

Schmerzmittel bei Geburt: Folgen für Stillen und Stilldauer



PDA hat auch Einfluss auf das Stillen.

Foto: Kussmann

Brigitte Benkert, IBCLC und Pflegeexpertin aus der Schweiz hat die Ergebnisse ihrer Literaturrecherche im Zuge ihrer Bachelorthesis bei der Fachtagung Stillen in Innsbruck 2012 vorgestellt.

Gebären beeinflusst die Mutter und das Ungeborene. Frauen berichten, dass „der Geburtsprozess sie ergreift, nicht aufhaltbar und mit vorher nicht vorstellbaren Schmerzen verbunden ist“. Der Fetus erlebt die unaufhaltsame „Naturgewalt eines Prozesses“. Er muss irgendwie durch. Jede Frau erlebt Schmerz subjektiv, immer

löst er Reaktionen aus bei Mutter und Kind. Auf jeden Fall wird der Geburtsschmerz sehr häufig (von 34% der befragten Frauen) auf der Stufe 5 (Skala 0-5) eingestuft. (Melzack & Katz, 1999, p 337-351)

Daher ist das Bedürfnis, Geburtsschmerzen medikamentös zu lindern, bereits seit der Antike ein zentrales Thema. War es damals Opium, das den Frauen gegeben wurde, so war es später Morphium, ab 1939 wurde Pethidin am häufigsten verwendet. Heute verdrängt die EDA (PDA) - Lokalanästhetika kombiniert mit Opioiden die im und iv Gaben von Pethidin.

Das Nervensystem

Das zentrale Nervensystem arbeitet bewusst, willkürlich, gibt schnell Informationen weiter. Das Kerngebiet ist der Hirnstamm. Davon gesteuert sind z.B. saugen, schlucken, atmen.

Das Vegetative Nervensystem wird durch den Sympathikus und den Parasympathikus gesteuert. Dieses Nervensystem kontrolliert und steuert z.B. Herz-Kreislauf, Atmung, Verdauung, Stoffwechsel, Ausscheidung, Wärme und Energiehaushalt in Zusammenarbeit mit Hormonen. Es wird kontrolliert über den Hypothalamus und den Hirnstamm. Es steuert

außerdem Gedächtnis und Emotionen. Aufgaben des Hypothalamus und der Hypophyse sind, Oxytocin und Prolaktin freizusetzen, die soziale Interaktion und Beziehung von Mutter und Kind zu steuern und die Regulation der Körpertemperatur.

Eine Epidurale Anästhesie (EDA = PDA) ist eine rückenmarksnahe Injektion von Opioiden und Lokalanästhetika in den lumbalen Epiduralraum. Die Opiode bewirken die Ausschaltung der Schmerzweiterleitung durch Bindung an Rezeptoren, die aber für körpereigene Opiate wie z.B. Endorphine vorgesehen wären, und das Lokalanästhetikum hemmt die Reizbildung und Reizleitung. Als künstliche Opiode werden häufig Morphin, Pethidin, Fentanyl und Sufentanyl verwendet, als Lokalanästhetikum zum Zeitpunkt der Literaturrecherche 2007/2008 Bupivacain.

Opiode und der Geburtsverlauf

Das physiologische Stresshormon ist Beta-Endorphin, es wirkt schmerzlindernd und euphorisierend. Katecholamine, die ebenfalls beim Stress der Geburt ausgeschüttet werden, geben Energie zum Herauspressen und lassen die Mutter responsiv auf das Neugeborene reagieren. Künstliche Opiode besetzen die Rezeptoren, verhindern somit die Andockmöglichkeit der natürlichen Opiate und können damit den Geburtsverlauf sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. Die Albuminbindungsfähigkeit wird ebenso verringert.

Da diese Medikamente fettlöslich und plazentagängig sind, gelangen sie kurz nach der Verabreichung auch in den fetalen Kreislauf. Wie sich dies auswirkt, hat Frau Benkert in 19 Studien eruiert, die alle mit gesunden Schwangeren und gesunden Kindern nach vaginaler Spontangeburt mit Gabe von Opioiden epidural – intrapartal gemacht worden sind.



VSLÖ - Informationen

- VSLÖ - der Verband der geprüften Still- und LaktationsberaterInnen Österreichs IBCLC
 - Wir bieten Aus- und Fortbildung, Fachwissen und fundierte Beratung zum Thema Stillen
 - Wir setzen uns für die Anerkennung und Honorierung von Stillberatung im Gesundheitswesen ein
- Kontakt:** VSLÖ, Lindenstr. 20, 2362 Biedermansdorf, Tel. & Fax: 02236/72336;
 E-mail: info@stillen.at

Liebe LeserInnen!

In dieser Ausgabe geht es um Themen, die bei der gut besuchten VSLÖ Fachfortbildung in Innsbruck im Mittelpunkt standen. Ein Schwerpunkt war dort die nach wie vor aktuelle Thematik rund um Sectio und Bonding. Leider werden die wirklich guten Projekte, die es in diesem Feld gibt, zu wenig wahrgenommen sowie ihre guten Ansätze implementiert. Ein wichtiges Anliegen des VSLÖ ist, dass professionelles Stillmanagement gerade auch rund um Sectio-Geburten eine Selbstverständlichkeit ist. Dabei würde das Thema Bonding natürlich eine zentrale Rolle spielen. Denn diese wichtige Nähe ist ein zentraler Erfolgsfaktor für gelungene Stillbeziehungen. Wichtig ist mir dazu - auch in Bezug auf einen kürzlich erschienen Standardartikel (s. S. 8) zu betonen, dass es auf keinen Fall darum geht, Druck auf Eltern auszuüben, sondern ihnen eine einfühlsame, situationsgerechte und professionelle Unterstützung anzubieten. Das bedeutet auch, dass es gut vorbereitete und gemeinsam erarbeitete bzw. umgesetzte Stillrichtlinien gibt, die im Betreuungsteam regelmäßig evaluiert werden - eine gute Chance dazu ist die BFHI-Zertifizierung, ebenso ein Thema in diesem Heft. Es ist sehr schade, dass durch teils suboptimal gestaltete Kommunikationsstrategien in Spitälern nicht nur Eltern verunsichert werden sondern auch die Stimmung im Team leidet. Stillen soll eben nicht ein „Weltanschauungsthema“ sein, sondern eine bewusst gewählte Entscheidung, die durch gute Informationen und fachkundige, leicht zugängliche Beratung - gerade auch in als herausfordernd erlebten (Nicht)Still Situationen - unterstützt wird.

Mit herzlichen Grüßen

Eva Bogensperger

Eva Bogensperger, VSLÖ-Präsidentin

Dabei stellt sich klar heraus, dass eine hohe Zufriedenheit bezüglich der Schmerzlinderung besteht. Allerdings wird auch von einer negativen Beeinflussung des Geburtsverlaufes, einer verlängerten 2. Phase der Geburt (steht unter anderem in Zusammenhang mit nicht effizientem Stillen nach der Geburt), erforderlicher Oxytocingabe zur Anregung der Wehen (dies verhindert die Freisetzung von endogenem Oxytocin über den Zeitpunkt der Geburt hinaus.) und häufigem Einsatz von Vakuum und Zange berichtet.

Auswirkungen auf Stillbeginn

Künstliches Oxytocin durchbricht nicht die Blut-Hirn Schranke wie natürliches Oxytocin, was eine verminderte Reaktion und Interaktion und damit weniger Bindungsfähigkeit bewirkt. Außerdem haben Frauen mit EDA ein zu geringes Milchvolumen in den ersten Tagen. Opioide stören auch das Thermoregulationszentrum, in der Folge treten mütterliches Fieber verbunden mit V.a. Infektion mit Antibiotikagabe häufiger auf.

Aber auch die Babys sind beeinträchtigt in Bezug auf Atmung, Wachzustand, Interaktion, Reaktion, Bonding, physiologischer Saugaktivität und effizientem Saugen.

Die Stresshormone bei den Feten sind höher, darum kommt es öfter zum Absetzen von Mekonium. Fieber tritt auch bei den Säuglingen häufiger auf, ebenso neurologische Auffälligkeiten wie hypotone Muskelspannung und dadurch Saug Schwierigkeiten. Beim ersten Stillen ist die Saug- und Suchfrequenz vermindert, die Saug-

koordination beeinträchtigt, damit ein effizientes Stillen kaum möglich, was häufig eine Zugabe von Nahrung nach sich zieht. Ebenso sind eine verminderte Interaktion und instabile Körpertemperatur zu beobachten.

Während die Auswirkungen von Fentanyl sich abhängig von der Dosis und dem Zeitpunkt der Verabreichung negativ auf das Stillen und die Stilldauer auswirkt, zeigen die Resultate aus zwei randomisiert kontrollierten Studien, dass eine sogenannte Ultra-Low-Dose EDA das Verhalten des Neugeborenen nach der Geburt, sowie das Stillverhalten nicht beeinträchtigt.

Opioide (Morphium, Fentanyl, Sufentanyl) beeinflussen die Freisetzung des Oxytocins und damit auch die Milchbildung und in der Folge die Gewichtsentwicklung. Weitere Studien berichten in Folge dessen von einem frühen Zufüttern und damit verbunden einer früheren Abstillrate. Das verminderte Milchvolumen und gleichzeitig die beeinträchtigte Bindungsfähigkeit von Albumin verminderten die Bilirubinausscheidung und begünstigt die Entwicklung eines Neugeborenenikterus. Um dies auszugleichen bedarf es ungleich mehr Einsatz des Fachpersonals mit sehr vielen Unterstützungsmöglichkeiten, um trotz EDA einen guten Stillbeginn und ausschließliches Stillen zu ermöglichen. Es gibt Studien, die darauf hinweisen, dass sich durch die Begleitung und Unterstützung der Mütter durch eine Still- und Laktationsberaterin IBCLC anfängliche Stillschwierigkeiten bis zum Austritt kompensieren lassen und Mutter und Kind erfolgreich stillen.

Isolde Seiringer



Gerade rund um den Einsatz von PDA ist Stillberatung wichtig. Bild: VSLÖ K.Grabherr

Aktuelle Studie zu Bonding nach Sectio

Unter der Leitung von OÄ Frau Dr. Angela Ramoni und ihrer Mitarbeiterin Frau Dr. Ingrid Schneitter wird in Innsbruck eine Studie zum Thema „Der Einfluss des medizinischen Settings bei primärer Sectio im Vergleich zur Spontangeburt auf den Beziehungsaufbau zum Kind, postpartale Depression und Schmerzempfinden“ durchgeführt

Die derzeitige Routine in der Univ. Klinik in Innsbruck ist ähnlich wie in den meisten anderen Kliniken Österreichs - die Babys werden nach der Sectio den Müttern nur kurz gezeigt und erst nach der Wundversorgung der Mutter und der Erstversorgung des Babys können die beiden intensiv Kontakt miteinander aufnehmen. Dadurch geht wertvolle Zeit verloren, was den Bindungsaufbau verzögern kann, wie durch zahlreiche Studien mittlerweile bewiesen ist.

Zwischen Mutter und Kind gibt es bereits vor der Geburt eine Art Kommunikation und Interaktion. Um diese Einstimmungsphase nicht zu unterbrechen, ist ein rascher körperlicher Kontakt nach der Geburt notwendig. In einer Studie von Dr. G. Huber (2006) wurde der Unterschied im Erleben von Geburt und Bonding bei Frauen nach einer Re-Sectio versus Spontangeburt nach Sectio untersucht. Die Frauen, welche sich für eine Spontangeburt nach der Sectio entschieden hatten waren zufriedener und hatten signifikant weniger Probleme beim Bindungsaufbau als die Frauen, die wieder eine Sectio hatten.

Tiere nehmen nach einer Sectio ihr Junges nicht an. Beim Menschen ist der Bindungsaufbau ein Prozess, darum ist die Situation nicht so dramatisch, trotzdem hat die Art der Geburt und die ersten Erfahrungen im Kontaktaufbau Einfluss auf die frühe Bindungserfahrung. Vergleiche mit Steinzeitkulturen ergaben, dass Säuglinge dort konstanten Körperkontakt und konstantes Tragen in aufrechter Haltung, kontinuierliche Fütterung und höhere Verantwortlichkeit erfahren als unsere Babys. Auch unsere Babys haben dieselben Bedürfnisse wie die Steinzeitkinder, diese werden

aber weniger erfüllt, weswegen ein „sich-gegenseitiges-Einschwingen“ viel schwieriger ist. Umso wichtiger ist der Start ins neue Leben, gerade auch bei Sectio. Die Hormonlage nach Sectio ist sowohl bei der Mutter als auch beim Baby anders als nach einer Spontangeburt, was Auswirkung auf die Wachheit, das Stresserleben und die Aufmerksamkeit des Babys gleich nach der Geburt hat und dadurch das Bonding erschwert. Es ist nun Ziel in Innsbruck Möglichkeiten zu schaffen, um einen guten Bindungsaufbau zu ermöglichen.

Ebenso wird davon ausgegangen, dass depressive Symptome in den ersten Tagen, die nach einer Sectio häufiger auftreten, durch einen frühen Mutter-Kind-Kontakt minimiert werden können. Das Gefühl des Kontrollverlustes und der Hilflosigkeit, welches oft der Grund für depressive Symptomatik ist, kann durch Körperkontakt mit dem Kind minimiert werden.

In der oben erwähnten Studie von Dr. G. Huber konnte auch gezeigt werden, dass Frauen nach einer Re-Sectio der Entlassung mit viel mehr Sorge entgegen sahen als die Frauen nach einer Spontanentbindung. Wesentlicher Grund dafür war das Schmerzempfinden.

Ziele der Untersuchung:

Primärziel ist herauszufinden, ob der Wirkfaktor „sofortiger Haut-

kontakt des Säuglings zur Mutter nach einer primären Sectio“ die Bondingbereitschaft erhöht. Es soll das Betreuungsangebot nach einer geplanten Sectio verbessert werden, um so Mutter und Kind einen besseren Start zu ermöglichen.

Sekundäres Ziel ist die Überprüfung der Hypothese, dass Mütter, die noch während der Wundversorgung Hautkontakt zu ihrem Baby haben, subjektiv weniger Schmerzen empfinden und weniger Schmerzmedikation benötigen. Die möglichen Unterschiede auf die Entstehung einer pp Depression sollen ebenfalls untersucht werden.

Dazu werden drei Gruppen von jeweils 110 Frauen erfasst: jeweils 110 nach aktuellem Modus, 110 mit sofortigem Hautkontakt und 110 Frauen, welche spontan gebären. Die Untersuchung wird sich über 28 Monate erstrecken, Beginn ist sofort nach der Genehmigung der Ethikkommission. Die Einteilung der Sectiogruppen erfolgt durch Randomisierung.

Die Studie wird mit deutschsprachigen gesunden Frauen zwischen 25 und 40 Jahren und gesunden Kindern gemacht.

Es ist zu hoffen, dass die Studienergebnisse in der Folge ein rasches Umsetzen des Bondings nach Sectio in den Österreichischen Kliniken nach sich ziehen werden.

Isolde Seiringer



Guten Bindungsaufbau besonders nach Sectio aktiv unterstützen. Foto: G.Kussmann

Bonding nach Sectio - vorbildliches Projekt aus Stuttgart

Die Mutter-Kind-Bindung ist die erste und stärkste Bindung im Leben und Grundlage für alle weiteren Bindungen danach. (Bindungstheorie nach J. Bowlby/ Sir Richard Bowlby) Wann diese beginnt und wie sie von Beginn an gestärkt werden kann, zeigen einige Studien.

So sagt bereits 1998 Zimmer, dass schon in der Schwangerschaft das Bindungsband zwischen Mutter und Kind geknüpft wird. Beim Geburtsprozess selber ist eine Begleitung durch den Partner oder eine Doula eine wichtige Voraussetzung für die liebevolle Annahme des Kindes. (Ph. Klaus, Kennell 2002) Ebenso hat Klaus 2003 veröffentlicht, dass die erste Stunde nach der Geburt eine sehr sensible Phase für den Aufbau der Mutter-Kind-Bindung darstellt. Nach Grossmann und Grossmann 2002 ist die Qualität der Mutter-Kind-Bindung eine andere als die der Vater-Kind-Bindung, auch für den Aufbau der Stillbeziehung ist die Bindung zur Mutter natürlich im Vordergrund. Die Natur sichert durch die Ausschüttung von Oxytocin dieses Bindungsgeschehen ab.

Aus diesem Grund sollte immer mehr auch bei den vermehrt auftretenden Kaiserschnitten (Rate lag in Österreich 2010 bei 29%) Tendenz steigend – das Ziel entsprechend bei der vaginalen Geburt sein, eine sichere, starke Bindung zu ermöglichen, die Kommunikation bzw. Interaktion zu stärken („Intuitive Elternschaft“ Papousek) und damit die soziale

Kompetenz zu fördern. Grundlagen dazu sind, die Signale zu erkennen, zu verstehen und die Möglichkeit zu bieten, sie sofort beantworten zu können.

Neue Erkenntnisse aus der Epigenetik

Es gibt epigenetische Effekte über die Methylierung der DNA, diese werden durch den Geburtsstress beeinflusst. Studien belegen bereits, dass Kinder nach Sectio häufiger Atemwegsstörungen, Allergien und Typ 1 Diabetes Mellitus entwickeln.

Darum gilt, den Stress durch Hautkontakt, Bonding und Stillen zu minimieren, denn diese beeinflussen die Genschalter (sie werden rückgeschaltet) und vermindern diese Risiken. Bindung hat dadurch auch Einfluss auf das Lernen, sie ist unsere Lebensmotivation.

Bindungsaufbau ist also nicht nur „etwas Nettes“, sondern eine notwendige Grundlage des Lebens.

Realität Sectio

Bei den häufig durchgeführten routinemäßigen Sectiones oder den Wunschkaiserschnitten werden die hochsensiblen psychischen Vorgänge den privaten und betriebswirtschaftlichen Interessen untergeordnet (F. Ruppert, 2007) Wie soll Bindungsaufbau bei Sectio, wo die Dominanz des medizinischen Krankheitsmodells bereits in der Schwangerschaft und bei der Geburt so hoch sind (Einfluss des medizinischen Personals, Technik, Medikamente, Lärm, grelles Licht) passieren können? Dr. med.

Gabriele Kussmann, Gynäkologin und IBCLC in der St. Anna Klinik in Stuttgart, hat das Modell, wie Bonding direkt nach Sectio noch im OP geschehen kann, bei der Fachtagung Stillen in Innsbruck 2012 vorgestellt.

Die Fragen, die sich Ihr und dem Personal gestellt haben waren:

Welche Einflüsse können wir verändern?

Angst erzeugt Stresshormone und Katecholamine, diese bremsen die Wehentätigkeit. Eine gute Aufklärung vor und auch während der Geburt vermindert Angst.

Medikamente haben Einfluss auf die Ausschüttung von Oxytocin und damit auf den Bindungsaufbau. Deswegen werden regionale Anästhesieverfahren in Kombination mit Lokalanästhetika bevorzugt. Die PDA ist die sicherste und effektivste medikamentöse Intervention zur Linderung von Geburtsschmerzen, die negativen Auswirkungen auf den Stillbeginn können durch frühes und häufiges Bonding vermindert werden.

Kälte, Licht, Metallrahmen sind alles Einflüsse, die verändert werden können

Wie gehen wir mit dem Wissen um die Wichtigkeit der Bindung und der sensiblen Phase postpartum um?

Was können wir tun, um eine möglichst ungestörte Bindung bei medizinisch sicherer Betreuung zu ermöglichen?

Mütter erhalten im OP den Bondinggurt über die Brust (Bodybelt oder Gurt von CT-Untersuchung), der zur Regionalanästhesie und zur Desinfektion nur hochgeschoben wird. Die Elektrodenkleber werden seitlich am Brustkorb und im Schulterbereich platziert. Der Vater oder eine andere Begleitperson ist meist bei der Sectio dabei, auch die Hebamme bleibt in engem Kontakt mit der Frau. Das Kind wird schonend entwickelt (ohne Rahmen, z.B. mit Fritsch-Haken). Es stehen warme OP Tücher zum Abtrocknen und Stimulieren bereit. Abgenabelt wird erst nach dem Abtrocknen, beim Durchtrennen wird ein langer Nabelschnurrest belassen, den der Vater kürzen kann, wenn er mag. Dann kommt das Kind unmittelbar zur Mutter und wird in den Bondinggurt geschoben, bei großem Kind oder wenig Platz vorerst quer, damit es das Operationsfeld nicht behindert, das Licht ist nicht zu hell. Die Babys sind rosig und warm dank des



Auch bei Sectio in engem Kontakt bleiben...

Foto: Ingrid Zittera

Oxytocins. Ein erstes Saugen geschieht manchmal noch während der OP. Die erste Kontaktaufnahme zwischen Mutter und Kind kann passieren ganz ähnlich wie nach einer vaginalen Geburt.

Um die peritonealen Reize zu vermeiden, wird in Stuttgart der Uterus zur Naht (wann immer gefahrlos möglich) in situ belassen.

Der Vater ist die ganze Zeit dabei. Die Mutter wird nach der OP mit dem Kind, das sicher im Gurt geborgen ist, ins Bett umgelagert mithilfe eines Rolltuches, Mutter und Kind bleiben zusammen. Die

postoperative Überwachung geschieht im Kreissaal, das Baby wird nach Absprache von der Mutter, der Hebamme oder dem Anästhesisten überwacht. Wenn nicht medizinisch indiziert, gibt es keine Routinemaßnahmen vor dem ersten Stillen, so bleiben der neuen Familie ca. 2 Stunden Zeit zum ungestörten Kennenlernen. Erst danach werden Mutter und Kind wieder zusammen auf die Wochenstation verlegt.

Falls die Mutter nicht gleich bonden kann, z.B. nach ITN, Notsectio oder Komplikationen, die eine Intensivpflicht

der Mutter nach sich ziehen, bondet der Vater mit seinem Baby. Das Bonding mit der Mutter wird nachgeholt, sobald die Mutter dazu in der Lage ist.

Auch in Stuttgart stehen die Gesundheit von Mutter und Kind natürlich im Vordergrund. Bei allen Überlegungen ist zu bedenken, dass diese in hohem Maße dadurch gefördert wird, dass die Mutter eine starke Bindung entwickelt und sich sicher fühlt, für ihr Kind zu sorgen.

Isolde Seiringer

Rebonding- ein Konzept, das wirkt

Nicht jede Mutter hat die Möglichkeit, die ersten Stunden nach der Geburt mit ihrem Neugeborenen in ungestörtem Hautkontakt zu verbringen. Bei einer notwendigen Trennung ist uns allen klar, wie wichtig Rebonding ist, also das Nachholen des fehlenden Hautkontaktes. Immer wieder spielt Bonding und Hautkontakt aber auch im Wochenbett eine bedeutende Rolle!

In der Babyforschung beschäftigen sich Wissenschaftler und Fachleute schon lange mit dem Thema Bindung und Prägungen. Denken wir nur an die Erkenntnisse im Bereich der Synapsenbildung im kindlichen Nervensystem. Erfahrungen sind für das Neugeborene notwendig, damit das Gehirn diese Kontakte zwischen den Nervenzellen bilden kann. Je mehr Reize die Nervenzellen (Neuronen) bekommen, desto stärkere (bleibende!) Verbindungen entstehen. Umgekehrt verkümmern Neuronen bei Fehlen von Reizen.

Der größte Teil unseres Gehirns bildet sich offenbar nach der Geburt aus. Neugeborene reagieren auf die Umwelt, sie lernen, sie erinnern sich und verstärken damit die vor der Geburt begonnenen Verschaltungen von Neuronen, das heißt, die Ausbildung von Synapsen.

Nachholen oder Fortsetzung?

Das Nachholen von fehlendem oder zu kurzem Hautkontakt spielt auch in der Stillberatung eine entscheidende Rolle. Wir wissen, dass ein gelungener Bindungsaufbau viele Still-



Hautkontakt kann im Wochenbett nachgeholt werden.

Bild: VSLÖ/K. Grabherr

schwierigkeiten verhindern kann. Ob Bonding im Wochenbett nachgeholt werden soll oder einfach nur Fortsetzung für Mutter und Kind bedeutet, spielt eigentlich keine Rolle. Fast alle Mütter (und auch Väter) genießen den Hautkontakt in den ersten Tagen und Wochen sehr. Neben allen bekannten Vorteilen fühlen sich Eltern, die viel Zeit zum Bonding mit ihrem Baby haben, selbstbewusster und kompetenter.

Der Begriff „zu kurz“ im Zusammenhang mit Bonding ist sehr subjektiv und individuell. Auch wir Erwachsene erleben dieses immer wiederkehrende Bedürfnis nach (Haut)Kontakt, wenn wir verliebt sind. Hautkontakt stärkt die Bindung. Bindung schafft Urvertrauen und Sicherheit! Und wer möchte das nicht!

Hautkontakt soll also im Wochenbett, wenn notwendig nachgeholt werden aber auch beliebig fortgesetzt, solange es für alle Beteiligten fein ist. Und bei Stillschwierigkeiten, schreienden oder schläfrigen Kindern oder Erschöpfung der Mutter ist Hautkontakt beim Anlegen und zwischen den Stillmahlzeiten (immer in Zusammenhang mit einem Beratungsgespräch) eine der einfachsten und wirksamsten Maßnahmen, an die wir alle denken sollen!

Bonding beginnt in der Schwangerschaft

Bonding, die Bindung zwischen Mutter und Kind, beginnt in der Schwangerschaft und wird nach der Geburt fortgesetzt. Ungestörter Hautkontakt ist der natürlichste und innig-

ste Weg, dieses Band zu stärken und den Stillbeginn zu ermöglichen.

Frauen und Ungeborene sind bereits in der Schwangerschaft zahlreichen Einflussfaktoren ausgesetzt. Dabei laufen verschiedenste Gefühlsimpulse zwischen Mutter und Kind hin und her.

Alleine das Wort „Pränataldiagnostik“ enthält viele Gefühle. Wenn wir mit Müttern sprechen, können wir einige dieser Gefühle hören.

Auch aus körperpsychotherapeutischer Sicht wird den prä-, peri- und postnatalen Einflüssen eine besonders hohe Bedeutung zugemessen!

Bindungsaufbau braucht Rahmenbedingungen

Hautkontakt ist die Basis für Bonding! Eine Fortsetzung im Wochenbett sollte der normale Weg sein!

Bonding bleibt ein Prozess, der nach hinten offen ist.

Unsere Aufgabe ist es, die Rahmenbedingungen sicherzustellen, die Bonding jederzeit ermöglichen!

Wir alle haben schon sehr viel Stillwissen. Nicht immer ist es hilfreich, auf unser ganzes Wissen zurückzugreifen. Stattdessen kann es sehr erleichternd sein, Raum zu schaffen für die emotionale Seite!

Ein weinendes Baby an der Brust bedeutet für alle Beteiligten enormen Stress! Es kann wirklich erleichternd sein, den so schwierigen Anlegeversuch zu unterbrechen. Versuchen wir, dem Baby zuzuhören! Spätestens jetzt wird das Baby wieder ausgezogen, die Mutter informiert, dass wir das gerne tun würden um es auf ihren Bauch zu legen, weil hier der beste Platz für das Baby ist, um Erlebtes loszuwerden und gleichzeitig Trost zu bekommen.

Kleine Zimmereinheiten oder Familienzimmer bieten optimale Bedingungen. Mit Information und Einfühlbarkeit der Mitpatientinnen und deren Besuchern ist es aber auch sonst gut möglich.

Eventuell hilft ein Schild an der Türe, damit Mütter/Eltern und Babys die (Re)bondingphase so ungestört wie möglich erleben können. Viele Mütter sind dankbar für Hilfestellung beim Ausziehen des Babys. Vor allem, wenn dieses schreit, fühlen sie sich in



Bindungsaufbau braucht fördernde Rahmenbedingungen.

Fotos: VSLÖ/K. Grabherr

den ersten Tagen oft noch unsicher beim Handling.

Weinende Babys und Bonding

Zumindest in den ersten Minuten, besser, solange das Baby weint, braucht die Mutter (Eltern) unbedingt Begleitung! Babys beginnen in der Geborgenheit auf Mamas nacktem Bauch oft zu weinen oder das Weinen wird lauter. Das hilft dem Baby, Erlebtes loszuwerden. Es „erzählt seine Geschichte“. Mit der Information über diesen möglichen Prozess fühlen sich Eltern darauf vorbereitet und es hilft sehr, wenn die Pflegeperson anwesend bleiben kann. Einfühlsames Zuhören und Nachfragen kann Eltern helfen, ihre eigenen Bedürfnisse und Intuitio-

nen zu erkennen. Sie erkennen dann oft, dass sich ihre eigenen Erfahrungen (nach Hautkontakt zB.) mit denen des Kindes decken.

Es ist nicht notwendig, (Re)bonding zeitlich zu begrenzen!

Frauen beginnen nicht selten gemeinsam mit ihrem Baby zu weinen, erzählen uns, wie auch das Baby, was sie erlebt haben, welche Sorgen sie haben oder hatten. Sehr berührende Momente können wir da erleben.

Und die Kinder werden dabei oft ruhig, spüren die Entspannung der Mutter, die diese durch das Weinen und Aussprechen ihrer Ängste bereits erlebt. Trauer, Tränen und in seltenen Fällen auch Wut haben genauso wertfrei Platz wie alle anderen Gefühle. Für diesen Prozess braucht es nicht mehr Zeit als für einen erfolglosen und oft so mühsamen Stillversuch!

Feinfühligkeit und Sensibilität gegenüber Stress ist für unsere Arbeit wichtig!

Uns darf bewusst sein, dass wir einen schweren Job haben, in dem wir auch das Weinen des Babys und das Weinen der Mutter aushalten müssen. Nichtsdestotrotz haben wir auch eine wunderschöne Arbeit. Wir arbeiten mit Eltern und Babys in einer Phase, die für das ganze weitere Leben des Neugeborenen eine Basis sein wird. Wir können durch unsere Haltung und Unterstützung entscheidend dazu beitragen, dass Bindung gefördert wird.

Eva Bogensperger





LilyPadz®

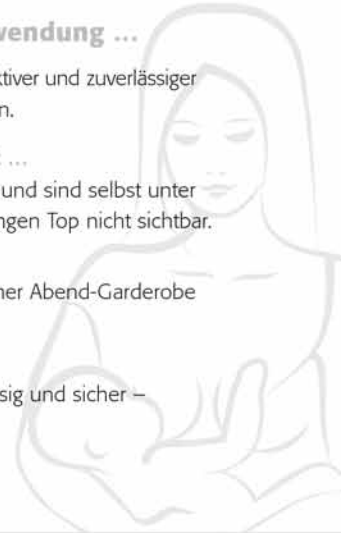

Geniale Stilleinlage für die gesamte Stillperiode!



Für die tägliche Anwendung ...

Komfortabler, günstiger, attraktiver und zuverlässiger als herkömmliche Stilleinlagen.

- **Schwimmen und Sport ...**
LilyPadz verrutschen nicht und sind selbst unter Ihrem Bikini oder Ihrem engen Top nicht sichtbar.
- **Abends ausgehen ...**
Unter hautenger und dünner Abend-Garderobe nicht sichtbar.
- **Sicheres Schlafen ...**
LilyPadz schützen zuverlässig und sicher – die ganze Nacht.



Sie erhalten LilyPadz in Ihrer Apotheke und bei Ihrem Bandagisten!

bio-koreska
Handelsgesellschaft m. b. H.

www.biokoreska.at

Bezahlte Anzeige

Initiale Brustdrüsenanschwellung - Hürde beim Stillbeginn

Die ersten Tage mit dem Baby sind für die meisten Frauen prägend für die weitere Stillbeziehung. Ein besonderes Augenmerk verdient dabei der Beginn der reichlichen Milchbildung, meist Milcheinschuss genannt. Der Begriff „Milcheinschuss“ ist etwas irreführend, da bereits vor den klassischen Symptomen des Milcheinschusses Milch sprich Kolostrum vorhanden ist, welches das Neugeborene im Normalfall ausreichend und optimal versorgt.

Beginn der reichlichen Milchbildung:

Das Saugen des Neugeborenen setzt eine Reihe von essentiellen Impulsen für die Milchbildung in Gang. Das von der Plazenta gebildete Hormon Plazentalaktogen hat in der Schwangerschaft Prolaktinrezeptoren an den milchproduzierenden Alveolarzellen der Brustdrüse gebildet und sie sogleich besetzt.

Damit wurde während der Schwangerschaft die Initiierung der Laktation durch das milchbildende Hormon Prolaktin verhindert.

Fällt das Plazentalaktogen nach der Geburt der Plazenta nun weg, müssen diese Rezeptoren möglichst rasch durch Prolaktin besetzt werden, ansonsten würde sie wiederum verkümmern – die weitere Milchbildung würde durch Prolaktinmangel in den ersten Tagen erschwert. Das Saugen des Babys (die Stimulation der Brust) ist der wichtigste Faktor für die Ausschüttung von Prolaktin und Oxytocin.

Oxytocin verursacht die Kontraktion des Muskelgeflechts rund um die milchbildenden Strukturen in der Brust. Der Milchfluss kommt in Gang, und das Neugeborene gelangt an das wertvolle Kolostrum und später an die reife Muttermilch. Je häufiger das Kind saugt, desto mehr erhält es davon. Während sich dieses System einspielt

und das Mutter-Kind-Paar das Stillen trainiert, baut sich in den ersten 2 – 4 Tagen ein weiteres „milchhemmendes“ Schwangerschaftshormon, das Progesteron ab. Nun kann die reichliche Milchbildung einsetzen.

Normaler Verlauf:

Ein normaler physiologischer Verlauf setzt sanft ein, die Venenzeichnung an den Brüsten ist gut erkennbar, die Brust fühlt sich prall und warm an, die Milch fließt leicht.

Ein normaler und problemloser Milcheinschuss wird gewährleistet durch: Bonding und frühen Stillbeginn, häufiges Anlegen (8 – 12 Mal oder mehr), Brustmassage von Anfang an, gute Stillposition und richtiges Formen der Brust (sodass das Neugeborene viel Drüsengewebe in den Mund nehmen kann), ausreichend langes Stillen pro Seite, korrekte Information der Mutter, Zulassen des Clusterfeedings, Vermei-

den von Schnuller und Stillhütchen. Es macht keinen Sinn, Müttern in den ersten Tagen Erholung zu versprechen. Erholung oder zu viel Besuch und Stress in den ersten Tagen und damit einhergehendes mangelndes Anlegen bringt zusätzliche Probleme in der späteren Zeit.

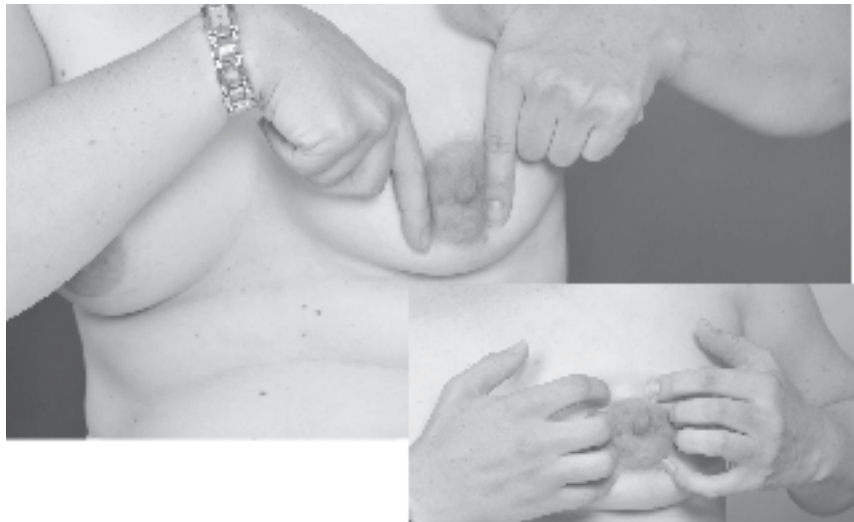
Pathologischer Verlauf:

Beim pathologischen, schweren Verlauf der initialen Brustdrüsen-schwellung ist die Brust steinhart, die Frauen beschreiben die Situation als sehr unangenehm und schmerzhaft und sie haben Fieber. Der Milchfluss ist behindert, das Stillen gestaltet sich sowohl für die Mutter als auch für das Kind sehr schwierig, Stillprobleme wie mangelnde Gewichtszunahme, Brustverweigerung, wund Mamillen und in der Folge Milchmangel sind vorprogrammiert.

Häufiger tritt ein solch problematischer Verlauf nach Sectio, exzessiver Flüssigkeitsverabreichung während der Geburt, bei gestörtem Bonding und verzögertem Stillbeginn auf. Ebenso begünstigen falsche Anlegetechnik und falsche Stillposition, Einschränkung der Stillzeiten, Stress und Schmerz solch einen unangenehmen Milcheinschuss.

Handlungsoptionen

In erster Linie braucht die Mutter Geduld und kompetente Unterstützung. Häufiges Anlegen, auch nachts,



Reverse pressure Softening: einfach zu Erlernen, zum besseren Erfassen der Mamille.

in guter Position ist unbedingt nötig. Vor dem Anlegen sind feucht-warme Kompressen und sanfte Brustmassagen nach Marmet oder Plata Rueda, Lymphmassage, sowie die „Reverse pressure Softening Methode“ (RPS) anzuraten, eventuell helfen auch Brustwarzenformer, zwischen den Stillmahlzeiten Kälteanwendungen.

Auch eine medikamentöse Schmerzlinderung ist indiziert. Ein Entleeren der Brust mit der Hand ev. mit der Pumpe bis das Brustgewebe vom Kind leichter zu erfassen ist kann manchmal das Andocken erleichtern. Nachdem ein schlecht bewältigter Milcheinschuss die Gefahr eines Rückkoppelungsmechanismus birgt, einhergehend mit der Reduktion der Milchproduktion kann es

durchaus sinnvoll sein, die Brust während der akuten Situation mittels Pumpe zu entleeren. Hautkontakt zwischen Mutter- und Kind, Rooming-in und Einschränkung des Besucherstromes reduzieren signifikant die Probleme.

Maßnahmen wie Einschränkungen der Trinkmenge für die Mutter, Einschränkungen der Stillzeiten, Verabreichung von Schnuller und Zufütterung mit der Flasche, sowie die Gabe von Prolaktinhemmern sind kontraproduktiv und wirken sich negativ auf den Milcheinschuss aus.

Voraussetzung für einen positiven gelungenen Milcheinschuss ist gutes Stillmanagement, welches erleichtert wird durch die Begleitung von geduldigem, geschultem Personal.

Andrea Hemmelmayr

Brustgeben als Weltanschauung?

„Der hohe Preis fürs Stillen um jeden Preis“... Das Brustgeben wird - wieder einmal - zur Weltanschauung stilisiert“ Leserbrief zu einem Artikel im Standard.

Schon der Titel des Artikels verstärkt diese Ideologisierung. Er polarisiert und ist wenig hilfreich in der Sache. Ziel wäre, dass Mütter Zugang zu professioneller Beratung bekommen, die nach gangbaren Wegen für Mutter und Kind sucht, situationsbezogene Lösungen findet und die Festigung der Mutter-Kind-Bindung im Auge behält. Die Selbstbestimmung der Mutter wird gefördert durch fundiertes Fachwissen und den vielen verschiedenen auch technischen Mög-

lichkeiten zur Stillunterstützung, die uns heute zur Verfügung stehen.

Bedauerlicher Weise ist das in der aufgezeigten Geschichte der Anna P. nicht gelungen und zeigt wieder einmal den dringenden Handlungsbedarf bei den Gesundheitseinrichtungen auf.

Ich setzte mich seit über 14 Jahren dafür ein, Mütter und Väter zu unterstützen, bei der Ernährung, Pflege und Betreuung ihres Babys ihren eigenen Weg zu finden. Wie auch immer ihre Entscheidungen ausfallen (es ist ja oft auch ein Prozess, der Tage oder Wochen dauert) bekommen sie von mir, wenn sie möchten, professionelle, respektvolle und wertfreie Beratung und Begleitung, die sie entlastet und

sie in ihrem Mutter/Elternsein stärkt. Mit mir zusammen bemühen sich inzwischen knapp 400 Still- und LaktationsberaterInnen IBCLC in österreichischen Gesundheitseinrichtungen um diese Ziele. Es sind noch längst nicht alle Stellen, die Mütter, Väter und Babys betreuen, durch IBCLCs besetzt, so wie das im Aktionsplan der EU zu Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens in Europa, vorgesehen ist.

Der VSLÖ engagiert sich dafür seit vielen Jahren und fördert auch die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitspersonal, die mit Müttern und ihren Babys arbeiten.

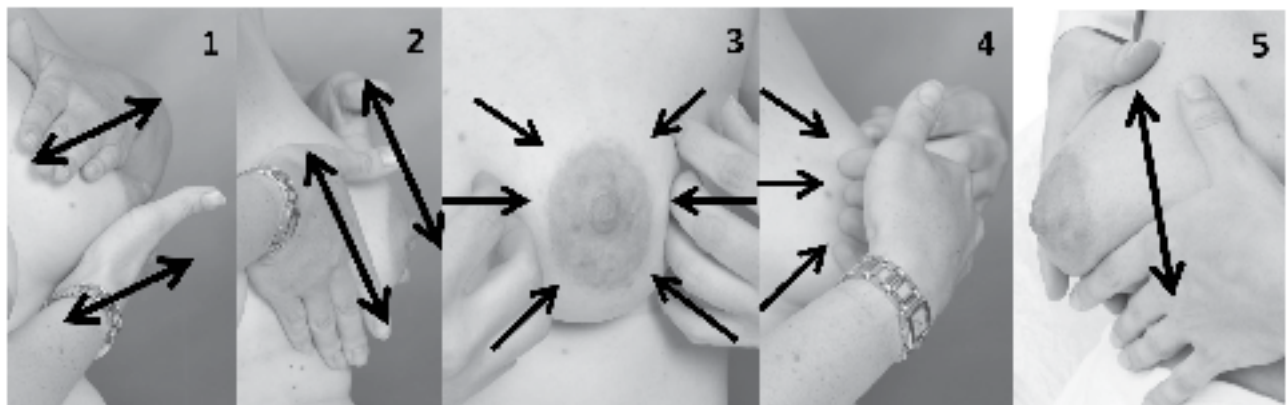
Gaby Hörandner

Anleitung zur Brustmassage

Eine kurze sanfte Brustmassage unterstützt die Ausschüttung der Stillhormone Prolaktin und vor allem Oxytocin. Sie regt so den Milchfluss an und hilft mit, die Milchbildung in den ersten Tagen rascher zu etablieren. Außerdem wird der Fettgehalt der Muttermilch durch die Massage gesteigert. Damit sorgen Sie dafür, dass das Baby ab dem ersten Tag möglichst viel des überaus wertvollen Kolostrums erhält. Die Hyperbilirubinämie (Gelbsucht) und auch Hypoglykämie (Unterzuckerung) tritt viel seltener auf, das Stillen ist für Sie angenehmer (durch den raschen Milchfluss) und der Milcheinschuss ist sanfter. Es lohnt sich in den ersten Lebenstagen Ihres Kindes die Brust vor jedem Anlegen 30 bis 40 Sekunden laut Anleitung zu massieren.

Waschen Sie sich bevor es losgeht die Hände unter fließendem warmem Wasser mit Seife. Alle Brustmassagen sind sanfte Anwendungen, sie dürfen nicht schmerzhaft sein, auch nicht bei einem Milchstau. Daher sollten Sie als Mutter die Massage am besten selbst durchführen.

Und so funktioniert's:



Massieren des Drüsengewebes:

Massage nach Plata Rueda: Nehmen Sie Ihre Brust zwischen Ihre Handflächen und verschieben Sie sanft das Drüsengewebe. Zuerst waagrecht (Bild 1) und dann senkrecht (Bild 2)

Stimulieren des Milchspendereflexes: (Bild 3 + 4)

Streicheln Sie mit den Zeigefingern die Brust vom Brustansatz bis über die Mamille hinweg mit nur leichter Berührung. Streicheln Sie um die ganze Brust herum, ähnlich wie die Speichen eines Fahrrades. Dann zapfen Sie leicht an der Mamille

Schütteln der Brust: (Bild 5)

Zum Schütteln der Brust könnten Sie sich vorbeugen, so dass sie Schwerkraft den Milchfluss unterstützt (Milchshake).

Sollte Ihr Baby noch nicht effektiv an der Brust trinken (können), so kann nach dieser Massage leicht Kolostrum von Hand gewonnen werden, die dem Kind anschließend möglichst sofort gegeben werden kann. Dazu setzen Sie Daumen und Zeigefinger mindestens 2 – 3 cm hinter der Mamille auf, drücken Sie in Richtung Brustkorb und rollen dann die Finger ab. Lassen Sie es sich von der Schwester oder Hebamme genau zeigen.



Wunde Mamillen - Erschwernis beim Stillbeginn

Wunde Mamillen sind eines der häufigsten Stillprobleme und der zweithäufigste Grund für vorzeitiges Abstillen. Schmerzen erhöhen das Risiko für frühzeitiges Abstillen um das 14fache (K. Schwartz 2002). Zudem sind offene Wunden an den Mamillen eine Eintrittspforte für Erreger und damit ein Risiko für eine nachfolgende Mastitis.

Besonders häufig treten wunde Mamillen in den ersten Tagen auf. Eine etwas erhöhte Sensibilität in dieser Zeit scheint normal zu sein. Bei optimierter Anlegetechnik, Unterstützung und guter Information der Mutter sowie entsprechender Pflege sollte dies jedoch bald überwunden sein.

Das A und O zur Vermeidung von wunden Mamillen sind korrektes Anlegen und ausreichende Oxytocinausschüttung für den Milchfluss.

Mangelhaftes Anlegen ist die häufigste Ursache für wunde Mamillen. Zu wenig Brustdrüsengewebe im Mund des Kindes bewirkt, dass das Neugeborene nur an der Mamille saugt und die Zungenbewegung diese dabei wundreibt. Besonders häufig passiert dies bei sehr starker initialer Brustdrüsenanschwellung, aber auch wenn die Mutter eine ungünstige Stillposition einnimmt, das Kind den Mund unzureichend öffnet, wenn Stillmahlzeiten hinausgezögert werden (hungrige Kinder saugen meist nicht korrekt), oder das Kind durch ein zu kurzes Zungenbändchen die Brust nicht richtig erfassen kann.

Präventionsmaßnahmen:

Korrekte Information, Anleitung und Unterstützung beim Anlegen, vorbeugende Maßnahmen gegen einen übermäßigen Milcheinschuss (siehe oben da), häufige Stillmahlzeiten bzw. Stillen bei den ersten Stillzeichen, bei Bedarf Durchtrennung des Zungenbändchens, Vermeiden von Schnuller und Flaschen.

Beim Saugen ohne entsprechendem Milchfluss (fehlende Oxytocinausschüttung) kommt es zu einer starken Kompression und mechanischen Belastung der Mamille. Präventionsmaßnahmen:



Wunde Brustwarze mit „Wiener Donut“, eine hilfreiche Technik. Foto: Hemmelmayr

Brustmassage zur Auslösung des Milchspendereflexes, Stressreduktion (Besucher, Untersuchungen, etc.), Rooming-in, Hautkontakt, Unterstützung der Mutter.

und: Was wenn die Mamillen trotzdem wund werden?

Ursachen suchen und beseitigen, sowie die oben genannten Präventionsmaßnahmen konsequent durchführen. Zuerst auf der besseren Seite anlegen (zum Auslösen des Milchspendereflexes), solange die Milch noch nicht ausläuft keine einengenden BHs oder Stilleinlagen verwenden, eventuell vorübergehend Schmerzmittel verwenden, in seltenen Fällen ist eine Stillpause und Entleeren der Brust mit der Pumpe oder von Hand sinnvoll.

Unabdingbar ist ein korrektes Wundmanagement.

Dazu gehören:

Reinigung der Wunde: Im Spital abspülen mit 0,9 % iger NaCl-Lösung, zu Hause regelmäßiges Abwaschen mit Wasser und Seife. Bei Entzündungszeichen Spülung mit Desinfektionsmittel (z.B. Octenisept).

Wundversorgung: Wundabdeckung zum Erhalt des physiologischen feuchten Milieus (feuchte Wundheilung) und Schutz der Mamille vor Druck, Reibung, Ankleben, Hitze oder Kälte. Dies kann man erreichen durch das Auftragen eines Salbenverbands (ein Strang hochgereinigtes Lanolin) dick

aufgetragen, eventuell Multimam Kompressen, Hydrogel Kompressen sind von Seite der Hygiene schwerer zu handeln. Schutz der Mamillen durch den „Wiener Donut“ (Herstellung s. www.stillen-institut.com). Bei Infektion oder schlechter Wundheilung sind antibiotische Salben (z.B. Bactroban ©) indiziert, bei Verdacht auf Mischinfektion ein Kombinationspräparat (z.B. Decoderm comp. ©Crema). Gegeben falls ist auch eine orale Antibiose einzusetzen.

Zusätzlich unterstützend kann eine Lasertherapie eingesetzt werden. Kontrovers wird die Verwendung von Stillhütchen zur Prävention oder Behandlung von wunden Mamillen diskutiert. Häufig schaffen sie mehr Probleme als sie lösen, daher sollten sie nur nach strenger Indikationsstellung und mit kompetenter Beratung (korrekte Größenanpassung, richtiges Aufsetzen des Hütchens, korrekte Anlegetechnik des Kindes, engmaschigere Gewichtskontrolle des Kindes, Information über mögliche Nebeneffekte) eingesetzt werden.

Auf eine gute Handhygiene ist besonders bei wunden Mamillen ist sowohl beim Pflegepersonal, als auch der Mutter zu achten.

*Andrea Hemmelmayr
nach einem Vortrag von
Gabriele Nindl bei der VSLÖ-Fachtagung in Innsbruck 2012*

BFHI ist die weltweit erfolgreichste Gesundheitsinitiative. Sie ist die Basis von Stillförderung. Alle Frauen, unabhängig von sozialer Herkunft und Bildungsstand werden beim Stillen unterstützt. Hohe Stillraten haben langfristige Auswirkungen auf Frauen- und Kindergesundheit.

Auch das Bundesministerium für Gesundheit hat in der Kinder-Gesundheitsstrategie festgelegt, dass die gesunde Ernährung von Kindern und Jugendlichen gefördert werden muss.

In Österreich können sich Gesundheitseinrichtungen durch die ONGKG (Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen) Sektion „Baby friendly Hospitals“ als babyfreundliche Einrichtung zertifizieren lassen.

Die Zertifizierung erfolgt nach den von WHO und UNICEF ausgearbeiteten „Zehn Schritten zum erfolgreichen Stillen“ und erfordert die Umsetzung der Bestimmungen des „Internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilch-ersatzprodukten“ (WHO-Kodex).

Erfolgreiche 10 Schritte

Was passiert, wenn die 10 Schritte zum erfolgreichen Stillen nicht umgesetzt werden auf der einen Seite und wie diese 10 Schritte umgesetzt werden können, um somit das Zertifikat für BFHI zu erlangen, auf der anderen Seite, wurde bei der Fachtagung in Innsbruck am 10. Mai 2012 von Anne-Marie Kern, IBCLC und Astrid Holubowsky, IBCLC veranschaulicht.

Die Möglichkeit, in einem stillfreundlichen Krankenhaus sein Kind zur Welt zu bringen nehmen werdende Mütter zum Großteil gerne an. Professionelle Unterstützung bei einem gesunden Start für Mutter und Kind wird dort erwartet. In anderen Krankenhäusern, wo die 10 Schritte zum erfolgreichen Stillen nicht umgesetzt werden, wird erst deutlich, welche Nachteile damit zutage kommen. Das Personal ist durch fehlende Fortbildungen in vielen Bereichen nicht

einer Meinung, es kommt ständig zu Diskussionen und zu Unsicherheiten. Dies überträgt sich wieder auf die zu betreuenden Mutter-Kind-Paare. Es herrscht wenig Wissen, wenig Motivation und weniger Bewusstsein über die Bedeutung der Wichtigkeit der Stillberatung. Dadurch wird die Mutter-Kind-Bindung nicht von der ersten Minute an richtig gefördert.

Wenn das Anlegen in den ersten Tagen nicht gut klappt, sind Folgeaktionen wie z. B. Zufüttern oder Schnuller oft die Folge. Der Milcheinschuss gestaltet sich oft heftiger und es kommt häufig zu wunden Mamillen. Die Stilldauer wird von diesen Faktoren beträchtlich beeinflusst. Wenn weniger und kürzer gestillt wird, ist die Ernährung und Entwicklung nicht optimal, die Gesundheit von Mutter und Kind ist beeinträchtigt, die Bindung ist weniger stabil und die Kosten im Gesundheitswesen sind höher.

Positives Beispiel Rudolfstiftung

Die Krankenanstalt Rudolfstiftung hat es letztes Jahr mit beeindruckenden Maßnahmen geschafft, das Zertifikat BFHI zu erhalten. Alle Mitarbeiter wurden in das Projekt involviert. „FAMOG – FAMILIEN-Orientierte Geburtshilfe“ wurde zum Logo und zum Leitsymbol.

Die Ziele des Projektes:

- Babyfreundliches Krankenhaus

- Bindungsförderndes Betreuungsmanagement
- NEST Pflege – Neonatale Entwicklungs- und Stillfördernde Pflege

Es wurde klar, babyfreundlich ist auch personalfreundlich. Durch die Veränderung der Handlungsabläufe und kontinuierliche Schulungen konnten die Abteilungsteams noch mehr motiviert werden. Fortbildungspläne wurden erstellt, die Schulung im Basisseminar für alle verpflichtend eingeführt. Alle internen Ressourcen wurden genutzt. Mit Abteilungsschwerpunkten konnten weitere wichtige Schritte umgesetzt werden. Eine berufliche und soziale Vernetzung wurde initiiert. Die Anzahl der ausschließlich gestillten Kinder stieg vom Beginn im Jahr 2008 mit 7% auf 86% im Jahr 2011. Die letzten Tage, Stunden und Minuten bis zur Zertifizierung wurden im Countdown gezählt. Die Krankenanstalt Rudolfstiftung kann stolz sein auf ihre Arbeit und viele Mütter können sich glücklich schätzen, dort ihre Kinder zur Welt zu bringen.

Vroni Goreis

Hinweis: Alle wesentlichen Informationen und Unterlagen zum BFHI finden sich auf www.stillen.at sowie auf www.ongkg.at/baby-friendly.html



Stillberatung ist in BFHIs institutionalisiert.

Foto: Bogensperger

IBCLC – kompetent & professionell

Durch den von der Europäischen Kommission und der WHO 2004 entwickelten Aktionsplan zu „Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens in Europa“, sollte europaweit eine Verbesserung der Stillpraktiken und der Stillraten erreicht werden:

In diesem Blueprint wird empfohlen: In diesem Bereich tätiges Gesundheitspersonal sollte dazu aufgefordert werden, an anerkannten Fortbildungskursen für Laktationsmanagement teilzunehmen und den Titel IBCLC oder eine gleichwertige Qualifikation, die erwiesenermaßen die höchsten Kompetenzkriterien erfüllt, zu erwerben.

Die IBCLC ist Fachspezialistin in Laktationsmedizin. In Österreich gibt es mittlerweile mehr als 400 IBCLCs, es gibt kaum noch ein Krankenhaus, in dem keine IBCLC arbeitet.

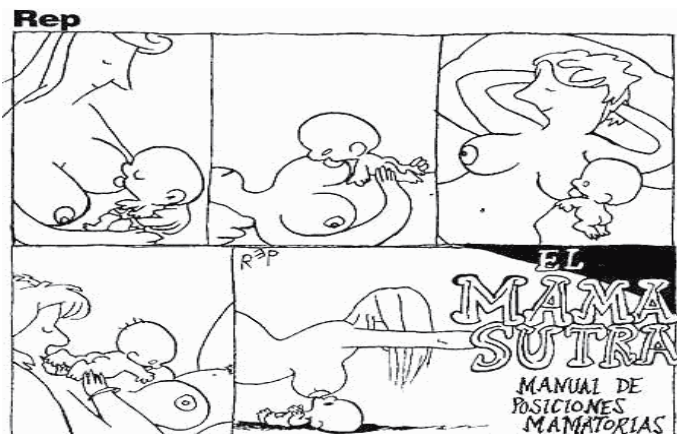
Nachdem in den frühen 90er Jahren und davor die ersten IBCLCs sich ihr Wissen überwiegend aus englischsprachiger Literatur mühsam selber aneignen mussten, genießt seit mehr als 15 Jahren das umfassende Seminarprogramm des Europäischen Institutes für Stillen und Laktation internationale Anerkennung. Evidenzbasiertes Wissen wird anschaulich aufbereitet und unter dem Motto „Lebendiges Lernen“ pädagogisch kompetent vermittelt. Die vielen positiven Rückmeldungen bestätigen das bewährte Konzept. Durch praxisnahen Unterricht und die Schulung von kommunikativen Fähigkeiten sind ausgebildete Still- und Laktationsberaterinnen IBCLC bestens in der Lage, Mütter auch bei komplexen Stillproblemen einfühlsam, bedürfnis-

gerecht und fachkundig zu beraten. Geburtshilfliche und pädiatrische Abteilungen und andere Gesundheitseinrichtungen profitieren von den aktuellen Inhalten, die in der Seminarreihe vermittelt werden, und erreichen damit auch höhere Patientenzufriedenheit und effizienteren Personaleinsatz. Still- und Laktationsberaterinnen IBCLC haben die Kompetenz, in der Aus- und Weiterbildung für verschiedene Gesundheitsberufe zu arbeiten, ihr Fachwissen in Schulen und anderen Bildungseinrichtungen einzubringen und Fachtagungen und Fortbildungen zu organisieren und zu leiten.

IBCLCs halten ihr Wissen aktuell, da sie verpflichtet sind, nach 5 Jahren mit Fortbildungspunkten bzw. nach 10 Jahren mit dem neuerlichen Ablegen des Examens zu rezertifizieren.

Es gibt mehrere Möglichkeiten, in die Seminarreihe Intensiv einsteigen zu können, so finden in Österreich Basisseminare, Grundlagenseminare, mindestens 18-stündige Krankenhausschulungen und Ärzteseminare statt, die alle berechtigen, mit der Seminarreihe intensiv den Weg zur IBCLC einzuschlagen. Um über die Angebote immer aktuell informiert zu sein lohnt es sich, www.stillen-institut.com zu besuchen. Heuer werden in Österreich zwei Seminarreihen parallel angeboten: in Salzburg und Gröbming – Wien. Während die Seminarreihe im SALK bereits im Juni beginnt, haben Sie noch Möglichkeit, sich für Gröbming anzumelden. Sollten Sie an einem Termin verhindert sein, besteht auch die Möglichkeit, auf die andere Seminarreihe auszuweichen.

Isolde Seiringer



Termine

Angebote des Europäischen Institutes für Stillen und Laktation: Seminarreihen Intensiv:

Gröbming/Wien: 19. - 22.9.; 29. 11. - 1.12. 2012; 15. - 19.3.2013

Salzburg: 3. - 6.6.; 21. - 24.10.2012; 31.1. - 4.2.2013

Basisseminare:

Innsbruck: 18./19.10.; 15./16.11.; 17./18.12.
Wien 5./6. 10, 23./24. 11., 18./19. 1. 13
Deutschlandsberg: 17./18.1., 21./22.2.; 4./5.4.2013

Grundlagenseminar:

SALK: 22. - 25.1.2013

Krankenhausschulungen:

Nach Bedarf: Ein-/ Mehrtägig, BFHI Schulung, Ärzteschulung...

Anmeldung und Information:

Anne Marie Kern, Tel: 02236-72336
annemarie.kern@stillen-institut.com

ONGKG:

Graz: 27. 9.

BFHI Workshop: Stillrichtlinien

Wien: 21./22.11.

BFHI: Stillende Mütter professionell beraten; alle Infos: www.ongkg.at

Impressum

M, H, V: Verband der Still- und LaktationsberaterInnen Österreich VSLÖ, Lindenstr. 20, 2362 Biedermannsdorf. ZVR-Zahl: 962644841.

F.d. Inhalt verantwortlich: Eva Bogensperger (eb).

Redaktion: eb, Christian F. Freisleben,

Gudrun Füederer, Andrea Hemmelmayr, Vroni

Goreis, Angelika Lessiak, Isolde Seiringer,

Doris Teufel. Schlussredaktion & Layout: cft;

E-mail: christian@cfreisleben.net;

Web: www.cfreisleben.net;

Produktion: www.eindruck.at.

Kopieren und weitergeben der VSLÖnews ist möglich & erwünscht!

Infos via Mail

Der VSLÖ bietet ca. sechs Mal im Jahr das StillMail (Anmeldung via www.stillen.at).

Mitglied beim VSLÖ

Unterstützen Sie unsere Tätigkeit durch Ihre Mitgliedschaft!

Jahresbeitrag: 55 €.

Sie erhalten dafür auch die vierteljährlich erscheinende europäische Fachzeitschrift "Laktation & Stillen" sowie Ermäßigungen bei Veranstaltungen des VSLÖ und von ELACTA (VELB).

