

## 20. Weltstillwoche: Vergangenheit verstehen, Zukunft planen

**20 Jahre Internationale Woche für das Stillen, 20 Jahre Initiative „Baby-Friendly-Hospital“, 10 Jahre Globale Strategie für Säuglings- und Kleinkinder-nahrung - Jubiläen laden zum Rückblick ein um die gesammelten Erfahrungen in zukünftige Planungen einfließen zu lassen.**

Lassen Sie uns den Zeitrahmen der letzten 20 Jahre sprengen und werfen wir einen Blick auf die Evolution. Hier wird deutlich was es bedeutet „aus Erfahrung zu lernen“:

Nur jene Lebewesen die es verstehen, sich ihrer Umgebung anzupassen und die es schaffen, ihren Nachkommen einen Lebensstart zu bieten, mit dem sie das fortpflanzungsfähige Alter erreichen, überstehen die evolutionäre Auslese. Dabei erwies sich die Entwicklung der Säugetiere als Erfolgsstory. Das Junge wird auch nach der Geburt vom Muttertier behütet und die Muttermilch versorgt das junge Säugetier mit allem was es an Nährstoffen, Vitami-



Isis stillt Osiris.

Louvre Museum

nen, Spurenelementen und Flüssigkeit braucht. Zudem bietet sie einen überlebenswichtigen Schutz vor Infektionen. Das gilt auch noch heute und auch für die Spezies Mensch. Allerdings hat der Mensch schon sehr früh in dieses über Jahrmillionen gut eingespielte System eingegriffen:

In der Altsteinzeit war ein beträchtlicher Teil der Nahrung rohes Fleisch. Kleinkinder, welche dies nicht beißen konnten, wurden bis zum 6. Lebensjahr gestillt. Auch der geburtenregelnde Effekt des Stillens war nötig, da in Jäger- und Sammlerkulturen nur kleine Sippen (12 – 25 Personen) ausreichend Nahrung fanden. Gleichzeitig barg jede Geburt ein erhebliches Risiko für die Frauen. Das Wissen um die Vorgänge bei der Geburt und die Bedürfnisse des Babys wurden lange Zeit lückenlos auf einer tiefen vorbewussten Ebene - der Ebene des Erfahrens, von Mutter zu Kind weitergegeben.

Seit es Menschen gibt, ist es allerdings immer wieder vorgekommen, dass verwaisste Säuglinge von anderen Müttern mitgestillt und damit vor dem sicheren Tod gerettet wurden. Mit der Entstehung der Schrift, etwa ab dem 3. Jahrtausend, läßt sich das Ammenwesen als Beruf bereits nachweisen. Unter den Dokumenten des babylonischen Königs Hammurabi finden sich auch drei Tontafeln, die Verträge mit Ammen festhalten.

Mit der Entwicklung des Ackerbaus und der Viehzucht wurde es überhaupt erst möglich, Kinder mit Tiermilch zu ernähren. Die Ernährung mit Tiermilch war ursprünglich nur ein Privileg für Kinder aus der Oberschicht der Bevölkerung. Frauen im alten Ägypten stillten mit Ausnahme der

Frauen des Pharaos ihre Kinder selbst. Gab es keine andere Möglichkeit als die Tiermilch, so wurde diese im alten Ägypten zunächst in ein Gefäß in Form einer stillenden Mutter gegossen, um sie mit Hilfe einer rituellen Formel der Muttermilch ähnlich zu machen ehe man sie dem Säugling zu trinken gab.

Bereits in der Antike wurde den Frauen mit Ammenmärchen das Stillen erschwert so empfahlen Ärzte der Schule des Hippokrates, Säuglinge nicht gleich nach der Geburt, sondern erst später anzulegen. Die erste Muttermilch, so meinten sie, sei nicht gut für das Kind und sollte von älteren Kindern, Erwachsenen oder gar jungen Tieren abgesaugt werden. Viele Größen dieser Zeit - auch Aristoteles (384 – 322 v. Chr.) - sahen die Vormilch als Abbauprodukt des Körpers an, die für das Kind schädlich sei.

Zu allen Zeiten wurden der stillenden Frau und der Muttermilch tiefe



### 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 Biedermannsdorf, Tel. & Fax:  
 02236/72336;  
 E-mail: [info@stillen.at](mailto:info@stillen.at)

## Liebe LeserInnen!

Stillen ist Veränderung. Wie ist das bei einem Vorgang möglich, der die Entwicklung des Menschens von Anfang an mit geprägt hat? „Stillen ist natürlich“, so ein Slogan, den auch der VSLÖ immer einsetzt. Gleichzeitig sind die Rahmenbedingungen für Schwangere, für Mütter und Väter von Neugeborenen in Veränderung. Rasant wächst unser Wissen über Antaomie und die Vorgänge im Körper, über die Auswirkungen verschiedener Interventionen. Also auch wenn Babys nach der Geburt theoretisch genau wissen, was sie an der Brust machen sollen, kann dieser Vorgang gefördert oder gestört werden. Weiters sehr unterschiedlich sieht die Beratung und Begleitung von Eltern mit Babys aus, wenn Schwierigkeiten in der Stillbeziehung auftreten. Ein wesentliches Thema in dieser Ausgabe ist, wie sich die Vorstellungen vom Stillen, die Art der Stillunterstützung durch Ärzte, Hebammen und Pflegepersonal verändert haben. Denn gelungene Stillbeziehungen sind nur selten ein „glücklicher Zufall“. Sie basieren auf Informationen, einfühlsamer Beratung, die Stärkung der mütterlichen und väterlichen Intuition. Es ist sehr bedauerlich, wie hartnäckig falsche oder halb wahre Informationen zum Stillen lange im „Umlauf“ bleiben. So finden sich etwa in einer aktuellen Broschüre einer Gebietskrankenkasse Hinweise darauf, wie „gefährlich“ Stillen für die Zahngesundheit sei, obwohl das Gegenteil der Fall ist. Es bleibt weiter wichtig, sich öffentlich für die Stillförderung einzusetzen - dabei unterstützen uns viele sehr gut und mehrfach abgesicherte Studienergebnisse sowie die Erfahrungen aus jahrzehntelanger, gelungener Stillberatung. Dafür viel Kraft wünscht

Eva Bogensperger

Eva Bogensperger, VSLÖ-Präsidentin

Emotionen entgegengebracht. So wurde Caritas - eine junge Frau die ihrem zum Hungertode verurteilten Vater mit ihrer Milch das Leben rettete - zum Symbol der christlichen Nächstenliebe. Es gibt kaum ein anderes menschliches Motiv, das in der bildenden Kunst häufiger dargestellt wurde als die stillende Mutter mit ihrem Kind. Allein die göttliche Jungfrau Maria wurde in vieltausendfachen Variationen in allen Stilepochen dargestellt. In vorchristlicher Zeit wurden immer wieder weibliche Gottheiten und andere Frauen beim Säugen ihrer Kinder dargestellt, bei den Ägyptern, Griechen oder Römern. Selbst die Entstehung der Milchstraße geht in der griechischen Mythologie auf den Strahl von Muttermilch zurück, der Hera beim Stillen des jungen Herakles aus der Brust quillt.

Vorzeitig entwöhnte Kinder, welche mit Tiermilch oder Getreidebreien aus unhygienischen Trinkbehältnissen ernährt wurden, hatten kaum Überlebenschancen. Erst 1850 wurde der erste Kautschuksauger und 1866 die erste brauchbare Säuglingsnahrung erfunden. Somit waren erstmals in der Menschheitsgeschichte Frauen die nicht stillen konnten, nicht mehr auf Ammen angewiesen um das Überleben und Gedeihen ihrer Kinder zu

sichern. Trotzdem bestehen bis heute erhebliche Unterschiede zwischen Flaschen- und Brustfütterung.

## Entwicklung der Säuglingsernährung in neuerer Zeit:

Seit Mitte der 1970iger-Jahre zeigt sich immer deutlicher, dass kommerzielle Einflüsse die Stillraten und damit die Gesundheit der Babys und ihrer Mütter negativ beeinflussen. Besonders fatal wirken sich Werbemaßnahmen in Ländern mit niedrigem Lebensstandard aus. Um eine sichere und angemessene Ernährung von Säuglingen zu gewährleisten ist es daher wichtig, einerseits das Stillen zu schützen und zu fördern und andererseits dort, wo es nötig scheint eine bedarfsgerechte und sachgemäße Verwendung von künstlicher Säuglingsnahrung zu sichern. Werbeeinschränkungen für Produkte Muttermilchersatzprodukte sollen den kommerziellen Druck auf Mütter verringern.

Diesem Ziel hat sich der von der WHO 1981 verabschiedete „Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten“ verschrieben. 1990 fordert die Innocenti Deklaration dazu auf

- dem WHO Kodex endlich die gebührende Achtung zu schenken,
- die Einführung einer nationalen Stillkommission bzw. eines Stillkoordinators in die Wege zu leiten,
- sicher zu stellen, dass alle Geburtenabteilungen die 10 Schritte zum erfolgreichen Stillen beachten, und dass die Regierung für arbeitende Frauen eine entsprechend „stillfreundliche“ Gesetzgebung erlässt.

Die 10 Schritte zum erfolgreichen Stillen führten 1992 zur Initiative „Baby-friendly Hospital“

2002 wird die Globale Strategie für Säuglings- und Kleinkindernahrung verabschiedet. Fünf Ziele sollen national umgesetzt werden:

- es soll eine verständliche Strategie zur Säuglings- und Kleinkindernahrung entwickelt und implementiert werden,
- es soll sichergestellt werden, dass Gesundheits- und andere relevante Bereiche ausschließ-



Heute stillen auch Promis wie Jerry Hall öffentlich am Cover der Vanity Fair.

liches Stillen bis 6 Monate und nach Einführung der Beikost weiterstillen bis ins 2. Lebensjahr und darüber hinaus befürworten und unterstützen,

- rechtzeitige, sichere und passende Einführung von Beikost und weiterführendes Stillen soll gefördert werden,
- für spezielle, schwierige Umstände (Unterernährung, niedriges Geburtsgewicht, Katastrophenfälle und HIV-Infektionen) sollen Richtlinien

erlassen werden,

- es sollte überlegt werden, welche neue rechtlichen Regelungen nötig sind, um dem Internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten Wirksamkeit zu verschaffen.

Heute ist die vitale Wichtigkeit des Stillens auf der ganzen Welt wissenschaftlich hinlänglich erforscht. Auch wenn die oben genannten Initiativen

einige Verbesserungen bringen, profitieren weniger als 40 % der Babys von 6 Monaten ausschließlichem Stillen. Es wurden bereits Erfahrungen gemacht, dass Verbesserungen möglich sind und die Initiativen zeigen den Weg zum Ziel.

*Andrea Hemmelmayr*

## **Diplomiertes Pflegepersonal und Stillen**

***Weil Menschen im vorigen Jahrhundert einen in der westlichen Welt nicht mehr lebensgefährlichen Ersatz für Muttermilch gefunden haben, verlor das Stillen an Bedeutung. Es wurde gar unpraktisch, konnten doch Babys durch die modern gewordene Ersatznahrung nach Plan und Schema gefüttert werden. Auch im Arbeitsalltag von Krankenhauspersonal war dies spürbar. Auf den folgenden Seiten erzählen Krankenschwestern, Hebammen und eine Ärztin über ihre Erfahrungen.***

### **Pflegepersonal**

Renate, eine Kinderkrankenschwester, die 1979 diplomiert hat, erinnert sich: „In meiner Ausbildung Ende der

70er hörte ich, dass Muttermilch die beste Babynahrung ist und dass sie viele Abwehrstoffe hat, dass es aber sehr gute Alternativen gibt. Auf der Intensivstation war Abpumpen kein Thema, es gab keine Milchpumpe und Mütter wurden meistens gleich nach der Geburt medikamentös abgestillt.

Ein paar Jahre später gab es eine Milchpumpe auf der Station, es gab aber trotzdem kaum Mütter, die abgepumpt haben.

Erst Ende der 1980-er, Anfang der 90-er Jahre wurde dann mehr Wert auf Muttermilch zur Ernährung von Frühgeborenen gelegt, das Interesse des Pflegepersonals war aber auf andere Aufgaben gerichtet, mit dem Abpumpen hat sich eigentlich niemand so richtig ausgekannt.“

Auf der gleichen Station arbeitet Andrea, sie hat 2010 als allgemeine Krankenschwester diplomiert und gleich 2011 das Kinderdiplom angehängt. Sie erzählt: „In der allgemeinen Ausbildung habe ich einiges über Bindung gehört, bei der Ernährung wurde über Frühgeborenenahrung wesentlich genauer referiert als über Muttermilch. In der Sonderausbildung Kinder habe ich viel über Stillen gelernt, über seine Bedeutung für Mutter und Kind, übers Handling, Pumpmanagement, Still-schwierigkeiten, über Medikamente in der Stillzeit, Stillen bei Erkrankungen des Kindes und der Mutter, Brustpflege, also alles schon sehr genau. Davon profitiere ich nun bei meiner Arbeit.“

*Andrea Hemmelmayr*

## **Hebammen in der Beratung und Begleitung Stillender**

***Zunächst eine Hebamme mit 35 Jahren Berufserfahrung als Kreiß-saalhebamme in einer großen Klinik in Wien, die heute im Ruhestand ist:***

*Welche Bedeutung hatte das Stillen im Rahmen deiner Ausbildung?*

Die Wissensvermittlung zur anatomischen und physiologischen Funktion der Brustdrüsen in der Schwangerschaft und der laktierenden Mamma habe ich als ausreichend empfunden.

Zentrales Augenmerk wurde in der Ausbildung auf den schmerzhaften Milcheinschuss im Wochenbett gelegt. Da gab es die meisten Schwierigkeiten. Doch fiel der Umgang damit in die Kompetenz der Wochenbett-schwestern. Denn die Hebammen wurden im Kreißsaal benötigt und die

pflegende Arbeit auf den Wochenbettstationen wurde von Krankenschwestern durchgeführt.

Die Verweildauer einer Wöchnerin war sieben bis zehn Tage. Erst Mitte der 80er Jahre wurde der Auf-

enthalt auf sechs bis sieben Tage post partum reduziert. Hebammen auf der Wochenbettstation waren eine Seltenheit. Das Rotationssystem wurde erst Ende der 80er Jahre in einzelnen Geburtsabteilungen angedacht – und



*Hebammen können den Stillbeginn unterstützen.*

*Foto: Launceston Birth Centre*



in vielen Fällen nie umgesetzt. Insgesamt war das Stillen eher bloß ein Nebenthema in der Ausbildung.

*Welche Bedeutung hatte Stillen in deiner täglichen Arbeit?*

Ende der 70er Jahre war – in der Folge des Babybooms – die Hochblüte der vorprogrammierten Geburt. Es gab große Gebärsäle mit Kojen, abgeteilt durch Vorhänge. Drei bis vier Geburten pro Hebamme in einem 12 Stunden Dienst war nichts Ungewöhnliches.

Die ganze Aufmerksamkeit der Hebamme galt den Geburtsphasen und der Entwicklung des Neugeborenen. Nach dem Durchtritt des Köpfchens wurden routinemäßig Mund und Nase abgesaugt. Danach wurde rasch abgenabelt und oft mit einem kalten nassen Lappen das Neugeborene abgewischt, um es zum Durchatmen zu animieren. Das brüllende Kind wurde kurz der Mutter gezeigt und nach dem Messen, Wiegen und Baden der Kinderschwester übergeben. Es gab so gut wie keinen Hautkontakt zwischen Mutter und Kind. Ein erstes Anlegen im Kreißsaal fand nicht statt. Eine gute Hebamme hatte für eine rasche Geburt und für eine rasche Verlegung der Frau auf die Wochenbettstation zu sorgen.

Ich selbst gebar mein Kind mit einer der wenigen Hausgeburtshebammen zu Hause. Der Kontrast dieser „anderen“ Geburt gegenüber meinem Alltag im Kreißsaal beeinflusste in der Folge ganz wesentlich meine Arbeit. Rückhalt bekam ich durch das Wissen

um die „sanfte Geburt“ nach Frédéric Leboyer, der das Neugeborene in den Mittelpunkt stellte. Das Wissen, wie wichtig das sanfte Ankommen und die „Begrüßung“ des Neugeborenen seien, setzte sich deshalb durch, weil die positiven Konsequenzen der Einhaltung der Leboyer'schen Empfehlungen am körperlichen Zustand des Neugeborenen unmittelbar sichtbar und messbar waren. Teil dieses unmittelbaren, ersten und frühen Körperkontakts mit der Mutter war ein sanftes erstes Anlegen, das mehr ein Kennenlernen der Brust als eine Nahrungsaufnahme war. Damit rückte auch die sich in der Folge entwickelnde Stillbeziehung stärker ins Blickfeld meiner Tätigkeit als zuvor.

Vieles an diesem Bemühen um ein inniges Geburtserlebnis mit einem frühen Stillbeginn war mühsam und musste gegen (oft irrationalen) Widerstand durchgesetzt werden. Dennoch habe ich meine letzten zehn Berufsjahre, in denen die sanfte Geburtshilfe langsam zum Standard wurde, als die erfülltesten Jahre meiner Tätigkeit erlebt.

#### Hebammen heute

Die selben Fragen stellte ich an eine Hebamme, die 2011 ihre Ausbildung abgeschlossen und zum Zeitpunkt unseres Gesprächs sieben Monate Berufserfahrung – ebenfalls als Kreißsaalhebamme in einer großen Klinik in Wien – hatte:

Zur Bedeutung des Stillens in der Ausbildung sagt sie: „In Erinnerung blieb mir sehr viel Theorieunterricht.

Von der Funktion der Mamma, deren Veränderung in der Schwangerschaft und post partum, über den Beginn der Milchbildung, die Steuerung des Milchflusses, verschiedene Anlegepositionen bis hin zu den Elementen einer korrekten Anleitung der Stillenden wurde alles im Detail vorgelesen. Manche Details wie etwa die Zusammensetzung des Kolostrums, der reifen Muttermilch und andere Punkte, bei denen ich keinen Praxisbezug sehen konnte, habe ich bloß als Lernbelastung empfunden. Hingegen waren die praktischen Übungen sehr positiv, vor allem die durchgespielten Stillsituationen. Insgesamt war das Stillen ein wichtiges Thema in meiner Ausbildung.“

Da sie derzeit ausschließlich im Kreißsaal eingesetzt wird, konnte sie das erworbene Wissen noch nicht umsetzen – auch nicht in der Betreuung am Wochenbett.

„Es wäre mir sehr wichtig, das erste Anlegen im Kreißsaal und den Beginn der Stillbeziehung zu fördern. Vor wenigen Wochen wurde mir angeboten, im Geburtsvorbereitungskurs über das Stillen zu referieren. Das ist eine große Herausforderung, da mir die Erfahrung mit Stillsituationen noch völlig fehlt.“

Sie betont, dass der Geburtsvorbereitungskurs der Ort sei, um in erster Linie über die Bedeutung und über die Vorteile des Stillens zu reden und nicht so sehr der Ort, um Stillschwierigkeiten zu präsentieren.

#### Résumé

Eindeutig ist, dass das Thema Stillen für die Hebamme massiv an Bedeutung gewonnen hat. Das schlägt sich zunächst in der Ausbildung nieder. In der praktischen Arbeit ist das Stillen für die Kreißsaalhebamme unverändert mit dem ersten Anlegen erledigt. Zumindest ist dieses erste Anlegen inzwischen selbst post sectionem zum Normalfall geworden.

Der Schwerpunkt der Stillberatung liegt unverändert im Wochenbett. Dieser klassische Betreuungsbereich der Hebamme – jedenfalls der frei praktizierenden Landhebamme – war in den 70er Jahren schon fast verschwunden.

Das änderte sich mit dem Hebammengesetz 1990. Die dort geregelte



Impulse für den Aufbau einer guten Stillbeziehung.

Foto: VSLÖ/K. Grabherr

ambulante Geburt und die vorzeitige Entlassung sehen die verpflichtende Nachsorge durch eine niedergelassene Hebamme vor.

Im Rahmen dieser Nachsorge ist wieder das Fachwissen zur Stillberatung notwendiges Handwerkszeug der niedergelassenen Hebamme. Das war auch mein Zugang, der mich schließlich gemeinsam mit meinen eigenen Stillereferenzen mit meinen vier Kindern zum Erwerb der Zusatzqualifikation IBCLC brachte.

Der gute Stillbeginn liegt in den Händen der betreuenden Hebamme im Kreißsaal oder bei der Hausgeburt. Mit dem erhöhten Stellenwert des Stillens im Rahmen einer sanften Geburtsmedizin, aber auch (oder vor allem) im Bewusstsein der Schwangeren und mit den vielfältigen Einsatzmöglichkeiten des Wissens um die Stillberatung, wächst auch das Engagement, Frauen zum Stillen zu ermutigen.

Das ist der richtige Weg, der dennoch behutsam beschritten werden muss. Nicht übersehen werden darf, dass – wie dies meine zweite



Foto: VSLÖ/Bogensperger

Gesprächspartnerin formuliert hatte – „ein bisschen Stress in der Luft liegt“ bei der Beantwortung der Frage, ob Frauen generell stillen sollen oder ob es auch die Alternative des „Nicht-Stillens“ gäbe. Sie würde lieber den Frauen die Wahl lassen, ob sie stillen wollen.

Auch aus meiner Überzeugung von der Wichtigkeit des ersten Anlegens

und dem hohen Wert einer guten Stillbeziehung darf dieses Wissen nicht dazu führen, den Müttern von vornherein die Wahl zu nehmen, ob sie stillen wollen oder nicht – auch wenn wir alle Argumente ins Treffen führen dürfen, die für das Stillen sprechen.

Angelika Lessiak

## Ärztliches Fachwissen als Unterstützung beim Stillen

**Birgit Streiter, die erste Ärztin in Österreich, die auch IBCLC geworden ist, haben wir zum Thema ärztliches Stillwissen früher und heute befragt.**

Aus leidvoller Erfahrung beim ersten Kind hat sie sich selber auf die Suche begeben, um über das Stillen Informationen zu erhalten. Ihr Wissen aus dem Studium, das sie 1970 abgeschlossen hat war sehr eingeschränkt: Es umfasste einige Unterschiede zwischen Muttermilch und Kuhmilch, aber überhaupt nichts über das Stillmanagement.

Im Studium wurde vor allem vermittelt, wann abgestillt werden sollte. Dies wurde sehr häufig praktiziert, sobald eine Mutter Fieber hatte, war die ärztliche Meinung, dass die Milch ungenießbar fürs Baby sei, bei jeder Krankheit sei die Milch schlecht. Wenn eine Mutter Medikamente gebraucht hat, dann musste abgestillt werden. So bedeutete jede Antibiotikatherapie damals das Ende der Stillzeit. Ganz zu

schweigen von kritischeren Fällen, es wurde überhaupt nicht differenziert, wie schwer eine Mutter erkrankt war und ob ein Weiterstillen vielleicht in Betracht zu ziehen wäre.

Bei Mastitis gab es ohnehin nur den Weg zum Abstillen. Dabei gab es noch gar keine Abstillmedikamente, die Empfehlung lautete dahingehend, nicht mehr anzulegen, kalte Wickel oder Alkoholwickel zu machen und die Brust hochzubinden. Weiter wurde der Brust keine Beachtung mehr geschenkt, höchstens wenn es durch dieses katastrophale Management zu einem Abszess gekommen ist, dann wurde sie aufgeschnitten.

Sehr wohl konnte Dr. Streiter die Begeisterung der Kollegen und auch der Professoren für die immer „besser werdende Flaschennahrung“ bemerken. Sie wurden von den diversen Vertretern der Nahrungsmittelindustrie ja fleißig mit Informationen versorgt.

Sehr interessant war der Weg, den Dr. Streiter eingeschlagen hat. Sie ließ sich durch die denkbar schlechten

Erfahrungen beim ersten Kind, das sie erst am zweiten Tag kurz sehen aber nicht anlegen durfte, da „sowieso noch keine Milch da sei“, nicht entmutigen. Sie nahm Kontakt mit einer La Leche Liga Beraterin in der Schweiz auf (Anfang der 70er Jahre gab es die LLL in Österreich noch nicht) und holte sich dort Informationen zum Stillen. Da sie ab 1977 die Mutterberatung in Innsbruck leitete, ist ihr und vielen Müttern dieses Wissen zugute gekommen. Sie lernte dabei auch von den Müttern, dass dieser Weg ein richtiger war und konnte so ihre Mitarbeiterinnen, die sich große Sorgen um die armen Frauen gemacht haben, die durch dieses aufwändige Stillmanagement – jedes Mal beide Seiten zu geben und das noch dazu nach Bedarf des Kindes - ja gar nicht mehr zur Ruhe kommen würden, vom Wert des Stillens überzeugen und zu Mitstreiterinnen machen. Vor der Geburt ihres dritten Kindes 1984-85 startete sie in der Mutterberatung in Innsbruck eine Unterschriftenaktion

für die Einführung des Rooming-In in der Innsbrucker Klinik, bei der sie 1000 Unterschriften gewinnen konnte. Das hat ihr einen ordentlichen Rüffel ihrer Vorgesetzten eingebracht, aber immerhin wurde ein Teil-Rooming-In

daraufhin eingeführt. Dr. Streiter ist 1991 IBCLC geworden und arbeitet seither in unterschiedlichen Arbeitsbereichen, sie war lange Zeit unsere einzige ärztliche Ansprechpartnerin, ist Vortragende, Soor-Expertin und

betreut weiterhin, obwohl sie in Pension ist, Mütter mit ihren Kindern in ihrer Ärztlichen Stillambulanz.

*Isolde Seiringer*

## *Viele Verbesserungen bei Maßnahmen für Frühgeborene*

**Die Entwicklung der Neugeborenen-Intensivmedizin beginnt ungefähr Mitte der 1970er Jahre. Damals wurde das in der Öffentlichkeit noch kaum wahrgenommen. Erst später war die Aufmerksamkeit der Medien vor allem auf die Folgen einer Frühgeburt gerichtet.**

Viele zu früh geborene Kinder haben mit einer Behinderung überlebt. Die Forschung hat sich seither intensiv damit beschäftigt, auch extrem unreifen Kindern ein normales Leben zu ermöglichen. Die Grenzen der Frühgeburtlichkeit sind immer weiter gesunken. Das jüngste überlebende Frühgeborene kam 2010 mit 21/5 Schwangerschaftswochen zur Welt.

Als ich 1985 als junge, frisch diplomierte Kinderkrankenschwester auf der Neugeborenen Intensivstation in Innsbruck zu arbeiten begann, gab es verschiedene Herausforderungen für mich. Als erstes war es wichtig, gewisse Maßnahmen zur Notfallbehandlung zu verinnerlichen und zu automatisieren. Notfallmedikamente mussten ohne langes Nachdenken im Kopf ausgerechnet und verdünnt werden. Verschiedene Abläufe, wie z. B. die Intubation, wurden genau vorbereitet, jeder hatte seinen Platz und seine Aufgabe. Ich kann mich erinnern, dass jedes Frühgeborene < 32 SSW automatisch intubiert und beatmet wurde. Es wurde also praktisch fast täglich intubiert.

Auch die technischen Anforderungen waren hoch. Die Entwicklung in dieser Sparte erfolgte sehr rasch. Im Laufe der Zeit wurden viele Geräte zur Überwachung und Therapie erneuert und hinzugefügt. Der Aufbau um einen Intensivplatz wurde immer größer und der Raum zum Arbeiten wurde immer enger.

Die Pflege gestaltete sich auch irgendwie nach einem Schema. Alle beatmeten Kinder wurden analge-

siert und relaxiert. Eigenbewegungen wurden also kaum von den Babys gemacht. Man war eine gute Schwester, wenn die Kinder am Morgen möglichst rasch gewaschen, gewogen und gelagert waren. Manchmal hatte ich den Eindruck, dass alle Kinder in einer Reihe wie die Soldaten in ihren Inkubatoren gelegen sind. Es galt das Prinzip „minimal handling“.

Die Elternbesuche waren eher kurz und meist nicht öfters als einmal am Tag. Sie saßen neben dem Inkubator voller Sorge und Angst. Sie wurden ermutigt, ihr Kind zu streicheln und bekamen ein Foto von der Sofortbildkamera. Bei Pflegehandlungen oder ärztlichen Eingriffen war die Anwesenheit der Eltern nicht erwünscht. Beatmete Kinder wurden anfangs auch noch nicht herausgelegt. Beim Erstgespräch wurden die Eltern vom Arzt über den Zustand des Babys informiert und darüber, welche Maßnahmen zur Therapie eingeleitet wurden. Die Eltern waren meist nicht fähig oder hatten nicht den Mut, spezielle Fragen zu stellen. Psychologische Unterstützung gab es keine. Ein

früher Bindungsaufbau zwischen den Eltern und ihrem Kind war oft nur sehr schwer möglich.

In dieser Zeit stieß man häufig an die Grenzen der Medizin. Es herrschte Aufregung wenn ein Kind < der 30. SSW auf die Welt kam und alles medizinisch Mögliche in die Wege geleitet wurde. Mehr Kinder mit folgensweren Hirnblutungen, Infektionen und Schäden der Lungen oder Augen durch die manchmal langen Beatmungszeiten waren die Folge. Nicht selten fragten wir uns damals „ob es schon das Richtige sei, das wir hier tun.“

Meilensteine, wie z. B. surfactant, bessere Möglichkeiten zur Kreislaufunterstützung oder Alternativen zum operativen Verschluss des Ductus arteriosus Botalli bereicherten die Behandlungen auf den Neugeborenen Intensivstationen in großem Maße. Muttermilch wurde immer bedeutender in der Ernährung. Anfangs wurden die meisten Mütter von Frühgeborenen automatisch abgestellt. Je mehr Kinder mit Muttermilch oder Frauenmilch ernährt wurden, desto selte-



*Stillen und Sauerstoffzugabe verbunden.*

*Foto: VSLÖ/Obergruber*



ner trat die gefürchtete Enterokolitis auf. Auch die „sanfte Pflege“ gewann langsam aber sicher an immer größer werdender Bedeutung. Die Arbeit ist viel menschlicher geworden durch die entwicklungsfördernde Pflege. Eltern werden in die Pflege quasi vom ersten Tag an mit einbezogen und von Psychologen unterstützt. Sie können ihr Kind selbst versorgen und von Anfang an eine Bindung aufbauen. Hirnblutungen gab es immer weniger, Krankenhausaufenthalte wurden kürzer.

Auch in der Gynäkologie hat sich viel weiterentwickelt. Auf der einen Seite ist die Schwangerenbetreuung viel besser geworden. Risiken werden wesentlich früher erkannt und Behandlungsmöglichkeiten, wie z. B. die Lungenreife, haben auch zur Verbesserung der Chancen für Frühgeborene beigetragen. Auf der anderen Seite hat sich durch die Reproduktionsmedizin die Zahl der Früh- und Mehrlingsgeburten drastisch erhöht.

Die Grenzen der Frühgeburtlichkeit scheinen erreicht zu sein. Trotzdem wird noch weiter an Möglichkeiten gefeilt. In Innsbruck wird zurzeit gemeinsam von Neonatologie und

Gynäkologie an ethischen Richtlinien gearbeitet.

Die Intensivmedizin ist bemüht, Überleben möglichst ohne Langzeitschäden zu ermöglichen. Organfunktionen müssen übernommen und unterstützt und die Reifung gefördert werden. Die Behandlungen müssen möglichst schonend sein um diese sehr sensiblen Kinder nicht zu verletzen. Dabei wird darauf geachtet, dass die unmittelbare Umgebung möglichst die Entwicklung der Kleinen unterstützt.

Heute werden nur mehr wenige Frühgeborene intubiert oder mehrere Tage beatmet. Dies erfolgt immer nach einer individuellen Einschätzung des Teams und auch die Abläufe sind verschieden. Die Prioritäten in der Pflege haben sich verschoben. Die große Herausforderung heute ist es, die Umgebung der Frühgeborenen so zu gestalten, dass eine gesunde Entwicklung möglichst unterstützt ist. Die Eltern sollen die Spezialisten für ihre Kinder sein. Sie müssen von Anfang an in die Pflege integriert werden und ausreichende Möglichkeiten erhalten, durch Känguruhn eine Bindung

aufzubauen, damit sie ihre Kinder so früh wie möglich kompetent versorgen können. Mit der Bereitstellung von Muttermilch können Mütter einen wesentlichen Beitrag zur Genesung und Entwicklung ihres Kindes beitragen. Dabei brauchen sie von Anfang an intensive, professionelle Unterstützung. All diese Aufgaben erfordern ganz andere Fähigkeiten und Wissen vom Pflegepersonal. Wir sind unter anderem Kinderpfleger, Elternberater, Psychologen und Seelsorger.

Nicht selten stoßen wir dabei an unsere Grenzen. Ohne spezielle Ausbildungen und viel Erfahrung sind auch für uns die Anforderungen manchmal sehr groß und schwer zu bewältigen. In der Neugeborenen Intensivpflege hat man aber die größten Möglichkeiten zu „pflegen“ im Gegensatz zu anderen Intensivstationen, wo die Notfallmedizin sicher im Vordergrund steht und alles viel invasiver ist.

Diese Tatsache befriedigt mich sehr und motiviert mich auch stets, mich den Herausforderungen, vor allem in der Mutter – Elternberatung, zu stellen.

**Vroni Goreis**

*Bezahlte Anzeige*



## Demo-Babypuppe

(NEU: OFFENER MUND, OFFENE HAND, WEICHVINYL, KORPUS HAUTFARBEN)



- Länge ca. 52 cm
- Kopfumfang ca. 34 cm
- Gewicht ca. 3,4 kg (mit Kleidung)
- Scheibengelenke
- In Handarbeit gefertigt, mit Sand gefüllt
- Keine künstlichen Haare oder Wimpern
- Weichvinyl (ohne Phtalate), geruchsneutral
- Augenfarbe wahlweise blau oder braun
- Erhältlich ab November 2012



**€ 69,-**  
inklusive  
Kleidung



BERATUNG UND BESTELLUNG BEI:
 



Zum Scheider Feld 10 • D-51467 Bergisch Gladbach  
Telefon: +49 (0) 22 02-98 35 0 • [info@hoppediz.de](mailto:info@hoppediz.de) • [www.hoppediz.de](http://www.hoppediz.de)

## Vom Fanatismus zum Professionalismus

In den Stillgruppen erzählen Frauen oft, was sie von ihren Müttern zu hören bekommen. „Das Kind braucht einen Rhythmus“ „So häufig stillen kann für den Magen ja nicht gut sein, der kommt ja überhaupt nicht zur Ruhe“ „Ein Baby muss lernen, dass es auch warten muss, du kannst doch nicht bei jedem Mucks laufen“ usw. Zusätzlich erzählen heutige Großmütter oft, dass sie damals nicht stillen haben „dürfen“.

Das alles waren Auswirkungen des damaligen „Wissens“ über das Stillen. Es wurde vermittelt, dass die Babynahrung viel gehaltvoller als Muttermilch sei. Die Flaschnahrung hat zu einer ganz neuen Art der Kindererziehung geführt. Alles sollte nach Listen, Tabellen und Plänen funktionieren. Die Bedürfnisse des Babys waren unwichtig.

In den Krankenhäusern wurde in den 60er-, 70er und Anfang der 80er Jahre noch ein strikter Vier-Stunden-Rhythmus eingehalten. Die Babys sind in diesem Abstand ausgeteilt worden, sie sind für maximal eine halbe Stunde bei ihren Müttern geblieben. Wenn eine Mutter ihr Kind an die Brust gelegt hat, dann durfte dies nur höchstens 10 Minuten pro Seite trinken. Viele Kinder haben in der kurzen Zeit, in der sie bei ihrer Mama waren nur geschlafen, da sie zwischendurch mit der Flasche und künstlicher Nahrung gefüttert worden sind. Natürlich war der Hintergedanke nicht, die Mütter vom Stillen abzuhalten, aber das Stillen schien nicht wichtig, es gab ja einen „guten“ Ersatz. Heute weiß man, dass die damalige Babynahrung eine Eiweißmast für die Babys war.

### Das jahrtausendealte Wissen war verloren gegangen

Auch damals hat das medizinische Fachpersonal nach bestem Wissen gearbeitet und sich bemüht. Nach damaligem Wissensstand war es für die Kinder gefährlich, wenn sie den „hochinfektösen“ Keimen bei der Mutter ausgesetzt wären, man hat geglaubt, dass es für die Kinder das Beste wäre, im Kinderzimmer gut gepflegt und regelmäßig mit einer ganz bestimmten Menge Nahrung

versorgt zu sein. Darum wurden die Kinder, die Muttermilch getrunken haben, vor und nach dem Stillen gewogen und die fehlende Menge mit Formulanahrung nachgefüttert. Dass die Stillraten dadurch äußerst gering waren ist absolut verständlich. Und auch, dass das Wissen über das Stillen verloren gegangen ist, die heutigen Großmütter es nicht mehr an ihre Töchter weitergeben können, so wie es über Jahrtausende funktioniert hat.

### Es hat einer Gegenbewegung bedurft

Ich selber bin 1981 die dritte Stillberaterin in Österreich gewesen und wie fast alle damals bin ich nicht aus dem medizinischen Bereich gekommen. Wir waren La Leche Liga- oder kurz LLL-Beraterinnen. Die LLL ist eine Selbsthilfeorganisation, die 1956 in Amerika von stillenden Müttern gegründet wurde, seit 1979 auch in Österreich vertreten war und mittlerweile in über 60 Ländern der Welt aktiv ist. Es war und ist ehrenamtliche Hilfe von Mutter zu Mutter, in Stillgruppen oder bei telefonischen Beratungen wurden Mütter begleitet, informiert und gestärkt. Mütter konnten erfahren, dass Muttermilch die beste Nahrung für einen Säugling ist, dass Babys früh und häufig bei der Mutter sein und nach Bedarf gestillt werden sollten. Dass sie viel Nähe und Körperkontakt brauchen, dass Babys

Wünsche und Bedürfnisse dasselbe sind und sie nicht verwöhnt werden können. Und dass sie so lange stillen darf und soll, wie es ihr und dem Kind gefällt.

Ein Standardsatz war: „Wenn du aus dem Krankenhaus kommst, dann setzt dich mit deinem Baby in einen Schaukelstuhl und stille, stille, stille es“. Nach dem oben beschriebenen Start war dies der einzige Weg, dass die Milch ins Fließen kam und das Stillen funktionieren konnte. Es waren nicht wenige Mütter, denen dies aus dem Herzen gesprochen hat, die sich regelmäßig in den Stillgruppen getroffen haben, die ihre Kinder in Tüchern getragen und überall und mit Begeisterung gestillt haben. Das alles war revolutionär anders als die landläufige Art, mit Kindern umzugehen.

Gerade weil LLL-Beraterinnen nicht aus dem medizinischen Bereich gekommen sind, ist ihnen Fanatismus nachgesagt worden, im besten Fall wurden sie als Alternative bezeichnet. Vom medizinischen Personal wurde ihnen die Fachkenntnis abgesprochen, da sie nicht medizinisch vorgebildet waren.

Wie in anderen Bereichen auch hat es aber eine starke Gegenbewegung gebraucht, um Veränderungen einzuleiten. Aus der LLL ist auch IBLCE entstanden. Man hat erkannt, dass es schade ist, wenn erst nach dem Krankenhaus das Stillen forciert wird. Auch





das medizinische Personal brauchte das Wissen über Muttermilch und über das richtige Stillmanagement. Das war ein großer Schritt. Bald wurde verstärkt auch wissenschaftlich gearbeitet, Studien wurden gemacht und damit die Qualität der Muttermilch und der Wert des Stillens untermauert. Bald gab es die ersten IBCLCs,

ab 1992 auch in Österreich. 1997 startete die erste rein Österreichische Seminarreihe zur Vorbereitung auf das IBLCE Examen. Zahlreiche Visionen, die damals genannt worden sind, sind mittlerweile selbstverständlich. So gibt es in nahezu allen Krankenhäusern mindestens eine IBCLC, es gibt Stillambulanzen, in denen IBCLCs

arbeiten, es gibt Krankenhäuser, die ihre IBCLCs für die Stillberatung freistellen, usw. Gemeinsam auf diesem Weg weiterzugehen und nach wie vor die neuen Erkenntnisse umzusetzen soll das Ziel für alle sein, die Mütter und ihre Kinder betreuen und begleiten.

Isolde Seiringer

## Wie sich Stillwissen weiterentwickelt



Hintergrundwissen zur Anatomie der Brust ist unterstützend. Foto: VSLÖ/K. Grabherr

**Gerade rund um das Thema Stillen gibt es immer wieder Neuigkeiten. Es ist auch spannend, wenn immer wieder neue Erkenntnisse und Erfahrungen dazukommen und im Alltag umsetzbar sind. Dadurch wird die Betreuung sichtbar effektiver, das zeigt sich an zufriedenen Frauen und mehr ausschließlich gestillten Babys. Der VSLÖ gibt mit seinem Fortbildungsprogramm das neueste Wissen an das Fachpersonal weiter.**

Vor 30 Jahren gab es z.B. noch die Empfehlung, die Brust abzuhärten, entweder mit einem rauen Handtuch oder gar mit der Zahnbürste, damit sie beim Stillen nicht wund wird. War das Baby geboren, so waren viele Nahrungsmittel für stillende Mütter verboten. Eigentlich war nur altes Weißbrot und Fencheltee unumstritten gut für stillende Mütter. Wen wundert es, dass mit solchen Empfehlungen das Stillen nicht beliebt war und die Mütter gern eine Flasche gegeben haben.

### Fingerfeeding als Intervention

1997 wurden erstmals in Österreich über 30 Fachfrauen zu IBCLCs ausgebildet. Das ist 15 Jahre her – in dieser

Zeit wurde viel geforscht, es hat sich das Fachwissen in einigen Bereichen geändert. Für die ersten IBCLCs war zum Beispiel das Fingerfeeding noch ein wichtiges Thema. Es wurde miteinander geübt, sodass jede IBCLC es gut gekannt und auch fleißig angewendet hat. Und nicht nur IBCLCs haben mit dem Finger die Babys gefüttert, auch viele anderen, die Mütter und ihre Kinder betreut haben. Allerdings war beim Lernen schon für alle eine große Hemmschwelle zu überwinden. Niemand hatte gern den Finger der Kollegin im Mund. Diese Erfahrung hat alle sensibel gemacht dafür, dass der Mund ein Intimbereich ist, den es zu schützen gilt. Bald wurde erkannt, dass es nicht viel besser als die Flaschenfütterung ist, wenn Babys die Finger von verschiedenen Menschen in den Mund gesteckt bekamen und so gefüttert wurden. Der Weg zum Stillen wurde damit nicht einfacher. Heute wissen wir, dass Fingerfeeding eine therapeutische Maßnahme und keine Variante der routinemäßigen Zufütterung ist. Bei einem wirklich nötigen Einsatz des Fingerfeedings, wenn zum Beispiel das Baby falsch saugt, sollte die Mutter von einer Still- und Laktationsberaterin IBCLC begleitet zum

selbständigen Ausführen angeleitet werden. Sehr wohl hat die Spritze mit dem Feeding Aufsatz aber Berechtigung beim Zufüttern an der Brust.

### Mehr Hintergrundwissen

Stark weiterentwickelt hat sich inzwischen das Wissen um die Anatomie der Brust. Nach wie vor wichtig ist, dass das Baby den Mund weit aufmacht und einen „Mund voll Brust“ nimmt, es entleert dadurch die Milch aus den Milchgängen und dem Drüsengewebe. Die Zunge bewegt sich auf und ab, dadurch werden Areola und Mamille an den harten Gaumen gepresst. Es kommt zu einem Wechsel zwischen Kompression und negativem Druck. Milch wird entleert, wenn die Zunge tief liegt und negativen Druck erzeugt. Genügend Milch im Mund löst das Schlucken aus.

Es ist sehr wichtig, dass alle Fachpersonen die Anatomie der Brust, die Physiologie der Laktation und den Vorgang des Saugens verstehen. So können sie den Müttern korrekte Erklärungen geben und alle verstehen besser, wie die Milchbildung und der Vorgang des Saugens optimal funktioniert. Probleme damit werden dann

Bezahlte Anzeige

Heilwolle



Von Natur aus gut.

pfliegend · schützend · heilend

medesign I.C. GmbH · Morsbach 41  
A-6330 Kufstein · Tel. +43(0)5372-63412  
Fax +43(0)5372-63543 · info@medesign-austria.at  
www.medesign-austria.at

auch schneller und leichter erkannt.

Und es kann klar vermittelt werden, dass sich die Milch nicht zwischen den Stillzeiten sammelt, sondern dass sie durch das Saugen und Entleeren direkt beim Stillen gebildet und der Milchspendereflex mehrmals durch Oxytocin während einer Mahlzeit ausgelöst wird. Damit wurde auch ein immer wieder vorgebrachtes Argument für bestimmte Abstände zwischen den Stillzeiten entkräftet.

### Wichtige Brustmassage

Ein Thema, das vor 5 Jahren noch ganz wenig beachtet worden ist, ist der Wert der Brustmassage. Schon vor über 20 Jahren hat die La Leche Liga ein Merkblatt über die Marmet Massage gehabt, die vor allem als Vorbereitung auf das Gewinnen der Milch von Hand empfohlen wurde. Plata Rueda hat dann eine kurze und sehr effektive Massagetechnik entwickelt, die einen unglaublichen Effekt hat auf die Milchbildung und den Milchfluss. Damit können Babys ganz schnell in den Genuss des Kolostrums kommen. Bei regelmäßiger Anwendung wird deutlich mehr Kolostrum gebildet. Sind die Kinder noch nicht fit genug, um selber effektiv saugen und trinken zu können, so ist das Kolostrum leicht zu gewinnen und kann den Babys mit der Spritze, mit dem Löffel oder dem Becher gegeben werden.

Dadurch werden die Kinder schneller fit, sie werden weniger gelb, nehmen weniger ab, es geht ihnen deutlich



besser. Diese Massage findet in immer mehr Krankenhäusern Anwendung. Damit wird es viel einfacher, mindestens 80% ausschließlich gestillten Kinder zu entlassen, wie dies für Baby-Friendly Hospitals vorgegeben ist.

Diese einfache kurze Massage, die die Frauen jederzeit selber machen können, ist extrem wirkungsvoll und für ein gutes Arbeiten fast unverzichtbar auf jeden Fall dann, wenn der Start nicht ganz optimal verlaufen ist.

### Wachstum neu betrachtet

Durch die in jahrelanger Arbeit entwickelten Wachstumskurven der WHO mussten die Angaben zur Gewichtszunahme von Babys abgeändert werden. Es wurde erkannt, dass mit einem optimalen Stillmanagement – und das sollte immer das Ziel sein – Babys in den ersten Wochen

mindestens 170 g/W. zunehmen, was für ihr rasantes Gehirnwachstum in dieser Zeit, hervorragend ist. Nach ca. 2 Monaten verlangsamen sich diese Zunahmen, mit 3-4 Monaten haben die Babys ihr Geburtsgewicht verdoppelt. Früher wurde dies erst nach sechs Monaten erwartet.

### Wissen wächst weiter

Dazu kommen all die Erkenntnisse über das frühe Bonding nach der Geburt, die Weiterführung des Bondings auch auf der Wochenstation, das Bonding nach Sectio bereits im OP. Alle diese Maßnahmen ziehen gravierende Vorteile für Mütter und Kinder nach sich.

Leider ist es immer noch so, dass trotz unzähliger Studien manche Ärzte, Hebammen, Pflegefachpersonen dieses Wissen nicht haben. Es wird immer noch auf Grund eigener Erfahrungen oder Vorstellungen und Halbwissen beraten, was sich in erschreckend vielen Fällen nicht mit dem wissenschaftlichen Standard der Lakationsmedizin deckt. Dies wäre in anderen medizinischen Bereichen undenkbar, neue wissenschaftliche Erkenntnisse müssen aufgenommen und in die Praxis umgesetzt werden.

Es liegt an uns allen, die wir Fachpersonal sind, die Familien mit ihren Kindern beim Stillbeginn und beim Bindungsaufbau optimal zu begleiten und bestmöglich zu unterstützen. Die Welt lebt von Menschen, die mehr tun als ihre Pflicht.

*Doris Teufel und Isolde Seiringer*

## Internationale Initiativen & Dokumente zur Stillförderung

Eines der wichtigsten Anliegen der WHO ist die Gesundheit der Kinder. Mitte des letzten Jahrhunderts hat die Ersatznahrung für Babys so stark um sich gegriffen, dass sogar bei Menschen in den Drittweltländern massiv dafür Werbung gemacht worden ist, wo weder die hygienischen Verhältnisse noch die Wasserqualität für Babynahrung geeignet sind, die Menschen dort auch kein Geld für teure Babynahrung haben. Zum Schutz der Kinder hat die WHO 1981 den „**Internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten**“ erlassen. Er wurde von

118 Mitgliedsstaaten angenommen, leider nicht von den USA. Der Kodex ist ein Vermarktungskodex, kein Verkaufsverbot. Im Laufe der Jahre gab es weitere WHA-Resolutionen dazu. Alle Babynahrungsfirmen haben mit ihrer Unterschrift bestätigt, sich an den Kodex zu halten. Leider sind wir davon aber auch heute noch weit entfernt, es wurde und wird nach wie vor dagegen verstoßen.

1989 wurde eine gemeinsame Erklärung von WHO und UNICEF herausgegeben: „**Stillen – Schutz, Förderung und Unterstützung: die besondere Rolle des Gesund-**

**heitspersonals**“ Darin werden medizinische Fachkräfte und andere MitarbeiterInnen, die im Gesundheitsbereich Verantwortung tragen dazu aufgerufen, eine „Stillkultur“ zu erhalten oder – wenn nötig – wieder einzuführen. Es finden sich in diesem Heft auch schon die „Zehn Schritte zum erfolgreichen stillen“.

1990 wurde in Florenz ein gemeinsames Dekret unterzeichnet, die „**Innocenti-Deklaration**“ Darin war z.B. sehr optimistisch festgeschrieben, dass bis zum Jahr 1995 alle Entbindungsstationen die „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ erfüllen

sollten. 1991 wurde dann in Ankara die **Baby-friendly Hospital Initiative** ins Leben gerufen. Sie ist die bisher erfolgreichste Initiative von WHO und UNICEF.

Ziel ist es, die erste Lebensphase der Neugeborenen ganz besonders zu schützen und die Bindung zwischen Eltern und Kind sowie das Stillen zu fördern. Die Richtlinien sind die „Zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“ und der Internationale Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten. Aktuell gibt es ca. 20000 BFHI zertifizierte Krankenhäuser in 152 Ländern, rund 500 davon in Industriestaaten - in Deutschland 50, in der Schweiz 62 und 16 derzeit in Österreich.

1997 hat die American Academy of Pediatrics erstmals eine Empfehlung für Kinderärzte herausgegeben **„Breastfeeding and the Use of Human Milk“**. Darin wurde klar definiert, dass Humanmilch für die Ernährung des Säuglings allem anderen vorzuziehen ist. Es wurden Vorschläge gemacht, wie das Stillen initiiert und erfolgreich weitergeführt werden kann. In dieser Empfehlung der amerikanischen Kinderärzte wurde erstmals das Stillen bis sechs Monate empfohlen. Und es wurden die Aufgaben des Pädiaters und anderer Gesundheitsarbeiter in der Stillberatung klar definiert.

ILCA - International Lactation Consultant Association hat 2000 die **„Leitlinien für das Stillmanagement während der ersten 14 Lebensstage auf wissenschaftlichen Grundlagen“** veröffentlicht. Sie gelten für gesunde Mütter und gesunde Babys. Inhaltlich zeigen sie die Bedingungen für einen guten Stillstart und eine intensive Bindungsphase auf. Die Konzentration liegt dabei auf der Etablierung und Aufrechterhaltung des Stillens mit dem Fokus auf die ersten 14 Lebensstage des Babys. Außerdem gehen sie auch auf allgemein verbreitete Probleme ein, die das Stillen gefährden. Dieses Leitlinien enthalten sowohl Informationen für Fachpersonal als auch Schulungsinhalte für Mütter. Der Inhalt beruht auf wissenschaftlichen Studien und Forschungsergebnissen sowie klinischen Erfahrungen, dafür gibt es 257 Referenzen. Die Leitlinien wurden von einem multidisziplinären Expertengremium zusammengestellt. Der VELB hat diese Leitlinien über-

setzt und im deutschsprachigen Raum verbreitet.

2003 hat die WHO die **„Global Strategy for Young Child and Infant Feeding“** publiziert. Darin wird die Stilldauer klar definiert: Alle Babys sollen bis sechs Monate voll gestillt und danach mit geeigneter Beikost weitergestillt werden bis ins zweite Lebensjahr und darüber hinaus. Und dies gilt für alle Babys auf der Welt, sowohl in Entwicklungsländern als auch in Industrienationen. Außerdem wird empfohlen, dass Mütter von ausgebildeten Stillberaterinnen betreut werden sollten.

Experten aller EU-Mitgliedsstaaten haben 2004 ein EU Projekt zur Förderung des Stillens in Europa einen Aktionsplan – den **Blueprint** – in Dublin der Öffentlichkeit vorgestellt. Für uns Stillberaterinnen besonders bemerkenswert daran ist die Empfehlung, dass alle, die mit Mutter und Kind arbeiten, IBCLC sein sollten.

2005 wurden die Klinischen Leitlinien von ILCA überarbeitet, den neuen Erkenntnissen angepasst und wieder vom VELB übersetzt.

2006 gab es neue Empfehlungen für die Europäische Union: **„Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern“** vom European Network for Public Health Nutrition – EUNUTNET. Dort wird festgehalten, dass Stillen die natürliche und artspezifische Ernährungsform für menschliche Säuglinge und Kleinkinder ist, weswegen es keiner weiteren wissenschaftlichen Beweise zur Befürwor-

tung dieser Ernährungsform bedarf. Ausschließliches Stillen ist diejenige Ernährungsform, an der sich alle anderen Formen der Säuglings- und Kleinkindernahrung im Hinblick auf Wachstum, Gesundheit, Entwicklung und alle anderen kurz- und langfristigen Outcomes messen müssen. Die Vorteile des Stillens sind mittlerweile hinlänglich bekannt und über Veröffentlichungen in zahlreichen seriösen Fachzeitschriften und über viele Erklärungen gut zugänglich.

2007 hat die WHO ein Systematic Review und eine **Metaanalyse** zum Thema: „Evidence on the long-term effects of breastfeeding“ gemacht: Darin wurde der Einfluss des Stillens auf die Gesundheit im Erwachsenenalter in mehr als 400 Studien untersucht im Hinblick auf Blutdruck, Diabetes, Cholesteroll, Übergewicht und Adipositas sowie die intellektuelle Entwicklung. Die Ergebnisse mit statistischer Relevanz überzeugen: Blutdruck und Cholesteroll sind niedriger bei ehemals gestillten Personen, Übergewicht und Adipositas sowie Diabetes Typ 2 treten seltener auf, ebenso schneiden ehemals gestillte Personen bei Intelligenztests besser ab.

Alle diese internationalen Dokumente und Initiativen zur Stillförderung sind eine wunderbare Bestätigung und Arbeitsgrundlage für alle, die das Stillen fördern. Sie machen Mut, sich auch weiterhin für das Stillen einzusetzen, auch wenn es manchmal mühsam ist.

*I. Seiringer / Fotos: K. Grabherr*





## Fortbildungsangebot für IBCLCs

Um Wissen gut vertiefen zu können, sind Workshops eine ideale Möglichkeit. Darum haben sich die Fortbildungsverantwortlichen des VSLÖ entschlossen, bei der Internen Fortbildung für IBCLCs am **9. und 10. November in Salzburg** an beiden Tagen verschiedene solcher „Arbeitsgruppen“ anzubieten.

Es werden unterschiedlichste Themen bearbeitet. So wird von Brigitte Schrottmayer die Frage gestellt: „Darf ich auch NEIN sagen!? – Über „erlaubte“ Abgrenzung beim Stillen mit Babys über 6 Monaten“, ein weiteres Thema wird der neue Verhaltenskodex für IBCLCs sein, der seit November 2011 gültig ist. Andrea Hemmelmayr ist dafür die Expertein. Márta Guóth Gumberger wird das Arbeiten mit der von ihr entwickelten STILLDOC im Detail erklären und den Gebrauch des Programmes mit den Teilnehmerinnen an Fallbeispielen üben. Gabriele Nindl bringt Neues und Bewährtes aus der Stillberatung. In diesem Heft finden Sie genügend Beispiele von Veränderungen des Fachwissens rund ums Stillen, Frau Nindl wird ihr hochaktuelles Wissen mit den Teilnehmerinnen teilen. Und für all jene, die in einem Krankenhaus beschäftigt sind, in dem überlegt wird, die Zertifizierung Baby-Friendly Hospital anzustreben zeigt Anne Marie Kern auf, wie auch die MitarbeiterInnen auf der Station davon profitieren können.

Am Abend findet die Generalversammlung mit der Wahl des neuen VSLÖ-Vorstandes statt, zu der alle Mitglieder herzlich eingeladen sind. Dazu wird noch ein Brief an die Mit-

glieder versandt. Daran anschließend werden die neuen Kolleginnen gefeiert, die heuer ihr Examen abgelegt und bestanden haben.

Somit ist wieder einmal dafür gesorgt, dass die IBCLCs ihr Wissen erweitern, auffrischen und vertiefen können. Natürlich ist ein ganz wichtiger Teil von Fortbildungen auch immer die Möglichkeit für den persönlichen Austausch untereinander. Nicht nur Müttern tut es gut, Gleichgesinnte zu treffen, miteinander über „Freud und Leid“ zu sprechen und sich gegenseitig zu stärken. Dies brauchen mitunter auch die IBCLCs, die sich meist mit vollem Einsatz um Mütter und Babys bemühen. Auch dafür bietet der VSLÖ mit diesem Angebot Gelegenheit.

### **Gemeinsamer Kongress „Hand in Hand“ von BDL (Berufsverband deutscher Laktationsberaterinnen IBCLC) und EISL (Europäisches Institut für Stillen und Laktation) am 26. und 27. April 2013**

Vielleicht haben Sie Lust, einmal auch über die Landesgrenzen hinauszublicken? Der Kongressort Fulda liegt mitten in Deutschland. Es geht bei dem Kongress darum, „Hand in Hand“ das Netzwerk, das wir gemeinsam um Mütter und ihre Kinder knüpfen können zu stärken und die bestehenden Wissenslücken zu schließen. Damit jede Profession immer besser ihren Beitrag leisten kann, um möglichst viele Mütter so gut zu begleiten, dass diese ihr persönliches Stillziel erreichen können.

Nähere Informationen finden Sie auf der Kongresshomepage [www.kongress-stillen.de](http://www.kongress-stillen.de) und im Programmheft.



*Diese Tragetasche entstand in der Englischen Weltstillwoche. Eine Eigeninitiative des auch sonst spannenden WebPortals <http://lactivist.co.uk>*

*Es ist nur ein Produkt von vielen: <http://boobiemilk.blogspot.co.uk/p/bloggers-participating-2012.html> und: [www.keepbritainbreastfeeding.co.uk/](http://www.keepbritainbreastfeeding.co.uk/)*

## 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: 16. - 18.1., 3. - 5. 4. 2013

Wels: 11./12. 10., 29./30.11., 10./11. 1. 13

#### **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](mailto:annemarie.kern@stillen-institut.com)

#### **ONGKG:**

**Wien: 21./22.11.**

BFHI: Stillende Mütter professionell beraten; Infos: [www.ongkg.at](http://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 Füreder, Andrea Hemmelmayr, Vroni

Goreis, Angelika Lessiak, Isolde Seiringer,

Doris Teufel. Schlussredaktion & Layout: *cft*;

E-mail: [christian@cfreisleben.net](mailto:christian@cfreisleben.net);

Web: [www.cfreisleben.net](http://www.cfreisleben.net),

Produktion: [www.eindruck.at](http://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](http://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).

