuhr und Bewegung zu achten. Wobei Training alleine keinen Effekt auf die Gewichtszunahme zu haben schien, wohl aber eine positive Wirkung auf die kardiovaskuläre Fitness, die Blutfette und die Insulinreaktion.

Vielfach wird in Frage gestellt, ob in der Stillzeit überhaupt eine gezielte Gewichtsreduktion durchgeführt werden sollte. Hier stehen sich Vorteile der Adipositas Prävention und die Sorge der Mobilisation von Schadstoffen in die Muttermilch gegenüber. 2016 stellten Lignell, S. et al fest, dass sich im Rahmen eines gezielten Gewichtsreduktionsprogrammes mit stillenden Frauen tatsächlich, abhängig vom Gewichtsverlust der Mutter, die Konzentration von lipophilen organischen Schadstoffen in der Muttermilch erhöhte. Zugleich wird in der Studie aber ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es auf Grund der geringen Konzentrationen keine Veränderung in der Nutzen - Risikoeinschätzung gibt, wenn der Gewichtsverlust auf etwa 0,5kg begrenzt bleibt.

Auch in der Stillzeit kann mit gesundem Ernährungsverhalten und bewusster Zusammensetzung der Mahlzeiten auf die mütterliche Gesundheit geachtet werden.

Andrea Hemmelmayr

Einst Randfigur,

heute mitten im Geschehen – der Vater

Väter in der Stillberatung nicht vergessen... Auch darauf soll unser Fokus liegen. Ja, das wissen wir.

Die Meinung der Väter ist sehr häufig ausschlaggebend für die Entscheidungsfindung der Mutter, auch in Stillfragen. Wenn die Mutter in schwierigen Stillsituationen vom Partner unterstützt und ermutigt wird, ist die Chance signifikant höher, dass das Stillproblem überwunden werden kann.

Was wissen wir noch? Väter fühlen sich oft vergessen. Sie kommen mit zu den Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen, sie sind mit dabei im Kreissaal – oh Gott, welch eine Überforderung! Und doch so schön, so ein Wunder! Väter sagen: „Wir sind schwanger!“ Die neue Väter-Generation will dabei sein, will von Anfang an teilhaben, will wichtig sein im Leben ihres Kindes. Die meisten Angebote für werdende und frischgebackene Eltern sind aber für Frauen.

Wissen wir noch etwas? Es fällt vielen Vätern schwer. Es fehlen Rollenbilder, es fehlen Vorbilder. Die Großväter haben noch anders getickt. Und die Verantwortung als Familienoberhaupt... In Österreich ist es immer noch so, dass der Mann in vielen Fällen mehr verdient als die Frau, dass der Arbeitgeber erwartet, dass ein Mann, egal ob Familienvater oder nicht, Vollzeit arbeitet. Sogar, dass der Mann Karenzzeit in Anspruch nimmt, ist nicht für jeden Firmenchef selbstverständlich, obwohl das Recht darauf gesetzlich verankert ist. Ja, Väter wollen und es wird ihnen nicht leicht gemacht.

Gut, dass sich viele von uns fragen, wie wir die Männer in jungen Familien unterstützen und mit ins Boot holen können. Aber was braucht es nun, dass sich Väter vor, bei und nach der Geburt ihres Kindes am rechten Platz fühlen.

Mag. Clemens Schmall, seines Zeichens Sozialarbeiter in Wien und Vater von 2 Kindern, hielt beim VSLÖ-Kongress in Innsbruck einen Vortrag

zum Thema. Beim zweiten Kind hat er sich die Karenzzeit mit seiner Frau geteilt und dabei diverse Spielgruppen besucht, bei denen er aber immer der einzige Papa war. Er war bei diesen Treffen gern gesehen, hat aber den Erfahrungsaustausch mit anderen Männern vermisst. Wie geht's den anderen Papas, wenn sie für ihren Nachwuchs verantwortlich sind? Auf einer Ebene miteinander reden, zuschauen, wie die mit ihren Kindern umgehen, um so die eine oder andere Anregung zu bekommen. Das hätte er sich gewünscht.

So entstand die Idee, die Plattform www.papafreude.at zu gründen. Sein Angebot reicht vom „Heldenstammtisch“, bei dem Runterkommen und Austauschen im Vordergrund stehen, über das Erleben von Musik und Bewegung bei „Let's groove!“ bis hin zum „Dreckspatz-Contest“, bei dem gemeinsam die Grenzen des Windelwechsels gesprengt werden. Es sind kleine feine Gruppen, wo in familiärer Atmosphäre Dinge angesprochen werden können. Man kennt sich, Väter fühlen sich dort wohl, das Feedback ist großartig. Schlafen, welches Essen, Brust oder Fläschchen, die ersten Zähne, Schreien, das alles sind auch Papathemen. Sie fiebern genauso mit, lassen es sich aber nicht so anmerken. Manche werdenden und frischgebackenen Papas sind entspannt und ganz cool, andere bereiten sich intensiv vor, lesen jedes Buch und jeden Fachartikel über Geburt und die ersten Lebensmonate.

Der Unterschied ist, dass sich bei den Gruppen von Papafreude ein Vater mit einem anderen Vater unterhält und dadurch etwaige Tipps und Anregungen anders aufgenommen werden. Das Setting erlaubt dann vielleicht auch, dass über Themen gesprochen wird, über die Männer sonst eher ungern reden, wie Erschöpfung, die Alltagsgestaltung, die eher eintönig ist, die Fremdbestimmtheit, der Wegfall der ausschließlichen Definition des Mannes

über die Erwerbsarbeit, oder die doch deutliche Fokussierung des Babys auf die Mutter ...

Der Papa kümmert sich und nicht die Mama

Das Baby weint, der Papa möchte sich kümmern, was kann ihm helfen? Manche Väter nehmen gerne jede Unterstützung an, lassen sich das Baby gerne aus der Hand nehmen. Manche möchten das Baby aber selbst beruhigen. Tragen, kuscheln, singen oder doch vielleicht der Mama zum Stillen geben. Es dauert vielleicht ein bisschen länger, er macht es aber genauso gut und es stärkt die Bindung zwischen Vater und Kind ungemein. Und... Papas dürfen kreativ sein: ob die Windel verkeht ist, der Body über oder unter der Strumpfhose getragen wird oder der Pulli zur Hose passt, ist dem Kind recht oft egal.

Achtsamer Umgang mit „guten Ratschlägen“

Papa kocht, das Baby weint, Unordnung überall. Klar, zusammenhelfen ist nun angesagt. Wenn dann Mama oder Oma aber mit einem guten Ratschlag daherkommen, kann er schon ärgerlich werden. Man könnte überlegen, anstatt nur eine Handlungsanleitung zu geben, ins Gespräch zu kommen, zu hinterfragen, warum so gehandelt wurde und damit den Befragten auch auf andere Perspektiven zu bringen, anstatt gleich Lösungsvorschläge aufzutischen. Das Ganze kann auch in entspannter Atmosphäre passieren, wenn alle Kleinen im Bett sind. Auch das „Wie“ ist wichtig, denn oft wird aus einem Ratschlag ein Vorwurf herausgehört.

Was sich Väter wünschen

Väter wünschen sich Ähnliches wie Mütter. Mehr Schlaf oder endlich wieder einfach nur durchschlafen, mehr Abwechslung zum Babyalltag, aber

auch flexiblere Arbeitgeber oder sehr männerspezifisch: mehr Wickelmöglichkeiten auf Männer-WCs und natürlich mehr Freizeitmöglichkeiten, die auf die spezifische Vätersituation eingehen und den Austausch mit anderen Papas ermöglichen. Genau da setzt Papafreude an.

Und das wünschen wir uns für Väter. Angebote von Männern für junge Papas mit ihren Kindern, zum Kennenlernen von Gleichgesinnten, zum Austausch, um Sicherheit zu erlangen, zum Reifen und Wachsen und das in vielen Regionen in Österreich.

Gudrun Füreder nach dem Vortrag von DSA Mag. Clemens Schmoll, Bakk.

Von ELACTA gibt es passend zum Thema ein Handout „Der männliche Beitrag zum Stillen“ (www.elacta-magazine.eu).

Stillgeschichte

... diesmal aus der Sicht eines Vaters. Viel Freude beim Lesen!

Unser Sohn Max wird nächste Woche 3 Jahre alt. Unglaublich. Und ich kann mich noch so detailliert an seinen verfrühten Start ins Leben erinnern.

In der 30 SSW musste meine Frau das erste Mal im Krankenhaus wegen vorzeitiger Wehen aufgenommen werden. Durch ihre bewundernswerte Ruhe und Ausdauer durfte Max noch bis zur 35 SSW im Geborgenen wachsen und wurde dann per Sectio geboren. Da er geringe Anpassungsstörungen hatte, wurde er unmittelbar nach der Geburt vom kinderärztlichen Team versorgt und auf die Überwachungsstation gebracht. Aber ganz kurz durfte ich ihn halten und Willkommen heißen.

Es war alles ein wenig unrealistisch, wir hatten uns intensiv, so glaubten wir, auf die erste Zeit mit unserem Kind vorbereitet. Und dann war da doch alles anders und nicht geplant. Ich ging also zu meiner Frau, sie lag noch sehr müde im Bett. Wir sahen uns gemeinsam die Bilder unseres Sohnes an. Meine Frau wollte unbedingt stillen, es war ihre Vorstellung von Normalität – diese teilte ich zu 100%. Wir haben uns bereits in der Schwangerschaft auf das Stillen vorbereitet. Als dann klar war, dass Max ziemlich sicher früher kommen würde, haben wir uns gezielt mit unserer befreundeten IBCLC Stillberaterin auf diese Zeit vorbereitet. Wir kontaktierten sie gleich kurze Zeit nach der Geburt. Sie meinte, dass jetzt

ein guter Zeitpunkt wäre, die erste Milch auszustreichen und Max zu bringen. Meine Frau startete sofort. Ich fand es ungemein faszinierend, mit welcher Ruhe und Geduld sie Tropfen für Tropfen dieser Vormilch für unser Kind sammelte. Danach brachte ich diese wertvolle Fracht zu unserem Kind auf die Überwachungsstation. Ich konnte gerade nicht zu ihm, die Krankenschwester versicherte mir allerdings, dass sie sich persönlich darum kümmern werde, dass Max jedes Tröpfchen davon erhält. Später zeigte sie mir sogar ein Bild davon, was ich irrsinnig nett fand.

Und so starteten meine Frau und Max in ihre Stillbeziehung, wobei sie immer sagte: Wir haben eine dreier Stillbeziehung. Ich wurde jeden Tag geübter, während meine Frau pumpete, habe ich Max tröpfchenweise Muttermilch in seinen kleinen Mund geträufelt. Und als es dann so weit war, dass er die ersten Trinkversuche an der Brust unternommen hat, habe ich mit dieser kleinen Spritze Muttermilch in seinen Mundwinkel gespritzt, damit er zum Saugen animiert wurde. Wir haben zwischendurch, trotz der anstrengenden Situation, herzhaft gelacht, weil wir da irgendwie übereinander verrenkt versucht haben, Max zum Stillen zu bewegen. Es hat dann auch irgendwann wirklich gut funktioniert, er hat gut zugenommen und wir konnten jegliches Zufüttern beenden. Das war für mich dennoch ein bisschen mit Wehmut verbunden, weil ich dieses Teilhaben am essentiellen Ernährungspart doch auch als sehr schön empfand. Aber wie unsere Still-

beraterin dann auch sagte: Tragen ist das Stillen der Väter – habe ich mir das Tragetuch geschnappt und Max stundenlang durch die Gegend getragen. So konnte meine Frau zwischendurch ein bisschen Luft schnappen und ich genoss diese enge Zeit mit meinem Sohn sehr. Nun ja, vor zwei Wochen hat Max das letzte Mal gestillt. Meine Frau hat beschlossen, ihn nun sanft abzustillen, auch das geschah in Beratung durch unserer IBCLC. Auch hier war ich wieder sehr stark involviert, ich habe getragen, getröstet – Mutter und Kind – gesungen, gestreichelt. Ich habe meine Frau gerade vorher nochmal gefragt, welche Rolle ich aus ihrer Sicht in Bezug auf diese Stillbeziehung hatte. Sie meinte folgendes: Du warst immer und ausschließlich bestärkend, du hast mich aufgefangen. Diese Momente zum Beispiel, als du mir nach stundenlangem Stillen den Nacken massiert hast, werde ich nie vergessen.

Alles was ich tat, war für mich selbstverständlich. Wir sind schließlich eine Familie. Und ich hoffe, irgendwann nochmal Teil einer Stillbeziehung sein zu dürfen. Danke, dass ich hier meine Erfahrung schildern durfte. Ich möchte allen Vätern-PartnerInnen noch mitgeben, dass sie ein sehr wertvoller Part jeder Stillbeziehung sein können, auch wenn sie sich manchmal hilflos vorkommen. In Summe ist jede Unterstützung der Mutter in diesem Zusammenhang ein wertvolles Zutun.

Fastenmonat

Sinnvolle Tipps zum Stillen in besonderen Zeiten

Eine besondere Herausforderung in der Stillberatung besteht in der Begleitung von Familien aus anderen Kulturen. Vom 2. April bis 2. Mai 2022 begehen Muslime den Ramadan. Der Ramadan hat im islamischen Glauben und in der islamischen Gesellschaft einen besonderen Stellenwert und ist für gläubige Muslime ganz selbstverständlich, während nicht muslimischen Menschen oft das entsprechende Hintergrundwissen fehlt, um Eltern in dieser Zeit sinnvoll unterstützen zu können. Aus diesem Grund durfte ich 2019 für die Zeitschrift Laktation & Stillen mit einer IBCLC Kollegin aus Ägypten ein Interview führen, das ich für die VSLÖ-news in gekürzter Form wiedergeben möchte: Prof. Dr. Gihan Fouad ist gläubige Muslimin, Kinderärztin mit Schwerpunkt auf Ernährungsmedizin, IBCLC und ELCA Vorstandsmitglied in Kairo.

Die normale halal (reine, erlaubte) Ernährung für Muslime bedeutet: Kein Alkohol, kein Schwein, jedes Tier – sogar ein Huhn – muss mit einem Messer, nicht mittels Strom getötet werden. Es gibt keine speziellen islamischen Ernährungsempfehlungen für stillende Mütter. Wenn sich die Mutter jedoch um sich selbst oder ihr Baby sorgt, hat die Mutter das Recht, das Fasten während des Fastenmonats Ramadan zu unterbrechen.

Ramadan bezeichnet die religiöse Fastenzeit im Islam. Fasten bedeutet in diesem Zusammenhang kein Essen und keine Getränke in der Zeit von Sonnenauf- bis Sonnenuntergang. Das ist besonders schwierig, wenn der Ramadan in die warmen Sommermonate mit langen Tagen fällt. Muslimische Länder haben einen anderen Kalender und ein spezielles Kalenderjahr (Jahr der Hidschra), das auf Mondmonaten basiert. Der Fastenmonat Ramadan ist der neunte Mo-

nat des islamischen Mondkalenders. Durch das etwas kürzere Jahr (354 Tage) verschiebt sich das Fastenmonat in unserem Kalender um etwa 10 bis 11 Tage nach vorne.

Fasten im Ramadan ist für alle körperlich belastbaren Erwachsenen Pflicht. Es gibt allerdings einige wenige Ausnahmen. Menschen, die krank sind oder sich auf einer Reise befinden und die daher nicht fasten können, können die Tage nachholen, an denen sie nicht gefastet haben, oder einen Ersatz erbringen, indem sie einer armen Person Essen geben. Schwangere Frauen und stillende Mütter gehören zu der gleichen Kategorie wie kranke Menschen.

Je nach Auslegung wird von der Mutter erwartet, dass sie die nicht wahrgenommenen Fastentage zu einem späteren Zeitpunkt nachholt (Qada), oder als Ersatz für die nicht eingehaltenen Fasttage eine Geldspende (Fidyah) zur Speisung eines armen Menschen gibt. Entscheidet sich eine Mutter für das Nachholen der Fastentage, dann muss sie dies zu einem Zeitpunkt machen, wenn alle anderen wieder normal essen, was wesentlich schwerer fällt als in der Gemeinschaft mit den anderen Familienmitgliedern zu fasten.

Der Rat von Prof. Dr. Gihan Fouad vor allem an Erstgebärende oder Mütter mit Zwillingen, die ausschließlich Stillen, lautet, dass sie das Fasten unterbrechen und entsprechend ihren Überzeugungen eine Geldspende leisten oder das Fasten nachholen. Das Fasten lässt sich leichter praktizieren, wenn die Babys schon 2 oder 3 Beikostmahlzeiten bekommen. Wenn sich die Mutter zum Fasten entscheidet, sollte Sie folgende Grundsätze beachten:

- Zwischen Sonnenuntergang und Sonnenaufgang genug Trinken!

Wasser ist das beste Getränk, Obst und Gemüsesäfte sind ebenfalls gut. Vermieden werden sollten zucker- und/oder koffeinhaltige Getränke.

- Zwischen der Mahlzeit nach Sonnenuntergang (Iftar) und der Mahlzeit vor Sonnenaufgang (Sahur) sollte möglichst noch eine zusätzliche späte Mahlzeit eingenommen werden, in der Hoffnung das zu ersetzen, was über den Tag nicht abgedeckt wurde.
- Auf jeden Fall sollte die Mutter darauf achten, Sahur nicht auszulassen. Diese Speise sollte ein sättigendes Gericht sein, das reich an Ballaststoffen und komplexen Kohlehydraten ist.
- Die Mutter soll sich gerade im Ramadan ausgewogen ernähren und vermehrt zu Obst und Gemüse greifen. Süßigkeiten sollten nur selten konsumiert werden.
- Die Mutter soll sich ausreichend Pausen gönnen und die nachmittäglichen Aktivitäten reduzieren.

Auf jeden Fall sollte die Entscheidung zum Fasten überdacht werden, wenn die Milchmenge zurückgeht, sich die Mutter nicht wohl bzw. schwach fühlt, sie sehr durstig ist, sich der Harn dunkel verfärbt oder stark riecht. Ebenso, wenn die Mutter Kopfschmerzen oder andere Schmerzen entwickelt, oder das Baby kein Gewicht mehr zunimmt.

Außerdem sollte nicht gefastet werden, wenn die Mutter Medikamente einnimmt, oder unter Erkrankungen leidet, wie unkontrollierter Migräne, Blutdruckproblemen, oder Problemen mit dem Zuckerstoffwechsel.

Andrea Hemmelmayr

Von ELACTA gibt es passend zum Thema ein von Prof. Dr. Gihan Fouad verfasstes Handout „Stillen im Ramadan“ (www.elacta-magazine.eu).

Gute Kinderstube

Erziehung und Werte: Warum die Kindheit „politisch“ ist

**Nach dem Vortrag von
Herbert Renz-Polster**

Oh, wie faszinierend war es doch, Herbert Renz Polster bei seinen Thesen zur politischen Kindheit zu lauschen. Kann die politische Gesinnung der Gesellschaft von morgen beeinflusst werden durch den Umgang mit den Kleinsten im hier und jetzt?

Wie kommt es, dass die mächtigste politische Position in der westlichen Welt von einem Mann besetzt wurde, der sich benahm wie ein gestörtes Kleinkind? Der Frauen beleidigte, beeinträchtigte Menschen öffentlich verspottete, felsenfest auf offensichtlichen Lügen beharrte, der tobte und seine Tanten öffentlich auslebte? Würde das eigene Kind so ein Verhalten an den Tag legen, würde man es in die Therapie schleppen.

Wie konnte es also geschehen, dass Donald Trump 2016 die Wahl zum amerikanischen Präsidenten gewann?

Diese Frage veranlasste den renommierten Kinderarzt, Wissenschaftler, Evolutionsbiologen und Autor Herbert Renz-Polster, sein neues Buch „Erziehung prägt Gesinnung“ zu verfassen.

Fühle ich mich groß oder unbedeutend? Habe ich Kontrolle oder werde ich kontrolliert? Habe ich eine Stimme oder fühle ich mich ungehört? Bin ich geschützt oder bedroht? Gehöre ich dazu? Das sind Erfahrungen, die in der Kindheit wichtig sind und uns bis ins Erwachsenenalter nicht loslassen. Sie beeinflussen dann, ob wir uns in der Gesellschaft wohlfühlen und somit unser Wahlverhalten.

In den USA wird alle 15 Jahre in einer Umfrage evaluiert, ob die Bevölkerung es für gut befindet, den Kindern, wenn nötig „den Hintern zu



versohlen“. Die Staaten, in denen in der Bevölkerung die Mehrheit (70%) der Erwachsenen diese Meinung vertritt, sind genau die Staaten, in denen die politischen Rechten sicher gewinnen. In den Staaten, in denen die Kinder liebevoll erzogen werden, gewinnen die Demokraten.

Stark autoritäre politische Systeme finden wir im Nahen Osten und auf dem afrikanischen Kontinent. Hier herrschen Oligarchen und Diktatoren, und hier werden Kinder – wenn auch am Beginn ihres Lebens gestillt und getragen – später geschlagen und gewaltsam „zurechtgezogen“.

In unserem Nachbarland Deutschland bot sich nach der Wende die einzigartige Gelegenheit, das Phänomen der Kindererziehung mit der späteren politischen Gesinnung zu vergleichen. Entgegen den Erwartungen ist in den Bundesländern der ehemaligen DDR der Zulauf zu den rechtspopulistischen Parteien sehr groß. Obwohl in der DDR Gemeinschaft gepredigt wurde und linke Ideologie herrschte, wurden die Kinder traumatisiert. Sie wurden sehr bald in Kinderkrippen betreut, oft schon kurz nach der Geburt, sie kamen manchmal sogar nur am Wochenende nach Hause zu ihren

Eltern. Die Betreuung in den autoritär geführten Tagesstätten war katastrophal. Die Beziehungen der Eltern ging sehr oft in die Brüche. Kurz, eine glückliche Kindheit sieht anders aus. Noch heute sind Auswirkungen auf das Wahlverhalten erkennbar: Knapp 30% der Erstwähler der neuen Bundesländer wählen die AfD.

In den westlichen Bundesländern Deutschlands gibt es nur sehr wenige Erstwählerinnen, die rechts wählen. Die Situation in Österreich ist ähnlich, wobei sowohl Kindererziehung als auch Wahlverhalten konservativer eingestuft werden.

Was können wir lernen? Nicht nur Frustration und Arbeitslosigkeit bedient die politische Rechte, sondern auch autoritäre, gewaltvolle, schwierige Kindheit, in der sich Kinder Schutzlos, ausgeliefert und heimatlos fühlen. Das Schöne an diesem beängstigenden Thema ist, dass genau hier unsere Arbeit ansetzt. Indem wir die Eltern stärken, stärken wir die Eltern-Kind-Bindung; indem wir uns für eine liebevolle Kinderbetreuung einsetzen, können wir die Gesellschaft ein bisschen mit in eine gute Richtung lenken.

Gudrun Füreder

Zuversicht und ...

... Selbstvertrauen in der Stillberatung vermitteln



© Regina Fotografie

„Meinen sie schon, dass ihr Kind mit ihrer Milch genug hat? Ich glaube, das reicht noch nicht! Wollens a Flascher!“

„Ja, natürlich, bitte“ ...

Mit diesem Beispiel, das wir vermutlich alle kennen, zeigt uns Gabriele Nindl zu Beginn ihres Vortrags beim Kongress in Innsbruck wie einfach es ist, Mütter zu verunsichern oder unsere Meinung auf sie zu übertragen. Neben Zeitmangel ist meist fehlendes Wissen seitens des betreuenden Personals der Grund für derartige Aussagen.

Der Hauptgrund für Stillschwierigkeiten ist u.a. zu wenig Milch bzw. die Annahme der Mutter, zu wenig Milch zu haben. Wir brauchen Grundinformationen, die Basics müssen an die Frau bzw. Familie gebracht werden.

Eine Zusammenschau aus der österreichischen SUKI Studie, einer deutschen und einer Schweizer Studie ergaben, dass 90% der Mütter in deutschsprachigen Ländern planen, mit dem Stillen zu beginnen. Die meisten Frauen wissen jedoch noch nicht, welche Benefits das Stillen für sie selber bringt. Vielen Frauen ist bewusst, dass ungefähr 6 Monate ausschließliches Stillen gut und insgesamt längeres Stillen sinnvoll ist, doch nur etwa 40% erreichen dieses Ziel. **Es gibt für uns noch viel zu tun!**

Unwissenheit und Unsicherheit dominieren in der heutigen Zeit. Es hat noch nie so viele Erziehungsratgeber

gegeben wie jetzt, doch noch nie wurde Erziehung so problematisch gesehen wie heute.

Unrealistische Vorstellungen der Familie über das Leben mit einem Neugeborenen, gepaart mit Unwissenheit, ist eine katastrophale Situation für viele Frauen, wenn es darum geht, gut in die Stillbeziehung zu starten.

Der Körper der Mutter bietet das Stillen an und Bindung ist die Grundlage. Unsere Art der Kommunikation und unser Wissen sind unbedingt einzusetzen, um die Zuversicht und das Selbstvertrauen der Mütter zu stärken und Familien handlungskompetent im Umgang mit dem Neugeborenen zu machen. Aus dem Satz „Ich will es“ wird ein „Ich kann es!“ Sich der eigenen Wertigkeit bewusst zu sein ist nicht nur für Kinder in ihrer Entwicklung ganz wichtig, sondern auch für die Mütter, die wir betreuen und begleiten.

Es stärkt die Resilienz, d.h. die Widerstandskraft und die Fähigkeit, Ressourcen zu mobilisieren, um unangenehme Dinge anzugehen und Krisen zu bewältigen.

Breastfeeding self-efficacy = Stillselbstwirksamkeit

Viele Untersuchungen wurden bereits zum Thema Stillselbstwirksamkeit gemacht, sehr wenige allerdings im deutschsprachigen Raum.

- Die eigene Erfahrung und die aktive Bewältigung stärken die Stillselbstwirksamkeit.
- Stellvertretende Erfahrungen, also z.B.: schwangere Frauen in die Stillgruppe einladen, sind ebenso stärkend und ermutigend für Mütter
- Wissen vermitteln, z.B.: in Bezug auf das Problem von „zuwenig Milch“ die Basics im Vorfeld besprechen, Stillvorbereitung in der Schwangerschaft, Infos über Milchbildung in den ersten 3 Tagen, ...
- Handlungskompetenz: den Frauen

etwas zuMUTen, Mütter befähigen, selbst handeln zu können, anleiten anstatt es selber zu machen

- Selbstfürsorge (wir sollten auf uns selber schauen, um auch den Frauen die Selbstfürsorge nahe bringen zu können)

„Stillen ist etwas was Frau lernen muss, sie aber auch kann“. Ein sehr positiver und wahrer Satz.

Wie können wir Zuversicht und Selbstvertrauen vermitteln und die Stillselbstwirksamkeit erhalten und stärken?

- Ermutigen statt loben
- Aufmerksamkeit auf die positiven Aspekte
- Geduld („Durch Ausbrüten wird aus dem Ei ein Küken, nicht durch Aufschlagen“) Ungeduld hält uns davon ab, die gesteckten Ziele zu erreichen
- Kommunikation (die Macht der Worte)
- Reset (noch einmal neu beginnen anstatt alles hinzuwerfen)
- Reframing (den Blickwinkel ändern, zB buntstillen)
- Achtsamkeit, Klarheit, Offenheit, Tapferkeit
- Wirkungsvoll handeln (self attachment, intuitiv stillen, power-pumpen, Kolostrummassage)
- Ziele setzen, wenige klare Angebote machen, kein Overload
- Väter in die Stillberatung einbeziehen
- Peer counselling (Stillgruppen intensivieren)
- Breastfeeding Self-Efficacy Scale (ein Tool zum Feststellen der individuellen Stillselbstwirksamkeit)

Sage es mir, und ich vergesse es; zeige es mir, und ich werde mich erinnern; lass es mich tun, und ich behalte es. (Konfuzius)

Susanne Lachmayr

Literaturliste

Ein Nachtrag zur Herbstausgabe 2021 der VSLÖnews

Im Herbst 2021 berichteten wir über psychische Krisen in Schwangerschaft, Wochenbett und Stillzeit. Hierzu nun eine Literaturliste zum Vertiefen und Weiterlesen erstellt von Natalie Groiss.



Psychische Erkrankungen – und die Auswirkungen einer Pandemie
Matthias J. Müller, Mathias Berger
(Hrsg.)
Urban & Fischer, 1. Auflage 2021

Dieses top aktuelle Buch von ausgewiesenen Experten bietet die wichtigsten Fakten zu häufigen psychischen Krankheitsbildern. Dabei wird die gegenwärtige wissenschaftliche Kenntnislage in gut verständlicher Weise beschrieben und von den Auswirkungen der Pandemie ergänzt.



Postnatale Depressionen und andere psychische Probleme
Anke Rohde
Kohlhammer, 1. Auflage 2014

Ein überaus spannendes wie informatives Buch, in dem Anke Rohde ihr breites Wissen zur Einschätzung

und Behandlung psychischer Erkrankungen bündelt. Zu Beginn werden die verschiedenen Störungsbilder beschrieben und auf ihre Ursachen bzw. die Entstehung eingegangen. Danach geht sie sehr genau auf die möglichen Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten ein und bildet mit einem breiten Spektrum von Fallbeispielen einen vielschichtigen Abschluss. Ein „must have“ für betroffene Frauen, Angehörige und Personen, die mit ihnen zusammenarbeiten.



Psychisch krank und schwanger – geht das?
Anke Rohde, Valenka Dorsch,
Christof Schaefer
Kohlhammer, 1. Auflage 2015

Anke Rohde (Leiterin der Gynäkologischen Psychosomatik an der Universitätsfrauenklinik in Bonn), Valenka Dorsch und Christof Schäfer (Leiter von „Embryotox“ Berlin) haben ein umfassendes Werk geschaffen, in dem ihre einzigartige und umfassende Expertise zu diesem Thema niedergeschrieben ist. Viele Psychische Störungen treten im jungen bis mittleren Erwachsenenalter auf, das bedeutet Frauen sind oftmals schon erkrankt, wenn sie sich mit dem Thema Kinderwunsch auseinandersetzen. Der Umgang mit Fruchtbarkeit, Schwangerschaft und die Zeit nach der Entbindung gehört aber für die meisten behandelten Psychiater nicht zu ihrer Routine, weshalb Betroffene nicht immer die gewünschte Unterstützung finden. Ein umfassendes

Standartwerk für alle, die mit Frauen mit psychischen Störungen in dieser besonderen Zeit konfrontiert sind.



Depressionen verstehen – mit Depressionen leben
Ulrich Schweiger, Valerija Sipos
Herder, 2020

Dieses während der Corona Pandemie entstandene Buch richtet sich vor allem an Personen die entweder selbst an Depression erkrankt sind und an ihr Umfeld: Angehörige und Freunde.

In leicht verständlicher Weise spannen die Autoren von den Diagnosekriterien über die verschiedenen Subtypen der Depression bis hin zu den aktuellsten Behandlungsstrategien.



Eigentlich sollte ich glücklich sein
Carol Dix
Kreuz Verlag, 1985

Carol Dix wird selbst Mutter und leidet an einer milden Form von perinataler Depression. Keine Ansprechper-

son findend, macht sich die Autorin und Journalistin auf die Suche nach Frauen, die vom gleichen Schicksal betroffen sind. Nach einem Aufruf in einer Londoner Zeitung bekommt sie massenhaft Zuschriften von Frauen, die ihre Erfahrungen und Erlebnisse schildern.

Ein sehr persönliches Buch, in dem die Not Betroffener deutlich wird. Interessant auch aus historischer Sicht, lässt diese Ausgabe von 1985 die Entwicklung der letzten 30 bis 40 Jahre auf dem Gebiet der postpartalen Depression erkennen.



Psychopharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit

Anke Rohde, Valenka Dorsch,
Christof Schaefer
Thieme, 4. Auflage 2016

Ein umfassendes Standard- und Nachschlagewerk, in dem Behandlungsprinzipien, Leitlinien und das peripartale Management beschrieben werden.

Dieses Buch sollte, wie auch der weit bekanntere, große Bruder „Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit“ von Schaefer und Spielmann, auf jeder Station aufliegen, die mit Schwangeren und Stillenden Frauen arbeiten.



Lebensrettende Sofortmaßnahmen für IBCLCs Erste Hilfe Workshop

19.04. und 09.05.2022, 17.00 – 20.30 Uhr

„Lange Nacht des Stillens“, Abendwebinar
22.05.2022

#StillenGraz2022
21.10. – 22.10.2022, Graz



Angebote des Europäischen Institutes für Stillen und Laktation:

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

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

BRUSH-UP Kurs 25.05. – 26.05.2022, Gröbming

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 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.