



# VSLÖ

Frühjahr 2023

Verband der Still- und Laktations-  
beraterInnen Österreichs IBCLC

# news

Save the Date  
Stillkongress  
Wien  
20. - 21. Oktober  
2023



Adobe Stock | #71275822

© Adobe Stock

## STILLEN

bei angeborenen  
Stoffwechselerkrankungen?  
Wann und wie gestillt  
werden soll und was  
zu beachten ist

## IST

Stillen in der Neonatologie  
Ansichtssache? Die lange  
Geschichte des Stillens auf  
der Neonatologie - Rückblick,  
Ist-Zustand, Ausblick

## BINDUNG

zwischen frühgeborenem  
Kind und Eltern fördern?  
Einen Beitrag zur sicheren  
Bindungsentwicklung zu  
leisten ist möglich

## Liebe VSLÖ-Mitglieder und Leser:innen,



Elisa Steiner

herzlich Willkommen zu unserer Frühlingsausgabe der VSLÖ-News!

Seit den letzten Webinar-Fortbildungen <Das zu kurze Zungenband> und <Neonatologische Stillfachtagung> ist schon wieder einiges an Zeit verstrichen. Über die große Nachfrage und das rege Interesse daran freuen wir uns sehr und sehen das als positive Bestätigung für unsere Arbeit.

Die Teilnehmer:innen konnten ihr Wissen zu oralen Restriktionen vertiefen beziehungsweise ihre fachliche Expertise zur Stillförderung auf Neonatologien erweitern. In dieser Frühlings-Ausgabe finden Sie die Zusammenfassungen der Beiträge der neonatologischen Fachtagung. Es fand sich als Themen-Schwerpunkt allem voran die **Bindung: Eine starke Basis von Anfang an, welche das Fundament für die weitere Stillbeziehung legt.**

Außerdem hat, vom 23. bis 25. März 2023, der interdisziplinäre Kongress des BDL – Berufsverband der deutschen Stillberater:innen – in Fulda stattgefunden. Monika Jahnke, IBCLC, wurde erneut zur 1. Vorsitzenden des BDL gewählt. An dieser Stelle möchte ich unseren Kolleg:innen im Namen des VSLÖ sehr herzlich zur Wahl des neuen Vorstandes gratulieren!

### Save the date

Zum Abschluss möchte ich Sie auf unseren bevorstehenden **Stillkongress** am 20. & 21. Oktober 2023 in Wien hinweisen. Lassen Sie uns Kolleg:innen im Herbst die Verbindung untereinander herstellen, uns fachlich austauschen, unser Netzwerk erweitern und das 30-jährige Jubiläum des VSLÖ miteinander feiern!

Programm und Anmeldung finden Sie unter [www.stillen.at](http://www.stillen.at).

Wir hoffen die Kongressvorträge finden erneut positiven Anklang bei Ihnen. Wenn Sie Interesse für bestimmte Fachvorträge oder Themenwünsche haben, lassen Sie es uns gerne wissen: [feedback@stillen.at](mailto:feedback@stillen.at)

Zu guter Letzt möchte ich an dieser Stelle ein herzliches Dankeschön an das gesamte VSLÖ-Team für die Top-Organisation der Fortbildungen aussprechen, sowie an das ehrenamtliche Redaktionsteam, das uns in gewohnter Qualität die Vorträge der neonatologischen Stillfachtagung in dieser Ausgabe zusammengefasst hat. Allen Mitgliedern des VSLÖ und Interessent:innen wünsche ich im Namen des VSLÖ ein schönes und erfrischendes Frühjahr 2023!

Viel Freude beim Lesen und Weiterbilden!

Herzliche Frühlings-Grüße,  
Elisa Steiner, IBCLC  
Präsidentin des VSLÖ



# Verbindung

## Bindungsförderung zwischen Frühgeborenen und Eltern

**Über Herausforderungen und Unterstützungsmöglichkeiten einer sicheren Bindungsentwicklung zwischen Frühgeborenen und ihren Eltern und worauf eine optimale Bindungsförderung achten soll, erzählte uns Mag.ª Patricia Winkler, klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin aus Wien, im Rahmen des VSLÖ-Webinars „Neonatologische Stillfachtagung“.**

Um Bindung optimal, am besten schon präventiv, fördern zu können, ist es wesentlich, die verschiedenen Varianten von Bindung zu kennen und zu erkennen. Es gibt unterschiedliche Bindungsstile. Von den Normvarianten sicher gebunden (> 60% in der Bevölkerung) über unsicher-vermeidend und ambivalent-unsicher gebunden über desorganisierte Bindung (= Grenze

zum Diagnosesystem) bis hin zu Bindungsstörungen (mit schwersten Verhaltensauffälligkeiten).

Eine sichere Bindung ist ein wesentliches Fundament für die weitere Entwicklung. Die Fähigkeit Urvertrauen (= das Vertrauen, dass mir geholfen wird, wenn ich ein Bedürfnis habe) ist von großer Bedeutung. In einer psychologischen Untersuchungsan-

ordnung werden die verschiedenen Bindungsstile der Normvariante dargestellt. Im Setting kommt die Mama mit ihrem ungefähr ein Jahr alten Kind in einen Untersuchungsraum, in dem Spielzeug auf dem Boden liegt. Die Mama setzt sich auf einen Sessel, das Kind beginnt zu spielen. In der Folge kommt eine fremde Person dazu und setzt sich zu dem Kind. Nach einer Weile verlässt die Mama (=die Bindungsperson) das Zimmer und kommt nach kurzer Zeit wieder zurück. Aufgrund der Reaktionen des Babys, sowohl beim Verlassen als auch bei der Rückkehr der Bindungsperson ins Zimmer, lassen sich Rückschlüsse auf den Bindungsstil schließen.

Das sicher gebundene Kind hört auf zu spielen und weint, wenn die Mama das Zimmer verlässt und kann nur von der Bindungsperson wieder beruhigt werden.

Das unsicher-vermeidend gebundene Kind weint beim Verlassen nur kurz auf und zeigt seinen Kummer nicht, auch nicht bei Rückkehr der Mama. Es kann die Sicherheit der Bindungsperson nicht zur Regulation nutzen und erfährt dadurch enormen Stress. Diese Kinder erfahren durch ihre Bindungsperson oft keine Reaktion auf ihre Bedürfnisse.

Das ambivalent-unsicher gebundene Kind weint nach Rückkehr der Bindungsperson und kann nicht aufhören, es wirkt wütend und zeigt Aggression gegen das Spielzeug, während es sich von der Mama halten lässt. Hier wird von der Bindungsperson auf ein Bedürfnis des Kindes oft unterschiedlich reagiert.

Bei einer desorganisierten Bindung kommt es zur Überlagerung des Grundbindungsstiles, das Kind wirkt bei der Wiedervereinigung eingefroren, es nähert sich mit abgewendetem Kopf ohne Blickkontakt an die Mama an.

### Sichere Bindung – Warum fördern?

Eine sichere Bindung ist das Fundament des Lebens. Fehlt das Urvertrauen, erscheint alles als feindselig.

Ist ein Kind sicher gebunden, hat es eine höhere Widerstandsfähigkeit und ein prosozialeres Verhalten, es kommt seltener zu psychischen Auffälligkeiten und es hat bessere Lernchancen.

### Was passiert bei frühgeborenen Kindern, welche Stressfaktoren treten bei Kind und Eltern auf?

### Belastungsfaktoren auf Elternebene

Die Vorstellungen der Eltern bzgl. Leben mit einem Neugeborenen unterscheiden sich oft sehr von der Realität mit einem Frühgeborenen. Pränataler Stress kann bei der Mutter zu einer reduzierten Blut- und Nährstoffversorgung der Placenta führen. Es kommt zur Trauer, weil die Geburt nicht so war wie erträumt und weil man kein gesundes Kind hat. Dazu kommt die Scham versagt zu haben und Schuldgefühle gegenüber dem Baby und Geschwisterkindern. Das führt zu Belastungen in der Partnerschaft und ein Gefühl der Hilflosigkeit macht sich breit. Je nach eigenem Bindungsmuster fällt es den Betroffenen leichter oder schwerer sich Hilfe zu holen. Auch die Sorge um Leib und Leben der Mutter und des Kindes kann traumatisch wirken.

### Risikofaktoren für Pränatale Traumata

Wichtig ist zu wissen, dass nicht jeder Risikofaktor zu einem Trauma führt, es gibt auch Schutzfaktoren. Schutzfaktoren sind z.B.: moderater Stress, d.h. die Mama zeigt eine große Bandbreite an Emotionen in der Schwangerschaft bzw. wenn sie schon früh in der Schwangerschaft mit dem Kind zu sprechen beginnt. Das Kennen von Schutzfaktoren ermöglicht eine bereits präventive Intervention bei Risikofaktoren. Risikofaktoren wären Stress der Mutter (z.B.: durch Gewalterfahrungen), Umstände der In-vitro-Fertilisation, Abtreibungswunsch, elterliche Erwartungen der Behinderung oder des Todes des Kindes. Aber auch Zwillingstod, Drogen, psychische Belastungen oder Erkrankungen der Eltern (z.B.: Depressionen, Ängste, Posttraumatische Belastungsstörungen).

### Belastungsfaktoren auf Kindesebene

Das Frühgeborene erlebt einen abrupten Abbruch der intrauterinen Bindungsentwicklung, es erlebt schmerzhafte Prozeduren wie Behandlungen und Operationen. Das Kind ist in seiner Responsivität auf Bindungsangebote verlangsamt und reduziert, gleichzeitig erlebt es eine erhöhte Irritierbarkeit die zur Überforderung führt. In der Folge zeigen sich Regulationsschwierigkeiten in Form von Still-, Fütter- und Gedeihstörungen und im Schlaf-Wachrhythmus. Auch auf das Kind wirkt eine Gefahr an Leib und Leben traumatisch.

### Bindungsförderung

Ein bedeutender Schlüsselfaktor in der Bindungsförderung ist die Feinfühligkeit. Kinder brauchen Eltern, die die Bedürfnisse des Kindes wahrnehmen, die fähig sind angemessen darauf zu reagieren und prompt zu antworten. Wir brauchen handlungssichere stabile Eltern, die ihre intuitive elterliche Kompetenz einsetzen können. In der Beratung geht es hauptsächlich darum den Eltern zu erklären, dass ein Frühgeborenes seine Bedürfnisse nicht so klar signalisieren kann wie ein reifgeborenes Kind. Verschiedene Programme unterstützen Eltern dabei, die Emotionsausdrücke ihres Kindes lesen zu lernen. Idealerweise geschieht dies mittels videogestützter Interaktionsbegleitung. Voraussetzung für eine gelungene Begleitung ist zuerst einmal das Herstellen von Vertrauen und Sicherheit. Wichtig ist für die Eltern das Wissen um die Besonderheiten von frühgeborenen Kindern, so kann Schuld- und Schamgefühle entgegengewirkt werden. Unterstützung beim Körperkontakt mit dem Baby ist ebenso hilfreich. In einem Video einer Wickel-, Still- oder Füttersituation kann ein positives Standbild herausgesucht werden, anhand dessen ein Moment des gelungenen Miteinander für die Eltern sichtbar gemacht werden kann. Bei ausreichendem Vertrauen können dann auch Herausforderungen wie Ablehnungseindrücke angesprochen werden. Die beratende Person fungiert vorerst als Übersetzer:in der

**Baby-Feinzeichen** an die Eltern. Mit den Feinzeichen, die ein Baby aussendet, drückt das Baby sein Befinden aus. Sie drücken sich in Offenheit, Regulationsversuchen und Belastungen aus. Die Eltern lernen die wechselnden Erregungszustände und damit verbundene Emotionen zu regulieren.

**Feinzeichen der Offenheit** sind Lächeln, „Brabbeln und Glucksen“, eine gleichmäßige Atmung, eine rosige Haut und ein zugewandter Blick. Dies kann den Eltern gut anhand eines positiven Standbildes gezeigt werden.

**Feinzeichen der Regulation** sind Grimassieren, Gähnen und Quengeln, Fäuste ballen und diese zum Mund führen, Hände oder Fäuste vor dem Mund zusammenführen, sich an etwas festhalten, ruckartige Bewegungen und das Abwenden des Blickes. Mit diesen Zeichen versucht das Kind Stress (auch positiven) zu regulieren

und braucht ev. auch die Unterstützung der Eltern dazu. Wichtig für Eltern ist es auch zu wissen, dass diese Zeichen nichts mit Ablehnung zu tun haben.

**Feinzeichen der Belastung** werden mit den Eltern erst bei wachsendem Vertrauen besprochen, sie werden meist in Form von Fragen mit den Eltern erarbeitet. Zeichen sind starrer Blick und Abwenden des Blickes, Schreien, marmorierte Haut, Rudern mit den Armen, Anspannung, kaum Bewegung, Würgen, Spucken und Wegducken vor Bezugspersonen (bei älteren Kindern).

Das Arbeiten mit Bildern und das Mitgeben von positiven Standbildern hat sich hier nach dem Motto „Ein Bild sagt mehr als 1000 Worte“ sehr bewährt und dient für die Eltern oft als Herzöffner in schwierigen Situationen mit dem Baby.

Bei zunehmendem Vertrauen der Eltern in die beratende Person besteht die Möglichkeit, auch Missverständnisse zwischen Eltern und Kind anzusprechen. Hier kann ebenfalls mit Standbild und Fragen gearbeitet werden. Es wird versucht eine positive Umdeutung durchzuführen mit Fragen wie z.B.: „Ihr Baby weint heute, es zeigt seine Bedürfnisse heute sehr stark, was könnte das denn sein?“ oder nachfragen „Welchen guten Grund hat denn ihr Baby heute zum Weinen?“. Dies kann bei den Eltern zum Umdenken und weg von der Fehlerspirale führen. In der Folge werden dann auch noch die Bedürfnisse des Babys angesprochen, die es zur Regulation braucht.

Vortrag zusammengefasst von Eva Maximik

einerseits vermehrt Phenylalanin an, welches dann alternativ zu Phenylketonen verstoffwechselt wird, und andererseits tritt ein Mangel an Tyrosin (= Vorläuferstufe von Dopamin, Katecholaminen, Melanin und Thyroxin) auf. Symptome einer unbehandelten PKU sind progressive motorische und geistige Retardierung, zerebrale Krampfanfälle, ein auffälliger Geruch des Harnes (Phenylketone werden über Harn ausgeschieden) und blonde Haare und blaue Augen (Melanin fehlt). Dieses klinische Bild zeigt sich heutzutage aufgrund des Neugeborenen-Screenings, u.a. auch auf PKU, so nicht mehr, eine Therapie kann frühzeitig beginnen. Anhand der PKU kann sehr gut der Schädigungsmechanismus gezeigt werden, welcher aus der Anhäufung des Phenylalanins in einer Toxizität für das zentrale Nervensystem resultiert. Eine behandelte PKU gewährleistet eine normale körperliche und geistige Entwicklung, mit der Einschränkung durch eine lebenslange Ernährungstherapie, welche auf der einen Seite aus einer Substratreduktion des Phenylalanins mittels Eiweißreduktion (= im Säuglingsalter die Muttermilch) und auf der anderen Seite aus einer Supplementierung von Tyrosin durch Gabe einer Aminosäuremischung besteht. Eine Co-Faktoren-Supplementierung (= Enzyme, welche den Phenylalaninstoffwechsel unterstützen, werden zugeführt) kann helfen das Ausmaß der Diät zu verringern. Nach erfolgter Diagnose muss der Phenylalaninspiegel im Blut des betroffenen Kindes so rasch als möglich gesenkt werden und dauerhaft niedrig gehalten werden. Normwert ist eine Phenylalaninkonzentration von <0,2 mg/dl, tolerierte Werte sind im Säuglingsalter und Kleinkindalter 2-6 mg/dl, ab 10 Jahren 2-10 mg/dl und im Erwachsenenalter <15 mg/dl. Der relativ hohe tolerierte Wert im Erwachsenenalter führt dazu, dass viele Betroffene nach der Pubertät die Diät beenden, bei einer Rückkehr zur Diät im späteren Alter wird von den betroffenen Personen eine deutliche Verbesserung ihrer Lebensqualität angegeben. Im Falle einer Schwangerschaft muss auf Werte im Bereich von 2-4 mg/dl geachtet werden, um das ungeborene Kind nicht zu gefährden. Verfolgt man den



# Stoffwechseldefekt

## Ist Stillen bzw. Muttermilchgabe möglich und sinnvoll?

**Alexander Höller, Diätologe an den Universitätskliniken Innsbruck, führt uns beim Webinar „Neonatologische Stillfachtagung“ in die Welt der angeborenen Stoffwechselstörungen.**

Angeborene Stoffwechselstörungen zählen zu den seltenen Erkrankungen mit einer Inzidenz von <1:2.000. Werden alle angeborenen Stoffwechselerkrankungen zusammengezählt, zeigt sich, dass bei jeder 500. Geburt in Österreich ein Kind betroffen ist, das bedeutet, bei ca. 80.000 Geburten pro Jahr, etwa 150 Kinder.

### Unser Stoffwechsel vereinfacht dargestellt

Bei einem normalen Stoffwechsel wird ein Substrat A durch ein Enzym

1 zu Substrat B und in weiterer Folge durch Enzym 2 zu Substrat C umgebaut. Bei einer angeborenen Stoffwechselerkrankung liegen Störungen der einzelnen Zwischenschritte vor. Wenn Enzym 2 nicht ausreichend vorhanden ist, kann Substanz B nicht abgebaut werden. Substanz B macht dann Probleme, weil es in gehäufter Ansammlung toxisch wirkt, es wird alternativ verstoffwechselt zu Substanz B1 und wirkt dann ebenso wiederum toxisch auf den Körper. Außerdem fehlt dem Körper Substanz C, da es aufgrund des Fehlens von Enzym 2 nicht gebildet werden kann. Klinisch zeigt sich entweder ein unauffälliges Kind mit positivem Neugeborenen-Screening oder ein symptomatisches Kind mit metabolischer Entgleisung. Abhängig von den jeweiligen Erkrankungen kommen verschiedene The-

rapieprinzipien zur Anwendung wie die Enzymtherapie (fehlendes Enzym wird ersetzt), die Substratreduktionstherapie (über Medikamentengabe wird die Anhäufung des Substrats verhindert), die Ernährungstherapie („Problemsubstrate“ werden mittels Ernährung kontrolliert reduziert bzw. aufgefüllt) und die Ernährungstherapie kombiniert mit Medikamentengabe zum Einsatz.

### Beispiel Phenylketonurie (PKU)

Bei der PKU handelt es sich um eine Störung des Eiweißstoffwechsels, bei der die mit der Nahrung aufgenommene Aminosäure Phenylalanin nicht in Tyrosin umgewandelt werden kann, da zu wenig Phenylalanin-Hydroxylase vorhanden ist. Dadurch fällt

Phenylalaninspiegel eines betroffenen Kindes, so zeigt sich, dass es immer wieder zu Peaks bei den Werten kommt, welche durch Infekte, im Rahmen derer körpereigene Eiweißstoffe anfallen und abgebaut werden, erklärt werden können.

### Ernährungsplan erstellen

Das Erstellen eines Ernährungsplanes für ein Neugeborenes ergibt sich aus folgenden Überlegungen: Ziel ist es die Plasma-Phenylalaninkonzentration des betroffenen Kindes im Bereich von 2-6 mg/dl zu halten. Der Bedarf an Phenylalanin eines Neugeborenen beträgt ca. 70 mg/kg Körpergewicht. Bei einem Geburtsgewicht von 3,5 kg ergibt sich daraus eine Tagesmenge an Phenylalanin von 245 mg. Bei einem Phenylalaningehalt in Muttermilch von 45 mg in 100 ml Muttermilch (im Gegensatz dazu 56 mg/100ml Pre-Nahrung) kann das Neugeborene täglich 540 ml Muttermilch (= 245 mg Phenylalanin) zu sich nehmen, d.h. der Großteil (ca. 2/3) der täglichen Nahrungszufuhr kann über Muttermilch gedeckt werden, der Rest wird über vorstufenfreie Formulanahrung gedeckt. Im ersten Le-

bensjahr sieht ein Ernährungsplan wie folgt aus: Vor der Diagnosestellung wird das Kind gestillt. Unmittelbar nach der Diagnose muss der Phenylalanin-Spiegel mittels phenylalaninfreier Spezialformula mit Tyrosin-Zusatz und Teilstillen rasch gesenkt werden. Das Pumpmanagement zur Aufrechterhaltung der Milchproduktion hat in dieser Phase große Bedeutung. Rund um das 6. Lebensmonat wird mit dem Zusatz von Aminosäuremischung zusätzlich zum Teilstillen und Spezialformula begonnen, gleichzeitig kann auch proteinbilanzierte Beikost eingeführt werden. In der Folge werden die Kinder meist vegetarisch u.a. mit eiweißarmen Speziallebensmittel ernährt.

### Ist Stillen/Muttermilch-ernährung möglich?

Angeborene Stoffwechselstörungen können aufgrund der Mechanismen, welche sie auslösen, gruppiert werden. Diese sind Neurodegeneration, Speicherung, Energiedefizienz und Intoxikation, meist kommen sie paarweise vor. Neurodegeneration und Speicherung betrifft eher große, biochemische Moleküle wie bei Lyso-

somalen Speicherkrankheiten, Energie-defizienz und Intoxikation tritt eher bei kleinen Molekülen, also im intermediären Stoffwechsel, auf z.B.: PKU. In der ersten Gruppe mit Neurodegeneration und Speicherung gibt es häufig keine ursächliche Therapie, es findet primär eine symptomorientierte Begleitung statt, zum Teil kommen Medikamente bzw. eine Enzymerersatztherapie zum Einsatz. Es gibt keine primäre Ernährungstherapie, Stillen ad libitum ist möglich. In der zweiten Gruppe mit Energie-defizienz und Intoxikation ist die Ernährungstherapie („Diät“) Teil der Therapie. Ein Teilstillen bzw. teilweise Ernährung mit Muttermilch ist erwünscht und möglich, allerdings kein ausschließliches Stillen bzw. 100% Muttermilch-Ernährung, Spezialformula muss zugegeben werden.

Im Akutsetting kann Muttermilch mit Spezialformula in einer Flasche verabreicht werden und direkt im Anschluss frei gestillt werden, in der Folge kann auch nur die Spezialformula in der Flasche gegeben werden und danach ad libitum gestillt werden. Eine weitere Möglichkeit wäre Stillen nach Verlangen im Wechsel mit Spezialformula per Flasche zu praktizieren, dies erfordert allerdings ein flexibles Kind, welches problemlos von Brust zu Flasche wechselt. Deshalb wäre der „Gold-Standard“ Stillen mit Zufütterung von Spezialformula mittels Brusternährungsset (BES) direkt an der Brust. Weiteren möglichen Herausforderungen beim Stillen wie Hypotonie und Saug- und Schluckschwierigkeiten beim Kind können mittels Stillen im Hoppe-Reiter-Sitz und dem DanCer Hold-Griff entgegen gewirkt werden. Kontraindiziert ist Stillen nach den aktuellen Empfehlungen von 2002 bei klassischer Galaktosämie. Allerdings zeigt die aktuelle Forschung, dass der menschliche Körper fähig ist in geringen Mengen

Galaktose selbst herzustellen und somit kann in Zukunft ev. die Zufuhr von geringen Mengen von Galaktose bei klassischer Galaktosämie möglich sein; die Forschung dazu läuft. Bedingt kontraindiziert ist Stillen bei Langketten-Fettsäureoxidationsstörungen, Hyperchylomikronämie (Hyperlipidämie Typ I) und Abetalipoproteinämie und verwandten Störungen und schwierig kann Stillen bei schweren Harnstoffzyklusdefekten sein. Stillen (zumindestens in der Teilstill-Variante) ist empfohlen bei Aminoazidopathien, Organazidurien und Harnstoffzyklusdefekten.

### Datenlage

In der Praxis werden Kinder mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen leider oft weder gestillt noch mit Muttermilch ernährt. Die Arbeitsgruppe der Uniklinik Innsbruck hat 2017 die Publikation „Breast milk feeding in infants with inherited metabolic disorders other than phenylketonuria – a 10-year single-center experience“, Pichler et al, 2017 herausgegeben. Daten von 20 Kindern mit verschiedenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen (außer PKU) wurden retrospektiv ausgehoben in Bezug auf Stillen bzw. Muttermilchernährung. Die Diagnosestellung erfolgte bei 12 Patient:innen durch das Neugeborenen-Screening, bei 6 durch eine Stoffwechselentgleisung, einmal durch eine Gedeihstörung und einmal durch eine dilatative Kardiomyopathie. Die Dauer des Stillens bzw. der MM-Ernährung war mit 1-19 Monaten (Mittelwert 6 Monate) breit gefächert. Überwiegend wurde nach Verlangen gestillt, der kleinere Teil der Kinder wurde muttermilchernährt (14 gestillt, 5 muttermilchernährt). Die genannten Ursachen für das Beenden des Stillens bzw. der Muttermilchernährung war bei 14 Personen „zu wenig Milch“, bei 4-mal das Alter des Kindes, und jeweils einmal Incompliance und Mastitis. Vom Gedeihen her waren die Kinder überwiegend unauffällig (2 Kinder waren unter der 3. Perzentile). Neurologisch gesehen entwickelten sich 16 Kinder unauffällig, bei 4 Kindern zeigte sich ein Entwicklungsrückstand. Ein biochemisches Monitoring fand alle 2-4 Wochen statt bzw. in Phasen von In-

fekten entsprechend häufiger. Gezeigt wurde mit dieser Arbeit, dass Stillen bzw. Muttermilchernährung bei Kindern mit verschiedenen angeborenen Stoffwechselstörungen (nicht nur bei PKU) möglich und machbar ist, und dass für das Gelingen von Stillen bzw. Muttermilchernährung Begleitung in Bezug auf die Still- und Laktationsberatung von essentieller Bedeutung ist. Die aktuelle Datenlage bzgl. der Stillprävalenz bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen ist sehr gering. In einer Arbeit von Banta-Wright et al, 2014: „Breastfeeding Medicine“ mit Daten aus den USA und Kanada wurden die Stillraten bei PKU untersucht. Fazit ist, dass in Kanada sowohl bei Gesunden als auch bei Menschen mit PKU häufiger gestillt wird als in den USA und die Stillraten in Kanada bei beiden Gruppen näher beieinander liegen (im Alter von 12 Monaten werden 54% der gesunden und 55% der Kinder mit PKU gestillt). In den USA sind die Raten insgesamt niedriger und im Alter von 12 Monaten sinken sie drastisch ab (26% bei gesunden und 17% bei Kindern mit PKU).

### Was bringt die Zukunft?

Bei der Behandlung von Kindern mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen ist neben Maßnahmen direkt an den Betroffenen das „Muttermilch-Design“ interessant, d.h.: die Anpassung der Muttermilch, um einen positiven Effekt für die Patient:innen erzielen zu können. Erfahrungen gibt es dazu an der Uniklinik Innsbruck bereits bei Kindern mit kongenitalem Chylothorax, wo durch Entnahme der Muttermilch eine stark fettreduzierte muttermilchbasierte Ernährung möglich war. Und gleichzeitig kann die Verwertung des Fettanteils zur Nahrungsanreicherung bei dystrophen Patient:innen genutzt werden. Ein Fallbericht zur Entnahme von Muttermilch gibt es von Kritzer et al, 2020: „JIMD Reports“.

### Fazit

Stillen ist möglich, Stillen ist wünschenswert, Stillen braucht Begleitung.

*zusammengefasst von  
Eva Maximiki*

# Ansichtssache?!

## Stillen in der Neonatologie

**Der folgende Artikel fasst den Vortrag von Fachkinderkrankenschwester, IBCLC Elke Schubert aus München zusammen, die beim letzten VSLÖ Webinar von ihrer langjährigen Tätigkeit als Stillberaterin in der Neonatologie berichtete.**

Für viele in Erinnerung geblieben sind die häufigen Zweifel, ob Stillen nach einer Frühgeburt überhaupt möglich ist. Auch offene Fragen z.B. über Keime wie CMV oder Eiweiß- und Mineralstoffgehalt in der Muttermilch, sorgten für Diskussionen. Nicht selten mussten die Kinder früher zuerst das Trinken mit der Flasche lernen, bevor sie an die mütterliche Brust „durften“.

Erfolgreiches Stillen wurde nicht zuletzt auch durch die restriktiven Besuchszeiten verhindert.

Heute ist die Studienlage eindeutig! Die vielen Vorteile der Muttermilch machen v.a. für Frühgeborene den entscheidenden Unterschied.

Muttermilch ist einer der wichtigsten Bausteine der modernen Neonatologie:

Sie bietet Schutz vor Infektionen, ist leichter verdaulich und lässt den Darm reifen, unterstützt das unreife Immunsystem und bietet viele neurologische, kognitive und visuelle Entwicklungsvorteile für das Frühgeborene.

Die Familie, in die ein Kind hineingeboren wird, spielt die tragende Rolle bei der weiteren Entwicklung des Kindes, daher ist auch die Elternintegration von immenser Bedeutung.

Ausschlaggebend für einen gelungenen Stillstart und erfolgreiches Stillen in weiterer Folge sind neben baulichen und personellen Voraussetzungen auch immer der individuelle Fokus der betreuenden Pflegepersonen und Hebammen. Auch fachliches Wissen und persönliche Erfahrungen

der Betreuenden beeinflussen das Stillpaar nachhaltig.

Frühgeborene stillen ist ein Prozess, der viel Geduld, Zeit und Liebe erfordert. Nicht immer ist die Mutter von Beginn an in der Lage, ihr Baby mit ausreichenden Mengen an Muttermilch zu versorgen. Humanmilchbanken leisten hier einen unersetzbaren Beitrag für die Entwicklung von Frühgeborenen. Erfreulicherweise gibt es einen deutlich (Wieder-) Anstieg von Frauenmilch-Banken.

**Alle Möglichkeiten, das Stillpaar gut zu betreuen, sollten während des Aufenthaltes auf der Neonatologie voll ausgeschöpft werden!**

Mutter & Kind stehen im Mittelpunkt und brauchen viel Unterstützung:

- im Idealfall auch durch die Familie (v.a. Vater und Großeltern) und das soziale Umfeld.
- durch familienfreundliche Gestaltung der Neo wie bequeme Sitzgelegenheiten zum Stillen und Känguruhen, eine Küche usw.
- durch Bereitstellen von Infomaterial (ohne Werbung) zum Nachlesen
- durch Vernetzung von NICU, IMC, Eltern-Kind Station mit anschließendem Case/Care Management.
- durch fundiertes Wissen.

Ziel ist es, mit der Mutter in Kontakt zu kommen, Situationen zu erkennen in denen Stillförderung gut möglich ist, um das Stillen bestmöglich und individuell abgestimmt zu etablieren. Was beachtet werden sollte:

- Stillförderung beginnt schon mit der präpartalen Visite und der Information über Kolostrumgewinnung & in Gang setzen der Milchbildung.
- Primäres Bonding im Kreissaal bzw. Sectio Bonding und früher Haut-zu-Haut Kontakt führt dazu, dass die Mütter nachweislich viel mehr Präsenz zeigen.

- Weiterhin so oft und so lange wie möglich Känguruhen bedeutet „Nachbrüten & Nachreifen“ und führt neben vielen anderen positiven Effekten zu einem deutlich früheren Stillbeginn.
- Durch Information und praktische Anleitung möglichst früh dafür sorgen, dass die Milchbildung in Gang kommen kann – notwendig dafür ist auch eine gute Zusammenarbeit mit den Wochenbett-Stationen.
- Abpumpen von Muttermilch ist meist lange notwendig und braucht viel Hilfestellung, vor allem am Anfang.
- Mund-Nase-Kontakt zur mütterlichen Brust fördern, auch während das Baby sondiert wird.
- Entwicklungsförderndes Konzept in die Pflege einbinden – z.B. Reduktion von Reizen, non-nutritives Saugen ermöglichen.
- Nur über häufigen Kontakt zur Brust kann sich das nutritive Saugen entwickeln. Die Mutter anleiten, ihr Baby körpernah, achsengerecht und in großflächigem (Haut-zu-Haut) Kontakt so anzulegen, dass Mund und Nase die Brust berühren können. Das Köpfchen wird umfasst, aber nicht gehalten – die Brust sollte gestützt werden, dadurch wird dem Kind Haltearbeit abgenommen. Das Baby so lagern, dass die Mutter das Kind nicht aktiv halten muss.
- Brustkompression kann für viele Frühgeborene sehr hilfreich sein.
- Stillhütchen bieten Vor- und Nachteile für Frühgeborene, werden in der Fachwelt immer noch kontrovers diskutiert und sollten daher mit Bedacht eingesetzt werden.
- Abwesenheit von Stress ist immer still- und entwicklungsfördernd!

**MM Ernährung braucht Wertschätzung von allen Seiten. Der Weg an die Brust ist unterschiedlich lang**, er verläuft jedoch immer nach dem gleichen Muster, auch bei einem zu früh geborenen Baby:

**Wir freuen uns über Artikel, Themenvorschläge und Termininfos aus allen Bundesländern:**  
Mail an: [redaktion@stillen.at](mailto:redaktion@stillen.at)  
**Nächster Redaktionsschluss:**  
26.06.2023

- Rooting, Bewegung in Richtung Brust
- Wache Kinder öffnen den Mund und strecken die Zunge nach vorn, mamiennahe Lagerung fördert Riechen, Lecken und Schmecken
- Latch-on
- Erstes Saugen zum Teil mit „verordneter Pause“ und gegebenenfalls nach dem Abpumpen bei bereits starken Milchspendereflex
- Unpassende Kleidung kann ein „Abstandhalter“ zwischen Kind und Brust sein

- In der Übergangsphase ist es nie ganz einfach, dass sich weder die Mutter noch das Baby gestresst fühlt.

### Wo liegen Stolpersteine

Bei wachsender Selbstständigkeit der Eltern kommen der direkte Haut-zu-Haut Kontakt und ev. auch das Abpumpen schnell zu kurz.

Die Entlassungskriterien sind häufig immer noch an schneller Sondenentwöhnung UND schneller Gewichtszunahme orientiert.

Eine zeitnahe Entlassung wird verständlicherweise oft von Seiten der Eltern und – bei der häufigen Betten- und Personalknappheit – auch von Seiten der Klinik angestrebt.

Frühgeborene Kinder werden immer noch weniger lang und seltener ausschließlich gestillt als reif geborene Babys ...

Unterstützende Beratung und Hilfestellung in dieser sensiblen Phase des Lebens ist von großer Bedeutung – manches wird erst sichtbar, wenn man sensibilisiert wurde.

*Gudrun Schober*

# Stillunterstützung

## Orofaziale Dysfunktionen aus logopädischer Sicht

**Die Logopädin Constanze Vetter, BSc., IBCLC, berichtete uns bei der neonatologischen Fachtagung im Rahmen eines Webinars von ihrer Arbeit auf der Neonatologie im St. Josef Krankenhaus in Wien.**

Logopädie beschäftigt sich mit der Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech-, Stimm-, Hör- und Schluckstörungen.

Bei der logopädischen Begutachtung auf der Neonatologie wird die gesamte orofaziale Muskulatur auf Funktion, Gleichgewicht und den Einfluss eventueller Beeinträchtigungen beurteilt. Ein großer Teil ist hierbei das Gebiet der Schluckstörungen.

**Fütterstörungen** betreffen meist Kleinkinder. Hin und wieder können sie aber auch im Stationsalltag vorkommen. Sie entstehen bei Frühchen oder jungen Säuglingen meist in Verbindung mit einer psychologischen Komponente, nämlich in Kombination mit einer Bindungsproblematik oder starkem Stress.

Eltern eines Frühchens oder kranken Neugeborenen sind extremem Druck ausgesetzt, v.a. was die Nahrungsaufnahme des Kindes betrifft.

Ein bereits langer Aufenthalt, eventuelle gesundheitliche Rückschläge und die Äußerungen des medizinischen Personals, dass die Entlassung in weite Ferne rückt, wenn das Kind es nicht schafft, eine gewisse Menge zu trinken, legen den Fokus sehr auf Zahlen, Mengen und das Gewicht. Kinder, die immer gedrängt werden, mehr zu trinken, können irgendwann beginnen die Nahrungsaufnahme abzulehnen. Wenn diese Zeichen übersehen werden, kann es zu einer Fütterstörung kommen. Eine enge interdisziplinäre Begleitung der Familie ist deshalb unerlässlich.

**Orofaziale Dysfunktionen** sind umschriebene myofunktionelle Störungen der Mundmotorik. Charakteristisch ist ein Ungleichgewicht der Muskulatur, es sind gewisse Muskelpartien zu stark oder meistens zu schwach ausgeprägt. Sehr oft werden sie erst später erkannt, z. B. im Beikostalter, wenn das Kind Probleme mit diversen Konsistenzen hat oder sehr lange starker Speichelfluss besteht. Ein rechtzeitiges Vorbeugen durch geeignete therapeutische Maßnahmen und das Ausschließen von organischen Faktoren (z. B. ein zu kurzes

Zungenband) kann die Entstehung oder Manifestation einer orofazialen Dysfunktion verhindern.

Eine **Frühkindliche Trinkschwäche/ Trinkunlust** ist etwas, das vor dem Entstehen einer orofazialen Dysfunktion vorhanden ist und die meisten Frühgeborenen betrifft. Das Trinkverhalten von Frühchen ist durch mehrere Faktoren geprägt:

- fehlende oder herabgesetzte Regulation von Wach- und Schlafphasen und ein reduziertes Hungergefühl
- herabgesetzter Muskeltonus (gute, stabile Lagerung beim Trinken ist enorm wichtig)
- schwache oder weniger stark ausgeprägte Reflexe (Such-, Saug-, Schluckreflex)
- schwaches Saugmuster und fehlende Regelmäßigkeit
- fehlende oder ungenügende Koordination von Saugen – Schlucken – Atmen (erst zwischen der 32. und 34. SSW sind Frühchen dazu in der Lage)

### Logopädische Diagnostik

- Anamnese über den bisherigen Verlauf (Schwangerschaft, Geburtsmodus, Intubation, Verdauung, ...)
- Allgemeine Beobachtung des Kindes, Lagerung, Tonus
- Beobachtung einzelner orofazialer Strukturen (Mundöffnung, Saugen am Schnuller, Schmatzen, ...)
- Orale Reflexe und Reaktionen (Such-, Saug-, Schluck-, Würgregreflex und ev. die Beißreaktion), diese sind nur adäquat auslösbar, wenn das Kind wach und aktiv ist.
- Hirnnerven (an jedem der Reflexe sind Hirnnerven beteiligt. Da Frühgeborene häufiger an Hirnblutungen leiden, können hier Rückschlüsse gezogen werden.)
- Zungenbandkontrolle (Zungenruhelage)

### Logopädische Diagnostik mit den Kindeseltern

- Handling (wie gehen die Eltern mit dem Kind um, wie sicher sind sie schon im Umgang)
- Eltern-Kind-Bindung (können die Eltern die Zeichen des Kindes erkennen)
- Gespräch mit den Eltern

• Stillwunsch (erst mit dem Pflegepersonal abklären, da Stillen sehr emotional belegt ist) erfragen

• Wünsche der Eltern zur Ernährung erfragen und Besprechen von Möglichkeiten hierbei

Je nach Wunschernährung der Mutter wird der **diagnostische Trinkversuch** an der Brust oder der Flasche durchgeführt.

- Orale Reflexe
- Saugen
- Schlucken
- Drooling (Herauslaufen von Milch während der Nahrungsaufnahme)
- Koordination (wie oft wird gesaugt,

wie oft geschluckt, wie lang sind die Atempausen?)

• Stresslevel

Es ist bekannt, dass der Stresslevel an der Flasche weitaus höher ist als an der Brust. Da Frühchen auf der Neonatologie meist mit einer Magensonde versorgt sind, ist es sinnvoller anfangs nur non-nutritive Saugmöglichkeiten anzubieten und Trinken aus der Flasche möglichst lange hinaus-zuschieben.

### Therapeutische Maßnahmen

1. Anregung des Geruchs- und Geschmackssinnes (mit Watteträger oder Handschuh mit Muttermilch benetzt, gute Lagerung ist wichtig)
2. Hand-Mund-Koordination (Hand des Kindes zum Mund führen)
3. Saugen anbahnen (das non-nutritive Saugmuster ist die Basis für ein gutes Trinkverhalten)

4. Sondieren und non-nutritives Saugen (wirkt regulierend und verdauungsanregend; die Kinder erfahren, dass durch das Saugen ein Sättigungsgefühl eintritt). Frühchen sollen jedoch nicht geweckt werden, um ein aktives Saugen während dem Sondieren anzuregen.

### Orofaziale Stimulation nach Castillo Morales

Magensonden, eine Intubation oder Atemunterstützung erfordern viele invasive Eingriffe im orofazialen Bereich, weshalb hier viele Frühchen verständlicherweise sehr empfindlich sind. Die orofaziale Stimulation nach Castillo Morales bietet eine wunderbare und auch für die Eltern leicht durchführbare Möglichkeit, Muskelbereiche und Sensibilität zu aktivieren und viele angenehme Momente im Gesichtsbe-reich zu sammeln, die dann in weiterer Folge mit der Nahrungsaufnahme positiv verknüpft werden sollen.

Die Übungen werden 3-5x wiederholt.

- In motorische Ruhe bringen, großflächige Berührung am Brustkorb, gute Lagerung

- Kreisende Bewegungen an den Füßen und Händen.

- Den Stirnmuskel von oben nach unten ausstreichen.

- Den Augenringmuskel erst entlang des Oberlids, dann entlang des Unterlids ausstreichen.

- Den Nasenmuskel am inneren Augenwinkel seitlich der Nase nach unten ausstreichen.

- Der Wangenmuskel wird vom Ohr in Richtung Mund nach vorne ausgestrichen, hier machen die Kinder oft bereits einen Kussmund und fangen an zu schmatzen, da die Massage dort sehr speichelflußanregend ist. Hier wieder pausieren damit das Kind mit dem Speichelfluss zurechtkommen kann.

- Der Mundringmuskel wird erst entlang der Oberlippe und dann im Verlauf der Unterlippe ausgestrichen.

- Mundbodenmuskel aktivieren (leichtes Drücken von außen auf den Mundboden bringt die Zunge an den Gaumen und regt das Saugen an)

Wichtig ist zwischen dem Ausstreichen der einzelnen Muskelpartien Pausen zu machen, um das Kind nachspüren zu lassen und um gut auf die Zeichen des Babys achten zu können. Bei manchen Kindern wird etwa durch das Ausstreichen der Wangen-muskeln bereits der Suchreflex ausgelöst und natürlich sollte das dann ausgenutzt werden, um ein Saugen anzubahnen.

### Informationen zu Flaschen und Schnullern

Die meisten Kinder auf der Neonatologie sind eine mehr oder weniger lange Zeit mit einer Magensonde versorgt. Das verschafft Zeit, um gut ins Stillen zu kommen, wenn dies von den Eltern gewünscht wird.

Es gibt **KEINEN** Flaschensauger, der brustähnlich oder stillfreundlich ist. Viele Eltern haben jedoch bereits einen langen Krankenhausaufenthalt hinter sich und sehen im Füttern mit

Anforderung an den ...	
Flachensauger	Schnuller
weiches Material, um „flachgesaugt“ werden zu können	möglichst leichtes und weiches Material
kleinste Größe, kleinstes Loch	schmäler Schaft, flaches, aber symmetrisches Saugteil, um Mundschluss und Zungenruhelage am wenigsten zu stören
breite Lippenauflage	bei der kleinsten Größe bleiben

der Flasche die Möglichkeit schneller entlassen zu werden, da das Kind dadurch oft größere Mengen pro Mahlzeit aufzunehmen vermag. Jedoch ist das Füttern mit der Flasche ein sehr sensibles Thema, das genaue Anleitung, regelmäßige Beobachtung und gute Begleitung der Eltern seitens des Pflegepersonals erfordert.

Ein Schnuller ist für ein Frühgeborenes, das viele Stunden am Tag von den Bezugspersonen, insbesondere der Mutter, getrennt ist, wie ein Medikament zum Beruhigen und Initiieren des non-nutritiven Saugens anzusehen.

### „Saugverwirrung“

Das Saugen an der Flasche benötigt viel weniger Kraft der orofazialen Muskulatur, weshalb die Kinder einfacher und schneller an die Milch kommen. Es schwächt das normale Saugmuster ab.

Viele Kinder können dann zwischen den unterschiedlichen Saugmustern an Brust und Flasche nicht mehr gut unterscheiden und präferieren auf kurz oder lang die Flasche als Weg des schnellsten Milchflusses und der geringsten Kraftaufwendung.

### Wie füttern?

Wird die Flasche beim Füttern senkrecht gehalten, so fließt die Milch von selbst, viele Frühchen kommen dann kaum mit dem Saugen und erst recht nicht mit der Koordination von Schlucken und Atmen hinterher. Daher soll das Kind aufrecht und die Flasche waagrecht gehalten werden, sodass nur der Sauger selbst voll Milch ist, um ein Ansaugen von Luft und eine „Druckbetankung“ zu vermeiden. Die Nahrungsaufnahme ist etwas Soziales. Beim Stillen passiert die enge Interaktion von selbst. Beim Füttern mit der Flasche soll auf jeden Fall Blick- und Körperkontakt mit dem Kind hergestellt werden.

Wesentlich für eine gute Arbeit auf der Neonatologie ist das Begleiten und Unterstützen der Eltern durch einen interdisziplinären Austausch der verschiedenen Berufsgruppen, um sie aufzufangen und mit allen nötigen, und vor allem einheitlichen, Informationen zu versorgen, damit sie sich für die Zeit nach der Entlassung sicher und kompetent fühlen.

Susanne Lachmayr, IBCLC

### WERDE MITGLIED!

Der Verband der Still- und Laktationsberater:innen Österreichs vertritt die Interessen der IBCLCs. Als wichtiger Akteur ist der VSLÖ jedoch auch ein nicht wegzudenkender Faktor in der Stillförderung in Österreich. Interessante Projekte, interdisziplinäre Zusammenarbeit und politische Lobbyaktivitäten, sind nur ein Teil der umfangreichen Aktivitäten des VSLÖ, die sie mit ihrer Mitgliedschaft unterstützen können.

Aktive Mitgliedschaft (Wahlrecht bei Generalversammlung)	Passive Mitgliedschaft (kein Wahlrecht bei Generalversammlung)
Alle IBCLCs mit gültigem Zertifikat	Alle anderen interessierten Personen
Ermäßigungen bei allen Veranstaltungen des VSLÖ	
Mitglied in ELACTA - 4-mal jährlich die internationale Zeitschrift Laktation und Stillen, Ermäßigungen bei Veranstaltungen von ELACTA und bei einigen ELACT Mitgliedsverbänden	
Eintragung auf der VSLÖ-Webseite	
Günstige Haftpflichtversicherung für freiberuflich tätige IBCLCs (€ 50,-)	
Regionaltreffen mit gratis CERPs	
Gratis CERPs verdienen durch Lesen und Beantworten von Fragen in L&S	

Die VSLÖnews ist kein Mitglieder-magazin, sondern wird als Teil der aktiven Stillförderung großzügig an Institutionen und interessierte Personen, die junge Eltern und deren Babys begleiten, verteilt. So können aktuelle Informationen rund um das Stillen möglichst vielen Personen zugänglich gemacht werden.

### Sie interessieren sich für die Mitgliedschaft im VSLÖ?

Hier erhalten sie weitere Informationen und die Möglichkeit zur Anmeldung:  
[www.stillen.at/ueber-uns/mitgliedschaft/](http://www.stillen.at/ueber-uns/mitgliedschaft/)  
 Brauchen Sie Informationsmaterial?  
[www.stillen.at/kontakt/bestellung/](http://www.stillen.at/kontakt/bestellung/)

# Early Life Care

## ... und psychosoziale Beratung auf der Neonatologie

**OÄ Dr.ª Julia Schuch-Straub, Kinderfachärztin aus Wien berichtet beim VSLÖ-Webinar „Neonatologische Stillfachtagung“.**

### Was ist Early Life Care?

Early Life Care ist die Initiierung einer guten Eltern-Kind-Beziehung und einer sicheren kindlichen Bindung durch die Schaffung von optimalen Bedingungen für die Begleitung von Eltern und jungen Familien in Schwangerschaft, Geburt und erstem Lebensjahr. Im Mittelpunkt steht die Bindungsentwicklung zu einer Bezugsperson basierend auf der Bindungstheorie nach John Bowlby und deren Weiterentwicklung durch Mary Ainsworth und Karl Heinz Brisch.

### Was bedeutet Bindung?

Bindungsgefühl beschreibt das Band einer Person zu einer anderen spezifischen Person, die meist als stärker und weiser empfunden wird. Der Mensch braucht, evolutionär bedingt, Bindung, um sein Überleben zu sichern. Das Baby sendet das Signal „ich brauche dich“ an die Bindungsperson und die Reaktion auf dieses Zeichen wird beim Baby gespeichert. Im Kontext der Early Life Care wissen wir, dass Bindungserleben und zwischenmenschliche Interaktion in Schwangerschaft, Geburt und erstem Lebensjahr zur Bildung von grundlegenden neuronalen Netzwerken führt, die dafür verantwortlich sind, wie Babys im späteren Leben mit anderen Menschen in Kontakt treten. Eine sichere emotionale Bindung eines Kindes ist somit ein Schutzfaktor in der kindlichen Entwicklung.

### Bindung auf der Neonatologie

Bindung entsteht durch Nähe und Zuverlässigkeit der Bindungsperson. Auf Kinder, die in nicht optimalen Situationen geboren werden, wirken

nach der Geburt sehr viele Einflüsse ein. Es kommt zu einer Überforderung des Babys aufgrund fehlender Autoregulation, die primäre Bezugsperson übernimmt die Regulation (= Co-Regulation) und bietet Schutz, Liebe, Wärme und Abschirmung an. Fehlt die Co-Regulation zeigen sich frühkindliche Regulationsstörungen wie exzessives Schreien, Schlafstörungen, Stillprobleme und Fütterungsstörungen. Auslösende Faktoren können In-Utero-Trauma (u.a. medizinische Eingriffe in der Schwangerschaft), Trennung von der Bezugsperson (Verlegung auf die Neonatologie), eine emotional gleichgültige oder wechselnde Bezugsperson (medizinisches Personal), Misshandlung (medizinische Eingriffe!) oder Vernachlässigung (Trennung von der Bezugsperson wegen Krankenhausaufenthalt) sein. Ebenfalls einen Einfluss auf den Bindungsaufbau haben die Spiegelneuronen. Spiegelneuronen sind bestimmte Nervenzellen im Gehirn, die aktiviert werden, wenn eine Handlung durchgeführt, beobachtet oder über sie nachgedacht wird. Sie bilden nicht nur das Verhalten nahestehender Personen, sondern auch deren emotionalen Zustand ab, d.h. Babys empfinden die Gefühle ihrer Bezugspersonen.

Deshalb steht auch die psychische Gesundheit der Bezugsperson im Fokus der Bindungsarbeit. Bezugspersonen müssen auf die Signale und wechselnden Bedürfnisse des Kindes differenziert reagieren können. Nur Eltern mit einer sicheren Bindungserfahrung können diese weitergeben. Gerade rund um die Geburt haben wir hier einige Einflussfaktoren wie Traumata, Verlust, Stress und Triggerfaktoren, welche den Bindungsaufbau von Seiten der Eltern stören können.

### Was kann jede:r einzelne tun?

**Prävention** durch Trennungsvermeidung ermöglichen.

Sich ein **Bewusstsein** über das eigene Handeln und die eigenen Worte schaffen, schon kleine, unbedachte Bemerkungen können in diesem sensiblen Kontext große Unsicherheit und Ängste auslösen (z.B.: „Ist eh nur eine kleine Hirnblutung“...).

**Störfaktoren** sollten erkannt und verbalisiert werden. Allerdings ist beim Ansprechen von Traumata wegen der Möglichkeit einer Trauma-Reaktivierung Vorsicht geboten, hier sollte nur mit psychotherapeutischem Hintergrund gearbeitet werden. Eine Möglichkeit eines Trauma-Screenings ist die Frage: „Haben Sie in Ihrem Leben eine Erfahrung gemacht, die Sie gerne rückgängig machen wollen?“ Traumatisierte Personen sagen in den meisten Fällen, ohne nachzudenken, sofort Ja.

Das Erfassen der **Baby-Feinzeichen** hilft Störfaktoren im Bindungsverhalten frühzeitig zu erkennen. Hinschauen, **Hinhören, Zuhören** und **Empowerment**: stärken, stärken, stärken!

### Was ist, wenn unser Tun nicht ausreicht?

Früh **professionelle Hilfe** anbieten. Wird ein Trauma wahrgenommen (das kann auch ein scheinbar kleines Ereignis, wie z.B.: ein Dammriss, sein), umgehend eine psychologische Intervention einleiten. **Interdisziplinäres Arbeiten**, gegenseitiges Abstimmen und eine gemeinsame Sprache gegenüber den Eltern sprechen, um Traumatisierungen zu vermeiden. **Hilfsangebote** wie Frühe Hilfen, Entlastung der Familie durch Alltagsunterstützung (z.B.: Caritas), MOKI anbieten und **Therapeutische Angebote** wie SAFE, EEH, Traumatherapie, Psychotherapie und Krisenintervention vorstellen.

*zusammengefasst von Eva Maximiuk*

# WARUM BRAUCHT ES DIE AKADEMISIERUNG IN DER PFLEGE FÜR DIE VERSORGUNG VON FAMILIEN?



**Elisabeth Bürgler, BScN MSc**

**(Pflegeexpertin APN Family Nursing, Uniklinikum Salzburg SALK)**

Familie werden ist im Leben eines Menschen ein besonderes und elementares Ereignis. Jeder Familienzuwachs bedeutet eine Neuorientierung und eine Rollenfindung innerhalb der Familie. Sollte jedoch der Begriff Familie näher definiert werden, finden sich unterschiedliche Definitionen. Sehr treffend und nahe an der Lebensrealität beschreibt es jedoch diese Aussage: „Familie ist eine Gruppe von Menschen die irgendwie zusammengehören.“

Gesundheit und Krankheit waren geschichtlich betrachtet immer eine Familienangelegenheit. Erst im letzten Jahrhundert wurde mit der Professionalisierung im Gesundheitswesen und den pflegerischen und medizinischen Fortschritten die Familie aus diesem Geschehen in den Hintergrund gedrängt.

Person- und Familienzentrierte Pflege und Versorgung stellen jedoch gerade die Wichtigkeit der Familie und deren Partizipation an der eigenen Gesundheit wieder in den Vordergrund des Versorgungsprozesses.

Das System Familie, definiert als eine Gruppe zusammengehöriger Personen, ist dabei mehr als die Summe ihrer einzelnen Mitglieder. Das Gleichgewicht in einer Familie kann durch äußere Einflüsse wie Erkrankungen, Veränderungen, Geburt und andere Lebensabschnitte beeinflusst werden. Dabei versucht die Familie das Gleichgewicht zu halten bzw. sich wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Da dies nicht immer aus eigener Kraft gelingen kann, setzt an diesem Punkt professionelle Pflege in der Versorgung von Familien an (Preusse-Bleuler, 2020).

Die Umsetzung einer Person- und Familienzentrierten Pflege und Versorgung ist eine multiprofessionelle Aufgabe. Um von Seiten der Pflege die Versorgung von Familien im multiprofessionellen Team optimal gestalten zu können, sind Kommunikation und Wissensaustausch auf Augenhöhe mit anderen am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen notwendig.

Mit der Möglichkeit einer Pflegeausbildung im tertiären Bildungssektor, das heißt an Fachhochschulen und Universitäten, werden mit dem Abschluss eines Bachelors und eines Masterstudiums in der Gesundheits- und Krankenpflege akademische Berufsbilder in der Pflege möglich. Diese zielen nicht in erster Linie auf die Themenfelder Wissenschaft, Management oder Pädagogik ab, sondern insbesondere auf die pflegerische Praxis. Advanced Practice Nurses (APN) am Uniklinikum Salzburg sind Pflegepersonen, die in einer erweiterten und vertieften Pflegepraxis tätig werden. Das Berufsbild der APN kann wie folgt definiert werden:

„Eine Pflegeexpertin APN (Advanced Practice Nurse) ist eine Pflegefachperson, welche sich Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis angeeignet hat. Die

Charakteristik der Kompetenzen wird vom Kontext bzw. den Bedingungen des jeweiligen Landes geprägt, in dem die Tätigkeit ausgeübt wird. Ein Masterabschluss in Pflege (Nursing Science) gilt als Voraussetzung.“ (Positionspapier DBfK, ÖGKV & SBK; 2013)

**Konkret umfassen die Kernkompetenzen einer APN nach Hamric (2014)**

- Anleitung und Coaching
- Beratung von Patient\*innen und Kolleg\*innen
- evidenzbasierte Praxis
- fachliches Leadership und
- die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team

Das Tätigkeitsfeld einer APN ist dabei thematisch begrenzt. Im Hinblick auf die pflegerische Expertise in der Versorgung von Familien hat sich am Uniklinikum Salzburg das Berufsbild der APN Family Nurse entwickelt. Akademische Pflegeexpert\*innen mit dem genannten thematischen Schwerpunkt werden zum Beispiel in der Beratung und Anleitung von Familien in komplexen Versorgungssituationen tätig, oder bieten Fortbildungen und Schulungen für Pflegepersonen zur familienzentrierten Kommunikation und Pflege an. Die Pflegeteams werden durch eine APN Family Nurse themenspezifisch durch Anleitungen, Mikroschulungen und gemeinsame Fallarbeit unterstützt. Wie bereits zuvor beschrieben ist die Versorgung von Familien in komplexen Versorgungssituationen nur durch ein multiprofessionelles Versorgungsteam möglich. Diese Interprofessionalität wird täglich am Uniklinikum Salzburg gelebt. Dabei stellt eine APN Family Nurse die Kommunikation im Hinblick auf die Versorgung von Familien in komplexen Versorgungssituationen unter den verschiedenen Berufsgruppen und innerhalb der eigenen Berufsgruppe sicher.

Derzeit entwickeln sich APN-Rollen am Uniklinikum Salzburg in den verschiedensten Fachbereichen und Themengebieten. Um Familien kompetent im Themengebiet Stillen und Laktation beraten und versorgen zu können ist eine hohe fachliche sowie soziale Kompetenz nötig. Um zudem den Herausforderungen einer sich immer weiter verändernden Gesellschaft sowie sich verändernden Versorgungsstrukturen optimal begegnen zu können wäre die Entwicklung einer APN-Rolle im Thema Stillen und Laktation begrüßenswert.

[www.salk-elternschule.at](http://www.salk-elternschule.at)

[www.pflegekarriere.at](http://www.pflegekarriere.at)

[www.pflegepraktikum.at](http://www.pflegepraktikum.at)

Literatur:

Positionspapier von DBfK, ÖGKV und SBK (2013).  
Advanced Nursing Practice in Deutschland,  
Österreich und der Schweiz.

Preusse-Bleuler, B. (2020). Familienorientierte  
Pflege (BAIA). Verfügbar unter:

<https://www.youtube.com/watch?v=Oy337QTMnL4> [21.10.2021].

## PROFIS IN DER PFLEGE AUS LEIDENSCHAFT – JOIN OUR TEAM

UNIKLINIKUMSALZBURG



Das Uniklinikum Salzburg sucht **PFLEGEKRÄFTE** aller Qualifikationen für Bettenstationen, Intensivstationen und den OP-Bereich – DGKP mit/ohne BSc, PFA, OTA, etc.

WIR BIETEN IHNEN:

- > Respektvolles Arbeitsklima und professionelle Zusammenarbeit
- > Einen fachlich anspruchsvollen und zukunftsorientierten Arbeitsplatz
- > Professionell begleiteter Berufseinstieg und individuell gestaltete Einarbeitungszeit
- > Umfangreiche Mitarbeiterentwicklung durch Förderung von Studiengängen, ULG, Fort- und Weiterbildungen
- > Attraktive Gehalts- und Urlaubsregelungen sowie Sozialleistungen
- > Möglichkeit eines Kinderbetreuungsplatzes
- > Zentraler Standort mit guter öffentlicher Anbindung
- > Günstige nahegelegene Personalwohnungen im Herzen Salzburgs



Machen auch Sie Ihr  
Pflegepraktikum am  
Uniklinikum Salzburg!

Weitere Infos unter  
[www.pflegepraktikum.at](http://www.pflegepraktikum.at)



Ihr Ansprechpartner:

Nikolaus Franz, BSc | Tel: 05 7255-20506 | [pflege-karriere@salk.at](mailto:pflege-karriere@salk.at)  
Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH

Weitere Stellenangebote unter: [www.pflegekarriere.at](http://www.pflegekarriere.at)



Infos und Bewerbung

### PUMPMANAGEMENT

#### Eckdaten zum Pumpmanagement auf der Neonatologie

... entnommen aus dem Vortrag von Elke Sams, DGKP und IBCLC, vom SALK Uniklinikum Salzburg beim VSLÖ-Webinar „Neonatologische Stillfachtagung“.

#### Pränatale Visite

Durchführung bei stationärer Aufnahme vor möglicher Frühgeburt, Informationen bzgl. dem Modus nach der Geburt, Anamnese bzgl. Stillverfahren, Dauer: ca. 30 min.

#### Etablierung der Milchbildung (Parker et al, 2012; 2015; 2018)

##### durch Kolostrummassage:

= eigentlich Oxytocinmassage + Entleeren per Hand, beginnt eine Stunde nach Geburt (Bishara et al, 2009), Team aus Hebammen, Pflegepersonen etc. steht mittels Telefonliste bereit, Durchführung 2x, danach beginnt Pumpmanagement

##### durch Pumpmanagement:

8-10x Pumpen in 24 Stunden für 10-15 min. (Bishara et al, 2009 Morton et al, 2009), Pumpen mit Doppelpumpset (Prime et al, 2012), Brustmassagen vor und während des Pumpvorganges, Zeitabstände sind nicht ausschlaggebend

#### Unterstützung des Milchvolumens durch

- Mechanik: Kolostrummassage bis Milchfluss in Gang kommt
- Pumping: Power Pumping: 3x 5 min. mit Massagen dazwischen (nach Arnold) Clusterpumping 10-12 min., Pause 10-12 min., 3x (nach Walker)
- Kanguruhing
- Brustkompression (Morton 2012)
- Entspannung: durch Pumpbustiers Hands free-Pumpen ermöglichen
- Haut zu Haut-Kontakt

#### Unterstützende Maßnahmen zur Entlastung der Mutter

- Information geben: pränatale Stillvisite, geschultes Personal, gemeinsames Wording verwenden (Spatz et al, 2015)
- Örtliche Gegebenheiten optimieren: ausreichend Pumpen bereitstellen, ausreichend Kühlschränke bereitstellen, Pumpzimmer, Aufbereitung der Pumpsets übernehmen
- Moki (Hauskrankenpflege) in Anspruch nehmen: Entlassung mit Sonde nach Hause möglich

#### Die Stillberater:in IBCLC begleitet die Mutter

- vor der Geburt • beim Milchaufbau • beim Stillen • bei der Entlassung • und zu Hause

# In aller Munde

## HA-Nahrungen – ein Update zu aktuellen Empfehlungen



Die unklare Datenlage zur Wirksamkeit von HA-Nahrungen spiegelt sich auch in den Empfehlungen internationaler Fachgesellschaften wider. Während es in Australien, Neuseeland, Kanada, USA, England und der Schweiz keine Empfehlung zum Einsatz hydrolysiertes Säuglingsnahrung gibt, sprechen sich die DGKJ in Deutschland und die AGES in Österreich für eine Verwendung bis zur Einführung von Beikost bzw. in den ersten vier Monaten aus.<sup>1,2</sup>

### Was genau sind HA-Nahrungen?

Unter HA Nahrung versteht man im Allgemeinen eine weniger allergieauslösende Nahrung. Die Bezeichnung „HA“ ist jedoch im Gesetz nicht genau geregelt. Vergleicht man die Packungen unterschiedlicher Hersteller, so steht HA für Hypoallergen, Hypoallergene Anfangsnahrung, Hydrolysierte Anfangsnahrung oder Hydrolysierte Anschlussnahrung.

Die Idee, die dahintersteckt, ist jedoch stets dieselbe. Durch Aufspaltung von Proteinen soll die Nahrung weniger Allergien auslösen. Dazu wird Kuhmilchprotein enzymatisch, durch Hitze und/oder Ultrafiltration zerlegt. Je nach Proteinquelle (Molkenprotein oder Kasein) und dem Grad der Hydrolyse wird zwischen partiell und extensiv hydrolysierten Molkenproteinnahrung, extensiv hydrolysierten Kasein-Nahrungen und Spezialnahrungen auf Basis von Aminosäuren unterschieden. Wobei die auf hochgradig hydrolysierten Proteinen basierende Nahrung zu den diätischen Lebensmitteln gezählt wird. Neben der Proteinquelle und dem Grad der Hydrolyse sind auch andere qualitative Eigenschaften des Hydrolysats, die aus den Hydrolysebedingungen resul-

tieren (Enzyme, Temperatur und pH-Wert), für die potenzielle Allergenität von Bedeutung.<sup>3</sup>

Die Verwendung von Proteinhydrolysaten als Proteinquelle in Säuglingsanfangsnahrung und Folgenahrung ist gemäß der EU-Richtlinie 2006/141/EG seit vielen Jahren zulässig. Dies und die Tatsache, dass unter gewissen Voraussetzungen gesundheitsbezogene Angaben gemacht werden dürfen, führte dazu, dass sich die HA-Nahrungen am Markt weit verbreiteten.<sup>4</sup>

Obwohl die Europäische Agentur für Ernährungssicherheit (EFSA) schon damals feststellte, dass diese Erzeugnisse nur dann in Verkehr gebracht werden dürfen, wenn<sup>5</sup>

- ihre Zusammensetzung den Anforderungen der EU-Verordnung entspricht.
- durch Studien die Verringerung des Risikos der Entwicklung von Allergien nachgewiesen wurde und
- die Frage geprüft wurde, wie Eltern und Betreuer über diese Eigenschaft des Erzeugnisses angemessen informiert werden können.

Auch gemäß Delegierter Verordnung (EU) 2016/127 waren die Hersteller von derartigen Säuglingsnahrungen aufgefordert, bis zum 22.02.2022 geeignete klinische Studiendaten vorzulegen, um die Eignung ihrer Produkte „in Bezug auf die erwarteten Vorteile und auf Sicherheitserwägungen“ zu belegen. Nur mit positiver Bewertung durch die EFSA dürfen die Produkte auch nach dem Stichtag (weiter) vermarktet werden. Bis Stand Juni 2022 lagen drei positive EFSA-Bewertungen vor, drei weitere Anträge (EFSA-Q-2021-00339, EFSA-Q-2019-00305 und EFSA-Q-2020-00025 unter <https://open.efsa.europa.eu/questions/>) wurden von der EFSA noch nicht bewertet.<sup>3</sup>

### HA – ja oder nein?

Trotz widersprüchlicher Literatur kommt die überarbeitete Allergieleitlinie zu dem Schluss, dass für den Zeitraum der ersten vier bis sechs Monate nach Geburt nach Möglichkeit ausschließlich gestillt werden soll und auch mit Einführung von Beikost weitergestillt werden soll. Neu ist die Empfehlung, dass eine Zufütterung von kuhmilchbasierter Formulanahrung

in den ersten Lebenstagen bei Stillwunsch der Mutter vermieden werden sollte. Ferner wurde festgestellt, dass die Evidenz für eine klare positive Empfehlung für hydrolysierte Säuglingsnahrung bei nicht gestillten Risikokindern aktuell nicht mehr ausreicht.

Natalie Groiss

1: S3-Leitlinie Allergieprävention AWMF-Registerr. 061-016, Kopp et al., November 2022 <https://register.awmf.org/assets/guidelines/>

061-016L\_S3\_Allergiepraevention\_2022-11.pdf  
2: Informationen zu Säuglingsanfangs- und Folgenahrung sowie Kindermilch, AGES, 2022, [https://www.richtigessenvonanfangen.at/download/0/0/2493a30ab6e4b8c53724723fa40378322f6b10/fileadmin/Redakteure\\_REVAN/user\\_upload/2022-04-21\\_ExpertInneninfo\\_S%C3%A4uglingsanfangs-und\\_Folgenahrung\\_final.pdf](https://www.richtigessenvonanfangen.at/download/0/0/2493a30ab6e4b8c53724723fa40378322f6b10/fileadmin/Redakteure_REVAN/user_upload/2022-04-21_ExpertInneninfo_S%C3%A4uglingsanfangs-und_Folgenahrung_final.pdf)  
3: Hydrolysierte Säuglingsnahrung für die Allergieprävention – wissenschaftliche Evidenz und Empfehlungen für die Praxis, Ghoreishi et al., Monatsschrift Kinderheilkunde, 2022 <https://link.springer.com/article/10.1007/s00112-022-01529-1>  
4: EU Richtlinie 2006/141 (EU) <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ.L:2006:401:0001:0033:DE:PDF>  
5: EU Verordnung 2016/127 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0127&from=DE>

### Impressum

M, H, V: VSLÖ – Verband der Still- und LaktationsberaterInnen Österreichs IBCLC, Ortsstraße 144/8/2, 2331 Vösendorf E-Mail: [president@stillen.at](mailto:president@stillen.at) ZVR-Zahl: 962644841

Für den Inhalt verantwortlich: Eva Maximik  
Redaktion: Andrea Hemmelmayr, Natalie Groiss, Susanne Lachmayr, Eva Maximik, Gudrun Schober, Anzeigen: Eva Maximik  
CVD: Eva Maximik  
Layout: [www.h13.at](http://www.h13.at)  
Druck: [www.eindruck.at](http://www.eindruck.at)

### Das Kopieren und Weitergeben der VSLÖnews ist erwünscht!

Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe oder Artikel externer AutorInnen 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](mailto:redaktion@stillen.at) erhältlich.



**Online-Webinar „Lebensrettende Sofortmaßnahmen für IBCLCs“**  
25.05.2023, 17.00 – 20.30 Uhr  
Anmeldeschluss: 18.05.2023

### Stillkongress Wien am 20. – 21. Oktober 2023

... mit Gabriele Nindl, Liane Emmersberger, Veronika Langenberg, Eva Bogensperger-Hezel, ... und Buchpräsentation von Giorgia Cozza  
Genaueres Programm und nähere Infos folgen!

### Regionaltreffen Tirol 2023

09.05., 17.00 – 19.00, FHG/AZW, Innrain 98, 6020 Innsbruck  
25.09., 17.00 – 19.00, FHG/AZW, Innrain 98, 6020 Innsbruck  
21.11., 17.00 – 19.00, online via Zoom

### Regionaltreffen Wien 2023

15.05., 18.07., 13.09., 14.11., jeweils 18.00 – 20.00 Uhr, online via Zoom bzw. hybrid



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

#### Basisseminare Österreich

Stillzeit Wien Teil 1: 14.09. – 16.09.2023, Teil 2: 18.10. – 20.10.2023  
Salzburg: Teil 1: 12. – 13.10.2023, Teil 2: 20. – 21.11.2023  
Innsbruck: Teil 1: 04.10. – 05.10.2023, Teil 2: 07.11. – 08.11.2023, Teil 3: 12.12. – 13.12.2023

alle anderen Basisseminare sind bereits ausgebucht!

#### Stillwissen online für Ärzt:innen

18.03.2023

#### Seminarreihe Intensiv – Qualifikation für IBCLC Österreich

Wien-Gröbming – Beginn Herbst 2023 – Warteliste  
Innsbruck – Beginn Spätherbst 2023 – Warteliste

#### Praxistag

Linz (Ö) 10.11.2023, Aufbau, Organisation und Leitung von Stillgruppen

#### WebSeminare

21.03.2023: Arbeiten als Stillberater:in in freier Praxis  
18.04.2023: „Sicher und satt“ – Stillen und Kleinkindernahrung in Krisenzeiten  
12.10.2023: Das Mastitis-Spektrum – ein Thema in der Stillberatung  
13.10.2023: Sternenkinder  
07.11.2023: Wenn Beratungen schwierig werden

#### Brush-Up Kurs

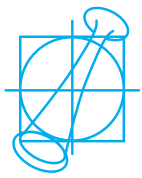
Gröbming (Ö): 17. – 18.05.2023

#### Stillkongress 2023

München Alte Kongresshalle, 15. – 17.06.2023 [www.stillen-institut.com](http://www.stillen-institut.com)

**Infos & Anmeldung:** [www.stillen-institut.com](http://www.stillen-institut.com)





## Kreißsaal der Zukunft

Gebär- und Entspannungswannen – Gebärssysteme – Haltesysteme – Stillsessel – Kippbare Säuglingsbadewanne – Zubehör

Halb sitzend in Kombination mit einem Haltetuch



Aufrecht kniend



Febromed  
CombiPool®



DESIGN  
AWARD  
2022



GERMAN  
DESIGN  
AWARD  
WINNER  
2023



Aufrecht sitzend

Sicherer Halt durch die Handgriffe



### Stillsessel – STNEO

Der Begleiter für die ersten Stunden, wenn Nähe entscheidend ist.

### DUOETTO®

Ein fest integrierter Partnersitz mit Rückenlehne unterstützt die aktive Geburtshaltung.



### Tipper Tub®

Die kippbare Säuglingsbadewanne für höchste Hygieneansprüche.



### COLD PACK

Kombiniert hygienisch die Vorteile einer Gelkompressse mit denen einer Binde – bei perinealen Komplikationen.

