



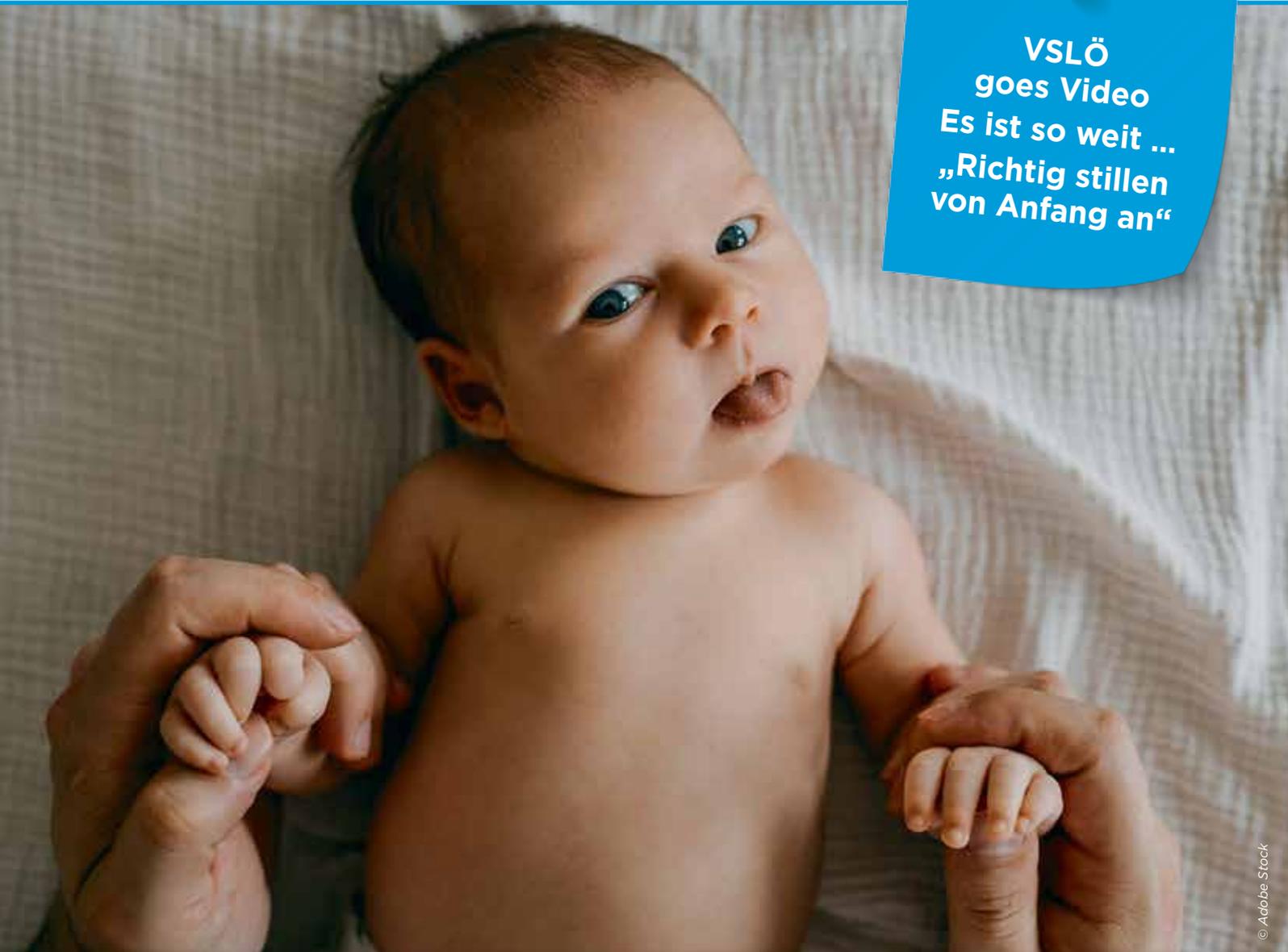
VSLÖ

Frühjahr 2024

Verband der Still- und Laktations-
berater:innen Österreichs IBCLC

news

VSLÖ
goes Video
Es ist so weit ...
„Richtig stillen
von Anfang an“



© Adobe Stock

FRENOTOMIE

und myofunktionelle
Arbeit sind Möglichkeiten
der Behandlung von
oralen Restriktionen.

ORALE RESTRIKTIONEN

Lesen Sie hier über
mögliche Ursachen,
Folgen und Therapien.

BEITRAG VON IBCLCS

im ganzheitlichen Prozess
bei Verdacht auf Vorliegen
einer oralen Restriktion

Liebe Leserinnen und Leser,

„Es ist Pflicht, anderen nur dasjenige zu sagen, was sie aufnehmen können.“
Johann Wolfgang von Goethe



Elisa Steiner

herzlich willkommen zu unserer Frühlingsausgabe der VSLÖnews!

Im Namen des VSLÖ möchte ich mich für das positive Feedback und die zahlreiche Teilnahme bei unserem letzten Webinar zu ‚Orale Restriktionen‘ bedanken. In dieser Ausgabe finden Sie die angekündigten Zusammenfassungen der Vorträge der Stillfachtagung. Unterschiedliche Disziplinen haben ihre Sichtweisen u.a. zu den physiologischen Zusammenhängen, dem ganzheitlichen Prozess in der Stillbegleitung sowie myofunktionelle Aspekte und Evidenzen vorgestellt. Der VSLÖ dankt allen Referentinnen für ihre wertvollen und bereichernden Beiträge!

An dieser Stelle möchte ich auch alle neuen Mitglieder im Verband herzlich Willkommen heißen. Sie finden hier in der VSLÖnews Informationen zur Mitgliedschaft, sowie auf unserer Homepage www.stillen.at (v.a. im internen Mitgliederbereich).

Zum Schluss ein herzliches Dankschön an das gesamte VSLÖ-Fortbildungsteam für die top Organisation der VSLÖ-Stillfachtagung und an das ehrenamtliche Redaktionsteam, das uns in gewohnter Qualität die Vorträge zusammengefasst hat. Allen Mitgliedern des VSLÖ und Interessent:innen einen erfrischenden und sonnigen Frühling!

Viel Freude beim Lesen und Weiterbilden!

Herzliche Grüße,
Elisa Steiner
Präsidentin des VSLÖ

VSLÖ-Mitglieder ...

fördern das Stillen und damit die Gesundheit

... also konkret die Mütter- und Kindergesundheit in Österreich und ganz Europa. Seit mehr als 30 Jahren sind IBCLCs und der VSLÖ ein nicht mehr wegzudenkender Faktor in der Beratung von Eltern und Fortbildung von Fachpersonen.

- Mit den VSLÖ News werden Institutionen und interessierte Personen, welche junge Familien begleiten, 4-mal jährlich über wichtige und aktuelle Stillthemen informiert. Dabei erreicht der VSLÖ fast 3.000 Adressen in ganz Österreich.
- Immer wieder, vor allem rund um die Weltstillwoche im Oktober, werden praktische Tools entwickelt, die entweder bei der Stillberatung unterstützen sollen (z.B. Stillscheibe) oder die sich direkt an Mütter wenden (z.B. Entwicklungskalender)

- Kürzlich wurde eine Videoreihe des VSLÖ „Richtig stillen von Anfang an.“ veröffentlicht. Lernvideos für werdende Eltern, Familien, Fachpersonal, Kliniken, Ambulanzen, ...
- Fortbildungen des VSLÖ finden online und in Präsenz statt und sind für Mitglieder verbilligt
- Als VSLÖ Mitglied ist man auch Mitglied bei ELACTA (European Lactation Consultants Alliance) und erhält auch bei Veranstaltungen von ELACTA und einigen Mitgliedsstaaten Ermäßigungen
- Gemeinsam mit ELACTA und den anderen europäischen IBCLC-Verbänden setzt sich der VSLÖ für die Anerkennung der IBCLC und die europaweite Stillförderung ein
- Alle VSLÖ Mitglieder erhalten 4mal jährlich das Fachjournal „Stillen und Laktation“

- Mitglieder mit aktivem IBCLC Zertifikat haben die Möglichkeit:
 - ihre Angebote auf der VSLÖ Webseite einzutragen
 - eine kostengünstige Gruppenhaftpflichtversicherung abzuschließen
 - Regionaltreffen zu besuchen und Gratis-CERPs zu sammeln
 - durch Lesen von L&S und anschließendes Beantworten von Testfragen können jährlich bis zu 8 Gratis-CERPs verdient werden

Sie interessieren sich für die Mitgliedschaft beim VSLÖ? - Hier erhalten sie weitere Informationen und die Möglichkeit zur Anmeldung:

www.stillen.at/ueber-uns/mitgliedschaft/

Brauchen Sie Informationsmaterial?
www.stillen.at/kontakt/bestellung/

Die Anamnese

„Die Bedeutung der IBCLC“ Teil 1

Katja Rösen, IBCLC, informierte uns bei der interdisziplinären Stillfachtagung sehr ausführlich über die Anamnese der Dyade bei Verdacht auf eine orale Restriktion.

Orale Restriktionen sind seit einiger Zeit in aller Munde. Gerade dieser Sensibilität junger Familien, die sicher auch Social Media geschuldet ist, gilt es durch eine genaue Anamnese zu begegnen. Denn viele Symptome eines zu kurzen Zungenbandes, v.a. wenn sie isoliert auftreten, können auch auf etwa anderes hinweisen.

Liegt der Verdacht auf eine orale Restriktion vor, sollte uns im Besonderen folgendes interessieren:

Anamnese der Schwangerschaft

Frühgeburtlichkeit, Lage, Komplikationen, Erkrankungen in der Schwangerschaft, zum Beispiel: Gestationsdiabetes

Geburtsmodus, Geburtsdauer

Eine protrahierte Geburt, Sectio, Geburt per Vakuumextraktion oder andere Interventionen könnten für Spannungszustände im Körper des Babys mitverantwortlich sein.

Blutverlust und hormonelle Situation

Nutzung von Fremdsaugern

Gerade bei eingeschränkter Zungenfunktion können Schnuller oder Flaschensauger der Tropfen sein, der das Fass zum Überlaufen bringt und zu verändertem Saugverhalten, zu geringer Gewichtszunahme, Schmerzen der Mutter beim Stillen oder Unruhe an der Brust führen.

Brust

Anatomische Besonderheiten wie eine tubuläre Brust, flache oder invertierte Mamillen sind für ein Kind mit eingeschränkter Zungenfunktion noch herausfordernder als für einen Säugling mit normaler Zungenbeweglichkeit. Vorangegangene Milchstaus und Mastitiden können ein Hinweis auf einen ungenügenden Milchtransfer sein. Brustoperationen, v.a. Reduktionen mit Versetzung der Mamille stellen einen Risikofaktor für ungenügende Milchbildung dar.

Gewichtsentwicklung

Verläuft diese parallel entlang der WHO-Wachstumskurve? Bei ungenügender Zunahme sehen wir entweder ein Kreuzen der Perzentilen nach unten von Anfang an oder einen typischen Knick in der Gewichtskurve bei ca. 4-6 Wochen, wo es zur Einstellung der Milchmenge auf den tatsächlichen Bedarf des Kindes kommt.

Ist die Zunahme sogar überschießend aufgrund fehlender Möglichkeit die Milchmenge mit der Zunge zu kontrollieren? Bei diesen Kindern fällt oft sehr spät auf, dass eine orale Restriktion für die starke Zunahme verantwortlich sein könnte.

Stillverhalten

Wie ist das Saug- und Schluckmuster, werden Hilfsmittel, wie Stillhütchen verwendet?

Stillfrequenz und -dauer, sind Geräusche hörbar? (Klicken, Schnalzen, angestregtes Atemgeräusch, „Luftschlucken“)

Unruhe beim Stillen, „ran-weg-Verhalten“?

Wie ist der Milchtransfer, kommt es zum Verschlucken oder Milchverlust aus dem Mund?

Schnelles Einschlafen ohne vorheriges effektives Saugen?

Lippenbläschen und zweifarbige Lippen (TTL - two tone lips) sowie Lippenpolster treten oft in Zusammenhang mit einer Überbeanspruchung der Lippen auf, wenn sie die Brust „festhalten“, weil die Zunge dazu nicht in der Lage ist. Normalerweise haben die Lippen nur eine Abdicht- aber keine Haltefunktion.

Wunde und/oder abgeschrägte Mamillen (lippenstiftförmig) nach dem Stillen?

Kompensationen: Nimmt das Kind nur unter deutlicher Anstrengung gerade so ausreichend zu, muss die Mutter (z.B. mittels Brustkompression) ständig mithelfen oder läuft das Stillen „wie am Schnürchen“?

Verdauung

Reflux, Erbrechen und Blähungen können durch eingeschränkte Fähigkeiten einen schnellen Milchfluss mit der Zunge zu kontrollieren ein Symptom einer oralen Restriktion sein. Grüner Stuhl als Einzelsymptom hat keine Relevanz, allerdings kann er bei Kindern mit zu kurzem Zungenband drauf hinweisen, dass ein mehrmaliges Auslösen des Milchspendereflekes erschwert ist und v.a. die laktosereichere Milch abgetrunken wird.

Anatomie des Mundes

Ein hoher/schmaler Gaumen durch den fehlenden oder ungenügenden Kontakt der Zunge mit dem Gaumen bei der Zungenruhelage, die diesen normalerweise formen würde, kann uns auffallen. Die bekannte Herzform der Zunge ist eines der Symptome, dass vielen Eltern als erstes bemerken. Manchmal sehen wir auch eine Lippenkerbe durch Zug oder Spannung im Bereich der Unterlippe. Ein

zurückgelagerter Unterkiefer soll uns ebenso genauer hinschauen lassen.

Verhalten/Schlaf/Atmung

Es könnte Zusammenhänge zwischen eingeschränkter Zungenfunktion und leicht irritierbaren Babys geben, die ihre Zunge nicht benutzen können, um den Vagusreiz oben am Gaumen auszulösen, um sich damit selber Beruhigung und Wohlgefühl zu verschaffen.

Im Schlaf sollte sich die Zunge in der sogenannten Zungenruhelage, nämlich großflächig am Gaumen in leicht angesaugtem Zustand befinden.

Einige wichtige Fragen, den Schlaf und die Zungenruhelage betreffend, sollten sein: Wie schläft das Kind ein, kann es beim Stillen einschlafen? Ist der Mund im Schlaf geöffnet? Wo befindet sich die Zunge im Schlaf? Benötigt das Kind zum Schlafen immer entweder Brust oder Schnuller im Mund? Ist ein Schnarchen/Röcheln hörbar? Atmet das Kind durch den Mund? Welche Körperhaltung nimmt

das Kind ein? Versucht es durch ein Überstrecken des Kopfes seine Atemwege zu erweitern?

Die manuelle orale Inspektion

Der Mund ist eine sehr intime Zone, das Baby soll daher sehr achtsam behandelt und um Erlaubnis gefragt werden. Die orale Inspektion erfolgt kopfüber und mit guter Lichtquelle (z.B. Kopflampe). Einweghandschuhe und ggf. Holzspatel und Zentimetermaß gehören zu den benötigten Materialien. Der behandschuhte Finger beginnt im Gesicht, wandert weiter zur Lippe und zum Gaumen, sowie in die Wangentaschen und lässt das Kind letztendlich am Finger saugen. Hier kann festgestellt werden ob die Zunge beim Saugen über der unteren Zahnleiste liegt und ob die Zunge sich wellenförmig bewegt oder eher „auszupressen“ versucht. Beim Streichen des Fingers links und rechts entlang der Zahnleiste kann beobachtet werden, ob der Zungenkörper oder nur die Zungenspitze dem Finger folgt.

Anschließend erfolgt das Murphy-Manöver. Hier bewegt sich der Finger unter der Zunge entlang und fühlt etwaige Strukturen. Zum Aufstellen der Zunge befindet sich das Kind, nach wie vor, kopfüber vor der untersuchenden Person. Mit den beiden Zeigefingern wird die Zunge angehoben, während die anderen Finger der Hand einerseits den Kopf fixieren und andererseits den Unterkiefer etwas nach unten ziehen. Sinnvoll ist es, wenn ein Elternteil diesen Vorgang mit dem Handy filmt, damit dann anschließend anhand des Videomaterials nachbesprochen und die Untersuchungssituation für das Kind so kurz wie möglich gehalten werden kann.

Wichtig ist es zu wissen, dass sämtliche Symptome in Zusammenhang betrachtet werden müssen. Ein einzelnes Symptom ist nicht ausreichend zum Bestätigen des Verdachts auf eine orale Restriktion.

Susanne Lachmayr, IBCLC

also die Funktion, auch automatisch ausgeführt werden können. Machen wir das am Beispiel der Saugbewegungen der Zunge fest, benötigen wir die Fähigkeit der Zunge einzelne Bewegungen auszuführen. Ein Säugling muss in der Lage sein die Zunge über die Kauleiste hinauszustrecken, die Zunge in Schüsselform zu bringen, den Zungenkörper nach oben und unten zu bewegen. Die gleichzeitige und aufeinander abgestimmte Bewegungsabfolge stellt dann jedoch erst die notwendige Funktion dar. Während die Zunge also über die Kauleiste hinausgestreckt wird, bildet sie eine Schüssel, um das Brustgewebe zu halten, gleichzeitig bewegt sich die Zungenspitze mit dem Unterkiefer zusammen auf und ab, während der Zungenmittelteil und der Zungenrücken durch eine wellenförmige Bewegung abwechselnd einen mechanischen Unterdruck erzeugen, um die Brust zu entleeren. Unsere Aufgabe als Therapeut:innen ist es also, die einzelnen isolierten Bewegungen zu fördern und dem Säugling dabei zu helfen sie in die entsprechende Funktion zu übertragen.

Die Wichtigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit ergibt sich durch die sich beeinflussenden Faktoren unseres Körpers:

Aufgrund der schon erwähnten Zusammenhänge zwischen der Gesamtkörper- und der Mundmotorik und der Tatsache, dass funktionelle Bewegungsabläufe am besten in der jeweiligen Funktionsausführung (Stillen lernt ein Säugling beim Saugen an der Brust) gelernt werden, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit besonders wichtig.

Die unterschiedlichen Disziplinen können mit der Arbeit an ihren spezialisierten Themengebieten dabei unterstützen das Stillen zu verbessern. Nicht immer sind die jeweiligen Maßnahmen eindeutig einer Disziplin zuzuordnen. Natürlich gibt es Überschneidungen. Gerade sehr spezifisches Handling sollte jedoch immer von einer speziell geschulten Fachperson durchgeführt und angeleitet werden, damit es sein volles Wir-

kungspotential entfalten kann und kein Schaden zugefügt wird. Die Effektivität der logopädischen Begleitung bei Kindern mit oralen Restriktionen vor und nach einer Frenotomie konnte in der Veröffentlichung von Gonzales Garido et al (2022) bestätigt werden.

Bezogen auf die Arbeit mit Säuglingen mit Saugproblemen aufgrund einer oralen Restriktion kann es unterschiedliche Schwerpunkte und Herangehensweisen geben. Unsere Aufgabengebiete reichen von dem Abbau bestehender Kompensationen (z.B. Hypertonus, kompensierende Bewegungsmuster), über die Unterstützung motorischer Umlernprozesse bis hin zum isolierten Aufbau neuer Bewegungen und deren Integration in die entsprechenden Bewegungsabläufe.

Eine ausführliche Diagnostik ist unabdingbar für eine detaillierte Therapieplanung und -umsetzung

Die (logopädische) Diagnostik umfasst die Erhebung einer

- ausführlichen Anamnese,
- die Beurteilung der verschiedenen Funktionen (Nahrungsaufnahme, Zungenruhelage, Motorik)
- Beurteilung der oralen Strukturen (Lippen, Mundraum, Zunge, Gaumen, Gaumensegel usw.)
- Funktionsüberprüfung der Zunge und Lippe
- Erkennen von Kompensationen
- Empfehlung weiterer Abklärung nach Bedarf

Dabei geht es in allererster Linie einmal darum mögliche andere Ursachen für das bestehende Saugproblem auszuschließen. In jedem Fall ist vor einer therapeutischen Intervention sicherzustellen, dass das Anlegen und das Stillmanagement, bzw. das Flaschenmanagement bereits optimiert wurden.

Therapie

Ist eine andere Ursache als ein einschränkendes Zungenband zu finden oder die Eltern möchten keine Fre-

notomie durchführen lassen, werden selbstverständlich funktionsverbessernde Übungen angeleitet, um das Saugen zu verbessern.

Wenn eine Frenotomie geplant ist, dann ist es wünschenswert, die therapeutische Begleitung bereits vor dem Eingriff zu beginnen, so dass die Umlernprozesse, die danach gebraucht werden, schon vorbereitet und damit schnellstmöglich angeregt werden können. Die Abmilderung der Saugproblematik bis zur Frenotomie kann ebenfalls dabei helfen, die Zeit bis zur Frenotomie zu überbrücken. Nachbegleitend sollen die neuromotorischen Umlernprozesse und Abbau der Kompensationsmuster unterstützt werden. Zudem können allgemeine Bewegungsanregungen die Wundheilung positiv beeinflussen.

Das motorische Umlernen kann mit unterschiedlichen Methoden unterstützt werden. Wie bereits erwähnt, gehen wir davon aus, dass Säuglinge das Stillen beim direkten Saugen an der Brust am besten lernen können. Das heißt, dass wir auch im therapeutischen Kontext das Korrigieren des Anlegens, um bspw. eine größere Mundöffnung erreichen zu können, nutzen sollten. Zusätzlich können durch tonussenkende Massagen Kompensationen abgebaut werden. Ist die optimierte Anlegetechnik nicht wirksam genug, können wir durch unterstützende Handgriffe, wie den DanCer-Hold oder die Stimulierung des Mundbodens, die Funktion direkt an der Brust verbessern. Durch die Anbahnung isolierter Bewegungen können wir außerdem Einfluss nehmen. Die Herausforderung hierbei ist es, die einzelnen Bewegungen dann in den motorischen Ablauf zu integrieren. Es ist also eine indirekte Unterstützung, die sehr gezielt eingesetzt werden sollte. Zuletzt besteht die Möglichkeit ein isoliertes Saugtraining durchzuführen. Da es sich hierbei um eine burstferne Maßnahme handelt, ist es auf jeden Fall ratsam, diese über kurze Zeiträume zu nutzen, um die Problematik der Saugpräferenzverschiebung zu umgehen. Bezüglich der Durchführung von Saugtrainings, bspw. am Finger, ist immer der Gesamtkontext zu berücksichtigen.

Wertvolle Hilfe

Myofunktionelle Arbeit in der Stillberatung

Myofunktionelle Therapie, bzw. orofaziale Stimulation bei Säuglingen kann in verschiedenen Kontexten wertvolle Unterstützung, auch bei gestillten Säuglingen leisten. Unter einer orofazialen Dysfunktion verstehen wir eine Störung des Muskeltonus (Muskelspannung), der Muskelfunktion und/oder der Bewegungsabläufe im orofazialen Komplex, die aufgrund motorischer, sensorischer und/oder skelettaler Abweichungen entstehen. Die Ursachen können angeboren, vererbt oder erworben sein. Die myofunktionelle Therapie kann dabei unterstützen eine muskuläre Bewegungs- und Muskelspannungsstörung zu überwinden. Dabei ist zu beachten, dass

streng genommen bei der myofunktionellen Therapie eine aktive Mitarbeit per Definition vorgesehen ist. Im Säuglingsalter würden wir also von einer orofazialen Stimulation sprechen.

Die Rolle der Zunge in unserem Körper und beim Saugen

Die Zunge nimmt in unserem Körper eine spannende Sonderstellung ein. Michele Emanuel hat sie als Epizentrum des Körpers bezeichnet. Dieser Titel scheint passend zu sein, denn unsere Zunge wird von der Mittellinie unseres Körpers durchzogen, sie gehört zu beiden Seiten unseres Körpers. Sie

braucht sowohl Stabilität als auch Mobilität, um ihre Funktionen zu erfüllen, so dass unser Körper bestmöglich unterstützt sein kann. Unser Mund- und Gesichtsbereich und dessen Funktionen können außerdem nicht isoliert betrachtet werden, da sich die motorischen Fähigkeiten unseres gesamten Körpers auch auf die Mundmotorik auswirken können. Wir müssen außerdem verstehen, dass es einen Unterschied zwischen Beweglichkeit und Funktion gibt. Wir brauchen eine ausreichende Beweglichkeit der Zunge, um alle nötigen Funktionen ausführen zu können. Allerdings bedeutet eine frei bewegliche Zunge nicht zwingend, dass die fein abgestimmten und komplexen Bewegungsabfolgen,

Saugt ein Kind gar nicht oder nur sehr unkoordiniert an der Brust, kann mit Hilfe eines Saugtrainings ein Einfluss auf den motorischen Ablauf genommen werden. Saugt ein Kind jedoch grundsätzlich eher ausdauernd mit kleinen motorischen Abweichungen an der Brust, sind therapeutische Methoden direkt an der Brust zu bevorzugen.

Um die entsprechend hilfreichen Stimulationen auswählen zu können, ist es unabdingbar zu wissen, wie die verschiedenen orofazialen Muskeln verlaufen und in welche Richtung diese kontrahieren. Eine unspezifische Gesichtsmassage kann entspannend sein, wird aber gegebenenfalls keinen

Einfluss auf die motorischen Leistungen haben, wenn die neuromotorischen Grundprinzipien nicht berücksichtigt werden.

Die orofazialen Stimulationen beziehen sich bei Säuglingen mit eingeschränkter Zungenbeweglichkeit vornehmlich auf die gesamte Gesichtsmuskulatur, die Muskulatur der Wangen (v.a. M. masseter & M. buccinator), den M. temporalis, den M. orbicularis oris und die Muskulatur des Mundbodens.

Zusammenfassung

Besonders wichtig bei der Anpassung der orofazialen Stimulation sind die entsprechend angepassten Übungen.

Die jeweilige Therapeutin braucht entsprechendes Vorwissen und Erfahrung, um erkennen zu können, wann Muskelgruppen angeregt und wann diese entspannt werden müssen. Unabdingbar ist dabei die eigenen Grenzen seines beruflichen Tuns zu erkennen und sich entsprechende Partner:innen anderer Disziplinen ins Team zu holen, um diese Kinder bestmöglich zu begleiten. Dabei braucht es ein individuelles Vorgehen, dann kann orofaziale Stimulation bestmöglich wirken und einen Säugling beim Stillen oder beim Saugen an der Flasche entsprechend unterstützen.

Michaela Dreißig, M.A., IBCLC, Sprachtherapeutin

- Mamille nach dem Stillen
- Milchstau
- Mastitis

Symptome bei einem älteren Kind:

- Schwierigkeiten, sich an mehr Textur beim Essen zu gewöhnen
- spuckt Essen häufig wieder aus
- Schwierigkeiten mit Konsonanten
- spricht leise
- schlechte Kopf- und Nackenhaltung
- Mundatmung
- Schlafstörungen

Die Zungenbeweglichkeit ist essenziell für viele Aspekte der kindlichen Entwicklung.

Die Aufhängung der Mandibula ist aus osteopathischer Sicht ebenfalls interessant. Die **Mandibula** ist am Os temporale aufgehängt und somit eng verbunden mit dem Os occipitale und der oberen Halswirbelsäule. Die Kinnbeweglichkeit und die Zungenbeweglichkeit hängen untrennbar zusammen. Somit könnte die „Kette der Ereignisse“, die einer osteopathischen Intervention bedarf, so aussehen: Das Kind hat eine Verspannung in der oberen Halswirbelsäule, welche sich auf das Os occipitale, in der Folge auf das Os temporale und auf die Mandibula und ihre Beweglichkeit und letztendlich auf die Zungenbeweglichkeit auswirkt.

Verbindung Hals – oberer Thorax

Auch eine geburtsbedingte Beeinträchtigung der Schulter kann sich über den Musculus omohyoideus zum Zungenbein und Zungengrund fortsetzen und die Zungenfunktion beeinflussen oder behindern.

Wo kommen die Verspannungen her? In der Austreibungsphase ist der kindliche Kopf besonders gefordert, da es zu einer maximalen Flexion kommt und anschließend bei der Geburt des Kopfes zu einer Extensionsbewegung, welche unter Druck passiert. Dies kann zu Verkeilung oder Verspannungen in der oberen Halswirbelsäule führen. Bei der Geburt der Schultern kommt es zu einem starken Zug auf die lateralen Gewebe um die

Halswirbelsäule. Deshalb benötigen Kinder nach schwierigen Schulterentwicklungen oft manualtherapeutische Behandlungen zur Normalisierung des Zungengrundes.

Die Behandlung des Zungengrundes erfolgt meist von außerhalb und nicht intraoral. Für den Körper steht die Aufrechterhaltung der Atmung im Vordergrund, d.h. aus osteopathischer Sicht wird zuerst geprüft, ob die Atemfunktion gewährleistet ist, bevor die gastrointestinalen Funktionen behandelt werden.

Trigeminusverschaltung

Der Nervus Trigeminus leitet sensible Informationen aus dem gesamten Gesichtsbereich zum Gehirn und innerviert die Kaumuskulatur (M. masseter, M. temporalis, M. pterygoideus medialis und lateralis) und die Muskulatur des Kiefers und des Gaumens (M. tensor veli palatini, M. mylohyoideus, M. digastricus, M. tensor tympani). Saugen und Schlucken wird also auch durch den sensorischen Einfluss des Trigeminus bestimmt, möglicherweise muss daher auch der Nervus Trigeminus behandelt und entspannt werden.

Frenulum linguae

Eine schlechte Zungenbeweglichkeit kann viele Gründe haben, einer davon ist ein verkürztes Zungenband (Frenulum Linguae). Das Zungenband verankert die Zunge und ist deshalb eine wichtige Struktur im Mund. Ist ein zu kurzes Zungenband vorhanden, wir sprechen auch von Ankyloglossie, so ist die Zunge in ihrer Beweglichkeit behindert. Ohne Funktionsverlust ist es allerdings kein zu kurzes Zungenband. Bei einem Kind mit sichtbarem kurzem Zungenband, bei dem es keine Probleme beim Trinken an der Brust gibt und bei dem auch die Mutter keine Schmerzen beim Stillen hat, sollte man nicht von einem zu kurzen Zungenband sprechen, da der Funktionsverlust unbedingt zur Diagnose dazu gehört. Ein verkürztes Zungenband tritt bei 3-5% aller Kinder auf, Buben sind häufiger betroffen als Mädchen und es gibt eine familiäre Häufung. Eindeutige Ursachen für die Entste-

hung eines zu kurzen Zungenbandes sind keine bekannt (außer Kokain-Abusus der Mutter), zu viel Folsäure in der Schwangerschaft gilt nicht als Ursache.

Gibt es heute vermehrt zu kurze Zungenbänder? Aufzeichnungen gibt es seit 600 vor Christus, allerdings gibt es heutzutage eine größere Evidenzbasis zum Thema als noch vor 30 Jahren. Außerdem trägt der Austausch zwischen Eltern über soziale Medien zu einer vergrößerten Aufmerksamkeit bei.

Was passiert vor und nach einer Frenotomie? Rehabilitierende Maßnahmen sollten aus osteopathischer Sicht bereits vor der Frenotomie beginnen. Die Übungen sollten allerdings nur mit Erlaubnis des Kindes durchgeführt werden, das Kind sollte wach und entspannt sein. Folgendes sollten die Übungen beinhalten:

- Streichen über die Wangen
- Lippen berühren
- den Finger im Mund von Seite zu Seite bewegen, damit die Zunge folgt
- Zunge herausstrecken lassen
- Spiel mit den Wangen zur sensorischen Stimulation des Nervus Trigeminus
- an den Zahnleisten entlang streichen, um Kaubewegungen auszulösen
- „Tauziehen“ mit Finger beim Saugen spielen

Die Übungen sollten in langsamen Bewegungen erfolgen, dabei muss auf die Zeichen des Kindes geachtet werden. Die Übungen sollten nur so lange durchgeführt werden solange das Kind kooperiert. Schließt es die Augen und/oder dreht es den Kopf weg müssen die Übungen beendet werden.

Im Gegensatz zu Zungenbändern, welche nicht dehnbar sind, können Lippenbänder gedehnt werden, deswegen muss ein zu kurzes Lippenband auch nicht unbedingt durchtrennt werden.

zusammengefasst von Eva Maximiuik, IBCLC

Osteopathische Sicht

Gedanken zu Zungenbeweglichkeit und Spannungsfeldern

Hebammen und Osteopath:innen denken oft darüber nach, welche Einflüsse ein Kind bereits in der Schwangerschaft und während der Geburt erlebt haben könnte, die die Zungenbeweglichkeit und die damit einhergehende Dynamik vielleicht beeinflusst haben. Einige Überlegungen dazu teilte Claudia Knox, Hebamme & Osteopathin, beim VSLÖ-Webinar Anfang März mit uns.

Bei einer Stillbeobachtung schauen wir uns immer an, ob das Baby nach der Brust sucht, ob es an die Brust „andocken“ kann, wie das Baby saugt und schluckt. Auch für Eltern ist es wichtig zu wissen, wie ein Baby gut an der Brust angelegt ist.

Was sollte die Zunge können? Die Zunge sollte Bewegungen nach vorne und von Seite zu Seite ausführen können, sie sollte in die Breite gehen und eine Kuhle formen können.

Während dem Stillen sollte die Mamillenspitze im hinteren Mundbereich gegen den weichen Gaumen des Kindes gedrückt werden, und nicht vorne im Mund gegen den harten Gaumen. Dem Zungenmuskel und den umgebenden Strukturen wie u.a. den longitudinalen Faszien des Halses kommen hierbei Bedeutung zu. Osteopathisch gesehen interessiert uns hier alles was damit in Verbindung steht, wie z.B.: ein erhöhter Druck oder Zug auf den Kopf/Halses des Kindes während der Geburt, um gegebenenfalls betroffene Strukturen zu erkennen und zu lockern. Zeichen für ein ineffektives Saugen wie eingezogene Wangen und Lippenbläschen müssen erkannt werden. Nach Erlaubnis der Eltern und auch der Erlaubnis des Kindes durch sanfte Berührung der Lippen, gibt eine Untersuchung des Mundes mittels Finger weitere Informationen zum Saugverhalten des Kindes bzgl. Druckaufbau, Symmetrie des Saugens und Bewegung der

Zunge. Während eine Hand im Mund des Kindes ist, palpiert die zweite Hand den Kopf des Kindes und tastet nach möglichen Spannungen am Hinterkopf bzw. befühlt von außen den Zungengrund. Ein gestilltes Baby mit einer eingeschränkten Zungenbeweglichkeit zeigt uns vielleicht folgende Symptome:

- schlechte Gewichtszunahme
- Frust an der Brust
- schwieriges Anlegen
- Schmatzen und Klicken während dem Trinken
- es rutscht leicht von der Brust ab
- es ermüdet leicht
- es schreit viel auch nach dem Stillen, weil es hungrig ist

Symptome bei der Mutter können sein:

- Schmerzen beim Stillen
- Mamillen sind wund oder blutend
- lippenstiftartige Verformung der

Schiefhals und ...

... Kopfdeformitäten verschiedenster Ursachen



Zusammenhänge und Folgen aus physiotherapeutischer Sicht präsentierte uns die Kinderphysiotherapeutin Kathrin Mattes aus Wien beim Webinar im März.

Mein Baby hat eine Lieblingsseite! Viele von uns kennen das, wir alle haben unsere

Vorlieben und so lautet die Antwort auf diese Aussage, auch von Fachpersonal, meist: „Das ist normal.“ Tatsache ist allerdings, dass, bei einem unauffällig entwickelten Baby, bei der Kopfdrehung keine Seite bevorzugt wird und das Bewegungsausmaß symmetrisch ist. Der Ausdruck „Lieblingsseite“ ist somit eher die verharmlosende Bezeichnung für einen muskulären Schiefhals, welcher in unterschiedlicher Ausprägung in Hinblick auf die Drehweite des Kopfes, auftreten kann. Bei einem **muskulären Schiefhals** ist der Musculus sternocleidomastoideus einseitig verkürzt oder verspannt und teilweise bindegewebig verändert und verdickt, woraus eine Bevorzugung der Kopfdrehung zur einen und einer Kopfneigung zur anderen Seite resultiert. Die Inzidenz liegt bei 3,9% - 16% aller Neugeborenen (je nach angesehener Studie), allerdings werden leichte Fälle oft übersehen und somit ist die korrekte Inzidenz wahrscheinlich höher. Die Folge eines muskulären Schiefhalses ist häufig eine Verformung des Schä-

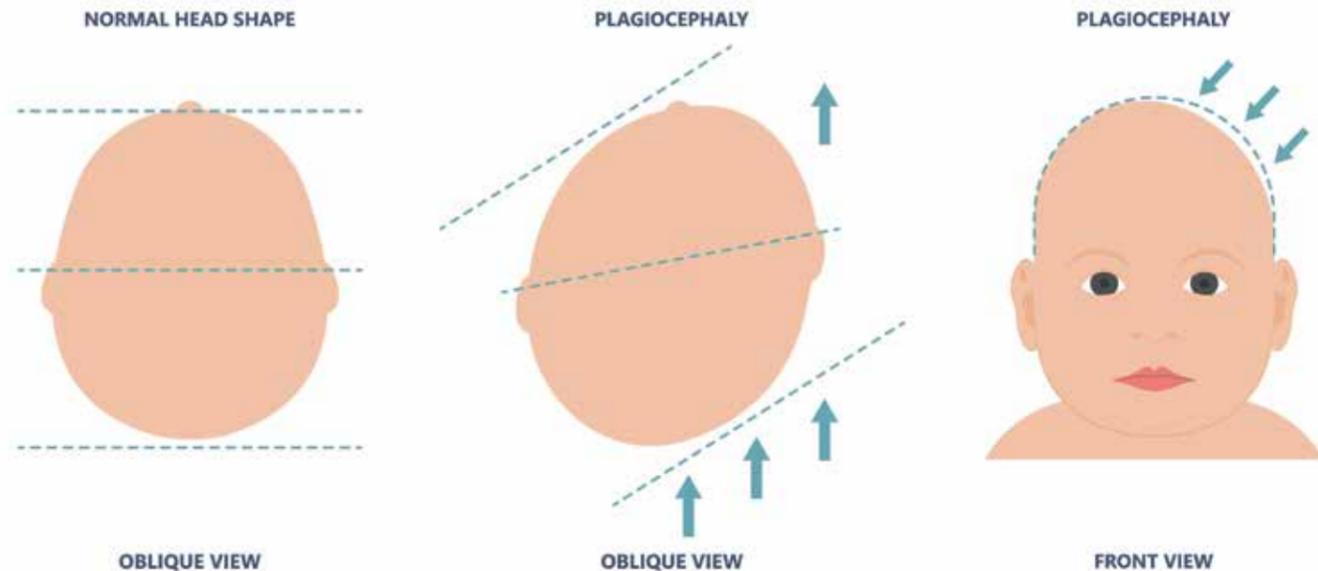
dels. Durch die einseitige Belastung kommt es zur Abflachung der vermehrt belasteten Seite des Hinterkopfes, außerdem schieben sich auf derselben Kopfseite Ohr und Stirne nach vorne, wir sprechen von einem lagebedingten **Plagiocephalus**.

Seit zur SIDS-Prävention die Rückenlage als Schlafposition empfohlen wird, kam es zum Rückgang der SIDS-Fälle um 40-60%, allerdings auch zum Anstieg lagebedingter Kopfdeformitäten um 400-600%.

Doch kaum ein Kopf verformt sich allein nur durch Rückenlage ohne zugrundeliegende Auffälligkeiten. Bei rechtzeitigem Erkennen, früher Physiotherapie und konsequenter Umsetzung aller Maßnahmen zu Hause kann der Kopf wieder symmetrisch werden. Ist der Kopf mit 4-5 Monaten noch erheblich verformt, wird er ohne Helmtherapie nicht mehr völlig rund. Die Aussage: „Das verwächst sich noch.“ ist somit fachlich falsch. (Studie der Uniklinik Gießen, 2020)

Bilder: © Adobe Stock

PLAGIOCEPHALY



Für Laien sind Asymmetrien, wie Schiefhals und Plagiocephalus, oft schwer zu erkennen, trotzdem existieren sie und können zu Folgebeschwerden führen.

Eine weitere Form der Kopfdeformitäten ist der Brachiocephalus, welcher durch ein symmetrische Abflachung des Hinterkopfes gekennzeichnet ist, der Schädel ist dadurch kürzer und breiter als normal. Er entsteht ebenfalls durch eine vermehrte Hinterkopfbelastung, allerdings nicht durch einen Schiefhals, sondern durch eine langsame Entwicklung mit wenig Spontanmotorik und häufiger Rückenlage. Symmetrische Abflachungen verbessern sich durch Wachstum eher als asymmetrische, trotzdem ist eine Behandlung der meist vorhandenen motorischen Auffälligkeit sinnvoll, manchmal ist auch hier eine Helmtherapie nötig. Auch Mischformen aus Plagio- und Brachycephalus sind möglich. Selten treten auch Kopfdeformitäten anderer Ursache auf, wie z.B.: lagebedingt im Mutterleib bei Beckenendlage oder, sehr selten, durch Kraniosynostosen.

Schiefhals - Ursachen

Die Mehrheit der Babys mit Schiefhals hatte eine unkomplizierte Geburt. Der Geburtsmodus hat keinen Einfluss auf die Entstehung eines Schiefhalses. Die Gewebsveränderung im Halsmuskel entsteht bereits im Mutterleib, ein bekannter Risikofaktor ist intrauteriner Platzmangel bei Erstgeborenen oder durch Beckenendlage, wenig Fruchtwasser, Mehrlingsschwangerschaft etc. Selten können auch nicht muskuläre Ursachen wie Wirbelfehlbildungen, neurologische Krankheitsbilder, Augenmuskeldysfunktionen und gastroösophagealer Reflux auftreten, die bei therapieresistenten Fällen unbedingt abgeklärt werden sollten.

Schiefhals - Behandlung

Lagerungsmaßnahmen und Handling können einen Schiefhals nicht verhindern, da er angeboren ist! Die Lagerung kann eine Kopfverformung reduzieren oder verhindern, sie behandelt aber nicht den Schiefhals, dafür braucht das Baby Physiotherapie! Wissenschaftliche Leitlinien empfeh-

len den Therapiebeginn bereits im 1. Lebensmonat, jede Verzögerung verlängert die Therapiedauer und reduziert die Erfolgswahrscheinlichkeit.

Studien belegen, dass bei Beginn einer Physiotherapie vor Vollendung des 1. Lebensmonats 98% der Babys innerhalb von 1,5 Monaten einen annähernd normalen Bewegungsumfang der Halswirbelsäule erreichen, bei Beginn nach dem 1. Lebensmonat steigt die Therapiedauer bereits auf 6 Monate an und bei Therapiebeginn nach dem 6. Lebensmonat beträgt die Therapiedauer bereits 9-10 Monate bei sinkender Wahrscheinlichkeit für das Erreichen einer normalen Beweglichkeit.

Die Physiotherapie sollte beinhalten:

- Dehnung des verkürzten Halsmuskels in verschiedenen Positionen
- Kräftigung des kontralateralen, abgeschwächten Halsmuskels in verschiedenen Positionen
- Handling (Hochheben, Tragen, Stillen, ...)
- Lagerungsmaßnahmen
- entwicklungsfördernde Übungen
- Aufklärung und Einschulung der Eltern

Physical Therapy Management of Congenital Muscular Torticollis: A 2018, Evidence-Based Clinical Practice Guideline from the APTA Academy of Pediatric Physical Therapy. Sandra L. Kaplan, Colleen Coulter, Barbara Sargent

Fazit der Leitlinien:

Jegliches Fachpersonal, das mit Neugeborenen zu tun hat, sollte die Eltern umgehend an Kinderärzt*innen und -physiotherapeut*innen verweisen, sobald eine Gesichts-/ Schädelasymmetrie, Bevorzugung einer Position, Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule oder einseitige Verdickung der Halsmuskulatur sichtbar wird. Kein Abwarten!

Schiefhals - mögliche weitere Probleme

- schlechtere Greiffunktion mit 4-5 Monaten

- Stillprobleme
- höheres Risiko für Hüftdysplasie
- höheres Risiko für Entwicklungsverzögerung im 1. Lebensjahr
- im Kindergartenalter keine Auffälligkeiten mehr
- aber auch: mit 7-9 Jahren öfter Auffälligkeiten bei Aufmerksamkeit, Konzentration, Koordination und Sprache

Schiefhals und Plagiocephalus - mögliche Folgen bei fehlender oder nicht adäquater Behandlung:

- bleibende Schiefhaltung
- eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule
- bleibende Schädelasymmetrie (Passformprobleme bei Fahrradhelmen und Brillen)
- bleibende Gesichtsasymmetrie
- Kieferfehlstellungen/Fehlbitte
- Skoliose
- Verspannungen und Schmerzen
- Behandlungsoptionen im Kindes- und Erwachsenenalter bei nicht zeitgerechter Therapie und starker Ausprägung sind Botoxinjektionen in den Muskel (wechselhafter Erfolg) und die operative „Verlängerung“ des Muskels durch Einschnitte (ändert allerdings nichts an den knöchernen Folgen).

Schiefhals und Stillprobleme

Laut Studien kommt es bei Vorliegen eines Schiefhalses vermehrt zu Stillproblemen. Kathrin Mattes sagt allerdings aus ihrer Erfahrung dazu, dass der Großteil der Babys mit Schiefhals in ihrer Praxis problemlos gestillt wird, Schwierigkeiten gibt es eher nur bei sehr stark ausgeprägtem Schiefhals. Sie führt das darauf zurück, dass beim Stillen meist keine Kopfdrehung und Kopfneigung erforderlich ist und somit bei durchschnittlicher Ausprägung eines Schiefhalses es keinen Grund gibt, der das Stillen erschwert.

In einer Studie wurde untersucht ob es einen Zusammenhang zwischen einer Asymmetrie des Unterkiefers (oft ein Zeichen für einen Schiefhals) und Stillproblemen gibt bzw. ob dadurch ein Schiefhals frühzeitig erkannt werden kann.

Mandibular asymmetry and breastfeeding problems: experience from 11 cases, Virginia Wall, Robin Glass, 2006

Die Autorin einer anderen Studie empfiehlt u.a. das Baby genau in der Position des Schiefhalses (also in der bevorzugten Position des Kindes) zu stillen, von der Empfehlung, erst begleitende Maßnahmen (Lagerung, Massage, ...) zu setzen und mit dem Beginn einer Physiotherapie noch abzuwarten, rät Kathrin Mattes ab.

Breastfeeding infants with congenital torticollis, Cathrine Watson Genna, 2015

Bei einer Studie zur Zungenbewegung beim Essen bei Kindern und Erwachsenen unter Ultraschallbeobachtung zeigte sich bei einem Kind mit Schiefhals beim Trinken an der Flasche ein unrythmisches Saugmuster, beim Trinken an der Brust ein rhythmisches Saugmuster.

Quantitative imaging of tongue kinematics during infant feeding and adult swallowing reveals highly conserved patterns, Cathrine W Genna, Yaela Saperstein, Scott A Siegel, Andrew F Laine, David Elad, 2021

Schiefhals und orale Restriktionen

Beides ist sehr häufig, daher ist statistisch gesehen ein gleichzeitiges Auftreten von Schiefhals und oralen Restriktionen nicht verwunderlich, sondern zu erwarten. Es bedeutet allerdings nicht, dass das eine durch das andere bedingt ist (Korrelation bedeutet nicht Kausalität!). Orale Restriktionen können aus physiotherapeutischer Sicht zu Verspannung im Halsbereich führen, aber nicht zu einer einseitigen Verkürzung des Musculus sternocleidomastoideus.

Was können Eltern tun?

- Von Geburt an auf Symmetrie achten:
- interessante Reize von beiden Seiten bieten
 - abwechselnd über die Seite hochheben
 - einseitige Trage- und Schlafpositionen vermeiden einseitige Positionen bei der Nahrungsaufnahme vermeiden (egal ob Stillen oder Flasche)
 - Zeit in Rückenlage reduzieren (häufige Bauchlage, Tragen statt Kinderwagen)
 - all das kann einen Schiefhals nicht verhindern, daher: bei Anzeichen einer Lieblingsseite und/oder Kopfverformung sofort um eine ärztliche Verordnung für Physiotherapie bitten

Was können Stillberater:innen tun?

- Eltern aufklären und zu Asymmetrien befragen
- kindliche Haltung beobachten
- kindliches Bewegungsverhalten beobachten
- Kopfform aus allen Perspektiven beurteilen
- bei jeglichen Auffälligkeiten Physiotherapie empfehlen

Lagerungskissen sollten nicht präventiv verwendet werden, da der Kopf normalerweise im Schlaf zur Seite gedreht wird. Sie können als ergänzende Maßnahme zur Physiotherapie sinnvoll sein, bei Verwendung sollte auf die Passform geachtet werden.

Helmtherapie (= „wachstumslenkende Kopforthese“) ist sinnvoll, wenn mit ca. 4-5 Monaten immer noch eine erhebliche Verformung sichtbar ist und die Physiotherapie nicht mehr ausreicht. Er wird 13 Stunden am Tag getragen und meist gut akzeptiert, da er keinen Druck ausübt und einen Hohlraum an der flachen Stelle hat, damit der Kopf an dieser Stelle wachsen kann. Je später die Helmtherapie beginnt, desto länger ist die Tragedauer; idealer Startzeitpunkt ist ca. das 5. Lebensmonat.

Take-Home-Message

- ein muskulärer Schiefhals entsteht im Mutterleib
- eine „Lieblingsseite“ ist nie normal
- häufige Folge sind lagebedingte Kopfdeformitäten
- nicht alle betroffenen Kinder haben Stillprobleme
- kein Zusammenhang zwischen Schiefhals und oralen Restriktionen nachgewiesen
- Lagerung reicht bei Kopfdeformitäten nicht aus
- ideal: sofortige Physiotherapie, die Wirksamkeit ist belegt, Folgeschäden und Helmtherapie können so vermieden werden
- Schiefhals und Kopfverformungen verwachsen sich nicht
- je später der Therapiebeginn, desto länger und teurer ist die Therapie und desto geringer die Erfolgchancen

Eva Maximiuik, IBCLC

funktionelle Behandlung der Zunge mit dem Ziel, die physiologischen Funktionen auch langfristig wiederherzustellen. Auch eine spanische Studie aus dem Jahr 2022 (Gonzalez Garrido, Maria Del Puerto et al.) konnte zeigen, dass eine chirurgische Therapie (Durchtrennung mit Schere oder Laser, mit oder ohne Naht) in Kombination mit myofunktionaler Vor- und Nachbetreuung in allen Altersstufen die besten Ergebnisse in Bezug auf Schmerzen beim Stillen, Gewichtsentwicklung, Stilledauer, Zungenbeweglichkeit und -kraft, schlafbezogene Atemstörungen, Mundatmung und postoperative Schmerzen liefert.

Faktoren, die den Erfolg einer Frenotomie positiv oder negativ beeinflussen:

Körperliche und psychische Voraussetzungen

Asymmetrien des Kopfes und Körper, generelle Anspannungen z.B. nach einer Geburt, Stress und ähnlichem, zeigen sich oft auch in einer funktionell eingeschränkten Zungenbeweglichkeit – selbst wenn die Zunge anatomisch nicht eingeschränkt ist. Große Bedeutung in diesem Zusammenhang haben Faszien (= kollagenes Bindegewebe). Sie ermöglichen Bewegung, sie verbinden und sie stabilisieren den ganzen Körper in Form eines feinen dreidimensionalen Geflechtes.

Es gibt Theorien, die besagen, dass Traumata (körperlicher oder emotionaler Ursache), Narbenbildungen und auch Entzündungen im Bindegewebe gespeichert werden. Die Faszien verlieren dadurch ihre Beweglichkeit und das kann zu Spannungen in allen Bereichen des Körpers führen. Die Neurobiologie zeigt deutlich, dass Neugeborene und Kleinkinder dem höchsten Traumatisierungsrisiko ausgesetzt sind, weil ihr Nervensystem noch nicht vollständig ausgebildet ist und sie Reize dadurch schlechter verarbeiten können.

Alle Patient*innen sollten daher immer ganzheitlich betrachtet werden, nicht nur der Mundraum isoliert, denn

nicht jede eingeschränkte Zungenbeweglichkeit lässt sich chirurgisch lösen.

Vorbereitung

Idealerweise haben Co-Therapeuten wie IBCLCs die Eltern, neben der obligaten vorangegangenen Stillberatung, auch schon über die Frenotomie aufgeklärt und mit ihnen Dehnungsübungen geübt, damit sie und ihr Kind mit den Übungen vertraut werden. Durch achtsame Herangehensweise wird anschließend auch in der zahnärztlichen Praxis eine Beziehung zum Kind und den Eltern aufgebaut. Nachdem die Eltern gut informiert und aufgeklärt wurden, wird ein individueller Behandlungsplan erstellt. Nur gut informierte Eltern fühlen sich sicher und können dadurch auch ihrem Kind Sicherheit signalisieren.

Das Screening in der Praxis umfasst die Anamnese (Eigen- und Fremdanamnese), die extra- und intraorale Untersuchung und den Zungenband-Screeningbogen. Differentialdiagnosen sollten immer abgeklärt werden, um eine gesicherte Diagnose stellen zu können.

Frenotomie

Eine Frenotomie findet nur statt, wenn die Diagnose der oralen Restriktion gestellt wurde. Das Wundmanagement sollte eine Woche ein- bis zweimal täglich geübt werden und eine Nachsorgetermin vereinbart sein.

Die Durchführung selbst kann grundsätzlich mit Schere, Skalpell oder Laser – mit oder ohne Anästhesie stattfinden. In manchen Fällen wird eine Naht gemacht, bei Säuglingen jedoch nie. Schmerzen sind mit Muttermilch, Kuscheln und Tragen meist gut zu beherrschen. Bei Bedarf kann Paracetamol bzw. Ibuprofen verabreicht werden.

Wundmanagement

Ein Großteil der Eltern empfinden das empfohlene Wundmanagement als Herausforderung und sehr viele haben Angst, ihr Kind zu traumatisierten. Es gibt zum aktiven Wund-

management bis heute auch keine evidenzbasierten Empfehlungen. Die wichtigste Zungenübung für das Baby ist und bleibt das Stillen. Beobachtungen aus der Praxis konnten jedoch zeigen, dass neben den Stillen non-aggressives Wundmanagement möglich und auch sinnvoll ist. Das Ziel der Therapie ist, durch sanfte Mobilisierung der Zunge eine übermäßige Narbenbildung zu verhindern und die neu gewonnene Beweglichkeit der Zunge zu erhalten. Bei einem anteriorem Zungenband ist im Gegensatz zum posterioren Zungenband meist kein zusätzliches Wundmanagement erforderlich.

Nachsorge

Das individuelle oro-myofunktionelle Training und Schmerzmanagement wird ausführlich in der Praxis besprochen. Aktives Wundmanagement wird über vier Wochen mindestens viermal in 24 Stunden empfohlen – auch nachts. Die Automatisierung der physiologischen Zungenfunktion ist für den Erfolg entscheidend. Mögliche Komplikationen sind anhaltende Schmerzen, Probleme beim aktiven Wundmanagement, Stillprobleme, eine Entzündung oder ein Reattachment.

Die Eltern sollten die Phasen der Wundheilung kennen und auch die Information bekommen, dass etwa zwei bis drei Wochen nach der Frenotomie die stärkste Kontraktion der Wunde stattfindet und es sich nach einem Reattachment anfühlen kann – d.h. die Mutter kann wieder Schmerzen beim Stillen haben. Nach dieser Zeit wird die Wunde wieder weicher und flexibler – eine erneute Durchtrennung in dieser Phase ist kontraindiziert.

Fazit: Einschränkungen im orofazialen Bereich können langfristig Auswirkungen auf den gesamten Körper haben – eine frühzeitige Diagnose ist daher von wesentlicher Bedeutung.

Gudrun Schober, IBCLC

Weiterführende Informationen bietet die deutsche Fachgesellschaft für Behandlung oraler Restriktionen – www.defagor.de

Die Frenotomie

in der zahnärztlichen Praxis ganzheitlich gesehen

Der folgende Artikel fasst den Vortrag der Berliner Zahnärztin und DAIS Stillbegleiterin Dr.ⁱⁿ Anita Beckmann zusammen. Beim VSLÖ Webinar referierte sie über myofunktionelle Behandlungsansätze, orale

Restriktionen und die ganzheitliche Behandlung in ihrer Praxis und machte deutlich:

Eine Frenotomie ist keine schnelle Lösung!

Bei einer Frenotomie sollte der Fokus immer auf einer ganzheitlichen Betreuung inklusive Vor- und Nachsorge liegen. Die Durchtrennung des Zungenbandes ist kein Quick Fix, sondern eine

Durchtrennung!?

Teil 2 des Vortrags von Katja Rösen

Was ist die Aufgabe der Stillberatung zur Vorbereitung auf eine Frenotomie bzw. auch zum Ausschluss des Verdachts auf ein zu kurzes Zungenband? Gibt es andere ursächliche Einschränkungen, die behoben, minimiert oder optimiert werden könnten? Denn nicht jede orale Dysfunktion muss ein zu kurzes Zungenband sein.

Vorbereitung im Hinblick auf eine Frenotomie

- Optimierung des Stillmanagements Positionierung, Brustkompression, Steigerung der Milchmenge, stabilisieren des Gewichts, Pumpen, stillfreundliches Zufüttern – wenn nötig
- Schmerz- und Wundmanagement, Schutz der Mamillen
- Entwöhnung künstlicher Sauger – zurück zum normalen Saugmuster (Das Saugen an der Brust ist die beste Zungenfunktionsübung)
- Saug- und Stimulationstraining und Tonisierungsübungen sollen im Blickkontakt mit dem Kind geschehen, ggf. filmen die Eltern die Übungen um beim Durchführen daheim noch einmal nachsehen zu können. (Fischmund machen, Lippen austreichen, unter der Zunge entlangstreichen, am Finger saugen lassen, ...)
- Anleiten zum aktiven Wundmanagement, damit das Kind den Vorgang bereits kennt und die Eltern Sicherheit in der Durchführung erlangen.
- Üben von Lippenschluss und Zungenruhelage (z.B. Mund immer schließen, wenn das Kind schläft und durch leichten Druck unterhalb des Kinns der Zunge die Möglichkeit geben, Kontakt mit dem Gaumen herzustellen)
- Intensive Aufklärung und Information zum Thema, ggf. auch durch Studien
- Medizinische Therapie (Trennung mit Laser oder Schere) bereits ansprechen und Folgeprobleme eines unbehandelten zu kurzen Zungenbandes erklären (manchmal finden sich die Eltern in diesen Erklärungen bereits wieder, weil sie selber auch unter den

Folgeproblemen eines zu kurzen Zungenbandes leiden, da diese familiär gehäuft auftreten)

- IST-Zustand aufzeigen und anhand des bei der Anamnese angefertigten Bildmaterials besprechen
- Über die Herausforderungen des Therapieprozesses aufklären (physisch, psychisch, finanziell, logistisch, sozial)
- Kontakte von Fachpersonal und Begleittherapeut:innen vermitteln (die meisten IBCLC's, die hinsichtlich oraler Restriktionen geschult sind, haben sich bereits ein Netzwerk an kompetenten Ärzt:innen, Logopäd:innen, Osteopath:innen, Physiotherapeut:innen,... aufgebaut), auch Austauschplattformen im Bereich Social Media können zum Lesen von Erfahrungsberichten genutzt werden (Achtung!! natürlich im positiven, aber auch im negativen, Sinne)
- Individuellen Plan erstellen und angemessene Angebote machen, je nach Ressourcen der Familie (nicht alles passt für jeden!)
- Soziale und psychische Unterstützung anbieten und/oder vermitteln, „DA sein“ für Fragen, Sorgen, Unsicherheiten; die Familie bestärken

Nachsorge nach erfolgreicher Frenotomie

Könnte durch Optimierung des Stillmanagements in Verbindung mit den individuellen Begleittherapien kein gewünschter Erfolg hinsichtlich der Zungenfunktion erzielt werden, so kommt es nach ärztlich gestellter Indikation zur Frenotomie.

- Die Nachbetreuung sollte engmaschig u.a. durch die Stillberatung erfolgen (ein Termin zur Frenotomie sollte nicht gewählt werden, wenn die betreuende Fachperson danach auf beruflichen oder privaten Gründen nicht erreichbar sein kann).
- Aktives Wundmanagement (AWM) soll – das Reattachement (erneute Zusammenkleben der Wundränder) verhindern

- die sekundäre Wundheilung unterstützen
- die Zunge mobilisieren
- für die ersten 48–72 Std. in 3–4 stdl. Rhythmus (auch nachts) durchgeführt werden, danach ist ein individuelles Vorgehen möglich (z.B. 4x tgl., aber einmal längere Pause möglich, wenn das Kind z.B. schläft oder es aus anderen Gründen gerade unpassend ist, ...)

Es müssen immer die Zeichen oder Abwehrreaktionen des Kindes beachtet und respektiert werden, ev. klappt es zu einem späteren Zeitpunkt besser oder das Vorgehen muss individuell angepasst werden damit es zu keinen Traumatisierungen des Babys kommt. Die Eltern müssen aufgeklärt werden, dass ein erneutes Bluten nach dem AWM möglich ist. Zum AWM findet man keine Evidenz, die belegt, dass es wirksamer als eine Betreuung ohne aktives Wundmanagement ist. (Anmerkung der Verfasserin)

- Die Zungenbeweglichkeit erhalten und stabilisieren durch motorische Reprogrammierung (Stillen ist die einfachste myofunktionelle Übung! Für ältere Säuglinge eignen sich zusätzlich u.a. die Gitterbälle von OBall® – hier wird die Zunge spielerisch mobilisiert).
- Schmerzmanagement (Muttermilcheis, für Kinder mit Beikoststreife ein gekühlter Löffel oder Gurkenstick, kühle Beikost, Schmerzmittel lt. ärztlicher Verordnung)
- Stillmanagement weiter im Auge behalten und ggf. optimieren oder anpassen je nach individuellem Bedarf der Dyade.
- Weiterhin Ansprechpartner für die Eltern für den individuell benötigten Zeitraum sein.

Egal wie der Weg der Familie in Bezug auf die Frenotomie aussieht, das Gefühl dabei gut aufgehoben und kompetent beraten worden zu sein, wird in Erinnerung bleiben.

Susanne Lachmayr, IBCLC

Gibt es Evidenzen?

Orale Restriktionen und evidenzbasiertes Arbeiten

Was bedeutet evidenzbasiert?

Evidenzbasiertes Arbeiten ist in der Stillberatung genauso wichtig, wie in jedem anderen medizinischen Fachgebiet und wird ausdrücklich im Verhaltenskodex für IBCLCs (Artikel 1.2) eingefordert.

„Unter Evidenzbasierter Medizin, kurz EBM, versteht man eine medizinische Versorgung, welche die Erkrankung eines Patienten auf der Grundlage der besten zur Verfügung stehenden Wissensquellen bzw. Daten behandelt.“ Dieser Grundsatz kann 1:1 auf die Stillberatung und die Arbeit mit Mutter und Kind umgelegt werden.

Evidenzbasiertes Arbeit stützt sich auf 3 Säulen:

- die Werte, Erwartungen und Wünsche der Klientinnen
- die klinische Erfahrung und Empathie des behandelnden Personals
- die wissenschaftlich verfügbaren Studien mit möglichst hohem Evidenzgrad

Das Fehlen von guten wissenschaftlichen Studien bedeutet noch nicht, dass die Maßnahme per se falsch oder abzulehnen wäre. Es muss uns aber bewusst sein, dass wir uns ohne belastbare Daten auf unsicherem Gebiet bewegen und wir eine gute Argumentation brauchen, um eine Maßnahme zu rechtfertigen.

Evidenzlage zur Behandlung von kurzen Zungenbändern

Gerade im Bereich der oralen Restriktionen hat sich in den letzten Jahren vieles entwickelt, es wurde und wird viel diskutiert. So stellt sich die Frage, welche solide wissenschaftliche Evidenz uns derzeit für Entscheidungsfindungen zur Verfügung steht. Das „Academy of Breastfeeding Medicine Position Statement“ zeigt den Mangel an qualitativ hochwertigen, evidenzbasierten Studien einschließ-

lich randomisierter kontrollierter Studien und Längsschnittdaten zum Thema „Kurzes Zungenband“ auf.

Viel Neues hat sich in den letzten beiden Jahren leider noch nicht getan, ich möchte hier nur einige wenige Punkte herausheben.

Evidenzlage zu Diagnosefindung

Es gibt eine Reihe von Tools, welche die Einschätzung eines zu kurzen Zungenbandes ermöglichen sollten. Zum Beispiel: ATLFF von Hazelbaker; BTAT und TABBY von Ingram et al.; NTST und LFPI von Martinelli und Marchesan; FDTBD/FDRBD von Dobrich; Multifaktorielles Beurteilungskonzept mit ZB.TOOL ATLFF; Gewichtskurve von Guóth Gumberger & Karall. Leider zeigen die meisten Tools nur einen Teilbereich des Gesamtbildes und/oder es liegen keine oder zu geringe Nachweise über die Validität dieser Tools vor. Das von Kotlow vorgeschlagene Klassifizierungssystem für kurze Lippenbänder scheint gar keine Vorhersage im Hinblick auf die Schwere möglicher Stillschwierigkeiten zu ermöglichen. Auf jeden Fall betont die „Academy of Breastfeeding Medicine“ (ABM) die Notwendigkeit der sorgfältigen Stillevaluation, Stillberatung und die Berücksichtigung von Differenzialdiagnosen, bevor an die Behandlung eines einschränkenden Bandes gedacht wird.

Evidenzlage zur Behandlung von kurzen Zungenbändern

Die meisten Behandler:innen erklären, dass die Erfahrung und Kompetenz des/der Durchführenden wichtiger sind als die gewählte Methode. ABM betont, dass ein minimalinvasiver Eingriff Ziel sein soll. Dabei soll das Frenulum so effektiv durchgetrennt werden, dass die Bewegungs-

einschränkung der Zunge so weit gelöst wird, dass ein effektives und gutes Stillen möglich wird. Der Einsatz der Schere zur Behandlung eines „klassischen Zungenbändchens“ wird von ABM als Goldstandard beschrieben, nicht zuletzt deshalb, weil es damit schon lange Erfahrungen gibt. Auch die Methoden der Behandlung mit Skalpell, Elektro-Kauterisation und Laser werden erwähnt.

Laut ABM gibt es allerdings keine veröffentlichten Studien, die den Einsatz der unterschiedlichen Methoden miteinander vergleichen. Es wird jedoch auf Tierstudien hingewiesen, die zeigen, dass Schnittwunden mit kaltem Stahl in der Mundschleimhaut schneller verheilen als ein mit einem Diodenlaser behandeltes Gewebe. Bei der Internetsuche konnte eine Studie verifiziert werden, die eine chirurgische Trennung versus Lasertrennung beschreibt. Da diese Studie allerdings Kinder im Alter von 8–12 Jahren untersuchte und bei der chirurgischen Trennung ein größerer Eingriff (der Schnitt wurde mit mehreren Nähten versorgt) durchgeführt wurde, ist diese Studie für unsere Zwecke leider überhaupt nicht aussagekräftig.

Evidenzlage Lippenband

Es gab keine Korrelation zwischen dem Grad des Lippenbandes und möglichen Stillschwierigkeiten, Mammillenschmerzen oder Andockproblemen. Außerdem scheint es auch keinen Zusammenhang zwischen einem kurzen Zungenband und dem Auftreten eines kurzen Lippenbandes zu geben.

Bislang scheint es laut Weissmann und Dubester keine Rechtfertigung für eine routinemäßige Trennung des oberen Lippenbands bei Säuglingen mit Saugschwierigkeiten zu geben. Sie fordern weitere Forschung von

einzigartiges Arbeitsmaterial für die Geburts- & Stillberatung



tunellageschenkeallerlei.at

Die ATP beschreibt 4 Level der Wund - Nachsorge:

Level 1 - Kein Eingriff, das Baby wird wie gewohnt gestillt bzw. gefüttert. Außer Beobachtung auf Blutungen oder Anzeichen einer Infektion werden keine weiteren Maßnahmen ergriffen.

Level 2 - Das Baby wird wie gewohnt gestillt bzw. gefüttert und die Eltern werden ermutigt, mit dem Baby „Zungenübungen“ zu machen. Z.B.: Das Baby, an einem sauberen Finger saugen lassen und den Finger in einem „Tauziehen“ langsam zurückzuziehen; mit einem sauberen Finger über das untere Zahnfleisch des Babys fahren, um seitliche Zungenbewegungen zu fördern; dem Baby die Zunge entgegenstrecken, um das Baby zu ermutigen, die Aktion nachzuahmen.

Level 3 - Ermutigung des Kindes zum „Zungenheben“ (mit einem oder zwei Finger unter der Zunge des Babys wird die Zunge weit nach oben gehoben, um die Wundstelle zu dehnen; die Fingerspitzen sind links und rechts der Wunde), oder es wird beim schlafenden Baby das Kinn des Babys nach unten gezogen, wodurch die Wunde gedehnt wird. Das Berühren der Wundstelle selbst wird nicht empfohlen.

Level 4 - Aktives Wundmanagement (AWM) oder disruptives Wundmassage/Management (DWM). Dazu gehört die Verwendung eines oder mehrerer sauberer Finger in einer streichenden, reibenden oder kreisenden Bewegung (Massage) über die offene Wundstelle. Manchmal wird die Wunde zusätzlich gedehnt oder geöffnet.

Laut ATP gibt es derzeit gibt es keine veröffentlichten Beweise dafür, welche dieser Level eine optimale Heilung erzielen und so die Notwendigkeit eines zweiten Eingriffes vermeiden kann. Vor diesem Hintergrund unterstützt die ATP die routinemäßige Nachsorge bis Level 2, wobei ATP die tatsächliche Anwendung der behandelnden Person überlässt, dabei aber deutlich betont: Der /die

Praktiker:in soll vor allem „keinen Schaden anrichten“.

Hingegen betont ABM, dass eine klinische Nachsorge unerlässlich sei, wobei der Arzt die Wirksamkeit des Eingriffes überprüfen und unerwünschte Ereignisse wie Blutungen, anhaltende Schmerzen, Infektionen an der Einschnittsstelle und/oder orale Abneigung des Säuglings oder Stillstreik dokumentieren soll. Des Weiteren soll Stillberatung zur Verfügung gestellt werden, wenn die Mutter und das Kind solche zu diesem Zeitpunkt benötigen. Auch ABM betont, dass Belege für die Anwendung manueller Manipulationen oder Dehnungen nach dem Eingriff fehlen.

Andrea Hemmelmayr, IBCLC

IBLCE; Verhaltenskodex für IBCLCs; aktualisiert 2015
https://flexikon.doccheck.com/de/Evidenzbasierte_Medizin
 (Zugriff 20.3.2024)

Academy of Breastfeeding Medicine Position Statement on Ankyloglossia in Breastfeeding Dyads; BREASTFEEDING MEDICINE Volume 16, Number 4, 2021 * Mary Ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089/bfm.2021.29179.ylf

Nakhsh R, Wasserteil N, Mimouni FB, Kasirer YM, Hammerman C, Bin-Nun A. Upper Lip Tie and Breastfeeding: A Systematic Review. Breastfeed Med. 2019 Mar;14(2):83-87. doi: 10.1089/bfm.2018.29179.ylf

Academy of Breastfeeding Medicine Position Statement on Ankyloglossia in Breastfeeding Dyads; BREASTFEEDING MEDICINE Volume 16, Number 4, 2021 * Mary Ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089/bfm.2021.29179.ylf

Tancredi S, De Angelis P, Marra M, Lopez MA, Manicone PF, Passarelli PC, Romeo A, Grassi R, D'Addona A. Clinical Comparison of Diode Laser Assisted „v-Shape Frenectomy“ and Conventional Surgical Method as Treatment of Ankyloglossia. Healthcare (Basel). 2022 Jan 4;10(1):89. doi: 10.3390/healthcare10010089. PMID: 35052254; PMCID: PMC8775129.

Shah S, Allen P, Walker R, Rosen-Carole C, McKenna Benoit MK. Upper Lip Tie: Anatomy, Effect on Breastfeeding, and Correlation With Ankyloglossia. Laryngoscope. 2021 May;131(5):E1701-E1706. doi: 10.1002/lary.29140. Epub 2020 Oct 2. PMID: 33006413.

Weissmann Gina, Yael Dubster David, Das obere Lippenband und seine Auswirkungen auf das Stillen, Laktation und Stillen Ausgabe 2019/3 S. 31

Messner AH, Walsh J, Rosenfeld RM, Schwartz SR, Ishmann SL, Baldassari C, Brietzke SE, Darrow DH, Goldstein N, Levi J, Meyer AK, Parikh S, Simons JP, Wohl DL, Lambie E, Satterfield L. Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020 May; 162(5):597-611

Association of Tongue Tie Practitioners; Position Statement Routine After Care and Wound Management following Infant Frenulotomy; April 2022

Wir freuen uns über Artikel, Themenvorschläge und Termininfos aus allen Bundesländern: Mail an: redaktion@stillen.at Nächster Redaktionsschluss: 17.06.2024

Aktuelles

aus der Welt des Stillens

Regionaltreffen des VSLÖ

Die Regionaltreffen des VSLÖ bieten eine wunderbare und einfache Möglichkeit für Vernetzung, Austausch und Fortbildung. Gleichzeitig kann man durch die Teilnahme einfach und unkompliziert Cerps sammeln. Für Mitglieder des VSLÖ sind diese Treffen kostenlos, der Verband übernimmt die anfallenden Kosten für die Cerps! IBCLCs, welche nicht Mitglied beim VSLÖ sind und ebenfalls Cerps bei den Regionaltreffen sammeln wollen, zahlen einen Beitrag von 6 Euro pro Stunde bzw. Cerp.

Grundsätzlich wird pro Fortbildungsstunde ein Cerp vergeben. Wenn eine IBCLC einen Vortrag vorbereitet und im Rahmen des Treffens hält, bekommt sie sogar 2 Cerps pro Stunde.

Üblicherweise finden die Treffen, welche meist rund 2 Stunden dauern, vor Ort statt, manchmal gibt es auch Onlinemeetings. Damit die Anfahrt für die IBCLCs nicht zu lange wird, werden Regionaltreffen in einigen Regionen auch an wechselnden Orten abgehalten, um so möglichst viele Kolleg:innen zu erreichen.

Aktuell werden nicht alle Gebiete in Österreich gut abgedeckt und wir freuen uns, wenn sich Kolleg:innen finden, welche ebenfalls Regionaltreffen anbieten möchten. Für Informationen bezüglich der Verpflichtungen, aber natürlich auch der Vergünstigungen einer Regionalleiter:in wendet euch bitte an die Regionalkoordinatorin Ingrid Kruttner, regionalkoordinatorin@stillen.at oder telefonisch 0664/642 31 58.

Für alle aktuellen Termine und Anmeldung zu den Treffen bitte einfach Kontakt mit der jeweiligen Regionalleiterin aufnehmen, damit ihr in ihren Verteiler aufgenommen werdet.

Regionalleiterinnen des VSLÖ 2024

Burgenland - südliches Nord und Mitte:

Fischer Dominique, RTBurgenland@stillen.at

Kärnten: Lea Bilic, RTKaerntenOst@stillen.at

NÖ Nord: Natalie Weinbauer und Petra Mahr, RTNoeNord@stillen.at

NÖ Süd: Brigitta Weidlich, RTNoeSued@stillen.at

OÖ - Wels: Christina Sammer, RTOberoesterreich@stillen.at

OÖ Nord: Verena Burgstaller und Sandra Höpfe, RTOberoesterreichnord@stillen.at

OÖ - Salzkammergut:

Angelika Attwenger, RTSalzkammergut@stillen.at

Salzburg: Teresa Garzuly-Rieser, RTSalzburg@stillen.at

Steiermark - Region Murtal/Hochsteiermark:

Elena Liebminger, RTSteiermark@stillen.at

Tirol: Isabelle Dietrich, RTTirol@stillen.at

Tirol - Ausserfern: Angelika Lederle, RTAusserfern@stillen.at

Tirol - Osttirol: DKKS Barbara Bachmann, RTosttirol@stillen.at

Vorarlberg: Katharina Keckeis, RTVorarlberg@stillen.at

Wien: Corina Zaloha, RTWien@stillen.at



Was gibt es Neues?

Die Regionalgruppe „Salzkammergut“ stellt sich vor

„Damit Stillen noch besser gelingt“ - unter diesem Motto haben sich die Still- und Laktationsberaterinnen IBCLC des Bezirks Vöcklabruck (Oberösterreich) in den letzten Monaten intensiv für (werdende) Eltern vernetzt.

Auch wenn sich einige der Stillberaterinnen im Bezirk schon jahrelang kannten, wurde am 21.3.2023, also vor gut einem Jahr, ein erstes Vernetzungstreffen von IBCLC Lena Hüttmaier initiiert. Ihr Ziel war es, die Expertise jeder einzelnen Kollegin zu bündeln und den Eltern unser Angebot bekannt zu machen. Mit ehrenamtlicher Mithilfe einer Fotografin und eines Grafikers konnte die Idee eines Werbeposters umgesetzt werden, auf dem sich die im Bezirk freiberuflich tätigen IBCLCs präsentieren.

Die Energie, die in die Umsetzung dieses Projekts investiert wurde, konnte Anfang des heurigen Jahres sichtbar gemacht werden. So findet sich unser Plakat unter anderem in jedem Patientenzimmer der geburtshilflichen Station des Salzkammergutklinikums Vöcklabruck. Wir erreichen dadurch nahezu jede Familie im Bezirk und gleichzeitig haben die Eltern ein Bild von den Menschen, an die sie sich bei Bedarf wenden können.

Besonders erfreulich ist es, dass sich alle Gemeinden des Bezirks dazu bereit erklärt haben, unsere Initiative zu unterstützen. Die Familienmappen, die die Gemeinden den Eltern zur Geburt ihres Kindes aushändigen, beinhalten ab sofort die Kontaktdaten jener IBCLCs, die auch freiberuflich in der Stillberatung tätig sind.

Durch unsere unterschiedlichen medizinischen Grundberufe (Pflege, Logopädie, Diätologie) sowie Zusatzausbildungen und Spezialisierungen (z.B. Diabetesberatung, Schlafberatung, Traumaberatung, formulaernährte Säuglinge ...) können wir voneinander sehr profitieren, Fallbeispiele ganzheitlich besprechen sowie ein fächerübergreifendes Netz bieten, in dem die neu gewordenen Eltern mit ihrem Kind aufgefangen und in ihrem Elternsein bestärkt werden.

Durch die intensive Vorarbeit und die entstandene Vernetzung war die Gründung einer Regionalgruppe naheliegend. Angelika Attwenger hat sich bereit erklärt, die Funktion der Regionalleiterin „Salzkammergut“ des VSLÖ zu übernehmen und regelmäßige Regionaltreffen zu organisieren. Wir freuen uns sehr auf den regelmäßig stattfindenden Austausch.



Michaela Achleitner, IBCLC und Monika Staude-Großbrück, IBCLC

EISL-Fachtagung in Innsbruck

Nach längerer Pause findet am 13. Juni 2024 im Haus der Begegnung in Innsbruck wieder eine Fachtagung zum Thema: „**Stillende und ihre Familien stärken – trotz aller Widerigkeiten.**“ Sie haben die Möglichkeit Kolleg:innen zu treffen, gemeinsam Wissen aufzufrischen und sich persönlich auszutauschen. Und Sie können wieder viel Motivation und Wissen mit nach Hause nehmen.

Eine kleine **Themenübersicht:** Zuerst werden wir mitgenommen in die Evolutionsbiologie, die zeigt, dass Frauen und Babys die **Kompetenz** haben so lange zu stillen, wie es für beide passt. Wie können wir als Betreuende diese Kompetenz unterstützen und Mütter bestärken? Spannend wird auch der Vortrag über die **Gewichtsentwicklung nach Sectio**, die sich allein durch den Geburtsmodus anders gestaltet als bei vaginal geborenen Babys. Alle sprechen mit, wenn Babys geboren werden – gefragt oder oft auch ungefragt. Die meisten machen die Erfahrung, dass dies nicht hilfreich ist, sondern eher verunsichert. Da ist es wichtig zu wissen, wie wir diesen Weg **als Expert:innen begleiten** können. Dann wird es ganz praktisch – das **Stillhütchen** – viel zu häufig eingesetzt, oft verteuelt, dann auch wieder in manchen Situationen hilfreich. Was gibt es dazu zu wissen? Und wenn **Zufütterung** wirklich nötig ist, stellt sich oft die Frage, was in der jeweiligen Situation das Bestmögliche ist: Muttermilch, Frauenmilch oder doch Baby-

nahrung? Zusätzlich brauchen wir das Wissen, wie und womit wir die Nahrung am besten zufüttern. Was ist für den Alltag hilfreich und praktikabel? Wenn das Ziel der Mutter ist, wieder zum vollen Stillen zurück zu kommen, dann ist das oft ein langer Weg, der häufig nach der Entlassung aus dem Krankenhaus einer guten Begleitung von Expert:innen bedarf.

Es können 6 CERPs aus verschiedenen Kategorien verdient werden. Melden Sie sich bald über die Homepage **www.stillen-institut.com** an, wir freuen uns auf Sie!

Isolde Seiringer, IBCLC

Meldungen

Rezertifizierung – Update: Den Beitrag über die Neuerungen bei der Rezertifizierung gibt es in der nächsten Ausgabe und auf www.stillen.at unter Aktuelles/Beiträge.

Schnuller und Sauger: Eine Zusammenfassung des Vortrages „Myofunktionale Anforderungen an Schnuller und Flaschensauger – Auswirkungen logopädischer Art“ von Carina Mikula, IBCLC und Logopädin aus Wien haben wir bereits einmal abgedruckt und ist nachzulesen in der Ausgabe Herbst 2023 der VSLÖnews.

VSLÖ goes Video: Es ist so weit ... Am 18.04.2024 feierten wir, vom VSLÖ, die Video Release Party unserer Lehrvideoreihe „Richtig stillen von Anfang an“. Seit diesem Tag um 17:30 ist es online! Wir freuen uns über den gelungenen Beitrag zur Stillförderung in Österreich.



VSLÖ

06.06.2024 abends, VSLÖ-Webinar
„Lange Nacht des Stillens“
18. – 19.10.2024, Stillfachtagung Salzburg
November 2024, Webinar
„Basisschulung – Kurzes Zungenband“



Angebote des Europäischen Institutes für Stillen und Laktation:

Basisseminare ÖSTERREICH

Stillbeginn Wien: 24. – 27.06.2024 (Warteliste)
Stillzeit Wien: Teil 1: 09. – 11.10.2024, Teil 2: 13. – 15.11.2024 (Warteliste)

Stillwissen online für Ärzt:innen (1-tägig) 06.04.2024

Seminarreihe INTENSIV – Qualifikation für IBCLC Österreich

Seminarreihe INTENSIV Wien-Gröbming 2024/2025 (Warteliste)
Seminarreihe INTENSIV Innsbruck 2024/2025 (Warteliste)

Fachtagung Innsbruck

13.06.2024, Haus der Begegnung

WebSeminare

13.05.2024: Pharmakologie & Toxikologie
10.06.2024: Das Mastitis-Spektrum – ein Thema in der Stillberatung (Wiederholung)

Brush-Up Kurse Österreich

Gröbming (Ö): 07.-08.05.2024 (ausgebucht- Warteliste)
Online: 05.-06.09.2024 (ausgebucht – Warteliste)

Teamschulung für Kliniken

Aktuell, evidenzbasiert, praxisorientiert, motivierend, mit nachhaltigem Lernerfolg
nach Bedarf: Ein-/Mehrtägig, BFHI-Schulung, Ärzt:innen-Schulung, ...
Anmeldung & Information für Klinikschulungen:
Eli Candussi, IBCLC, Tel. +43(0)650 96 76 781,
eli.candussi@stillen-institut.com

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

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,
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 Autor:innen zu redigieren und zu kürzen. Namentlich gekennzeichnete Artikel spiegeln nicht zwingend die Meinung der Redaktion wider. Satz- und Druckfehler vorbehalten!