

Peer-To-Peer – Ausarbeitung einer Multiplikatorinnenschulung zum Thema Stillberatung für Frauen mit Fluchterfahrung

Bachelorarbeit

Betreuende Professorin: Frau Prof. Dr. Färber

Zweite Prüfende: Frau Prof. Dr. Adam

Abgabedatum: 28.03.2017

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Department Ökotrophologie

Kathrin Rathenow, geb. [REDACTED]

Matr.-Nr.: [REDACTED]

Tel. [REDACTED]

e-mail: [REDACTED]

Abstract

Diese Bachelorarbeit ist der Entwurf für ein Peer-To-Peer-Projekt zum Thema Still-Beratung. Es soll nachhaltig dazu beitragen die Gesundheit von stillenden Müttern mit Fluchterfahrung und ihren Kindern zu erhalten oder zu verbessern. Die Arbeit gibt konkrete Anleitung für das Gelingen einer erfolgreichen Stillbeziehung und einer gesunden Ernährung der stillenden Mutter, sowie der Beikosteneinführung und dem Abstillen. Besonders interessant ist der Einsatz des Konzepts für den Bereich der Flüchtlingshilfe mit dem Schwerpunkt Frauengesundheit. Das Peer-To-Peer-Projekt wird in Form einer Schulung umgesetzt. Frauen mit Fluchterfahrung werden zu Multiplikatorinnen ausgebildet. Diese beraten bei Bedarf stillende Frauen aus ihrer Peer-Gruppe. Die sieben bis acht Ausbildungs-Sitzungen werden zum Teil durch Frontalunterricht, z.B. mit Hilfe einer Power-Point-Präsentation und Methoden der Erwachsenenbildung gestaltet. Zusätzlich gibt es ein Manual für die Teilnehmerinnen, welches in leichter Sprache und Bildern den theoretischen Inhalt begleitet.

Abstract

This Bachelor thesis is the draft of a peer-to-peer project on the subject of breastfeeding. It is designed to maintain or improve the health of breastfeeding mothers with refugee experience and their children. The work gives concrete guidance for the success of a safe bonding and a healthy diet of the breastfeeding mother, as well as the introduction of the first food and the break up of breastfeeding. Particularly interesting is the use of the concept for the work in refugee aid with the focus on women's health. The peer-to-peer project is implemented as a training course. Women with refugee experience are trained as multipliers. These women advise breastfeeding women from their peer group. The seven to eight training sessions are conducted in part by front-end teaching, e.g. With the help of a power point presentation and methods of adult education. In addition, there is a manual for the participants, which accompanies the theoretical content in light language and pictures.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1. Peer-To-Peer	1
1.2. Einbindung des Peer-To-Peer-Projekts in die aktuellen gesellschaft-lichen und politischen Rahmenbedingungen.....	2
1.3. Herausforderungen	3
1.4. Zielgruppe	5
1.5. Bedürfnisse der Zielgruppe und Strategie.....	5
1.5.1. Kultur-sensible Arbeit mit Frauen mit Fluchthintergrund.....	6
1.5.2. Leichte Sprache	7
1.6. Didaktik der Präsentation	9
2. Inhalte der Ausbildung.....	13
2.1. Vor- und Nachteile des Stillens.....	13
2.1.1. Vorteile der Muttermilch:.....	14
2.1.2. Vorteile des Stillens	15
2.1.3. Nachteile des Stillens und der Muttermilch.....	17
2.2. Zusammensetzung der Frauenmilch.....	18
2.3. Anatomie der Brust und Physiologie des Stillens.....	19
2.3.1. Aufbau	20
2.3.2. Physiologie des Stillens durch Prolaktin und Oxytocin	22
2.4. Wie das Stillen funktioniert	24
2.4.1. Stilldauer und -frequenz.....	26
2.4.2. Stilltemperamente	26
2.4.3. Stilltechniken	27
2.4.4. Die richtige Anlegetechnik.....	30
2.4.5. Abnehmen des Kindes von der Brust	31
2.5. Stillanamnese: Brustpflege, Beobachtung der Stillsituation, Gedeihen des Kindes.....	32
2.5.1. Brustpflege.....	32
2.5.2. Beobachtung der Stillsituation.....	33
2.5.3. Gedeihen des Kindes	35
2.6. Stillkrisen.....	35
2.6.1. Schmerzhaftes, wund Brustwarzen.....	36
2.6.2. Infizierte Brustwarzen	38
2.6.3. Milchstau und Mastitis.....	38
2.7. Ernährung der stillenden Mutter.....	41
2.8. Massagen zur Stillförderung.....	44
2.8.1. Rückenmassage	44
2.8.2. Brustmassage	45
2.9. Stillen und Verhütung.....	47
2.10. Abstillen und Beikost für das Kind.....	48
3. Fazit.....	51
Literaturverzeichnis.....	53
Anhang.....	55
Erklärung.....	56

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: „Beispielhaftes Ablaufschema einer Ausbildungs-Sitzung: Anatomie der Brust und Physiologie des Stillens“

Tabelle 2 „Abwehrsystem der Frauenmilch“, Przyrembel Professor Dr , Hildegard, Nationale Stillkommission Deutschlands am BfR, i. A. Der BzGA: „Stillen und Muttermilchernährung – Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen“, neue erweiterte Auflage, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, 2001, S. 21

Tabelle 3: „Verschiedenen Stilltemperamente“, Mändle, Christine, Opitz-Kreuter, Sonja: Das Hebammenbuch – Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe, 6. Auflage, Schattauer GmbH, Stuttgart, 2015, S. 1020

Tabelle 4: „Checkliste zur Beobachtung einer Stillmahlzeit.“, Mändle, Christine, Opitz-Kreuter, Sonja: Das Hebammenbuch – Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe, 6. Auflage, Schattauer GmbH, Stuttgart, 2015, S. 1027/1028

Tabelle 5: Die Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr während der Stillzeit, verändert nach Biesalski, H. K., Bischoff, S. C., Puchstein, C.: Ernährungsmedizin – nach dem neuen Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer, 4. Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2010, S. 350

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: „Anatomie der laktierenden Mamma“, Mändle, Christine, Opitz-Kreuter, Sonja: Das Hebammenbuch – Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe, 6. Auflage, Schattauer GmbH, Stuttgart, 2015, S. 977

Abb. 2: „Längsschnitt durch die Mamma“, Faller, Adolf, Schünke, Michael: Der Körper des Menschen – Einführung in Bau und Funktion, 16. Auflage, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, 2012, S. 490

Abb. 3: „Aufbau der Glandula mammaria“, Mändle, Christine, Opitz-Kreuter, Sonja: Das Hebammenbuch – Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe, 6. Auflage, Schattauer GmbH, Stuttgart, 2015, S. 977

Abb. 4: „Glandula mammaria mit vergrößertem Alveolenabschnitt“, Schwegler, Johann, Lucius, Runhild: Der Mensch – Anatomie und Physiologie, 6. überarbeitete Auflage, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, 2016, S. 464

Abb. 5: „Lobulus mit sekretorischen Alveolen und Myoepithelzellen, A = während Produktion und Sekretion von Milch, B = Alveole im kontrahierten Zustand“, Mändle, Christine, Opitz-Kreuter, Sonja: Das Hebammenbuch – Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe, 6. Auflage, Schattauer GmbH, Stuttgart, 2015, S. 979

Abb. 6: „verschiedene Stillpositionen“,

https://image.windeln.de/windeln/skin/frontend/lindgren/default/content_images/illustrationen/14_Stillpositionen_gross.jpg, 16.03.2017, 21:22

Abb. 7: „Stillen im Liegen über Kopf“, <http://www.childclinic.net/pain/nursingpositions.jpg>, 16 03 2017, 21 20

Abb. 8: „Die korrekte Saugtechnik an der Brust“, http://www.stillen.de/wp-content/uploads/2011/08/saugpos_richtig.jpg, 16.03.2017, 21:32

Abb. 9: „Korrektes Abnehmen des Kindes von der Brust“, Kroth, Carina: Stillen und Stillberatung, Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co, Wiesbaden, 1998, S. 189

Abb. 10: „Stillen im Vierfüßlerstand“, Kroth, Carina: Stillen und Stillberatung, Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co, Wiesbaden, 1998, S. 207

Abkürzungsverzeichnis

AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BMEL	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BW	Baden-Württemberg
BzGA	Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung
D-A-CH-REFERENZWERTE	„Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr“ aus Deutschland (D), Österreich (A) und Schweiz (CH)
DDT	Dichlordiphenyltrichlorethan
DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
EU	Europäische Union
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IgA	Immunglobulin A
IUP	Intrauterinpressar
NGO	Non-Governmental-Organization
PCB	Polychlorierte Biphenyle
T-P-O	Therapist-Patient-Observer
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UNO	United Nations Organization
WHO	World Health Organization

1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag zur Gesundheit von Flüchtlingsfrauen und ihren Kindern leisten. Die Frauen sollen eine erhöhte Selbstkompetenz in Bezug auf ihre Bedürfnisse und die ihrer Säuglinge erwerben. Da der Zugang zu geeigneten Hilfs- und Beratungsangeboten oft schwierig ist, besteht die Hilfsmaßnahme darin, Frauen anzuleiten, sich selbständig gegenseitig zu helfen. Gesundheitsförderung und Prävention sollten so früh wie möglich einsetzen, um die kindliche Entwicklung nachhaltig zu unterstützen. Muttermilch ist von zentraler Bedeutung für das Wachsen und Gedeihen des Kindes und stellt die perfekte Ernährung für das neugeborene Kind dar. Sie enthält alle Abwehrstoffe zum Schutz während der ersten Lebensmonate und passt sich dem wachsenden Nährstoffbedarf des Säuglings an. Daher liegt der Schwerpunkt dieser Arbeit auf der Stillberatung. Außerdem wird durch das Stillen die Mutter-Kind-Bindung gefördert, sie ermöglicht ein intensives Kennenlernen und dadurch eine erhöhte emotionale Stabilität und Belastbarkeit während der ersten, oft anstrengenden Lebensphase des Kindes. Diese Stabilität ist von großer Bedeutung, besonders vor dem Hintergrund der Erfahrungen von Flucht und Entwurzelung. Die Arbeit geht auch auf die Ernährung der Mutter während der Stillzeit ein, sowie auf das sanfte Beenden der Stillbeziehung durch Einführung der Beikost. Das Ziel dieser Arbeit ist die Entstehung eines bisher einzigartigen Peer-To-Peer-Projektes: Es basiert darauf, fachgebundenes komprimiertes Wissen gezielt nutzbar zu machen. Dadurch entsteht ein Unterstützungsangebot, das unmittelbar und niedrigschwellig ansetzt. Diese Arbeit bildet die Grundlage für eine Schulung, durch die Frauen mit Fluchterfahrung durch elementares Stillwissen zu Stillberaterinnen ausgebildet werden. Sie sollen anhand ihrer eigenen Erfahrungen und der theoretischen und praktischen Ausbildungsinhalte, zum Beispiel Massagetechniken, Stilltechniken etc., andere Frauen mit Fluchthintergrund bei Problemen zum Thema Stillen beraten. Die Hilfe soll klar zur professionellen Hebammenarbeit abgegrenzt sein. Die Mütter haben das Recht auf Unterstützung durch eine Hebamme und sollen dies bei weiterführenden Problemen in Anspruch nehmen.

1.1. Peer-To-Peer

In vielen gesundheitlichen und sozialen Bereichen gibt es Unterstützung von Betroffenen durch Betroffene. Menschen, die besondere Lebenslagen, durchlebt, durchlitten und

bewältigt haben, können andere Menschen in ähnlichen Situationen besonders gut unterstützen. Diese Form der Unterstützung wird als Peer-To-Peer-Support bezeichnet, was auf deutsch mit „Unterstützung durch Gleiche“ übersetzt werden kann. Beim Peer To Peer Support geht es darum, sich mit anderen Menschen auszutauschen, die ähnliche herausfordernde Situationen erlebt haben bzw. bewältigen mussten. Häufig haben Menschen das Bedürfnis, von anderen, bereits erfahreneren Mitbetroffenen Beratung und Unterstützung zu bekommen. Diese kann sehr offen und informell, aber auch sehr strukturiert erfolgen, zum Beispiel in Selbsthilfegruppen. Besonders wenn die Betroffenen stark mit Stigmatisierung, Diskriminierung und Entmutigung konfrontiert sind, bekommen das Zusammengehörigkeitsgefühl und die Erfahrung von Solidarität und Verständnis eine besondere Bedeutung (Utschakowski, J., 2009, S. 14/15). Peer-To-Peer-Unterstützung fördert positive Entwicklungs- und Gesundungsprozesse durch gemeinsames Handeln, Verbundenheit und hilfreiche Beziehungen. Hilfe wird idealerweise nicht mit dem hierarchischen Gefälle der klassischen Beziehung zwischen Helfer und Hilfeempfänger, sondern auf der Basis von Wechselseitigkeit und Gleichrangigkeit zur Verfügung gestellt (Wöller, W., 2016). In der Schulungssituation tritt eine Rollenverteilung zwischen Unterstützerin und Unterstützender stärker hervor, dennoch können sich die Frauen durch den gemeinsamen Erfahrungshorizont auf Augenhöhe begegnen. Diese positiven Aspekte der Peer-To-Peer-Arbeit aus den Bereichen der Psychologie und Traumatherapie sollen auf ähnliche Weise für das Stillprojekt unter Flüchtlingsfrauen genutzt werden.

1.2. Einbindung des Peer-To-Peer-Projekts in die aktuellen gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen

Zur Zeit sind weltweit etwa 65,3 Millionen Menschen auf der Flucht, mindestens die Hälfte davon sind Frauen und Mädchen. Frauen verlassen ihre Heimat oft allein mit ihren Kindern (UNO-Flüchtlingshilfe, Ende 2015). Die Form der Konfliktaustragung in den Kriegen des 21. Jahrhunderts führt zu Fluchtbewegungen über Landesgrenzen hinaus. Nicht mehr nur Armeen kämpfen gegeneinander, auch bewaffnete Gruppierungen greifen die Zivilbevölkerung an. Frauen und Mädchen sind besonders schutzlos. Sie laufen Gefahr zu Opfern von sexueller Gewalt, wie systematischer Vergewaltigung oder Zwangsprostitution zu werden, deren Folgen häufig HIV/Aids und ungewollte Schwangerschaft sind. Sollten sie dieser Situation lebendig entkommen, droht ihnen lebenslange Stigmatisierung durch die Angehörigen und ihrem sozialen Umfeld. Sie werden dazu

verleitet das Erfahrene zu verheimlichen, was ihren Leidensdruck erhöht (Hausbacher, E., et al., 2012, S. 165). Zudem stellen Schwangerschaft und Mutterschaft für alleinstehende Frauen, nicht nur im Hinblick auf Flucht und Entwurzelung, einen erhöhten Risikofaktor dar. Die Frauen sind traumatisiert und kommen in ein Land, dessen Sprache sie nicht sprechen. Die Unterkünfte sind nicht auf die Bedürfnisse der Frauen in ihrer besonderen Situation eingerichtet. Das Verständnis von und der Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett ist durch unterschiedliche kulturelle Hintergründe der jeweiligen Herkunftsländer geprägt. Diese Umstände müssen über die gewohnte Hebammenarbeit hinaus berücksichtigt werden (Hebammenverband BW, 2014). Das Peer-To-Peer-Projekt möchte einen Beitrag leisten, um diese Ausgangslage zu verbessern und die Gesundheit von Frauen und Kindern fördern und Hilfesuchende besser auffangen zu können: Frauen mit Fluchterfahrung werden als Multiplikatorinnen in einem Seminar zu Peer-To-Peer-Beraterinnen ausgebildet. Diese motivieren geflüchtete Mütter mit Kindern im Säuglingsalter zum Stillen und unterstützen sie dabei. Die Schulung enthält praktische Einheiten mit ernährungsphysiologischen sowie medizinischen Aspekten und Hebammenwissen, um Stillende beraten und durch verschiedene gezielte Hilfestellungen unterstützen zu können. Die Arbeit der Peer-To-Peer-Beraterinnen kann die professionelle Beratung durch Hebammen nicht ersetzen. Sie soll vielmehr eine zusätzliche Unterstützung darstellen, welche die Frauen über ihr Recht auf eine professionelle Hebammenbehandlung aufklärt. Dazu gehört auch den Frauen die Informationen und das Selbstbewusstsein zu vermitteln, damit sie die Hebammensprechstunden in ihrer Nähe bei Bedarf selbständig aufsuchen können. Das Recht auf Vor- und Nachsorgeleistungen, sowie Geburtsbegleitung durch Hebammen steht jeder Frau zu. Dennoch muss den Frauen verdeutlicht werden, dass meist keine aufsuchende Betreuung gewährleistet werden kann. Die Frauen müssen von sich aus in die Hebammensprechstunde gehen, beziehungsweise einen Termin vereinbaren.

1.3. Herausforderungen

Geflüchtete Frauen sehen sich oft mit geschlechterspezifischer Diskriminierung konfrontiert, sowohl zuvor in ihrem Herkunftsland, als auch im Zufluchtsland. Da die Zielgruppe ausschließlich Migrantinnen umfasst, wird sich mit dem Thema der Geschlechtergleichstellung in dieser Arbeit kurz auseinander gesetzt. Da Gleichstellung immer ein polarisierendes Thema, besonders im Bezug auf Diskriminierung und Migration

darstellt.

Der Begriff „Gender“ beschreibt die Vielfalt der kulturellen und sozialen Bedeutung des Geschlechts in Form von sozialen Positionen, kulturellem Verhalten oder gesellschaftlichen Erwartungen. Die Frauenbewegung der 1970er Jahre zum Beispiel will die Geschlechter als sozial gleichberechtigt, also chancengleich, verstanden sehen. Wenn sich der Maßstab dieser Gleichheit jedoch am männlichen Geschlecht orientiert, werden Unterschiede zwischen Männern und Frauen als weibliche Defizite bewertet und die Frau minderwertiger dargestellt (Frey, Steffen aus Joas, H., 2007, S. 292). Neben Schichtzugehörigkeit, Geschlecht, Religion und anderen Ebenen der Intersektionalität (Wegschneider, A., 2013), ist auch die Ethnizität ein zentraler Aspekt, der zu Diskriminierung führen kann. Eine Verbindung zwischen den Begriffen Migration und Gender, insbesondere im Hinblick auf die Rollenerwartungen aus den jeweiligen Fluchtländern, ist somit leicht herzustellen. Chancengleichheit bedeutet demnach die Umsetzung einer Gleichbehandlung aller Menschen unabhängig von ihrer Herkunft, ihrer gesellschaftlichen Schichtzugehörigkeit und ihrem Geschlecht, wie sie im AGG, allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz festgelegt ist (Remiorz, S., 2014, S. 18). Weibliche Flüchtlinge waren schon häufig vor der Flucht durch ihre Gesellschaften diskriminiert. Sie sind während und nach der Flucht besonders verletzlich und müssen daher beim Flüchtlingsschutz rücksichtsvoll behandelt werden. Für viele Frauen erweist sich das Exil trotz allem auch als Chance im Asylland neue Rechte zu erfahren und neue Rollen zu übernehmen (Hausbacher, E., et al., 2012, S. 177/178).

Die Sensibilität für die Bedürfnisse von Flüchtlingsfrauen steigt allmählich. Das Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen, UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees) ist seit Jahren bemüht, besser auf das besondere Schutzbedürfnis von geflüchteten Frauen und Mädchen einzugehen. Gefährdungen und Diskriminierung müssen erkannt werden, um entsprechende Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Die Emanzipation der Flüchtlingsfrauen liegt nicht nur in ihrem persönlichen Interesse, sondern sie unterstützt die Interessen der Gemeinschaft. So bekommen Frauen mit Schulbildung weniger, dafür aber gesündere und besser ernährte Kinder und können zum Familieneinkommen beitragen. Nach Beendigung der bewaffneten Auseinandersetzungen in Krisengebieten tragen sie konstruktiv zum Wiederaufbau und zur Aussöhnung der Konfliktparteien bei (Hausbacher, E., et al., 2012, S. 161). Diese Erkenntnisse zeigen Ressourcen in der

Flüchtlingshilfe auf, die für Hilfe zur Selbsthilfe nutzbar gemacht werden können, indem man Frauen zu Multiplikatorinnen ausbildet und damit ihre Selbstkompetenz und die der zu beratenden Frauen nachhaltig fördert

1.4. Zielgruppe

Bei genauerer Betrachtung der Zielrichtung des Projektes ergeben sich zwei Zielgruppen: Zunächst die Multiplikatorinnen, welche die Beratung umsetzen. Hier eignen sich Frauen mit Fluchthintergrund, die Still Erfahrung haben, da sie zum Beispiel selber Mutter sind und bereits ein oder mehrere Kinder gestillt haben sowie Frauen, die viel engen Kontakt zu stillenden Müttern und den Problemstellungen, die beim Stillen auftreten können gehabt haben. Die zweite Zielgruppe soll von der ersten beraten werden. Sie besteht aus Frauen mit Fluchthintergrund auch Schwangere die ihr neugeborenes Kind gerne stillen möchten und Frauen mit Kindern im Säuglingsalter von 0 bis ca. 2 Jahren, die Unterstützung beim Stillen brauchen.

1.5. Bedürfnisse der Zielgruppe und Strategie

Besonders die Frauen, die unter einer angespannten Versorgungslage in den Flüchtlingsunterkünften untergebracht sind, bedürfen der Unterstützung fachkundiger Personen, die ihnen schnell und individuell in einer Notlage Hilfe leisten können. Dies beugt Komplikationen vor und leistet somit einen Beitrag zur Gesunderhaltung von Mutter und Kind. Der Vorteil dieser Hilfestellung ist, dass sie aus dem Kontext der Fluchterfahrung stammt, ähnlich dem der zu beratenden Frauen. So ist die Hemmschwelle im neuen und fremden Land Hilfe anzunehmen geringer, da zum Beispiel die Sprachbarriere entfällt.

Die Strategie des Projekts: Mütter mit Still Erfahrung und Flüchtlingshintergrund werden bezüglich aller relevanten Fragen und Techniken rund um das Stillen von ausgebildeten Hebammen oder medizinischem Fachpersonal geschult. Dazu gehört auch das Wissen, wie man Komplikationen vorbeugt oder behandelt, sowie die Abgrenzung, wann ein Facharzt/eine Fachärztin aufzusuchen ist. Dieses Wissen wird durch die geschulten Multiplikatorinnen zu den Schwangeren und jungen Müttern in die Flüchtlingsunterkünfte oder nach Hause weitergetragen, die Unterstützung beim Stillen brauchen. So entsteht eine Möglichkeit, wie Mütter von erfahrenen und ausgebildeten Frauen aus ihrem eigenen

Kulturkreis oder wenigstens in ihrer Muttersprache beraten werden können. Die Form, in der den stillenden Frauen praktisches Wissen vermittelt werden soll, orientiert sich an folgendem Schema: Zur Anleitung führt die Beraterin eine praktische Technik vor, während die Stillende sie dabei beobachtet. Das dazu nötige Hintergrundwissen wurde zuvor in der Schulung vermittelt. Danach führen beide gemeinsam die Technik durch, dabei sind eventuell auftretende Verständnisfragen möglich. Im letzten Schritt übt die Stillende die Technik alleine aus, während die Anleitende sie beobachtet, um hinterher ein Feedback zu geben.

1.5.1. Kultur-sensible Arbeit mit Frauen mit Fluchthintergrund

Die Arbeit mit stillenden Frauen erfordert oft einen intimen Kontakt zu Mutter und Kind. Um ein vertrauensvolles Verhältnis herzustellen, ist es wichtig, sensibel auf den kulturellen Hintergrund der Frauen eingehen zu können, was einen empathischen und selbst-reflektierten Umgang in der Beratungssituation erfordert.

Die körperbezogene Pflegearbeit mit Migranten/innen wird beispielsweise durch Sprachbarrieren oder Scham gestört. Mit der Forderung nach geschlechtsspezifischer Pflege, zum Beispiel aus religiösen Gründen, wird in solchen Situationen bewusst, dass es keine Alltagsnormalität ist, sich von Menschen des anderen Geschlechtes am Körper berühren zu lassen, auch wenn es um eine hygienische Maßnahme geht. Jeder Mensch hat eine einzigartige Biografie und eine individuelle Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit, die von sozialen, ökonomischen, genetischen und kulturellen Bedingungen geprägt ist. Alle Menschen sind unterschiedlich, so wirkt auch die westliche Kultur, mit der Migranten/innen in Deutschland konfrontiert werden anders, fremd oder besonders im Gegensatz zur eigenen vertrauten Kultur. (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2005, S. 22) Die Vielfalt der Lebensstile von Migranten und Migrantinnen gleicht der Vielfalt an Lebensstilen in westlichen Kulturen. Dadurch ergibt sich die Schwierigkeit, das Individuelle und das Verallgemeinerbare zu definieren, ohne Vorurteile und Stigmatisierungen zu verfestigen oder zu produzieren. Kulturelle Fremdheit wird nur in Bezug zu sich selbst erlebt, als Interpretation des eigenen vertrauten Erfahrungshorizontes. Somit ist Fremdbeschreibung immer auch Selbstbeschreibung (BMFSFJ, 2005, S.23).

Für das Peer-To-Peer-Projekt bedeutet das, dass sich besonders den Multiplikatorinnen mit der entsprechenden Kultursensibilität, beziehungsweise Selbstreflexion genähert werden muss. Es sollte größter Wert darauf gelegt werden, gut mit dieser Zielgruppe in Kontakt zu kommen und eine vertrauensvolle Beziehung herzustellen. Die gesundheitlichen Versorgungsmaßnahmen sollen ihnen in einer Form nahe gebracht werden, die sie selbst den Nutzen für sich und die zu beratenden Frauen nachvollziehen und unterstützen lässt. Sie werden nach den medizinischen Standards des hiesigen Gesundheitssystems ausgebildet und transformieren dieses Wissen in ihren eigenen kulturellen, sprachlichen u.a. Kontext. Kultursensibles Arbeiten heißt für dieses Projekt, Frauen mit Fluchterfahrung individuell zu betreuen und darauf zu achten, was die Mütter in ihrer Situation gerade am meisten brauchen. Diese Bedürfnisse können am effizientesten von „Gleichgesinnten“ der entsprechenden Peergroup erfasst werden. Den Multiplikatorinnen kommt die verantwortungsvolle Aufgabe zu, das Vertrauen der Schwangeren und Stillenden zu gewinnen und als Bindeglied zum Gesundheitssystem zu fungieren.

1.5.2. Leichte Sprache

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Leichte Sprache einen Ratgeber herausgegeben, um zur Anwendung der Leichten Sprache zu motivieren. Die Anwendung soll Menschen mit Lernschwierigkeiten, Menschen, die nicht so gut lesen können, älteren Menschen und nicht zu letzt auch Menschen, für die Deutsch nicht ihre Muttersprache ist, helfen, sich besser in der Auseinandersetzung, z. B. mit den deutschen Behörden zurecht zu finden. Nicht nur in der Amtssprache auch in den Medien wird sich überwiegend schwerer Sprache bedient, hierzu gehören Fremdwörter, Fachwörter sowie lange Sätze. Es bedarf eines Lernprozesses einfache Sprache anzuwenden. Für die Präsentation der Schulungsinhalte werden aus Gründen der besseren Verständlichkeit die Vorzüge der einfachen Sprache genutzt. Auf folgende Kriterien muss dabei geachtet werden:

Wörter

Komplizierte Wörter wie „keine arbeitsintensive Zubereitung“ durch eine einfachere Formulierung wie „keine Arbeit für das Essen-machen“ ersetzen. Genaue Wörter „Tabletten mit Vitaminen und Mineral-Stoffen“ statt „Nährstoff-Supplemente“ und keine Fach- oder Fremdworte verwenden; zum Beispiel „Blasen-Entzündung“ statt „Zystitis“.

Die gleichen Wörter für die gleichen Dinge anwenden, nicht einmal „Tablette“ und dann „Pille“. Kurze Worte einsetzen wie „Stillen“ statt „Muttermilchernährung“ und lange Worte mit Bindestrich trennen „Mutter Milch Ernährung“ Keine Abkürzungen außer allgemein bekannten, wie WC, LKW, Dr. oder ICE nutzen. Bevorzugt Verben verwenden, dafür weniger Substantive. Genitiv und Konjunktiv vermeiden: „Manchmal weint das Kind.“ statt „Das Kind könnte weinen.“. Positive Sprache einsetzen („Die Mutter fühlt sich gesund.“ statt „Die Mutter fühlt sich nicht krank.“) sowie Redewendungen und Sprichwörter vermeiden, da sie oft wörtlich verstanden werden.

Zahlen und Zeichen

Arabische Zahlen (1,2,3,...) sind vorzuziehen als römische Zahlen (I,II,III). Alte Jahreszahlen vermeiden, besser Formulierungen wie „vor langer Zeit“ oder „vor mehr als hundert Jahren“ verwenden. Hohe Zahlen vermeiden, lieber Vergleiche oder ungenaue Angaben machen wie „einige“ oder „wenige“ statt „12%“. Ziffern sind meist leichter verständlich als Worte, „5 Frauen“ statt „fünf Frauen“. Daten wie „3. März 2016“ ausschreiben statt „03.03.2016“. Telefonnummern mit Leerzeichen, zum Beispiel „0 15 75 - 11 22 33 44“ ohne Sonderzeichen. Falls Sonderzeichen nötig sind, sind sie zu erklären oder es ist beides zu benutzen „Paragraf § 1“.

Sätze

In vielen kurzen Sätzen formulieren. Lange Sätze sind zu trennen. Einfachen Satzbau verwenden, am Satzanfang dürfen auch Oder, Wenn, Weil, Und, Aber stehen.

Texte

Leser/innen persönlich ansprechen, als Anrede „Sie“ verwenden, bei beiden Geschlechterformen immer die männliche zuerst benutzen, „Fachärzte und Fachärztinnen“ statt umgekehrt. Fragen im Text vermeiden, als Überschrift sind sie manchmal gut. Alles zusammenschreiben, was zusammen gehört, keine Quer-Verweise, falls doch nötig: „auf Seite 3 steht mehr dazu“ statt „s. S. 3“.

Gestaltung und Bilder

Einfache und gerade Schrift benutzen z. B. Arial, Verdana, nur eine Schriftart benutzen, große Schriftart mit Schriftgröße 14 oder größer. Genug Zeilenabstand lassen, zum Beispiel 1,5-zeilig und immer linksbündig schreiben außer den Überschriften. Jeder Satz bekommt eine eigene Zeile. Wörter am Ende der Zeile nicht trennen. Alle Wörter, die dem

Sinn nach zusammen gehören, in eine Zeile schreiben. Sätze zusammen lassen, den Zeilenumbruch nicht auf die nächste Seite verschieben. Viele Absätze lassen, viele Überschriften einfügen und wichtige Dinge hervorheben, zum Beispiel durch fett schreiben, andere Schriftfarbe, Text mit heller Farbe hinterlegen. So wenig wie möglich unterstreichen. Dunkle Schrift und helles Papier verwenden, dickes und mattes Papier benutzen, 80 Gramm und mehr, die Schrift darf nicht durchscheinen. Scharfe und klare Bilder helfen Texte zu verstehen.

Prüfen

Das Prüfen wird von der entsprechenden Zielgruppe selber durchgeführt, da nur betroffene Menschen entscheiden können, ob der Text, bzw. die Umsetzung einfach genug ist. Andernfalls müssen Änderungen vorgenommen werden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2014)

1.6. Didaktik der Präsentation

Zur Schulung der Multiplikatorinnen des Peer-To-Peer-Projekts wird eine Powerpoint-präsentation sowie begleitende Manuale (Handouts) von zwei bis drei DinA-4-Seiten aus den erarbeiteten Beratungsinhalten zum Thema Stillen zusammengestellt. Zu Anfang jedes Themas stehen, nur für die Seminarleiterin sichtbar, die Lernziele des Ausbildungseminars. Sie fassen zusammen, was die Teilnehmerinnen an Wissen mitnehmen sollen. Die Präsentation orientiert sich von ihrer Aufbereitung an dem Projekt „ZANZU – Mein Körper in Wort und Bild“, welches in Zusammenarbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der belgischen Nichtregierungsorganisation (NGO) Sensoa entstand. Das Ziel des Projektes ZANZU ist es, mittels einer Onlineplattform mit einfachen Bildern und der oben bereits erläuterten leichten Sprache Migrantinnen und Migranten, die noch nicht über die nötigen Sprach- und Landeskenntnisse verfügen, niedrigschwellig zu beraten. Die sexuelle und reproduktive Gesundheit wird gefördert, indem Angst und Unsicherheit durch Wissenserwerb abgebaut werden. ZANZU steht bereits in 13 Sprachen mit einfachen und anschaulichen Informationen zur Verfügung (www.zanzu.de, 10.01.2017, 12:38). Für das Peer-To-Peer-Projekt bietet sich ebenfalls eine Übersetzung der Powerpointfolien in verschiedene Sprachen, zum Beispiel, neben Englisch und Französisch auch in Arabisch, Farsi, Paschtu, Türkisch und den Sprachen des östlichen EU-Binnenraumes etc. an. Die Originalform ist auf Deutsch verfasst. Dennoch

besteht ein entscheidender Unterschied zwischen dem Peer-To-Peer-Projekt und ZANZU: Die Multiplikatorinnen des Peer-To-Peer-Projekts können auch Frauen erreichen, die keinen regelmäßigen Zugang zu einem Internetanschluss oder Probleme im Umgang mit der Bedienung des Internets haben. Die Informationen werden in einem persönlichen Rahmen von Frau zu Frau weitergegeben. Begleitend werden Handouts gereicht, die den Beratungsinhalt kompakt in leichter Sprache und Bildern zusammenfassen.

Angewandte Methoden

Der Ablauf der einzelnen Ausbildungsseminare findet in einer konstanten Ausbildungsgruppe statt und folgt immer dem gleichen Schema. Nach einer kurzen Begrüßung der Teilnehmerinnen erfolgt eine Einführung, welche das jeweilige Thema einleitet. Dies kann durch eine Art Brainstorming erfolgen: Es wird eine Frage an die Gruppe gestellt und die Antworten werden auf einer Tafel/einem Flipchart o.ä. gesammelt. Oder die Gruppe wird in Kleingruppen aufgeteilt, in denen ein Erfahrungsaustausch stattfinden kann, dessen Ergebnisse später für die Gruppe kurz präsentiert werden. Es wird kurz das Lernziel der Seminareinheit erklärt und besprochen. Danach beginnt der theoretische Teil in Form von Frontalunterricht mit kleineren Einheiten aus Gruppenarbeit oder Selbsterfahrungsübungen. Die Frauen werden ermutigt, eigene Erfahrungen zum Thema mit der Gruppe zu teilen. Das ermöglicht einen stärkeren Praxisbezug und macht die Theorie interessanter und einprägsamer. Rückfragen zu den Inhalten sollten sofort beantwortet werden. Je nach Komplexität des Themas kann der Zeitaufwand dadurch schwanken. Die Fragen sollten jedoch zeitnah beantwortet werden, da durch die mehr oder weniger ausgeprägte Sprachbarriere und einen ungleichen Wissensstand der Teilnehmerinnen das Aufschieben an das Ende des Theorieteils schlechteres Verstehen zur Folge haben kann. Damit wird Frustration oder Desinteresse sowie daraus resultierende Unruhe in der Gruppensituation vorgebeugt. Die Präsentation liegt primär im Powerpointformat vor, ist jedoch auch als Vortrag mit anderen Hilfsmitteln auszuführen. Denkbar wäre das Drucken der Bilder auf Folien oder Plakate. Dazu könnte der theoretische Inhalt in Stichpunkten auf einer Tafel, einem Flipchart o.ä. zum Mitschreiben festgehalten werden. Zusätzlich werden Handouts mit dem zusammengefassten Inhalt zum jeweiligen Thema an die Teilnehmerinnen ausgeteilt. Sowohl Präsentation als auch Handouts sind in leichter Sprache verfasst und mit einfach gehaltenen Bildern ausgestattet, um den Inhalt zu visualisieren und leichteres Verstehen zu ermöglichen. Die Handouts sind dazu geeignet, später an die Zielgruppe der

Schwangeren und Mütter weitergegeben zu werden. In der Mitte des theoretischen Teils, also nach 45 Minuten, sollte eine Pause von 10 – 15 Minuten zur Erholung etc. eingeplant werden. Während des Theorieteils, welcher überwiegend als Frontalunterricht angedacht ist, werden ergänzend praktische Übungen angeleitet. Besonders bei Themen mit Beratungsinhalt sollen sie nach dem T-P-O-Prinzip (Therapeut – Patient – Observierender) in Dreiergruppen erfolgen. Hierbei übernimmt eine Frau die Position der stillenden Mutter, die zweite die der Beraterin und eine dritte beobachtet die Situation, um hinterher Rückmeldungen zu geben. Danach werden die Rollen zweimal getauscht, so dass sich jede Frau einmal in jeder der drei Situationen befindet. So bekommt jede Teilnehmerin die Möglichkeit, im Team über die vorangegangene Beratungssituation zu reflektieren und eventuell aufgetretene Schwierigkeiten zu überwinden. Als Abschluss eines Ausbildungsseminars werden Wiederholungsfragen gestellt, um das Gelernte zu festigen oder eventuelle Verständnisprobleme zu lösen. Sowohl die Wiederholungsfragen als auch die praktischen Beratungsübungen, sollten sich an den Lernzielempfehlungen orientieren, die jeder Themeneinheit im Theorieteil dieser Arbeit vorangestellt sind. Sie finden sich auch auf den Powerpointfolien zu Beginn jeder Präsentation. Damit das Lernziel am Anfang jedes Ausbildungsseminars mit der Gruppe besprochen werden kann. Danach sind Entspannungs-, Achtsamkeits- oder Atemübungen zur Herstellung des Selbstbezuges, sowie Massagen oder Gymnastik vorgesehen, um den Gruppenzusammenhalt zu stärken, die eigenen Ressourcen zu aktivieren und das Gelernte zu verarbeiten. Die Art der Übung sollte danach ausgewählt werden, was die Gruppe gerade braucht, Anregung oder Entspannung. Sollte sich während des Theorie-Teils abzeichnen, dass der zeitliche Rahmen von 90 Minuten, ohne Pause berechnet, bereits stark strapaziert ist, können die letzten Übungen jederzeit weggelassen sowie Fragerunden mit verkürzter Dauer angesetzt werden. Sollte die Gruppe den vorgesehenen Inhalt einer Lektion schnell aufnehmen, so lassen sich zeitliche Freiräume immer wieder für Selbsterfahrungsübungen oder bei Interesse, zur Vertiefung einzelner Themen nutzen. Es folgt beispielhaft der zeitliche Ablauf eines Ausbildungsseminars.

Tabelle 1: „Beispielhaftes Ablaufschema eines Ausbildungsseminars zum Thema: Anatomie der Brust und Physiologie des Stillens“

Zeit	Ziel	Inhalt	Methode	Material
10 Min	Vorstellung der Teilnehmerinnen und der Seminarleiterin	Begrüßung, Vorstellung	Vorstellungsrunde, Namensschilder erstellen, Kennenlernspiel, z. B. „Wollknäuel“	Pappkärtchen für Namensschilder, Kreppband zum Befestigen auf Kleidung, Filzstifte
10 Min	Vorstellung des Themas, Vorstellung der Lernziele	Einleitung, Erfahrungsaustausch	durch Brainstorming oder in Kleingruppen	Tafel mit Kreide, Flipchart mit Marker, o.ä., Papier und Stifte
25 Min	Vermittlung des theoretischen Inhalts	Siehe Ausbildungsinhalte: Anatomie der Brust und Physiologie des Stillens	Frontalunterricht, Gruppenaufgabe mit Beratungsübung: Erklären des Prinzips von Angebot und Nachfrage (T-P-O)	Bedruckte Folien mit der anatomischen Darstellung der Brust, Befestigungsmöglichkeit wie Flipcharthalter oder Pinnwand, Handouts zum Thema zum Austeilen, Papier und Stifte
10-15 Min	Pause			
25 Min	Fortsetzung der Theorie	Anatomie der Brust und Physiologie des Stillens	Besprechen der Gruppenarbeit, evtl. restl. Frontalunterricht	Siehe oben
10 Min	Verfestigen des gelernten Inhalts	Wiederholung, Lernzielkontrollen	Übungsfragen, Antworten sammeln und für alle festhalten	Tafel oder Flipchart
10 Min	Entspannung, Verabschiedung	Gemeinsames Verabschieden, Selbstbezug herstellen	Stuhlkreis, Entspannungsübung mit Fantasiereise	Stuhlkreis, evtl. Fläche auf dem Boden zum Hinlegen mit Kissen, Polster oder Handtuch

Insgesamt soll der Kurs in sieben bis acht Ausbildungsseminaren stattfinden, in denen 10 Lerneinheiten vermittelt werden. Bei Bedarf lassen sich, je nach Themenwahl, mehrere kleine Lerneinheiten zusammensetzen oder eine größere mit einer kleinen kombinieren. Die Dauer eines Ausbildungsseminars beträgt ungefähr 90 Minuten, zuzüglich einer viertelstündigen Pause nach 45 Minuten. Die Ausbildungsseminare können fortlaufend

täglich, innerhalb einer Woche abgehalten werden, aber auch ein Termin pro Woche über einen Zeitraum von sechs bis sieben Wochen ist denkbar. Die Reihenfolge der Lerneinheiten ist dabei variabel und kann sich nach dem Interesse der Teilnehmerinnen sowie nach der Gewichtung und dem Erachten der Seminarleiterin richten. Die Gruppengröße sollte 10 Teilnehmerinnen nicht überschreiten, um auf die Bedürfnisse und den Wissenstand jeder einzelnen Person eingehen zu können. Um den teilnehmenden Frauen ein Gefühl von Sicherheit und Halt zu geben sollen sie möglichst schnell ein vertrauensvolles Gruppengefühl aufbauen können. Jedes Seminar beginnt daher mit einem Kennenlernspiel, zum Beispiel dem Wollknäuel-Spiel, um das Gruppengefühl zu fördern, außerdem werden Namensschilder/Kreppband zum Anbringen an der Kleidung beschriftet. Siehe hierzu z. B. „Gruppenspiele Pur – 177 Übungen für Training, Unterricht und Therapie“ von Gordon und Janine Wingert. Auch die Seminarleiterin wird mit einbezogen. Sie sollte alle Vornamen kennen, um eine persönliche Atmosphäre herzustellen. Ein vertrauensvoller Umgang miteinander ermöglicht den Austausch schwieriger Erfahrungen. Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten wird gestärkt und hat einen positiven Einfluss auf die Selbstwirksamkeit, das Empowerment der Frauen in der Gruppe. Das Expertinnenwissen, welches alle Teilnehmerinnen der Gruppe im Austausch zur Verfügung stellen, birgt große Ressourcen. Davon profitieren im Anschluss die Mütter, die im Rahmen des Peer-To-Peer-Projektes beraten werden, was sich vorteilhaft auf die Mutter-Kind-Bindung und die Ernährung des Säuglings auswirkt. Auch die Beraterinnen sollten in ihrer Arbeit durch einen festen Rahmen und ein Netzwerk gestützt werden, z. B. indem zusätzliche angeleitete Treffen für Reflexion und Erfahrungsaustausch ermöglicht werden. Diese sollten zunächst ein bis zweimal monatlich stattfinden, bis eine gewisse Eigendynamik entsteht, danach können, je nach Bedarf weitere Zusammenkünfte ohne Anleitung organisiert werden.

2. Inhalte der Ausbildung

2.1. Vor- und Nachteile des Stillens

Lernziel:

- Die Vorteile des Stillens für Mutter und Kind benennen können und in einer Beratungssituation darüber informieren.
- Wissen um die Nachteile des Stillens für die Mutter.

- Die Vorteile der Muttermilch für das Kind benennen können.

2.1.1. Vorteile der Muttermilch:

Stillen ist praktisch Jede Mutter kann es, wenn sie es will und notfalls Hilfe und Unterstützung erfährt. Muttermilch muss nicht zubereitet werden. Es entfällt also Zeit und Material für die Zubereitung der Nahrung sowie die Reinigung und Desinfektion von Flaschen und Saugern. Es entfällt eine Menge Verpackung und somit deren Entsorgung. Auch unterwegs und auf Reisen steht Muttermilch jederzeit in der richtigen Menge, Zusammensetzung und Temperatur zur Verfügung.

Muttermilch ist die optimale Ernährung. Sie ist exakt auf den Nährstoffbedarf des Kindes abgestimmt. Sie enthält alle Nährstoffe gut verfügbar und in ausreichender Menge. Mit Ausnahme von Vitamin K und D, was durch Nährstoff-Supplemente einfach ausgeglichen werden kann (Przyrembel, H., 2001, S. 14/15).

Gestillte Kinder werden weniger häufig krank. In vielen unterentwickelten Ländern hat Muttermilchernährung noch heute entscheidenden Einfluss darauf, ob ein Säugling das erste Lebensjahr überlebt. Gestillte Kinder erkranken weniger häufig an Infektionen des Magen-Darm-Traktes, der Atemwege, des Mittelohrs, der Harnwege und der Hirnhäute. Für diese günstigen Einflüsse sind viele sehr unterschiedliche Substanzen in der Frauenmilch zuständig, wobei einige der Wirkmechanismen noch nicht vollständig geklärt sind. Jedoch wirken alle Faktoren zusammen und sind genau auf die Physiologie des Kindes abgestimmt (Przyrembel, H., 2001, S.19/20). In der folgenden Tabelle sind ein paar Beispiele für die Abwehrfunktion einiger Inhaltsstoffe aufgeführt:

Tabelle 2: „Abwehrsystem der Frauenmilch“ (Przyrembel, H., 2001, S. 21)

Wirkung	Wirkfaktoren
antimikrobiell	z.B. sekretorisches Immunglobulin A, Laktoferrin Lysozym Glycoproteine/-Lipide Oligosaccharide freie Fettsäuren, Monoglyceride,

Wirkung	Wirkfaktoren
	Leukozyten
antientzündlich	z.B. Antioxidantien, Wachstumsfaktoren, Hormone
immunmodulatorisch	z.B. Nukleotide, Cytokine, antiidiotypische Antikörper, Hormone, T-Lymphozyte

Die Immunologische Abwehr entwickelt sich erst in den ersten Lebensmonaten des Kindes. Deshalb liefert die Milch der eigenen Mutter antimikrobielle, antientzündliche und immunmodulierende Faktoren, die das Kind passiv schützen und aktiv die Entwicklung des eigenen Immunsystems fördern. Außerdem wird das kindliche Abwehrsystem dahingehend geprägt, im späteren Leben weniger Risiko zu laufen, sich von immunologisch ausgelösten chronischen Erkrankungen angreifen zu lassen, zum Beispiel Allergien oder chronisch entzündliche Darmkrankheiten. Das Kind nimmt mit der Muttermilch große Mengen sekretorisches Immunglobulin A (IgA) auf, was es in den ersten Monaten nicht selbst bilden kann. Diese Antikörper sind spezifisch gegen Erreger gerichtet mit denen die Schleimhäute der Mutter in Kontakt gekommen sind. Sie wandern in die Brustdrüse der Mutter, vermehren sich dort und werden dann vom Säugling durch die Milch aufgenommen. Dadurch bekommt das Kind einen spezifischen Schutz gegen die Keime aus der Umgebung der Mutter, auch wenn diese akut erkrankt. Einen unspezifischen Schutz gegen verschiedene Krankheitserreger bieten die Milchinhaltstoffe Laktoferrin, Lysozym, Schleimstoffe und Oligosaccharide (Przyrembel, H., 2001, S. 20-22).

2.1.2. Vorteile des Stillens

Förderung der Mutter-Kind-Bindung: Beim Stillen geht es nicht nur um die Befriedigung der Nahrungsaufnahme, sondern auch das Bedürfnis an Zuwendung, Nähe und Wärme

werden „gestillt“. Laut der „zehn Schritte zum erfolgreichen Stillen“, erklärt durch Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF), soll das Neugeborene so früh wie möglich an die mütterliche Brust angelegt werden, innerhalb der ersten Lebensstunde. In dieser Phase ist die Mutter durch die nachgeburtliche Hormonausschüttung besonders sensibilisierbar für das intensive Bedürfnis des Säuglings nach Zuwendung. Stillen trägt somit zur größeren Belastbarkeit der Frau im Wochenbett bei, da sie auf die Wünsche des Säuglings geduldiger und selbstloser eingehen kann. Stillen verschafft Unabhängigkeit, da die Nahrung ständig verfügbar ist, besonders auf Reisen, bei Freizeitaktivitäten oder in der Nacht. Stillen ist an jedem Ort und zu jeder Zeit möglich und damit gegenüber der Zubereitung von Flaschen-nahrung wesentlich unabhängiger. Frauenmilch ist kostenlos, immer richtig temperiert und frei von bakteriellen Verunreinigungen. Da die Milch nicht erwärmt werden muss, wird das enthaltene Eiweiß auch nicht durch zu große Hitzeeinwirkung denaturiert. Weniger Unsicherheit: Das Selbstwertgefühl vieler Frauen wird durch das Stillen gestärkt, da sie in der Lage sind, ihr Kind zu ernähren und es vor Infektionen zu schützen. Wenn sie das Kind während der ersten Lebensmonate voll stillt, kann die Frau sicher sein bei der Ernährung des Säuglings keinerlei Fehler zu machen. Auch eine Gewichtskontrolle mittels Waage wird seltener erforderlich. Ein anderer positiver Effekt ist die schnellere Rückbildung der Gebärmutter. Er hängt mit den hormonellen Abläufen nach der Geburt und vor allem beim Stillen zusammen: Der intensive Saugreiz des Kindes an der Brust und ihre regelmäßige und vollständige Entleerung bewirken die Bildung und Ausschüttung von Prolaktin aus dem Hypophysenvorderlappen und von Oxytocin aus dem Hypothalamus beziehungsweise aus dem Hypophysenhinterlappen. Prolaktin löst den sogenannten Milchbildungsreflex aus und Oxytocin löst Kontraktionen der glatten perialveolären Muskulatur und damit den Let-Down-Reflex aus, welcher für die Beförderung der Milch in die Milchgänge zuständig ist. Der Oxytocineffekt wirkt gleichzeitig auf die Gebärmuttermuskulatur und führt dort zu starken Kontraktionen, wie den Stillwehen, welche noch vorhandene Blutungen stillen und zur Verkleinerung der Gebärmutter beitragen. Denjenigen, Frauen die durch die Schwangerschaft mehr Gewicht zugenommen haben als physiologisch erforderlich gewesen wäre, wird die Gewichtsabnahme durch das Stillen erleichtert. Stillen verbraucht Energie: Für eine mittlere Trinkmenge von 700 bis 800 ml Milch werden täglich etwa 500 kcal an Energie mehr verbraucht. Dieser zusätzliche Kalorienbedarf kann für eine

Gewichtsreduktion förderlich sein, wenn der erhöhte Energiebedarf für die Milchbildung nicht durch die Ernährung ausgeglichen wird. Eine reduzierte Kalorienzufuhr von bis zu 1500 kcal bei wohlgenährten Müttern hat keine negative Auswirkung auf die Milchbildung gezeigt. Dennoch sollte die Stillperiode nicht zu exzessiven Gewichtsabnahmen genutzt werden (Huch, R. aus Przyrembel, H., 2001, S. 26-29).

Positive Auswirkungen auf die Gesundheit des Kindes: Im Gegensatz zu industriell hergestellter Säuglingsnahrung enthält Muttermilch zahlreiche Substanzen, die zu einer geringeren Erkrankungswahrscheinlichkeit führen. So sinkt die Anzahl von Infektionen im Säuglingsalter um 40 – 70 %, die von Krankenhausaufnahmen im ersten Lebensjahr um 50 % sofern in den ersten 4 - 6 Lebensmonaten ausschließlich gestillt wird. Das Risiko für Infekte der unteren Atemwege wird um über 70 % gesenkt. Spätere mögliche Erkrankungen wie Mittelohrentzündung, Magen-Darm-Infektionen sowie Übergewicht und Diabetes Mellitus Typ II treten bei gestillten Kindern weniger häufig auf (www.bfr.bund.de, „Stellungnahme der Nationalen Stillkommission“, 2012).

2.1.3. Nachteile des Stillens und der Muttermilch

Das Unpraktische am Stillen ist, dass die Nahrungsaufnahme des Kindes von der Erreichbarkeit der Mutter abhängt. Das heißt, die Mutter muss ihr Kind die meiste Zeit bei sich haben oder für ausreichend abgepumpte Milch sowie eine Betreuungsperson sorgen, die die Milch zu gegebener Zeit verfüttert. (Przyrembel, H., 2001, S. 14) Stillen erfordert viel Zeit und ist nicht delegierbar, das kann bei Berufstätigkeit, trotz gesetzlich zugesicherter Stillpausen, besonders mit mehreren Kindern zu einer zeitlichen und körperlichen Belastung der Frau werden. In der Muttermilch finden sich unerwünschte Rückstände, welche nur teilweise vom Verhalten der Stillenden vermieden werden können. Zum Beispiel lagern sich Kontaminationen der Umwelt im Körperfett der Frau an und gelangen so auch in die Milch. Dazu gehören zum Beispiel die stabilen fettlöslichen Organochlorverbindungen, wie Pestizide z.B. DDT, polychlorierte Biphenyle (PCB) und polychlorierte Dibenzodioxine und -furane. Glücklicherweise sind die Schadstoffkonzentrationen in den letzten Jahrzehnten rückläufig, daher wird keine Einschränkung des ausschließlichen Stillens empfohlen. Außerdem überwiegen die Vorteile des Stillens bei weitem seine Nachteile (Huch, R. Aus Przyrembel, H., 2001, S.32). Aus diesen Gründen, sowie der mangelnden Aktualität dafür aber Komplexität des Argumentes, wird es in der

Präsentation keinen Platz finden. Es wird an dieser Stelle nur der Vollständigkeit halber erwähnt.

2.2. Zusammensetzung der Frauenmilch

Lernziel:

- Kennen der wichtigsten Inhaltsstoffe der Muttermilch.
- Den positiven Nutzen dieser Inhaltsstoffe benennen können.

Die Zusammensetzung der Frauenmilch ist nicht konstant. Sie verändert sich in Abhängigkeit von der Laktationsdauer, während der Stillmahlzeit und bei Erkrankungen der Mutter. Sie hat eine einmalige Zusammensetzung. Keine andere Säugetiermilch ist als Säuglingsnahrung besser geeignet, da die Feinstruktur der Milcheiweiße anderer Säugetiere, wie Kuh, Schaf, Ziege oder Stute eher Allergien auslösen können. Außerdem unterscheidet sich das Verhältnis von Eiweiß, Fett und Kohlenhydraten dieser unterschiedlichen Milch sehr zum Verhältnis der Frauenmilch (Przyrembel, H., 2001, S. 15/16).

Eiweiß

Die Eiweißmenge der Frauenmilch ist gering, aber vollkommen ausreichend für das Wachstum im ersten Lebensjahr. Ihr Eiweiß ist leicht verdaulich und hat einen hohen Anteil an essentiellen Aminosäuren in dem Muster wie der wachsende Organismus es braucht. Die gute Verwertbarkeit und die bedarfsgerecht angepasste Zusammensetzung des Eiweißes machen die biologische Wertigkeit aus. Ein Teil der Eiweißmenge ist gegen Verdauungssäfte geschützt, dient also nicht der Ernährung des Kindes. Beispiele hierfür sind Immunglobulin A und Laktoferrin, sowie andere Proteine wie Hormone, Enzyme, lebende Zellen und Wachstumsfaktoren (Przyrembel, H., 2001, S. 17).

Fett

Der Fettgehalt der Frauenmilch ist sehr hoch, er kann während einer Stillmahlzeit von 1,5 g/dl auf mehr als 6 g/dl am Ende zunehmen. Er nimmt mit der Laktationsdauer zu, was für den hohen Energiebedarf des Säuglings wichtig ist. Die kompliziert aufgebauten Fettkügelchen sind fein in der Milch verteilt. Der Kern besteht aus flüssigen Triglyceriden, deren Struktur so angelegt ist, dass die Spaltprodukte sofort resorbiert werden können. Das fettspaltende Enzym Lipase ist bereits in der Milch enthalten. Es wird erst durch die Gallensäuren im Darm aktiviert und erleichtert so die Fettverdauung. Das Fett verdankt

seine hohe Qualität einem hohen Anteil an essentiellen Fettsäuren wie Linol- und Linolensäure. Hier spielt die langfristige Ernährung der Mutter eine tragende Rolle, da nur 30% der essentiellen Fettsäuren direkt aus der Nahrung stammen. Ihr Prozentsatz bleibt während der gesamten Stillperiode gleich hoch, während der Gehalt an gesättigten Fettsäuren zunimmt. Charakteristisch für Frauenmilch ist ein hoher Anteil an sehr langkettigen und hoch ungesättigten Fettsäuren, wie Arachidon- und Docosahexaensäure. Diese beiden Fettsäuren können nur unzureichend vom Säugling selbst gebildet werden und reichern sich besonders in den ersten Lebensmonaten stark im Zentralnervensystem an. Dort führen sie zu einer günstigen Entwicklung (Przyrembel, H., 2001, S. 17/18).

Kohlenhydrate

Frauenmilch enthält Laktose als Kohlenhydrat. Etwa 10% der Laktose liegt in Form von Oligosacchariden vor. Diese bestehen aus Laktose, Aminozuckern, Fukose und Sialinsäure. Sie werden, wie Ballaststoffe, im Dickdarm (Colon) von Bakterien fermentiert. Sialin ist ein wichtiger Baustein für Gehirnlipide und Oligosaccharide versorgen die Darmflora mit Nahrung, wobei deren Stoffwechselprodukte die Darmschleimhaut des Colons pflegen. Die Besiedlung des Dickdarms gestillter Kinder unterscheidet sich sichtbar von der Flora nicht gestillter Kinder. Eine ausgeprägte Darmflora verhindert die Ausbreitung pathogener Keime (Przyrembel, H., 2001, S. 18).

Während der ersten Woche nach der Geburt sondert die Brustdrüse wegen des noch geringen Einflusses des Hormons Prolaktin nur wenig Milch ab. Diese Vormilch nennt sich Kolostrum und ist fettarm, dafür aber besonders eiweißreich. Sie enthält reichlich mütterliche Antikörper vor allem IgA, Carotin und Vitamin C. Die spätere Milch dagegen ist kohlenhydrat- und vitaminreich, aber eiweißärmer als Kuhmilch (Schwegler, J., Lucius, R., 2016, S. 466).

2.3. Anatomie der Brust und Physiologie des Stillens

Lernziel:

- Anatomische Verhältnisse der Brust kennen.
- Die zwei wichtigsten Still-Hormone benennen können.
- Mütterliche und kindliche Stillreflexe kennen.
- Zusammenhang zwischen Milchbildung und Stillreflexen benennen können.
- Das Prinzip von Angebot und Nachfrage in einer Beratungssituation erklären können.

Die weibliche Brust (Mamma) und die Brustdrüse (Glandula mammaria) sind Bildungen der Haut und stehen bei der Frau in einer funktionellen Beziehung zu den Geschlechtsorganen. Sie entwickeln sich in der Pubertät unter hormonellem Einfluss und bauen sich aus Drüsen-, Fett- und Bindegewebe auf (Faller, A., Schünke, M., 2012, S. 490).

2.3.1. Aufbau

Die äußere Form der Mamma entsteht hauptsächlich durch die starke Entwicklung des Unterhautfettgewebes, in geringerem Umfang auch durch die Glandula mammaria. Fettkörper und Drüsengewebe sind durch schräg nach oben verlaufende Aufhängebänder beweglich auf der Faszie des großen Brustmuskels (Musculus pectoralis major) befestigt (Schwegler, J., Lucius, R., 2016, S. 464). Das folgende Bild zeigt den Längsschnitt durch die Mamma während der Laktation mit Fett- und Drüsengewebe sowie den Milch- und Ausführungsgängen bis hin zur Mamille.

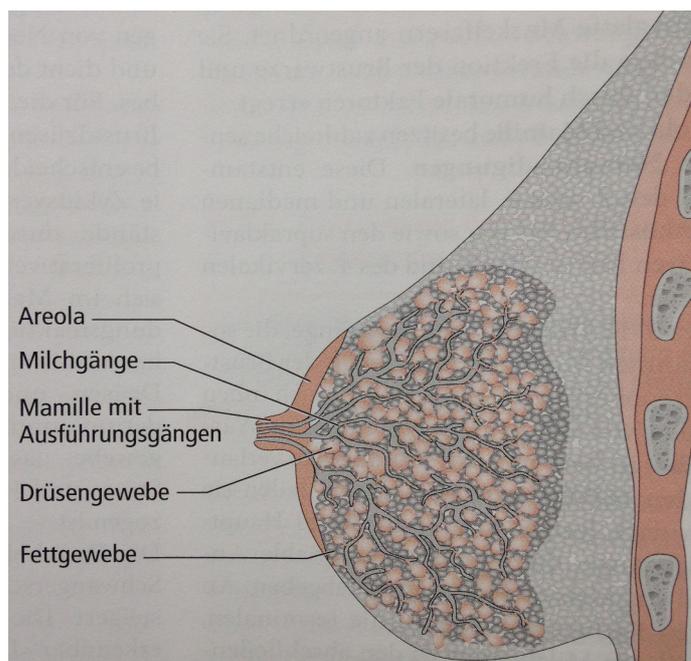


Abb. 1: Anatomie der laktierenden Mamma (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz-Kreuter, S., 2015, S. 977)

Zwischen Drüsengewebe und Haut liegt wie ein Polster das Unterhautfettgewebe. Dieses ist durchzogen von bindegewebigen Septen, genannt Cooper-Ligamente. Ihre Aufgabe ist die Verankerung des Brustdrüsengewebes im Unterhautfettgewebe und an der Unterlage, dem Musculus pectoralis major (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz - Kreuter, S., 2015, S. 977). Es folgt ein weiterer Längsschnitt durch die laktierende Mamma, um die Vorstellung

der anatomischen Strukturen zu vertiefen. Hier sind zusätzlich zum Drüsengewebe auch die umliegenden Strukturen, wie der Musculus Pectoralis Major und die darüberliegende Muskelfaszie dargestellt

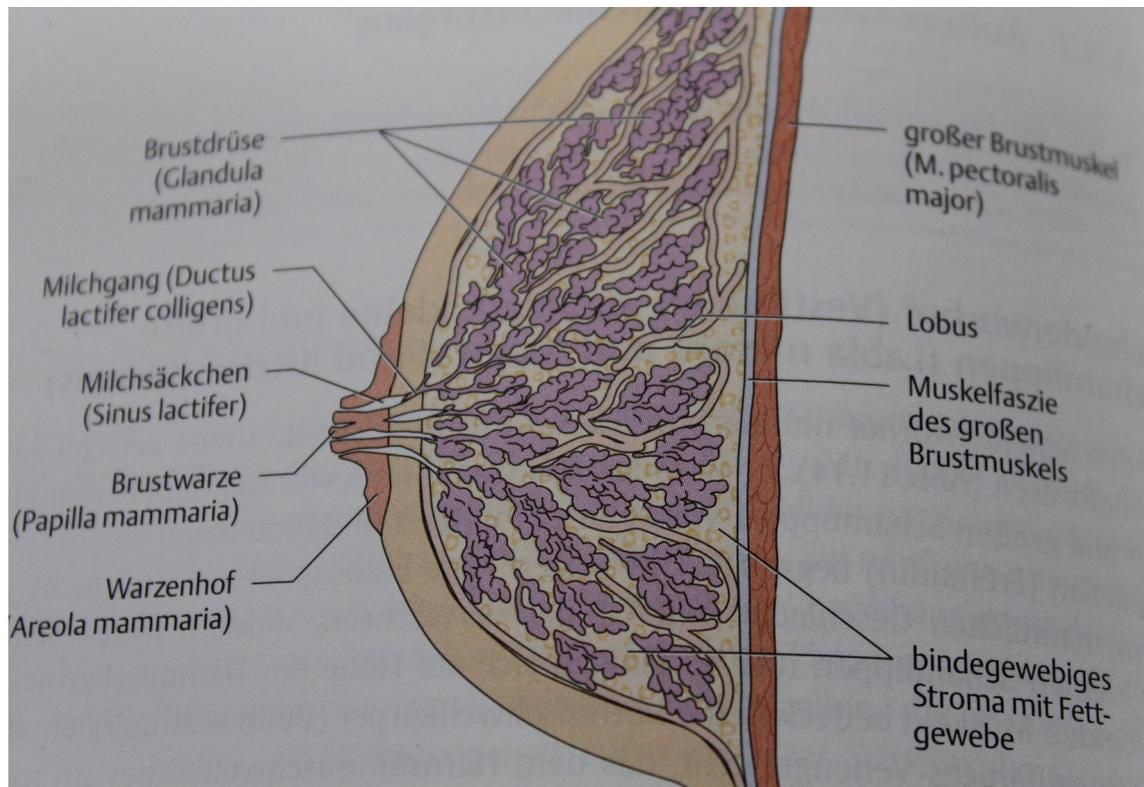


Abb. 2: Längsschnitt durch die Mamma (Faller, A., Schünke, M., 2012)

Die Glandula mammaria besteht aus 15 – 20 Einzeldrüsen, die in Drüsenlappen (Lobi) zusammengefasst sind. Deren Milch-Ausführungsgänge (Ductus lactifer colligens) enden kurz vor ihrer Mündung auf der Brustwarze (Mamille) in kleinen Milchsäckchen (Sinus lactiferi). Der stärker pigmentierte Bereich um die Brustwarze herum heißt Warzenhof (Areola). Er trägt neben Schweiß-, Talg- und Duftdrüsen die Warzenhofdrüsen (Glandulae areolares Montgomery), deren Sekret zur Abdichtung des kindlichen Mundes beim Stillen beiträgt (Schwegler, J., Lucius, R., 2016, S. 465). Die sogenannten Montgomery-Drüsen schützen die Brustwarze durch ein antibakterielles Sekret vor bakteriellen Entzündungen und halten die Haut geschmeidig. Die Ausführungsgänge münden nach außen in die Oberfläche der Areola und nach innen in die großen Ausführungsgänge (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz - Kreuter, S., 2015, S. 978). Unter Hormoneinfluss in der Schwangerschaft kommt es zum Anwachsen des gesamten Drüsengewebes und zur Milchbildung (Laktation) (Schwegler, J., Lucius, R., 2016, S. 465).

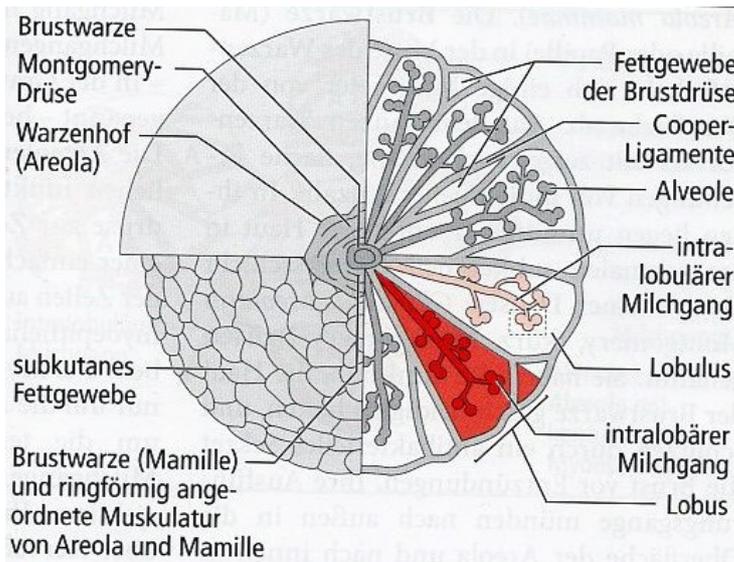


Abb. 3: Aufbau der Glandula mammaria (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz-Kreuter, S., 2015)

2.3.2. Physiologie des Stillens durch Prolaktin und Oxytocin

Mit Ende der Schwangerschaft fallen Östrogen und Progesteronspiegel stark ab. Diese hohen Hormonspiegel haben zuvor das Wachstum des Drüsengewebes stimuliert. Gleichzeitig wurde die Produktion von Prolaktin aus dem Hypophysenvorderlappen gehemmt. Etwa zwei bis drei Tage nach Geburt fällt diese Hemmung weg. Prolaktin fördert die Milchproduktion in der Glandula mammaria, die Milchgänge füllen sich und die Milch „schießt ein“. Das Massieren der Areola beim Stillen fördert die Prolaktinabgabe der Hypophyse und verhindert, dass sich die Glandula mammaria vor dem Abstillen zurückbildet. Durch das Stillen wird Oxytocin ausgeschüttet. Dieses wirkt nicht nur kontrahierend auf die Gebärmutter-Muskulatur (Uterus-Muskulatur), also rückbildungsfördernd, s.o. Vorteile des Stillens, sondern auch auf spezialisierte Myoepitelen, die jeden einzelnen Drüsenazinus umgeben und die Milch aktiv zur Areola pumpen (Schwegler, J., Lucius, R., 2016, S. 465/466).

Abbildung vier zeigt einen Längsschnitt durch die milchsezernierende Glandula mammaria. Sie zeigt den Weg der Milch durch die Ausführungsgänge von den Alveolen in den Drüsenlappen durch die Milchgänge bis zur Areola.

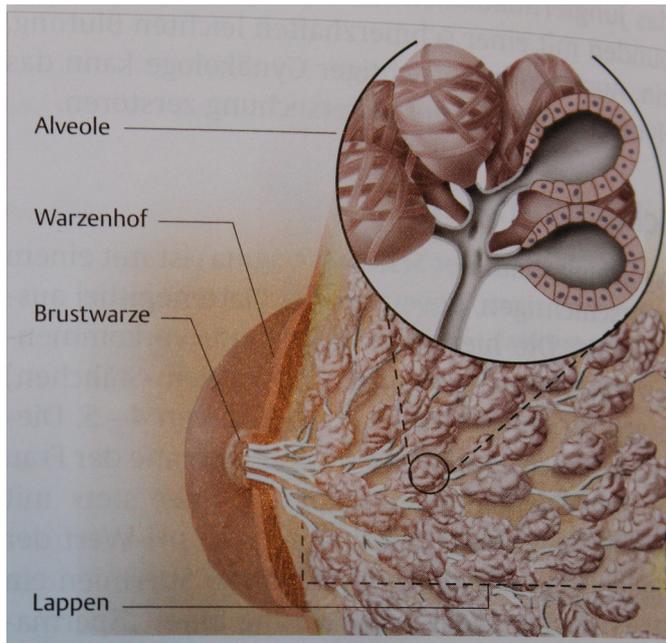


Abb. 4: Glandula mammaria mit vergrößertem Alveolenabschnitt, (Schwegler, J., Lucius, R., 2016)

Die folgende Abbildung fünf zeigt einen Lobulus mit Alveolen während der Milchbildung und dem Milchspendereflex (A) sowie einer Alveole im kontrahierten Zustand, in dem die Milch aus den Alveolen in die Milchgänge gepresst wird (B).

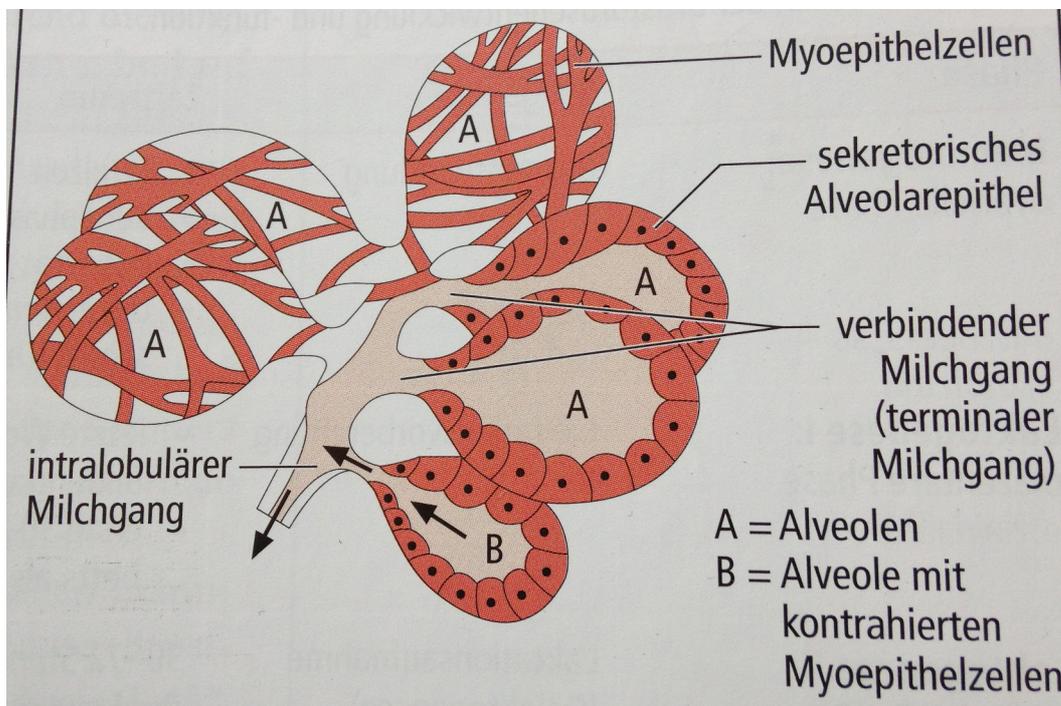


Abb. 5: Lobulus mit sekretorischen Alveolen und Myoepithelzellen, A = während Produktion und Sekretion von Milch, B = Alveole im kontrahierten Zustand (Mändle, C., Opitz-Kreuter, S., 2015)

Laktation bedeutet das In-Gang-Kommen und die Aufrechterhaltung der Milchproduktion

sowie die Abgabe der Muttermilch durch die Glandula mammaria im Anschluss an die Schwangerschaft (Mändle, C., Opitz - Kreuter, S., 2015, S. 979). Der Beginn der Laktation ist ein rein hormonelles Geschehen und wird vom Milchbildungshormon Prolaktin gesteuert. Die Aufrechterhaltung der Milchproduktion ist ein Zusammenspiel von mechanischen, neuronalen und hormonalen Steuerungsmechanismen. Mütterliche und kindliche Stillreflexe spielen hierbei die Hauptrolle. Sie sind für die ausreichende Abgabe der Stillhormone Prolaktin und Oxytocin zuständig. Prolaktin ist das Milchbildungshormon, es sorgt für die Induktion der Milchsynthese. Oxytocin ist das Milchspendehormon, welches für die Milchabgabe aus Alveolen in Milchgänge verantwortlich ist. Die notwendigen kindlichen Stillreflexe sind der Such- oder Rootingreflex, der Saugreflex und der Schluckreflex. Der kindliche Such- und Saugreflex löst die wichtigen mütterlichen Stillreflexe aus: den Milchbildungsreflex, den Milchfluss- oder Milk-let-down-Reflex sowie den Brustwarzenaufrichtungs- oder Brustwarzenerektionsreflex. Ein wesentlicher Faktor für die Aufrechterhaltung der Laktation ist das regelmäßige und vollständige Entleeren der Brust. Ist dieser nicht erfüllt, entsteht ein Rückstau, eine sogenannte Stauungsinvolution, wodurch sich die Milchsynthese verringert. Das heißt, der kapillare Blutstrom wird durch die vollen Milchgänge und Alveolen gehemmt, so können nur unzureichend Aufbau- und Energiestoffe für die Milchbildung transportiert werden. Auch Prolaktin kann nur unzureichend aus dem Blut aufgenommen werden (Mändle, C., Opitz - Kreuter, 2015, S. 982-984). Das Kind regelt die Milchproduktion nach dem Prinzip von Angebot und Nachfrage, welche über den mütterlichen Milchbildungs- und Milchflussreflex gesteuert wird (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz – Kreuter, S., 2015, S. 986). Das bedeutet, wenn das Trinkverhalten des Kindes mehr Nahrung fordert, wird mehr Milch produziert.

2.4. Wie das Stillen funktioniert

Lernziel:

- Sieben wichtige Regeln zum Stillen nennen können.
- Stillintervalle durch Dauer und Länge des Stillens beschreiben können.
- Die verschiedenen Stilltemperamente kennen.
- Verschiedenen Stillpositionen kennen.
- Anlegetechnik beschreiben und in einer Beratungssituation zeigen können.
- Erkennen können wann ein Kind richtig saugt und wie man es schonend von der Brust

abnimmt.

In den ersten Tagen nach Geburt befinden sich Hebammen, Pflegepersonal und Betreuungspersonen in einer Schlüsselstellung im Hinblick auf eine stabile Stillbeziehung, hier findet die erste Weichenstellung statt. In den ersten Stunden nach der Geburt besteht eine besondere Kontaktbereitschaft zwischen Mutter und Kind. In der ersten Lebensstunde muss ein ungestörtes Kennenlernen ermöglicht werden, welches nicht durch Routineabläufe gestört werden darf. Das Kind liegt auf dem Bauch der Mutter und sobald es den Kopf suchend hin und her bewegt, wird es an die mütterliche Areola angelegt. Das Kind hört nach einiger Zeit auf zu saugen und schläft ein. Das Stillen in der ersten Lebensstunde hat entscheidenden Einfluss auf den weiteren Stillverlauf (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz – Kreuter, S., 2015, S. 1016).

Für die Weiterentwicklung der Stillbeziehung sind durch WHO und UNICEF die „10 Schritte zum erfolgreichen Stillen“ erstellt worden, diese beziehen sich auch bereits auf die Pflege- und Betreuungssituation im Krankenhaus nach der Entbindung:

1. Schritt: Schriftliche Richtlinien zur Stillförderung definieren, die dem gesamten Pflegepersonal in regelmäßigen Abständen zur Betrachtung nahegelegt werden.
2. Schritt: Das gesamte Mitarbeiterteam in Theorie und Praxis so schulen, dass die Richtlinien zur Stillförderung mit Leben erfüllt werden können.
3. Schritt: Alle schwangeren Frauen über die Vorteile und die Praxis des Stillens informieren.
4. Schritt: Müttern ermöglichen ihr Kind innerhalb der ersten halben Stunde nach Geburt anzulegen.
5. Schritt: Den Müttern das korrekte Anlegen zeigen und ihnen erklären, wie sie ihre Milchproduktion aufrecht erhalten können, auch im Falle einer Trennung von ihrem Kind.
6. Schritt: Neugeborenen Kindern weder Flüssigkeit noch sonstige Nahrung zusätzlich zur Muttermilch geben, außer bei medizinischer Indikation.
7. Schritt: 24-Stunden-Rooming-in praktizieren, bei dem Mutter und Kind Tag und Nacht zusammenleben.
8. Schritt: Zum Stillen nach Bedarf ermuntern.

9. Schritt: Gestillten Kindern keine Gummisauger oder Schnuller geben.

10. Schritt: Die Entstehung von Stillgruppen fördern und Mütter bei der Entlassung aus der Klinik zum Besuch von Stillgruppen motivieren (Lohmann, I aus Mändle, C , Opitz Kreuter, S., 2015, S. 1017/18).

2.4.1. Stilldauer und -frequenz

Der Säugling bestimmt die Zeit der Nahrungsaufnahme selbst (self demand feeding). Ab dem dritten Lebenstag liegt das Stillverlangen bei acht bis zwölf Mahlzeiten täglich, also alle zwei bis drei Stunden, meist zeitgleich zum initialen Milcheinschuss. In den ersten Wochen dann liegt der Rhythmus zwischen 90 Minuten und 5 Stunden. Nach circa vier Wochen hat sich der kindliche Organismus an periodische Zeitzyklen, wie den Tag-Nacht-Wechsel angepasst. Das Zeitintervall für die Nahrungsaufnahme liegt jetzt etwa bei vier Stunden, jedoch auch zwei bis vier Stunden sind normal. Innerhalb des ersten Lebensjahres ändern sich die Trinkzyklen immer wieder. Nachtpausen hält der Säugling während der ersten Wochen noch nicht ein. Hier sollte kein Überbrücken des Nachtstillens z. B. Mit Tee, Glukose- oder Wassergaben zur Schonung der Mutter stattfinden, da es den gegenteiligen Effekt verursacht. Das Anlegen erfolgt am Anfang immer an beiden Brüsten, wobei immer mit der Brust begonnen wird, an welcher beim letzten Mal die Mahlzeit beendet wurde. Bei gut fließender Milch und gesunden Areolen kann das Kind auf jeder Seite bis zu 15 Minuten am Stück saugen. Dies ist wichtig, da der Milchflussreflex erst nach circa zwei bis fünf Minuten ausgelöst wird, davor bekommt das Kind nur eine fettarme „Vorspeise“. Häufigere und kürzere Stillphasen sind langen und dafür selteneren vorzuziehen, da bis zu 90 % der Milchmenge schon in den ersten Minuten nach einsetzen des Milchflussreflexes getrunken werden (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz – Kreuter, S., 2015, S. 1018/19).

2.4.2. Stilltemperamente

Stillverhalten des Kindes: Häufigkeit und Dauer der Nahrungsaufnahme sowie das Erfassen der Areola hängen vom Temperament des Säuglings ab. Da es den Kindern nicht möglich ist ihr Temperament zu ändern, ist eine genaue Beobachtung und eine darauf abgestimmte Beratung bezüglich des Handlings erforderlich. Der Versuch das Verhalten des Säuglings an der Brust zu ändern kann verstörende Auswirkungen auf die

Stillbeziehung haben, was zu Brustverweigerung bis hin zu mangelnder Trinkmenge und Milchproduktion führen kann. Es folgt eine Tabelle zur besseren Einordnung der bekannten Trinktemperamente

Tabelle 3: Verschiedenen Stilltemperamente (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz – Kreuter, S., 2015, S. 1020)

Stilltemperament	Stillverhalten	Ausdruck
Zauderer	verhalten	In den ersten Tagen wenig Interesse am Saugen, müssen immer wieder zum Saugen aktiviert werden. Nach Milcheinschuss trinken sie gut und zielstrebig.
Feinschmecker und Genießer	spielerisch	Lecken, Ansaugen, Probieren, Loslassen,... erst danach fangen sie richtig an zu trinken. Werden sie in der ersten Phase gedrängt erfolgt wütender Protest.
Träumer	Langsam, verträumt	Gutes Ansaugen und Schlucken, dann eine Pause, Ausruhen mit Brust im Mund, dann erneutes Saugen. Sie lassen sich nicht bedrängen, Aufmunterungen werden mit konsequenten Trinkpausen quittiert.
Erfolglose Hektiker	aufgeregt	Wenig zielstrebiges Verhalten, suchen und schnappen hektisch, verlieren dabei immer wieder die Brustwarze, was in Geschrei endet. Sie müssen erst beruhigt werden bevor sie erneut angelegt werden können.
Barrakudas	kräftig, gierig	Erfassen die Brustwarze schnell und überfallartig, um die Mahlzeit nach 10 – 20 Minuten zu beenden.

2.4.3. Stilltechniken

Die korrekten Stilltechniken sollten einfach umsetzbar und schnell erlernbar sein. Sie unterstützen das Suchen und Saugen des Kindes an der Brust und sind eine wesentliche

Voraussetzung, um Anfangsprobleme zu vermeiden. Die wichtigsten Kriterien für erfolgreiches Stillen sind: Eine korrekte Stillposition, die korrekte Saugtechnik, dass das Kind Häufigkeit und Dauer des Saugens bestimmt (ad libitum) sowie eine ruhige und entspannte Atmosphäre (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz – Kreuter, S., 2015, S. 1008/1009).

Stillpositionen

Stillen im Sitzen: Erforderlich sind feste Kissen im Rücken zum Abstützen, evtl. eine Knierolle, falls die Beine im Bett lang ausgestreckt sind, oder, auf dem Stuhl, eine Fußbank. Der Arm welcher das Kind hält wird auf ein Still-Kissen oder auf der Armlehne abgelegt. Der Oberkörper der Frau neigt sich leicht nach vorne zum Kind. Folgende Positionen werden im Sitzen eingenommen: Wiegehaltung, Rückengriff, Kreuzgriff und der Hoppe Reiter Sitz, siehe Abb 6 (Lohmann, I aus Mändle, C , Opitz Kreuter, S , 2015, S. 1010).

Wiegehaltung: In der Wiegehaltung liegt der Kopf des Kindes in der Armbeuge der Mutter, während die Hand des haltenden Armes den Po des Kindes stützt. Das Kind liegt Bauch an Bauch mit der Mutter und hat damit einen guten Körperkontakt (Geist, C.et al., 2005, S. 457).

Rückengriff: Im Rückengriff liegt das Kind unter dem Arm der Mutter Hüfte an Hüfte, durch Kissen gestützt. Die Frau beugt sich zunächst etwas vor, bis der Säugling angedockt hat, danach kann sie sich entspannt zurücklehnen. Dieser Griff ist besonders nach Kaiserschnitt (Sectio caesarea) zu empfehlen, besonders wenn die Bauchnarbe noch empfindlich ist. Außerdem eignet er sich bei Frauen mit großen Brüsten, dem Stillen von Zwillingen sowie zum Entleeren der unteren äußeren Brustpartien (Geist, C.et al., 2005, S. 457).

Stillen im Liegen: Besonders in den ersten Tagen nach Geburt und nachts ist das Stillen im Liegen zu empfehlen. Kissen helfen zum bequemen Abstützen (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz – Kreuter, S., 2015, S. 1010).

Die Abbildungen sechs und sieben zeigen die sechs bekanntesten Stillpositionen.



Abb 6 verschiedene Stillpositionen (www.windeln.de, 2016)

Es ist von Vorteil für die Brust, die Frau zu verschiedenen Anlegeweisen zu motivieren und diese sicher zu beherrschen, so dass sie innerhalb eines Tages abwechselnd angewendet werden können. Dies gewährleistet, dass alle Bereiche der Brust gleichmäßig entleert werden. Der Drüsenbereich, wo sich Unterkiefer und Zunge des Säuglings befinden, wird am effektivsten entleert (Geist, C.et al., 2005, S. 457).

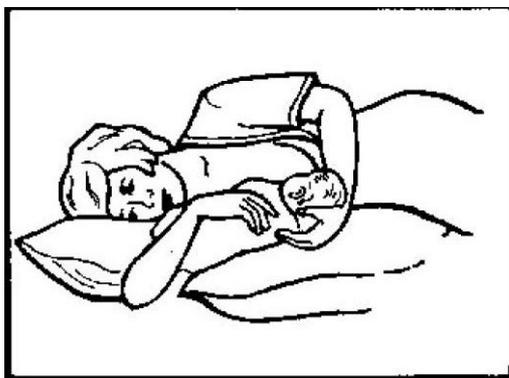


Abb. 7: Stillen im Liegen über Kopf (www.childclinic.net, 2016)

Daher ist die in Abbildung sieben gezeigte liegende Stillposition besonders empfehlenswert, wenn der obere Brustbereich verhärtet ist und dort eine verstärkte Entleerung erfolgen soll: Frau und Kind liegen sich zugewandt gegenüber auf der Seite. Der untere Arm der Mutter liegt unter den Beinen des Kindes, während der Kopf des Säuglings an die Brust gelegt wird, so dass das Kinn des Kindes zur Schulter der Mutter zeigt. Der selbe Effekt wird erzielt, wenn sich die Mutter auf den Rücken dreht. Das Kind liegt dann bäuchlings auf ihrem Oberkörper, mit den Beinen über ihrer Schulter, den Mund kopfüber an die Brust gelegt (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz - Kreuter, S., 2015, S.

1010).

Stillen im Stehen oder Gehen:

Auch das Stillen im Stehen oder Gehen ist möglich und kann bei unruhigen Kindern hilfreich sein. Grundsätzlich sind die Varianten am besten, die der Frau guttun, ein entspanntes Stillen ermöglichen und in denen das Kind die korrekte Position an der Brust einnehmen kann (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz - Kreuter, S., 2015, S. 1010).

2.4.4. Die richtige Anlegetechnik

Das Kind sollte in einem Arm so gehalten werden, dass Ohr, Schulter und Hüfte eine Linie bilden. Sein Körper sollte der Mutter, je nach Lage mit Brust, Bauch und Knien zugewandt sein, nicht nur mit dem Gesicht. Der Mund befindet sich hierbei ganz nah an der Brustwarze, wodurch der kindliche Suchreflex ausgelöst wird. Der Mund öffnet sich weit und die Zunge wird hervorgestreckt, um die Brust erfassen zu können. Hierbei darf das Köpfchen nicht zu stark an die Brust gedrückt werden, um den Suchreflex nicht zu stören und ein Abwenden zu verhindern. Mit der freien Hand stützt die Mutter die Brust von unten mit den Fingern, der Daumen liegt dabei oberhalb der Brust. Finger und Daumen sollen die Areola nicht berühren, so dass Mamille samt Areola zum Saugen umfasst werden können. Bei der richtigen Haltung erhält das Kind genug Atemraum, die Nasenlöcher werden nicht von mütterlicher Haut bedeckt. Grundsätzlich ist beim Anlegen folgendes zu beachten: Der kindliche Mund ist weit geöffnet, die Zunge befindet sich unterhalb des Warzenvorhofs, die Zahnleiste des Kindes liegt beim Saugen hinter dem Warzenvorhof, die Lippen des Kindes drücken zum Festhalten leicht auf die Brust und sind leicht ausgestülpt, das kindliche Kinn liegt an der Brust an, siehe Abbildung acht (Mändle, C., Opitz - Kreuter, S., 2015, S. 1011/1012).

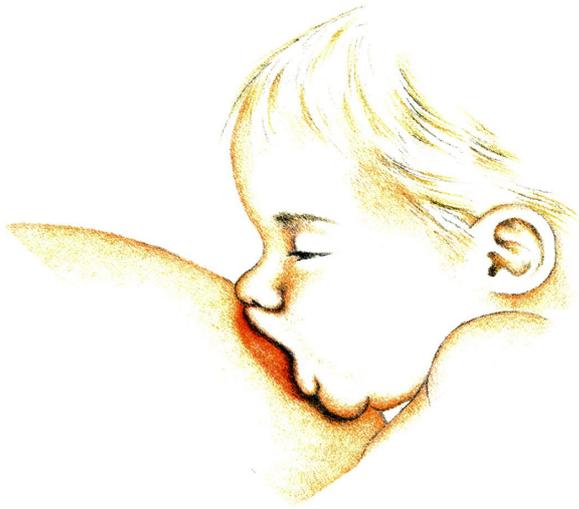


Abb. 8: Die korrekte Saugtechnik an der Brust (www. stillen.de, 2016)

Der Mund des Säuglings muss so weit geöffnet sein, dass die Mamille das obere Drittel der Mundhöhle erreicht. Erst wenn sie dort den Gaumen berührt, wird der Saugreflex ausgelöst. Sowie der Mund sich beim Suchen weit genug öffnet, bringt die Mutter ihr Kind mit einer gezielten Bewegung an die Brust. Wichtig hierbei ist das Kind zur Brust zu führen und nie die Brust zum Kind. Sollte das in der Wiegehaltung anfangs noch schwer fallen, so ist der Kreuzgriff angebracht, siehe Abb. 6. Hierbei liegt der Kopf des Kindes in der Hand der Frau und kann so leichter an die Brust gebracht werden als aus der Armbeuge heraus. Diese Stillposition eignet sich besonders für kleine, schwache und frühgeborene Kinder, die noch nicht aus eigener Kraft den Kopf zur Mamille bewegen können oder deren Stillreflexe noch nicht ausreichend ausgeprägt sind (Kroth, C., 1998, S. 182).

2.4.5. Abnehmen des Kindes von der Brust

Ist die Stillmahlzeit beendet, sollte die Mamille nicht einfach aus dem Mund des Kindes gezogen werden. Das angesaugte Vakuum wird vorsichtig durch das Einführen des kleinen Fingers in den kindlichen Mundwinkel gelöst. So kann sie unbelastet aus dem Mund gleiten, siehe Abbildung neun.

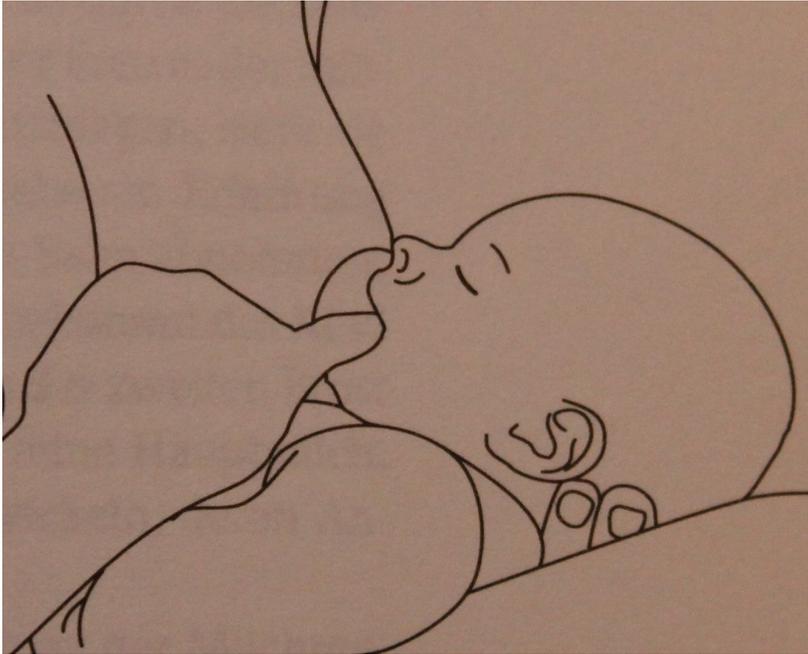


Abb. 9: Korrektes Abnehmen des Kindes von der Brust (Kroth, C., 1998)

2.5. Stillanamnese: Brustpflege, Beobachtung der Stillsituation, Gedeihen des Kindes

Lernziel:

- Die korrekte Brustpflege für eine stillende Frau beschreiben und in einer Beratungssituation anleiten können.
- Wissen welche Aspekte bei der Beobachtung von Mutter und Kind für die Stillanamnese wichtig sind.
- Wissen welche Parameter man für das Gedeihen des Kindes heranziehen kann.
- Information über Recht auf Hebammenunterstützung bei Schmerzen oder Problemen in einer Beratungssituation weitergeben können.

2.5.1. Brustpflege

Durch die Brustpflege sollen Wundwerden und Rhagadenbildung im Bereich der Areola und Mamille vermieden werden, was für die optimale Entleerung der Brust wichtig ist. Der Eintritt pathogener Keime, welche häufig Auslöser für eine Brustentzündung (Mastitis) sind, wird so verhindert (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz - Kreuter, S., 2015, S. 1024). Folgende Hygienemaßnahmen unterstützen die Gesunderhaltung der Brust: Täglich Duschen oder mit warmem Wasser ohne Seife waschen, da Seife, Creme oder andere Pflegemittel das natürliche Hautmilieu verändern. Nach jedem Stillen den letzten Tropfen

Muttermilch, samt kindlichem Speichel und Drüsensekret auf Areola und Mamille verteilen und antrocknen lassen. Das bietet einen natürlichen Schutz für gesunde sowie eine Art „Heilsalbe“ für die gereizte Mamille. Nach jedem Anlegen die Brust an der Luft trocknen lassen. Danach mit trockenen Baumwoll- oder Wolle-/Seide- Stilleinlagen abdecken. Häufiger die Einlagen wechseln, da Feuchtigkeit die Haut aufweicht und angreifbar für Bakterien macht. Einen zum Stillen geeigneten BH tragen, damit die Brust nicht eingeschnürt und gut unterstützt wird, um einem Milchstau vorzubeugen. Hierzu eignen sich Sport-BHs, die ein bis zwei Nummern größer sind, Bustiers oder spezielle Still-BHs (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz - Kreuter, S., 2015, S. 1026). Die Kleidung in der Stillzeit sollte bequem und aus hautfreundlichem Material sein. Um Hautreizungen und Rückstände auf der Haut zu vermeiden muss auf eine chemische Reinigung verzichtet werden. Aus diesem Grund sollte auch neue Kleidung vor dem ersten Tragen unbedingt gewaschen werden. Stillbüstenhalter sind praktisch, da man die einzelnen Körbchen nach vorne klappen kann und so eine Stillöffnung freigelegt wird. Dazu empfehlen sich Oberteile mit Knopfleiste oder Kleidungsstücke mit dehnbarem Ausschnitt, so kann auch nachts oder in der Öffentlichkeit ohne große Umstände gestillt werden, da die Kleidung nicht erst von unten über die Brust gestreift werden muss (Kroth, C., 1998, S. 155/156).

2.5.2. Beobachtung der Stillsituation

Sie dient zur Früherkennung von mütterlichen Stillproblemen und Anlegefehlern sowie der Verringerung von Folgeproblemen. Die Inspektionen sollten vor allem in den ersten Wochenbetttagen erfolgen. Hierzu wird jeweils eine Stillmahlzeit beobachtet. Der folgenden Tabelle können die zu beachtenden Kriterien entnommen werden, die letzten beiden Spalten sind den Kommentaren der Betreuungsperson vorbehalten:

Tabelle 4: Checkliste zur Beobachtung einer Stillmahlzeit nach (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz - Kreuter, S., 2015, S. 1027/1028)

Stillphase	Kind	Mutter	Beobachtung	Hilfestellung
Stillbedürfnis	<i>Signalsendung</i> <i>Wie meldet sich das Kind?</i> - suchend, - nuckelnd, - schmatzend, - jammernd, - schreiend	<i>Signalaufnahme und Verwertung</i> <i>Wann und wie reagiert die Mutter?</i> - Hilfe suchend - unsicher - souverän		

Stillphase	Kind	Mutter	Beobachtung	Hilfestellung
Stillbereitschaft I: Stillposition	<p><i>Wie sucht das Baby und welche Saugbereitschaft zeigt es?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Beleckt es die Brustwarze? - Öffnet es seinen Mund weit genug? - Schiebt es seine Zunge weit genug nach vorne? 	<p><i>Wie hält die Mutter das Kind?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hält sie Blickkontakt beim Anlegen? - Hat die Mutter es bequem? - Hat das Kind es bequem? - Engt die Kleidung ein? - Wie bietet die Mutter die Brustwarze an? - Wie liegt das Kind (Schulter-Ohr-Linie)? 		
Stillbereitschaft II: Anlegen	<p><i>Wie saugt das Kind an?</i></p> <p>Korrekte Saugtechnik s. o.</p>	<p><i>Wie legt die Mutter an?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie wird das Kind zur Brust geführt? - Wartet die Mutter, bis das Kind den Mund weit öffnet? - Welche Stillposition nimmt die Mutter nach dem Anlegen ein? 		
Stillbefriedigung	<p><i>Bekommt das Kind Milch und wie saugt es weiter?</i></p> <p>Arbeitsgeräusche, Schlucken hörbar?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Milchrinnsal? - Aufstoßen? 	<p><i>Setzt der Milchspendereflex ein?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nachwehen? - Blutung? - Kribbeln in der Brust? - Entspannung, Schläfrigkeit? - Unkonzentriertheit, Vergesslichkeit? - Durst? 		
Stillzufriedenheit	<p><i>Ist das Kind satt?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Schläft es an der Brust ein? - Entspannt es 	<p><i>War die Milchspende störungsfrei?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mutter entspannt und hungrig? - Brustdrüse weich 		

Stillphase	Kind	Mutter	Beobachtung	Hilfestellung
	sich? - Löst es sich von selbst von der Brust?	und locker? - Brustwarze schmerzfrei und rosig?		

2.5.3. Gedeihen des Kindes

Um die Selbstkompetenz der Frau zu stärken ist es wichtig, ihr einige Kriterien mit auf den Weg zu geben, an denen sie das Gedeihen ihres Kindes und damit den Stillerfolg beurteilen kann. Dazu gehören:

- Sechs bis acht schwere oder nasse Windeln pro Tag.
- Der Urin ist hell und geruchlos.
- Gesunde Hautfarbe, weder grau noch blass.
- Guter Muskeltonus, weder apathisch noch schlaff.
- Mindestens acht Mahlzeiten täglich, die mindestens 15 – 20 Minuten dauern.
- Waches, reaktionsfreudiges Kind.
- Milch fließt aus der Brust oder lässt sich ausmassieren.
- Die Brust ist nach dem Anlegen weicher als vorher.
- Der Milchspendereflex ist spürbar oder als Milchfluss sichtbar (Kroth, C., 1998, S. 224).

2.6. Stillkrisen

Lernziel:

- Symptome wunder und verletzter Brustwarzen kennen und Therapiemaßnahmen ergreifen können.
- Infizierte Brustwarzen erkennen können.
- Wissen wie ein Milchstau entsteht und welche Methoden entlastend wirken.
- Mastitis von Milchstau abgrenzen können und Therapiemaßnahmen gegen Mastitis kennen.
- Informationen für eine ärztliche Behandlung und die Gabe von Medikamenten bei Mastitis in einer Beratungssituation weitergeben können.

Während der gesamten Stillzeit können Probleme an der mütterlichen Brust auftreten. Da schmerzhafte Stillprobleme zu den häufigsten Gründen gehören warum Frauen das Stillen vorzeitig aufgeben, ist eine sofortige, sachgerechte und erfolgreiche Therapie sehr wichtig. In schweren Fällen ist auch eine Behandlung durch den/die Gynäkologen/in angezeigt. In

der Betreuung stillender Frauen wird deshalb höchste Priorität auf die Prävention gelegt. Sollte es jedoch trotz allem zu schmerzhaften Komplikationen kommen, kann eine konsequente, engmaschige und motivierende Begleitung der stillenden Mutter die notwendige Kraft und Geduld verleihen, diese Krise durchzustehen, ohne das Stillen zu beenden (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz - Kreuter, S., 2015, S. 1037).

2.6.1. Schmerzhaft, wunde Brustwarzen

Sie sind eines der häufigsten Stillprobleme, besonders in der Anfangsphase des Stillens. Sollten die Beschwerden nur als leicht erlebt werden und ohne Verletzungen der Haut auftreten, ist keine Therapie erforderlich. Dennoch sollten die Probleme beobachtet werden, besonders wichtig ist hier die Erläuterung der richtigen Anlegetechnik, um eine falsche Belastung der Mamille zu verhindern. Wichtig zur Prävention einer Verschlechterung der Symptome ist das Thematisieren der richtigen Brustpflege (s. o.). Die gereizte Mamillenoberfläche kann zusätzlich mit einer dünnen Schicht geeigneter Salbe (zum Beispiel Wollfett) behandelt werden. Ein Ansaugschmerz in den ersten Sekunden nach dem Anlegen ist normal, sollte der Schmerz beim Stillen jedoch anhalten oder währenddessen stärker werden, muss dies genauer untersucht werden. Meist liegt hier ein Anlegefehler vor, daher lässt sich häufig erst durch genaues Beobachten einer Stillmahlzeit die Ursache des Schmerzes feststellen (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz - Kreuter, S., 2015, S. 1040).

Mögliche Ursachen und deren Lösungen sind z. B.:

Das Kind saugt nur an der Brustwarzenspitze. Hier muss die Stillsituation genau beobachtet und nach Bedarf korrigiert werden, bei besonderen Brustwarzenformen (Flach-, Schlupf- oder Hohlwarzen) können Hilfsmittel angeboten werden. Wenn die Brust zu schwer ist und dem Kind aus dem Mund rutscht, so dass es nur noch die Warze im Mund hat, kann die Brust einfach von unten mit einem zusammengerollten Handtuch oder mit der freien Hand der Frau gestützt werden. Liegt die kindliche Zunge beim Anlegen nicht unter dem Warzenvorhof und reibt so beim Saugen mit der Zunge an der Warzenspitze, muss das korrekte Anlegen kontrolliert werden. Das Kind sollte vor dem Anlegen nicht schreien und die Brust nicht in seinen Mund geschoben werden. Es muss überprüft werden, ob eventuell eine Saugverwirrung durch Beruhigungssauger, Flaschensauger oder Stillhütchen vorliegt, sollte das der Fall sein, sind diese Hilfsmittel erst mal abzusetzen. Wenn die Mutter

unbequem sitzt und ihre Position während der Mahlzeit so verändert, dass Zug zwischen Brust und Kind entsteht, sollte die Frau dazu angehalten werden, bereits vor dem Anlegen eine bequeme Position einzunehmen. Falls eine allergische Reaktion oder eine Infektion vorliegt, sollte ein Facharzt hinzugezogen und die Infektion mit dem passenden Wirkstoff therapiert werden. Ist das Kind trinkschwach und lutscht die Brust langsam wund, da es keine Kraft hat effektiv zu saugen und zu trinken, empfiehlt es sich den Milchfluss bereits vor dem Anlegen manuell auszulösen. Es wird in mehreren Intervallen mit Pausen bis zur Sättigung gestillt, eventuell im Hoppe-Reiter-Sitz. Sollte die Brust geschwollen und zu voll sein, so dass das Kind die Brustwarze nicht richtig fassen kann, wird vor dem Anlegen etwas Milch ausgestrichen. Bis Mamille und Areola weicher sind und vom Kind erfasst werden können. Entsteht Reibung zwischen Brustwarze und Mundinnenraum des Kindes durch anatomische Besonderheiten zum Beispiel durch kurze Lippen- oder Zungenbändchen oder Kieferasymmetrien, kann mit einem Facharzt über die Lösung des Zungenbändchens diskutiert werden. Außerdem muss die Frau zur Anwendung von optimalen Stillpositionen angeleitet werden, die regelmäßig gewechselt werden (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz - Kreuter, S., 2015, S.1041).

Therapie verletzter Brustwarzen

Verletzungen der Brustwarze können durch Reibung oder Saugen durch ungünstige Stillpositionen entstehen. Wunde Brustwarzen müssen behandelt werden, da die Abheilung das Risiko des Abstillens verringert. Die Verwendung von heilungsfördernden Mitteln, wie Lanolinsalben, Muttermilch, Aloe-Vera-Gelen, Tee- oder Hydrogel- Kompressen und Softlaserbestrahlung ist zwar nicht evidenzbasiert, wird jedoch auch nicht abgelehnt. Eine Abheilung ohne intensive Hilfestellung ist zudem unwahrscheinlich. Sie dauert unter optimalen therapeutischen Bedingungen einige Tage. Die Form der Therapie muss nur gewechselt werden, wenn die Situation sich verschlechtert oder nach zwei bis drei Tagen immer noch nicht bessert. Der kurzfristige Einsatz von Schmerzmitteln ist erlaubt, Wärme- oder Kälteanwendungen verbessern individuell das Schmerzempfinden. Die Stillposition in der die Verletzung erworben wurde, wird bis zur Abheilung durch andere ersetzt. In Ausnahmefällen können Stillhütchen oder eine Milchpumpe zum Einsatz kommen, bis der Heilungsprozess abgeschlossen ist. Dies kann jedoch zu weiteren Komplikationen bis hin zum Abstillen führen und sollte daher erst als letzte Möglichkeit in Erwägung gezogen werden (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz - Kreuter, S., 2015, S. 1042).

2.6.2. Infizierte Brustwarzen

Wird die natürliche Hautflora gestört, können sich kleinere Wunden der Brustwarze infizieren. Sie weisen dann eventuell eitrige, gelbliche Beläge auf, verursacht durch Bakterien oder Hefepilze. Dies passiert eher selten, besteht jedoch Verdacht auf eine Infektion, ist ein Erregernachweis die Grundlage der Therapie. Es ist eine zügige Behandlung durch den Facharzt, durch Antibiotika oder Pilzmittel angesagt, um Komplikationen, wie eine Brustentzündung (Mastitis) zu vermeiden. Zur Pflege der Brustwarze wird hier nach dem Stillen auf das Antrocknen des letzten Milchtropfens verzichtet und die Mamillen mit abgekochtem Wasser oder Kochsalzlösung gereinigt. Es werden nur Einmalstilleinlagen verwendet und diese so häufig gewechselt, dass die Brustwarzen trocken bleiben. Vor dem Stillen werden Reste von wirkstoffhaltigen Salben entfernt (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz - Kreuter, S., 2015, S. 1043).

2.6.3. Milchstau und Mastitis

Beide Komplikationen können zu jedem Zeitpunkt der Stillzeit auftreten, häufig jedoch zu Beginn, in der Lernphase der Stillbeziehung. Je frühzeitiger die Therapie ansetzt desto erfolgreicher kann sie wirken. Deshalb ist es wichtig der Mutter die „Frühwarnsymptome“ nahe zu bringen (Kroth, C., 1998, S. 249).

Bei einem Milchstau ist mindestens ein Milchgang in der Brust blockiert, wodurch dieser Bereich des Drüsengewebes nicht ausreichend entleert wird. Dadurch entsteht ein erhöhter Druck und führt zu lokalen Beschwerden, wie Spannungsgefühl, Verhärtung, Druckempfindlichkeit oder Schmerzen. Eventuell zeigt sich eine leichte Rötung und das Gewebe ist leicht erwärmt. Das Allgemeinbefinden der Stillenden ist dabei nicht beeinträchtigt, es ist meist nur eine Brust betroffen (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz - Kreuter, S., 2015, S. 1045).

Ursachen eines Milchstaus

Mechanische Ursachen können die Einschnürungen der Kleidung, des BHs oder eine Milchpore sein, die durch ein Häutchen verschlossen ist, was häufig nach dem Abheilen wunder Brustwarzen vorkommt. Eine weitere Ursache ist eine ungenügende Entleerung der Brust, zum Beispiel durch übermäßig viel Milch oder die eingeschränkte Häufigkeit und Dauer des Anlegens an die Brust. Auch unkorrektes Anlegen, Verwendung von Stillhütchen oder Stress, etc. können eine ungenügende Entleerung begünstigen. Zudem

können innerliche Ursachen, wie die Verstopfung eines Milchgangs durch feste Partikel in Form von Eiweißverbindungen oder Fettklumpchen aus der Milch einen Milchstau verursachen (Lohmann, I aus Mändle, C , Opitz Kreuter, S , 2015, S 1045)

Therapie eines Milchstaus

Zur Behandlung muss die Brust durch milchflussfördernde Maßnahmen entleert werden, unter anderem durch Behebung der hemmenden Ursachen, da sich sonst aus einem Milchstau eine Mastitis entwickeln kann. Bei der Manipulation der Brust, z.B. durch Massagen, darf keine Gewalt oder Druck angewendet werden, da sonst Milch in das Bindegewebe dringt und dort zu Entzündungen führt (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz - Kreuter, S., 2015, S. 1045). Allgemeine Maßnahmen sind: Das Kind alle zwei Stunden an beide Brüste anlegen, sollte das dem Kind zu viel werden, muss manuell ausgestrichen werden. Vor dem Anlegen sanfte Brustmassagen und Wärmeanwendungen. Stillposition wählen, bei der der kindliche Kiefer die betroffene Stelle effektiv entleert. Durch das Stillen im Vierfüßlerstand unterstützt die Schwerkraft den Milchfluss. Nach dem Stillen die in den betroffenen Partien verbleibende Milch per Hand austreichen, am besten unter der warmen Dusche. Nach dem Austreichen Kälteanwendungen, wie Quarkwickel oder kalte Umschläge für 20 – 30 Minuten auf die Brust legen, danach, zwischen den Mahlzeiten, Kohlblätter einsetzen. Nach 24 – 36 Stunden sollten sich die Symptome bessern, falls nicht, liegt ein ernsteres Krankheitsbild, die Mastitis, s.unten vor (Kroth, C., 1998, S. 253/254).

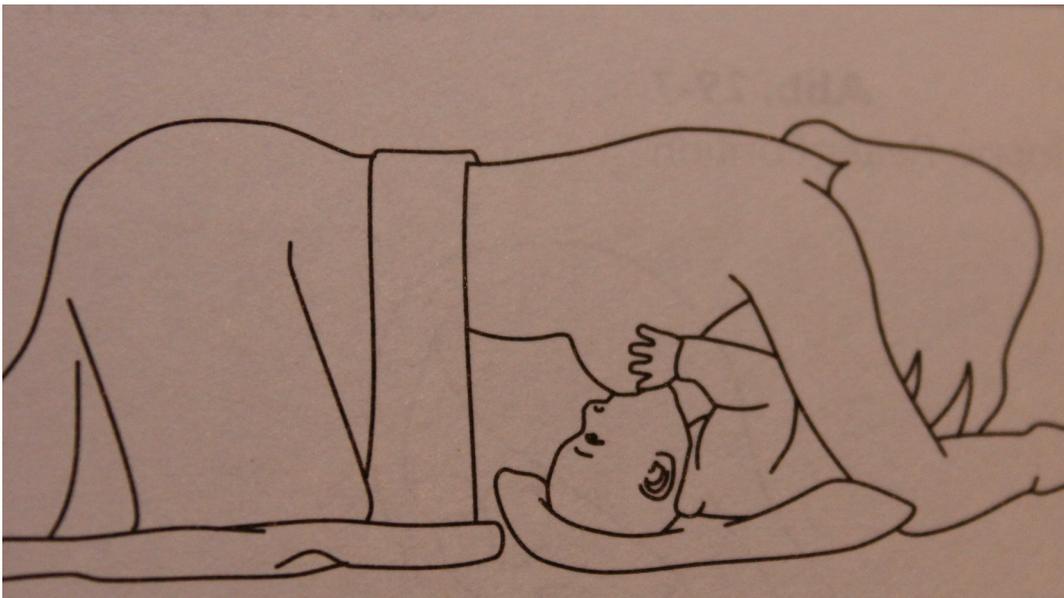


Abb. 10: „Stillen im Vierfüßlerstand“, (Kroth, C., 1998)

Mastitis puerperalis

Eine Mastitis ist eine Brustentzündung während der Stillzeit, die durch Behinderung des effektiven Milchflusses, als Stauungsmastitis oder infektionsbedingt entsteht. In letzterem Fall sind meist beide Brüste betroffen und generalisiert gerötet (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz - Kreuter, S., 2015, S. 1046). Erste Anzeichen einer Mastitis sind Schmerzen in der Brust, Kopf- und Gliederschmerzen, Temperaturerhöhung und Schüttelfrost. Nicht jedes dieser Symptome, wie z. B. Brustschmerzen, ist obligatorisch, weshalb die Frau häufig zunächst glaubt, an einem grippalen Infekt erkrankt zu sein. Differentialdiagnostisch können Körpertemperatur und Leukozytengehalt der Milch gemessen werden (Kroth, C., 1998, S. 250). In den meisten Fällen ist nur eine Brust betroffen, die entzündeten Bereiche sind gerötet, heiß, manchmal geschwollen und berührungsempfindlich. Das systemische Krankheitsgefühl der Frau in Verbindung mit Fieber zeigt den Übergang von einem Milchstau zur Mastitis an (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz - Kreuter, S., 2015, S. 1046).

Therapie einer Mastitis

Auch zur Behandlung einer Mastitis muss die Brustdrüse möglichst vollständig entleert werden. Durch die Stauungsinvolution der erkrankten Brust steigen die Natriumwerte der Milch stark an, woraufhin manche Kinder das Trinken verweigern. In diesem Fall empfiehlt es sich, die erkrankte Brust mithilfe einer Milchpumpe zu entlasten (Scheele, M. aus Przyrembel, H., 2001, S. 96/97). Zeigen sich bei der Entleerung eitrige Beimischungen oder sind beide Brüste entzündet, muss von einem bakteriellen Befall ausgegangen werden. Somit ist eine sofortige Antibiotikatherapie, durch den Facharzt verordnet, angezeigt. Unter Umständen ist eine 24-stündige Stillpause mit Abpumpen zum Schutz des Kindes nötig. Des Weiteren werden alle möglichen Ursachen wie Stilltechnik und -frequenz, Verletzungen, Milchstau, mangelnde Hygiene, psychische Belastungen, Krankheiten, Stress erforscht und durch Beratung möglichst behoben. Der Verlauf der Erkrankung wird engmaschig betreut und kontrolliert. Die selben Verfahren wie bei der Milchstau-Therapie, s. oben, finden Anwendung. Allgemeine Krankheitsgefühle der Frau werden mit Bettruhe und möglichst viel Schlaf sowie, falls nötig, mit nichtsteroidalen Antiphlogistika, zum Beispiel Paracetamol, zur Fieber- und Schmerzlinderung behandelt. Sollten diese Maßnahmen nach 24 – 48 Stunden keine Besserung bewirken, muss von einer bakteriellen Infektion ausgegangen werden. Diese erfordert dringend ärztliches

Eingreifen mittels Antibiotika (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz - Kreuter, S., 2015, S. 1047/1048).

2.7. Ernährung der stillenden Mutter

Lernziel:

- Wichtige Vitamine und Mineralstoffe für die mütterliche Ernährung während der Stillzeit nennen können.
- Wissen welche Ernährungsform für die stillende Mutter empfehlenswert ist und welche Nahrungsmittel in in großen, mittleren oder kleinen Mengen verzehrt werden sollten.
- Information über Mehrbedarf an Eiweiß und geeigneten Fetten in einer Beratungssituation weitergeben können.

Die Ernährung ist ein wichtiges Kriterium für die Gesundheit von Mutter und Kind. Die Grundlage einer ausgewogenen Ernährung für stillende Frauen bildet eine abwechslungsreiche Mischkost (Kersting, M. aus Przyrembel, H., 2001, S. 199). Diäten und Hungerzustände sollten dabei vermieden und die Mahlzeiten über den Tag verteilt aufgenommen werden. Diäten steigern das Risiko einer Mangelversorgung und der Verzicht auf bestimmte Lebensmittel zur Allergieprävention bringt keinen Vorteil für den Säugling (Mändle, C., Opitz - Kreuter, S., 2015, S. 728). Während der Stillzeit ist der Bedarf an Energie, Vitaminen und Mineralstoffen erhöht, daher sollten Lebensmittel mit einer hohen Nährstoffdichte bevorzugt aufgenommen werden (Biesalski, H. K., et al., 2010, 347). In folgender Tabelle ist der Mehrbedarf der wichtigsten Nährstoffe dargestellt, die in der Stillzeit eine praktische Bedeutung haben.

Tabelle 5: Die Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr während der Stillzeit, verändert nach Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., (DGE) (D-A-CH-REFERENZWERTE für die Nährstoffzufuhr; 2008) Die Daten sind gerundet angegeben (Biesalski, H. K. et al., 2010, S. 350).

Nährstoff	Nährstoffbedarf für Frauen im gebärfähigen Alter	Stillende Frauen
Energie	2100 kcal	2700 kcal
Fett (% der Energie)	30 %	30 - 35 %
Eiweiß	47 g/d	63 g/d
Flüssigkeit (Getränke und Nahrung)	2250 ml	2700 ml

Nährstoff	Nährstoffbedarf für Frauen im gebärfähigen Alter	Stillende Frauen
<i>Fettlösliche Vitamine</i>		
Vitamin A (mg Retinoläquivalent)	0,8	1,5
Vitamin E (mg Retinoläquivalent)	12	17
<i>Wasserlösliche Vitamine</i>		
Vitamin B1 (mg)	1,0	1,4
Vitamin B2 (mg)	1,2	1,6
Niacin (mg Niacinäquivalent)	13	17
Vitamin B6 (mg)	1,2	1,9
Folsäure (µg Folatäquivalent)	400	600
Vitamin B12 (µg)	3,0	4,0
Vitamin C (mg)	100	150
<i>Mengenelemente</i>		
Magnesium (mg)	300	390
<i>Spurenelemente</i>		
Eisen (mg)	15	20
Jod (µg)	200	260
Zink (mg)	7	11

Die Ernährungsempfehlungen während der Stillzeit sehen, bei sechs-monatigem vollen Stillen folgendermaßen aus:

Flüssigkeit: Durch die Flüssigkeitsaufnahme der Mutter muss der Verlust durch die Milchproduktion kompensiert werden, was durchschnittlich 700 – 800 ml pro Tag entspricht.

Energie: Durch das Stillen werden täglich zwischen 500 – 600 kcal (bzw. 635 kcal/d laut DGE) zusätzlich benötigt, da reife Muttermilch circa 75 kcal Energie pro 100 ml enthält. Dadurch wird ein Energieverlust ausgeglichen, ohne die während der Schwangerschaft angelegten Fettdepots anzugreifen. Um das Ausgangsgewicht vor der Schwangerschaft wieder zu erreichen kann jedoch ein Gewichtsverlust von maximal einem Kilo pro Monat angestrebt werden.

Fette: Im Gegensatz zum Fettgehalt, hängt die Fettsäurezusammensetzung der Muttermilch von der Qualität der Fette in der mütterlichen Ernährung ab. Daher sollte auf eine

ausreichende Zufuhr mehrfach ungesättigter Fettsäuren und Omega-3-Fettsäuren geachtet werden, ohne die tägliche Gesamtfettmenge zu erhöhen.

Proteine: Die Proteinkonzentration der Muttermilch ist unabhängig von der Ernährung der Mutter und liegt zwischen 0,8 – 1,4g/ 100 ml. Eine Mehraufnahme von 20 g Protein wird empfohlen, um Verluste bei schlechter biologischer Wertigkeit auszugleichen, was einer Portion Joghurt, Käse oder 70 g Fleisch entspricht.

Mikronährstoffe: Sie unterscheiden sich in wasserlösliche und fettlösliche Vitamine sowie in Mineralstoffe und Spurenelemente. Wasserlösliche Vitamine: Der Gehalt in der Muttermilch hängt vom Vitamingehalt der mütterlichen Nahrungsaufnahme ab. Zum Beispiel kann eine Unterversorgung mit Vitamin-B12, zum Beispiel bei Vegetarierinnen, im schlimmsten Fall zu Lähmungserscheinungen oder zu dauerhaft verminderter kognitiver Leistungsfähigkeit beim Säugling führen. Der Folsäurebedarf ist in der Stillzeit erhöht, während der Gehalt in der Muttermilch unverändert bleibt, sinkt er im mütterlichen Organismus drastisch ab, sofern nicht ausreichend Folat über die Nahrung substituiert wird (Biesalski, H. K., et al., 2010, S. 355/356). Fettlösliche Vitamine: Sie werden begrenzt im Körper gespeichert, daher ist es von Bedeutung, wie die Speicher in der Schwangerschaft gefüllt oder entleert wurden. So kann Vitamin-A für 12 – 18 Monate vorhalten, sofern der Speicher zu Beginn der Stillzeit ausreichend gefüllt ist. Vitamin-A ist neben dem Sehvorgang auch an der Zelldifferenzierung beteiligt, die ausreichende Versorgung somit sehr wichtig. Ein Defizit an Vitamin-A beeinträchtigt die Entwicklung des Kindes negativ und kommt vor allem in Entwicklungsländern vor. Im Falle einer unzureichenden Vitamin-D-Versorgung der Mutter kann der Säugling eine Supplementierung von täglich 400 IE Vitamin-D als Ausgleich erhalten. Für die ausgewogene Versorgung mit Vitamin-E genügt der Verzehr von Vitamin-E-reichen Speiseölen, da der Bedarf gering ist. Die Vitamin-K-Versorgung ist besonders wichtig für den Säugling, da ein Mangel zu Hirnblutungen (interkraniale Blutungen) führen kann. Hier ist eine Änderung der mütterlichen Ernährung nicht effektiv, daher bekommt das Kind orale Vitamin-K-Gaben, um Komplikationen vorzubeugen (Biesalski, H. K., et al., 2010, S. 355/356). Mineralstoffe und Spurenelemente: Ihr Gehalt in der Muttermilch ist relativ konstant, unabhängig von der Nahrungsaufnahme der Mutter. Kalzium wird aus den mütterlichen Knochendepots mobilisiert, weshalb die Speicher bereits vor der Schwangerschaft gefüllt worden sein sollten. Es ist durch die gesamte Stillzeit auf eine konsequente Verwendung von Jodsalz zu

achten, da der Gehalt in der Milch begrenzt durch die mütterliche Aufnahme reguliert wird (Biesalski, H. K., et al., 2010, S. 355/356).

2.8. Massagen zur Stillförderung

Lernziel:

- Die Vorteile der Rückenmassage für den Milchspendereflex kennen.
- Drei Methoden der Rückenmassage vorbereiten, anwenden und in einer Beratungssituation anleiten können.
- Die Vorteile der Brustmassage für die Milchgewinnung sowie die vorbereitenden Maßnahmen kennen.
- Die drei Methoden der Brustmassage kennen und in einer Beratungssituation anleiten können

Rücken- und Brustmassage sind effektive Maßnahmen zur Unterstützung des Milchspendereflexes. Die Wirkung potenziert sich wenn beide Massagetechniken nacheinander angewandt werden, zuerst die Rücken-, dann die Brustmassage. Voraussetzung sind ein warmer Raum, ein Handtuch oder Auffanggefäß für die Milch, die eventuell durch das Anregen des Milchspendereflexes ausläuft sowie eine vertraute Person für die Rückenmassage, welche idealerweise auf nackter Haut erfolgen sollte. Der Massage können Wärmeanwendungen durch das Auflegen einer Wärmflasche oder feuchtwarmer Tücher auf Schulterblätter und Brust vorausgehen. Eine warme Dusche oder das Baden der Brust in einer Schüssel mit warmem Wasser im Vorfeld können auch förderlich wirken. Durch die Wärmeeinwirkung stellen sich die Gefäße weit, was die Entspannung, die Stoffwechsellleistung sowie die Hormonversorgung mit Prolaktin und Oxytocin verbessert (Kroth, C., 1998, S. 281).

2.8.1. Rückenmassage

Die Rückenmassage entspannt und erleichtert den Let-Down-Reflex. Die Frau sitzt auf einem umgekehrten Stuhl, verschränkt locker die Arme, legt sie auf der Stuhllehne ab und stützt die Stirn auf ihre Arme. In dieser Position ist der Rücken für die/den Massierende/n hinter der Frau gut erreichbar.

Methode 1: Die/der Massierende legt die Knöchel der geballten Hände einander zugewandt

beidseits der Wirbelsäule auf den Rücken der Frau, jeweils zwischen Schulterblatt und Wirbelsäule. Die Knöchel werden nun fließend mit sanftem Druck und in entgegengesetzter Richtung parallel vom Halsansatz bis zum Ende des Schulterblattes auf und ab bewegt. Die Dauer hierfür sollte drei bis fünf Minuten sein, je nach Bedürfnis der Frau kann auch etwas Öl verwendet oder ein Hemd anbehalten werden.

Methode 2: Die/der Massierende legt die Daumen unterhalb des Halsansatzes beiderseits der Wirbelsäule an und bewegt sie mit der gewünschten Druckintensität in kleinen Kreisen seitlich entlang der Wirbelsäule bis zur unteren Kante des Schulterblattes. Mit der gleichen Bewegung kann man vom Lendenwirbelbereich beginnend bis zum Nacken hinauf massieren. Die Kreisbewegung kann auch zur Punktmassage modifiziert werden. Dann ist die Kreisbewegung nicht fortlaufend sondern punktuell und wird nach drei bis vier Kreisen an einem Punkt gelöst und zwei Finger breit darüber werden die Daumen erneut aufgesetzt .

Methode 3: Wie bei Methode eins beschrieben werden diesmal die flachen Hände auf den oberen Rücken gelegt. Die eine Hand massiert in sanften festen Streichbewegungen entlang der Wirbelsäule vom Nacken zur unteren Schulterblattkante, die andere Hand bleibt auf dem gegenüberliegenden Schulterblatt liegen. Nach ein bis zwei Minuten wechseln die Hände, jetzt ist die andere Seite dran (Kroth, C., 1998, S. 282/283).

2.8.2. Brustmassage

Die Brustmassage kann von der Frau leicht selbständig durchgeführt werden. Sie wirkt beruhigend und entspannend, fördert die Durchblutung des Brustgewebes und damit die Milchproduktion und den Milchfluss. Sie ist eine gute Methode zur Vorbereitung der Milchgewinnung, bewirkt eine Stimulation von Mamille und Areola, wodurch dem Säugling das Andocken erleichtert wird. Zur Durchführung der Brustmassage wäscht sich die Frau die Hände und nimmt eine bequeme Position ein. Wichtig ist eine sanfte Massage, die keinen starken Druck oder Zug auf die Haut oder die Mamille ausübt, um Reizungen oder Entzündungen zu verhindern. Eine empfehlenswerte Dauer liegt bei fünf Minuten oder wie lange es der Frau angenehm ist.

Es gibt zwei verschiedene Methoden den empfindlichen Bereich um die Brustwarze zu massieren. Erstens die Punktmassage der Areola: Die mit Muttermilch benetzte Fingerkuppe massiert punktuell Stück für Stück am Rand der Areola entlang, bis sie den

Ausgangspunkt wieder erreicht hat. Zweitens die Brustwarzenstimulation: Mit Daumen und Zeigefinger wird die Brustwarze gleichzeitig vorsichtig gedehnt und gedreht. Sollte der Reiz zu intensiv sein, reicht es mit der flachen Hand über die Mamille zu streichen. Bei Flach- und Hohlwarzen wird der Vorhof mit zwei sich gegenüberliegenden Fingern auseinandergezogen, wobei der untere Finger etwas Druck auf den Vorhof ausübt. Wenn die Mamille dann hervortritt wird sie sacht zwischen Daumen und Zeigefinger in Form gebracht (Kroth, C., 1998, S. 284/285).

Methode 1 der Brustmassage: Diese Methode ist sehr schonend, da sie auch auf der Kleidung angewandt werden kann und so keine Zerrung der Haut und des Brustgewebes entsteht. Sie kann auch einhändig ausgeführt werden, dafür kann man die Hände abwechseln: Eine Hand wird locker zur Faust geschlossen wobei der Daumen von außen anliegt. Der Daumen wird locker am Brustansatz parallel zu den Rippen an den Brustkorb gelegt. Die Faust wird im rechten Winkel zum Brustgewebe aufgerichtet und dann mit leichtem Druck über den Daumen in Richtung Mamille abgerollt. Die Bewegung soll fest, darf aber nicht schmerzhaft sein! Nach drei bis vier Rollbewegungen wird der Vorgang eine halbe Handbreite weiter ausgeführt, bis der gesamte obere und seitliche Teil der Brust massiert ist. Für den unteren Teil wird der Kleinfinger der Faust am unteren Brustansatz angelegt und über diesen die Faust nach oben in Richtung Brustwarze gerollt. Für Frauen mit sehr großer oder hängender Brust nimmt man den flachen Handteller und klappt ihn mit der Kleinfingerseite am unteren Brustansatz in Richtung Brustwarze.

Methode 2 der Brustmassage: Diese sanfte Methode kann während des Stillens oder Abpumpens direkt auf der Haut angewandt werden. Sie eignet sich zur Entleerung eines gestauten Milchganges oder Lobus. Die jeweilige Brust wird am besten von der gegenüberliegenden Hand massiert. Der gestreckte Mittel- und Zeigefinger liegen parallel auf der Brust. Die Massagerichtung ist vom Brustansatz in Richtung Mamille. Die Finger massieren punktuell mit kleinen kreisenden Bewegungen und sanftem Druck, dabei dürfen sie nicht über die Haut rutschen. An der Areolagrenze angelangt beginnen sie eine Fingerbreite vom vorherigen Ausgangspunkt erneut, so geht es immer weiter, einmal komplett um die ganze Brust.

Methode 3 der Brustmassage: Eine Hand liegt flach oben auf dem Brustgewebe, die andere Hand unten. Mit leichtem Druck streicht die obere Hand die Brust Richtung Mamille aus, während die untere Hand stützt. Wenn der obere Teil der Brust massiert ist, wird die untere

Hälfte ausgestrichen, wobei die obere Hand stützende Funktion hat. Seitlich funktioniert das genauso, wobei immer eine Hand die Stützfunktion für die Massagehand hat (Kroth, C., 1998, S. 286-288)

2.9. Stillen und Verhütung

Lernziel:

- Verschiedene Methoden der Empfängnisverhütung benennen und in einer Beratungssituation erklären können.

Bei der Verhütung während der Stillzeit müssen die Auswirkungen der jeweiligen Methode auf die Milchbildung und die Entwicklung des Kindes beachtet werden. Da durch chemische oder hormonelle Methoden nachweislich Stoffe in die Muttermilch gelangen, sind nur bestimmte Kontrazeptiva in der Stillphase geeignet (Ahrendt, C., Gorontzy, D. aus Geist, C., et al., 2005, S. 68).

Natürliche Methoden

Stillen als Schwangerschaftsverhütung: Stillen hat einen hemmenden Einfluss auf reproduktive Vorgänge. In den ersten vier bis fünf Wochen nach Geburt treten in der Regel weder Eisprung noch Regelblutung auf. In den ersten drei Wochen besteht eine physiologische Infertilität, danach ist der hohe Prolaktinspiegel für die sogenannte Laktationsamenorrhö, das Ausbleiben der Regelblutung durch den hohen Prolaktinspiegel, verantwortlich. Eine erneute Schwangerschaft wird durch anovulatorische Zyklen oder eine insuffiziente Lutealphase verhindert. Um die größtmögliche kontrazeptive Wirkung des Stillens von mindestens 98% zu erreichen, sind folgende Voraussetzungen erforderlich: ausschließliches Stillen, eine Amenorrhö, häufiges Anlegen, d.h. mindestens fünfmal täglich und lange Stilldauern von mindestens 10 Minuten pro Stillmahlzeit. Richtig angewandt ist Stillen während der ersten sechs Monate nach Geburt genauso effektiv wie andere mögliche kontrazeptive Maßnahmen (Huch, R. aus Przyrembel, H., 2001, S. 30).

Mechanische oder Barriere – Methoden

Unterstützend eignen sich mechanische Methoden zur Schwangerschaftsverhütung. Das Kondom zum Beispiel hat als Barriere Methode keine nachteiligen Effekte während der Wundheilung und Stillzeit. Eine Portiokappe oder Zervixpessar muss 6 – 8 Wochen nach der Geburt (post partum) neu angepasst werden, da die Größe des Gebärmuttermundes sich durch das Geburtsgeschehen verändert hat. Ein Diaphragma oder Scheidenpessar kann erst

etwa drei Monate post partum angewandt werden, wenn der Beckenboden sich etwas gefestigt hat, auch hier ist die Größe anzupassen. Eine Kupferspirale oder Intrauterinpressar (IUP) kann direkt nach Geburt eingesetzt werden, während eine Hormon Spirale (gestagenhaltige IUP) bei der Nachuntersuchung durch die Gynäkologin/den Gynäkologen, ca. 6 Wochen post partum eingesetzt werden (Ahrendt, C., Gorontzy, D. aus Geist, C., et al., 2005, S. 69). Auch das Frauenkondom, „Femidom“ mit einem offenem und einem geschlossenem Ende, von außen mit einem Silikongel beschichtet, ist eine Möglichkeit der mechanischen Empfängnisverhütung (Tometten-Iseke, A. aus Mändle, C., Opitz-Kreuter, S., 2015, S. 1135).

Hormonelle Methoden

Als hormonelle Verhütungspräparate kommen nur reine Gestagenpräparate zum Einsatz. Sie haben keinen negativen Effekt auf die Dauer des Stillens, die Milchmenge, das Wachstum oder die Entwicklung des Kindes. Jedoch ist der Einsatz von konstant niedrigen Hormondosierungen, vorzugsweise erst nach der 6. Woche post partum, zu empfehlen wie zum Beispiel die Minipille oder „Implanon“ (Ahrendt, C., Gorontzy, D. aus Geist, C., et al., 2005, S. 69/70).

Die Pille kann nur eingeschränkt wirken bei:

- Erbrechen, in diesem Fall muss innerhalb von vier Stunden eine erneute Einnahme erfolgen.
- Durchfallerkrankungen, nur nach starken Durchfällen müssen zusätzliche Barrieremethoden angewendet werden.
- Einnahme von Schlafmitteln (Barbituraten), Rifampicin oder Antiepileptika, durch sie kann die die Wirkung vermindert oder aufgehoben werden.
- HIV – Medikation oder Einnahme von Johanniskrautpräparaten.
- Antibiotika-Therapie, durch sie wird, wenn auch gering, die Darmflora und dadurch der enterohepatische Kreislauf beeinflusst (Tometten-Iseke, A. aus Mändle, C., Opitz-Kreuter, S., 2015, S. 1141).

2.10. Abstillen und Beikost für das Kind

Lernziel:

- Den Zusammenhang zwischen Abstillen und Beikost erklären können.
- Wissen ab wann das Einführen von Beikost für das Kind sinnvoll ist.
- Die Einführung von Beikost anhand von Beispielen in einer Beratungssituation erklären können.

- Wissen wie sich die Zusammensetzung Beikost nach und nach verändern sollte und anhand von Beispielrezepten erklären können; Eventuell Tipps für die Zubereitung geben können

B(r)eikost soll die Muttermilch ab einem Alter von frühestens 17 und spätestens 26 Wochen ergänzen, was dem fünften bis siebten Lebensmonat entspricht. Die Einführung der Beikost erfolgt schrittweise bis zu einer Nahrungsmenge von 900 – 1000 g täglich, was einer Energiezufuhr von etwa 800 kcal entspricht (Biesalski, H. K., et al., 2010, S. 336). So wird ein langsamer Übergang von der reinen Muttermilchernährung zum Essen am Familientisch hergestellt. Die Brustmahlzeiten werden so schrittweise durch feste Kost ersetzt. Das Kind trinkt weniger Brustmilch, wodurch sich die produzierten Milchmengen natürlicherweise reduzieren. Es ist auch möglich diese schonende Art des Abstillens früher, vor der 17. Woche, einzuleiten. Soll zum Beispiel zur achten Lebenswoche des Kindes abgestillt werden, muss in der vierten Lebenswoche mit dem Ersatz einer Stillmahlzeit durch die Gabe von Pre-Säuglingsnahrung begonnen werden. So werden nach und nach einzelne Brustmahlzeiten durch Flaschenmahlzeiten ersetzt. Jedes Zufüttern sättigt dabei das Kind und seine Saugaktivität nimmt dadurch ab. Die Milchmenge wird durch Verringerung der Nachfrage reduziert. Unterstützende Maßnahmen zum Abstillen sind zum Beispiel: Feste BHs tragen, kalte Brustumschläge oder -Wickel und Salbeitee trinken. Letzterer wirkt hemmend auf die Milchbildung. Während des natürlichen Abstillprozesses sollte immer auf Symptome eines Milchstaus geachtet werden. Prophylaktisch kann die Brust auch per Hand ausgestrichen werden (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz-Kreuter, S., 2015, S.1048/1049).

Sobald das Kind die physiologische Reife für Aufnahme und Verdauung fester Nahrung erreicht hat, zeigt es dies durch zunehmendes Interesse an der Nahrung der Familie. Es hat folgende Vorteile diesen Zeitpunkt abzuwarten: Das Kind kooperiert, die notwendige Mundmotorik ist vorhanden und es gibt weniger Anpassungsstörungen des kindlichen Magen–Darm–Traktes, wie Obstipation oder Diarrhoe (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz-Kreuter, S., 2015, S.1046). Das Interesse des Kindes an der Familiernahrung zeigt sich in den meisten Fällen ab dem Alter von ungefähr sechs Monaten. Dennoch kann und soll das ergänzende Stillen beibehalten werden (Lohmann, I. aus Mändle, C., Opitz-Kreuter, S., 2015, S.1048). Die weltweit ausgesprochene Empfehlung der WHO lautet, gesunde Säuglinge in den ersten 6 Monaten ausschließlich zu stillen. Danach soll nach WHO und

UNICEF bis zum Alter des Kindes von 2 Jahren weiter gestillt werden, was jedoch wesentlich durch den Schutz des Stillens vor Durchfallerkrankungen und anderen Infektionen, besonders in Entwicklungsländern, begründet ist (Lohmann, I aus Mändle, C., Opitz-Kreuter, S., 2015, S. 1063).

Abfolge und Auswahl der Beikost

Die erste Breimahlzeit sollte aus Kartoffeln, Gemüse, Fleisch oder Fisch zusammengesetzt sein. Nach etwa einem Monat kann dann die Gabe von einem weiteren Brei aus Milch und Getreide erfolgen. Einen Monat darauf folgt die dritte Tagesmahlzeit, bestehend aus einem Getreide-Obst-Brei. Die Zutaten der Beikost sollten variieren: anstatt Fleisch auch ein bis zweimal pro Woche fettreicher Fisch sowie verschiedene Obst- und Gemüsesorten. Diese Empfehlungen gelten auch für Kinder mit erhöhtem Allergierisiko, da das Weglassen von häufig allergieauslösenden Lebensmitteln keinen Schutz vor Allergien bietet. Für gekaufte Breinahrung gelten folgende Empfehlungen: Kein Zusatz von Salz und Zucker sowie eine übersichtliche Zutatenliste mit Inhaltsstoffen, die auch für selbstgemachte Breisorten empfohlen werden (Koletzko, B., et al., 2016, S. 442). Weitere Informationen zur Zusammensetzung und Zubereitung von Breikost sind zum Beispiel im Leitfaden der Initiative „Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie“, in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL), in dem Artikel „Zeit für B(r)eikost“ anschaulich dargestellt (BMEL, Gesund ins Leben, 2017).

3. Fazit

Zu Beginn der Arbeit, wird das Peer-To-Peer-Projekt mit seinen Rahmenbedingungen, seiner Zielgruppe und deren Bedürfnissen sowie den Herausforderungen bei der Umsetzung vorgestellt. Darauf folgen Strategie und Methoden sowie die konkreten Konzeptinhalte, durch welche die Durchführung realisiert werden soll. Die ausgewählten Methoden zur Entwicklung der Ausbildungsseminare haben entschiedene Vorteile, wie bereits im Methoden-Teil beschrieben, sie können aber auch Schwachstellen bergen. Ein Vorteil liegt in dem großen Expertinnenwissen, welches die Teilnehmerinnen in die Gruppe einbringen. Betrachtet man die Gruppenarbeit selbst als Methode, so wird dort durch das wachsende Selbstvertrauen der Teilnehmerinnen und späteren Multiplikatorinnen die Selbstwirksamkeit als Ressource aktiviert und damit auch für die zu beratenden Mütter nutzbar. Da die gegenwärtige Situation einen weiteren Flüchtlingszuwachs erwarten lässt, liegt die Nachhaltigkeit des Peer-To-Peer-Projekts darin, dass ein Mechanismus auf die nächste Generation bedürftiger Schwangerer und Mütter weitergegeben werden kann: Bereits erfolgreich beratene Mütter können selber zu einer neuen Generation von Multiplikatorinnen heranwachsen. Eine Schwachstelle könnte dagegen durch die Wahl der Methoden, mangelnde Erfahrung der Seminarleitung und einen unzureichenden kultursensiblen Umgang mit der Gruppe entstehen. Dadurch könnte der Versuch misslingen, die verschiedenen Migrationshintergründe und Erfahrungshorizonte so zu vereinen, dass eine fruchtbare Gruppendynamik entsteht. Der Prozess des Empowerment würde nicht vollständig für jede Teilnehmerin ausreifen. Außerdem könnten Sprachbarrieren und Übersetzungsverluste bei der Vermittlung des theoretischen Inhalts zu Verständnisproblemen bei den Teilnehmerinnen führen. Somit könnte es zu Schwierigkeiten bei der Umsetzung einer erfolgreichen Beratung und Kommunikation zwischen Multiplikatorin und Schwangerer/Mutter kommen. Daher sollten vorbeugend weitere Treffen der Multiplikatorinnen zum Beispiel mit einer Hebamme zur Reflexion und Supervision in der Gruppe oder einzeln stattfinden. Diese Schnittstelle von Multiplikatorin und Expertin muss sichergestellt werden, um einer Überforderung der Peerberaterinnen vorzubeugen. Unabhängig von den vermittelten Inhalten ist das Gelingen des Projekts von einer kultursensiblen Haltung und Herangehensweise abhängig. Diese fördert die Selbstbestimmung der Frauen und ermöglicht Gleichbehandlung, wodurch sich Empowerment, Inklusion und Partizipation entfalten können. Das Peer-To-Peer-Projekt soll nicht den

Anschein erwecken professionelle Hebammenhilfe ersetzen zu wollen. Bei steigendem Bedarf an Beratungs- und Begleitungsarbeit in der genannten Zielgruppe ist es eine Ergänzung der vorhandenen Strukturen und stellt eine Ressource dar, um die Ernährung und Gesunderhaltung von Müttern und Säuglingen nachhaltig zu erhalten beziehungsweise zu verbessern.

Im Rahmen des Peer-to-Peer-Projektes stellt sich die Frage nach dem Nutzen für die Multiplikatorinnen, denen eine umfassende Aufgabe im engen Kontakt mit bedürftigen Frauen mit Fluchterfahrung zukommt. Es wäre wünschenswert, dass die Arbeit der Beraterinnen sowie der Seminarleiterin nicht zuletzt finanziell gewürdigt wird, dafür dass sie eine interkulturelle Brücke zum Sozial- und Gesundheitssystem und der Flüchtlingsversorgung bauen. Das Peer-To-Peer-Projekt könnte beispielsweise Eltern-schulen oder Familienzentren angegliedert werden. Diese befinden sich meist vor Ort und bieten Räumlichkeiten sowie Anbindung an Flüchtlingsunterkünfte und damit Kontakt zur Zielgruppe. Für die finanzielle Umsetzung wäre beispielsweise eine Angliederung an private Träger und die zuständigen Sozialbehörden und Krankenkassen denkbar.

Literaturverzeichnis

- Ahrendt, C., Gorontzy, D. aus Geist, Christine, Harder, Ulrike, Stiefel, Andrea: Hebammenkunde Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 3 neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Hippokrates Verlag, Stuttgart, 2005
- Biesalski, H. K., Bischoff, S. C., Puchstein, C.: Ernährungsmedizin – nach dem neuen Curriculum Ernährungsmedizin der Bundesärztekammer, 4. Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 2010
- Bundesinstitut für Risikobewertung: „Unterschiede in der Zusammensetzung von Muttermilch und industriell hergestellter Säuglingsanfangs- und Folgenahrung und Auswirkungen auf die Gesundheit von Säuglingen“, Stellungnahme der Nationalen Stillkommission vom 16. Juli 2012, <http://www.bfr.bund.de/cm/343/unterschiede-in-der-zusammensetzung-von-muttermilch-und-industriell-hergestellter-saeuglingsanfangs-und-folgenahrung.pdf>, 16.03.2017
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales, in Zusammenarbeit mit dem „Netzwerk Leichte Sprache“: „Leichte Sprache – ein Ratgeber“, Berlin, www.bmas.de, Stand: April 2014
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ): Handbuch für eine kultur-sensible Altenpflegeausbildung, Einführung, Berlin, Dezember 2005
- Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft, Gesund ins Leben – Netzwerk Junge Familie: Zeit für B(r)eikost, www.gesund-ins-leben.de/fuer-familien/erstes-lebensjahr/zeit-fuer-breikost/, 16.03.2017, 11:21
- Faller, Adolf, Schünke, Michael: Der Körper des Menschen – Einführung in Bau und Funktion, 16. Auflage, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, 2012
- Frey, Steffen aus Joas, Hans: Lehrbuch der Soziologie, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage, Campus Verlag, Frankfurt/New York, 2007
- Geist, Christine, Harder, Ulrike, Stiefel, Andrea: Hebammenkunde – Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf, 3. neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Hippokrates Verlag, Stuttgart, 2005
- Hausbacher, Eva, Klaus, E., Poole, R., Brandl, U., Schmutzhart, I.: Migration und

Geschlechterverhältnisse – Kann die Migrantin sprechen?, Springer VS, Wiesbaden, 2012

- Hebammenverband Baden-Württemberg e.V., Flüchtlingsdrama, <http://www.hebammen-bw.de/fluechtlingsdrama/>, 16.03.2017, 11.14

- Huch, Renate aus Przyrembel Professor Dr., Hildegard, Nationale Stillkommission Deutschlands am BfR, i. A. Der BzGA: Stillen und Muttermilchernährung – Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen, neue erweiterte Auflage, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, 2001

- Kersting, M. aus Przyrembel Professor Dr., Hildegard, Nationale Stillkommission Deutschlands am BfR, i. A. Der BzGA: Stillen und Muttermilchernährung – Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen, neue erweiterte Auflage, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, 2001

- Koletzko, B., Bauer, C.-P., Cierpka, M., et al.: Monatsschrift Kinderheilkunde – Ernährung und Bewegung von Säuglingen und stillenden Frauen, aktualisierte Handlungsempfehlungen von „Gesund ins Leben“ – Netzwerk junge Familie, September 2016

- Kroth, Carina: Stillen und Stillberatung, Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co, Wiesbaden, 1998

- Lohmann, Ingrid aus Mändle, Christine, Opitz-Kreuter, Sonja: Das Hebammenbuch – Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe, 6. Auflage, Schattauer GmbH, Stuttgart, 2015

- Mändle, Christine, Opitz-Kreuter, Sonja: Das Hebammenbuch – Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe, 6. Auflage, Schattauer GmbH, Stuttgart, 2015

- Przyrembel Professor Dr., Hildegard, Nationale Stillkommission Deutschlands am BfR, i. A. Der BzGA: Stillen und Muttermilchernährung – Grundlagen, Erfahrungen und Empfehlungen, neue erweiterte Auflage, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, 2001

- Remiorz, Silke: Gender Mainstreaming in der Kommunalpolitik – Eine empirische Analyse im Kontext von Migration und Integration, Centaurus Verlag, Herbolzheim, 2014

- Scheele, M. aus Przyrembel Professor Dr., Hildegard, Nationale Stillkommission Deutschlands am BfR, i. A. Der BzGA: Stillen und Muttermilchernährung – Grundlagen,

Erfahrungen und Empfehlungen, neue erweiterte Auflage, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, 2001

Schwegler, Johann, Lucius, Runhild Der Mensch Anatomie und Physiologie, 6 überarbeitete Auflage, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, 2016

- Tometten-Iseke, Anneliese aus Mändle, Christine, Opitz-Kreuter, Sonja: Das Hebammenbuch – Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe, 6. Auflage, Schattauer GmbH, Stuttgart, 2015

- UNO-FLÜCHTLINGSHILFE, Jahreszahlen von Ende 2015 <https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/fluechtlinge/zahlen-fakten.html>, 16.03.2017, 12:00

- Utschakowski, Jörg, Gyöngyver, Sielaff, Bock, Thomas: Vom Erfahrenen zum Experten. Wie Peers die Psychiatrie verändern, 2. Auflage, Psychiatrie – Verlag, Bonn, 2010

- Wegschneider, Angela, Intersektionalität, DISTA, Disability Studies Austria, Forschung zu Behinderung, Österreich, 21.04.2013, <https://dista.uniability.org/glossar/intersektionalitat/>, 03.03.2017, 13:46

- Wöller, Wolfgang: Trauma-informierte Peer-Beratung in der Versorgung von Flüchtlingen mit Traumafolgestörungen, Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart/New York, Online – Publikation, 2016, <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0042-114992>, 15.03.2017, 21:45

- ZANZU – Mein Körper in Wort und Bild, herausgegeben durch BzGA und SENSOA, <http://www.zanzu.de/de/für-multiplikatorinnen-und-multiplikatoren>, 04.01.2017, 10:56

Anhang

- Erklärung

- Anhang I: 10 Handouts

- Anhang II: Power-Point-Präsentation und Internetquellen auf CD gebrannt.

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den

.....

(Kathrin Rathenow)

Vor-/Nachteile des Stillens

Stillen: Das Kind trinkt Milch aus der Brust der Mutter.

Was am Stillen gut ist

- Stillen ist praktisch
- Jede Mutter kann stillen. Manchmal braucht sie dabei Hilfe.
- Muttermilch ist immer fertig zubereitet.
- Keine Arbeit für das Essen.
- Kein Müll.
- Stillen ist sauber, ohne Flasche.
- Stillen ist einfach, ohne Milchpulver oder Wasserkocher.
- Milch ist immer da, unterwegs oder auf der Reise.
- Die Milch ist sauber, warm und es gibt genug.
- In der Milch ist alles was das Kind braucht: Mineralien und Vitamine. Genau in der richtigen Menge.
- Muttermilch ist besser als jede andere Nahrung.

Muttermilch schützt vor Krankheiten

- Magen-Darm-Trakt: Durchfall und Erbrechen
 - Atemwegen: schwerer Husten
 - Mittelohr: Entzündungen im Ohr
 - Harnwege: Blasenentzündung
 - Hirnhäute: Entzündungen am Gehirn
- Muttermilch kann das, weil sie wichtige Stoffe enthält:
- sie wirken gegen Entzündungen
 - und helfen dem Kind Krankheitserreger ab zu wehren (passiv)
 - sie helfen dem Kind auch, sich selber gegen Krankheitserreger zu wehren (aktiv)

Gute Mutter-Kind-Bindung

Außer dem Hunger gibt Stillen auch noch Nähe, Wärme und Zärtlichkeit. Mutter und Kind lernen sich kennen. In der ersten Lebensstunde saugt das Kind zum ersten Mal an der Brust. Das macht die Mutter stark.

Unabhängigkeit

Stillen kostet kein Geld.
Stillen ist an jedem Ort und zu jeder Zeit möglich.
Die Milch kommt warm und sauber aus der Brust.

Stillen macht Mütter stark

Die Mutter kann ihr Kind alleine ernähren.
Die Mutter schützt ihr Kind vor Krankheiten.
- auch wenn es schon groß ist
Das Kind hat ein gutes Gewicht und nimmt gut zu.
Durch das Stillen gibt die Mutter dem Kind immer die richtige Nahrung.

Hilfe

Die Mutter hat das Recht zu einer Hebamme zu gehen. Die Hebamme hilft ihr bei Problemen und Fragen, z.B. wie sie das Kind am Besten stillt.

Schnelle Rückbildung

Die **Gebärmutter** wird wieder klein. Sie ist ein **Muskel**. In der Gebärmutter ist das Kind im Bauch gewachsen.

Beim Stillen werden **Hormone** ins Blut ausgeschüttet. Hormone sind **Botenstoffe** im Körper. Sie wirken auf den Muskel.

Der Muskel zieht sich zusammen und wird kleiner. Das Zusammen-Ziehen tut weh im Bauch, jedes Mal wenn das Kind an der Brust saugt. Nach ein paar Tagen hören die Schmerzen auf.

Es ist wichtig, dass sich die Gebärmutter schnell zurück bildet.

Gebärmutter vor der Schwangerschaft (Bild 1)



Gebärmutter mit Kind (Bild 2)

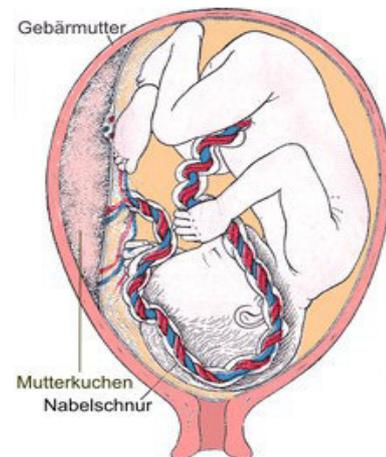


Bild 1: http://static.urbia.de/user/cms/media/27825-gebaermutter_grafik--3537f421af.gif, 22.12.2016, 13:08

Bild 2: <https://www.bing.com/images/search?q=geb%C3%A4rmutter+schwangerschaft&view=detailv2&id=566CB4462D7368ECCAA2943B64621493EC550431&selectedIndex=5&ccid=3X5bXWrb&simid=608041562187041170&thid=OIP.Mdd7e5b5d6adb1bf2b82d08ab01ccac20o0&ajaxhist=0>, 22.12.2016, 13:10

Gewicht abnehmen

In der Schwangerschaft nimmt die Mutter zu.

Nachher soll das Gewicht wieder normal werden.

Stillen verbraucht viel Energie.

Stillen hilft der Mutter wieder Gewicht abzunehmen.

Gesundheit des Kindes

Gestillte Kinder werden weniger oft krank als Kinder die Fertignahrung bekommen

Sie müssen weniger oft ins Krankenhaus im 1. Lebensjahr.

Auch wenn sie älter werden sind sie besser geschützt gegen Krankheiten wie:

- Zucker-Krankheit (Diabetes mellitus Typ II)
- und Übergewicht

Was am Stillen manchmal schwer ist

Die Mutter muss immer beim Kind sein, wenn es Hunger hat.

Nur die Mutter kann das Kind Tag und Nacht stillen. Das kann anstrengend sein.

Stillen ist immer besser als nicht Stillen!

Aber Manchmal gibt es Ausnahmen: HIV/Aids und akute Hepatitis-C-Infektion

Muttermilch

Muttermilch enthält viele wichtige Stoffe.

Eiweiß

Wenig Eiweiß, aber genug:

- Zum Wachsen
- Und für den Schutz vor Krankheiten => Immunsystem

Das Eiweiß ist leicht zu verdauen und hat viele essentielle Aminosäuren. Das sind Stoffe, die der Körper nicht selber herstellen kann.

Fett

Muttermilch hat viel Fett. Das Fett gibt dem Baby Energie.

- Wenn das Baby anfängt an der Brust zu trinken ist weniger Fett in der Milch.
- Wenn es aufhört zu trinken ist mehr Fett in der Milch. Nach 10 bis 20 Minuten.

Die Mutter soll gutes Fett essen. In der Schwangerschaft kann sie gutes Fett im Körper speichern. Dann ist auch gutes Fett in der Milch:

- Linolsäure und Linolensäure. (z.B. in Sonnenblumenöl, Sojaöl, Walnüssen)

Es gibt auch noch andere wichtige Fette in der Milch:

- Arachidonsäure (z.B. in Schweineschmalz, Thunfisch, Eigelb)
 - Docosahexaensäure (in fettem Fisch wie Hering, Lachs)

Sie helfen dabei, dass sich das Nerven-System des Babys gut entwickelt.

Kohlenhydrate

Ein Kohlenhydrat in der Muttermilch ist Milchzucker und heißt Laktose. Milchzucker gibt dem Baby Energie.

Ballaststoffe sind auch Kohlenhydrate, „Oligosaccharide“. Ballaststoffe füttern die guten Bakterien im Dickdarm.

Darmflora

Es ist wichtig viele gute Bakterien im Darm zu haben. Diese Bakterien heißen „Darmflora“.

Die Darmflora ist wichtig für die Gesundheit des Babys. Die guten Bakterien nehmen den schlechten Bakterien den Platz und die Nahrung zum Wachsen weg.

Gestillte Babys haben mehr gute Bakterien, als Babys die Nahrung aus der Flasche trinken.

Kolostrum

Die ersten Tropfen Muttermilch heißen Kolostrum. Sie kommen direkt nach der Geburt aus der Brust, beim ersten Stillen.

Kolostrum hat:

- wenig Fett,
- viel Eiweiß
- Schutzstoffe, die das Baby vor Krankheiten schützen.

Später hat die Muttermilch viele Kohlenhydrate und Vitamine, aber wenig Eiweiß.

Die Muttermilch verändert sich

- Wenn das Kind an der Brust trinkt.
- Wenn das Kind größer und älter wird.
- Wenn die Mutter krank ist.
- Die Muttermilch enthält immer genug von allen Nährstoffen, die das Baby gerade braucht.

Anatomie der Brust

Die Brust

Die Brust besteht aus:

- Drüsengewebe
- Fettgewebe
- Bindegewebe

Die Brust hat:

- einen Warzenvorhof
- und eine Brustwarze

Auf dem Warzenvorhof sind kleine Drüsen. Aus diesen Drüsen kommt ein Sekret, das die Brustwarze schützt. Wie eine Creme:

- vor dem trocken werden und
- vor Bakterien

Anatomie der laktierenden Brust

- Im Inneren der Brust gibt es kleine Milchdrüsen oder Milchbläschen, die „Alveolen“.
- In den Milchbläschen wird die Milch produziert.
- Viele kleine Milchbläschen zusammen nennt man „Lobulus“.
- Mehrere „Lobuli“ sind ein Milchlappen, „Lobus“.
- Die Brust besteht aus 15-20 Milchlappen.

Bild 1: „Aufbau der Brustdrüse“

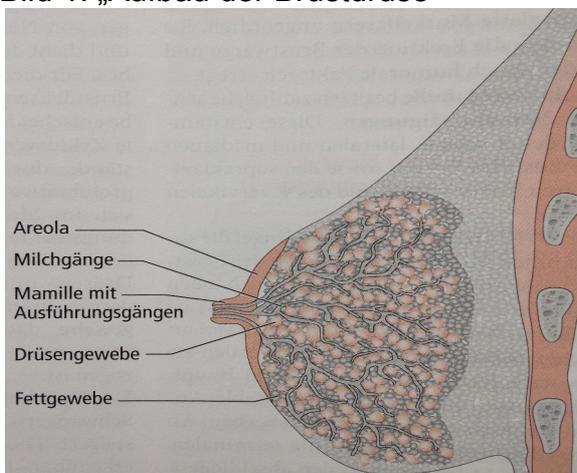


Bild 2: „Lobulus“

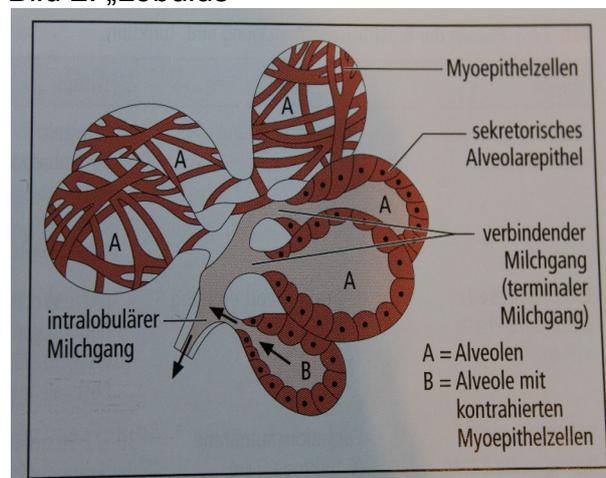


Bild 1: „Aufbau der Brustdrüse“, Mändle, Christine, Opitz-Kreuter, Sonja, Das Hebammenbuch – Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe, 6. Auflage, Schattauer GmbH, Stuttgart, 2015, S. 977

Bild 2: „Lobulus“, Mändle, Christine, Opitz-Kreuter, Sonja, Das Hebammenbuch – Lehrbuch der praktischen Geburtshilfe, 6. Auflage, Schattauer GmbH, Stuttgart, 2015, S. 979

Laktation

- Wie die Milch in der Brust gebildet wird, „Milchbildung“.
- Wie die Milch aus der Brust heraus kommt.

Hormone

- Am Anfang steuert „Prolaktin“ die Bildung der Milch. Prolaktin ist ein Hormon. Hormone sind Botenstoffe im Blut.
- „Oxytocin“ ist ein anderes Hormon, das „Milchspende-Hormon“. Es sorgt dafür, dass die Milch aus den Milchbläschen in die Milchgänge läuft.

Kindliche Still-Reflexe

Das Kind macht Bewegungen, um Milch aus der Brust zu trinken. Diese Bewegungen sind angeboren und heißen „Stillreflexe“. Wenn das Kind auf die Welt kommt hat es 3 Stillreflexe:

- die Brustwarze suchen und finden, „Suchreflex“
- Milch aus der Brust saugen, „Saugreflex“
- und die Milch schlucken, „Schluckreflex“

Mütterliche Stillreflexe

- Wenn das Kind saugt, löst es bei der Mutter Still-Reflexe aus. Die Brustwarze richtet sich auf. Dann kann das Kind sie besser finden. (Brustwarzen-Aufrichtungs-Reflex)
- Die Milch wird in der Brust gebildet. (Milchbildungs-Reflex)
- Danach fließt die Milch aus der Brust. (Milchfluss-Reflex)

Angebot und Nachfrage

Es gibt genug Milch wenn:

- Das Kind die Brust immer leer trinkt.
- Das Kind in gleichen Abständen trinkt, zum Beispiel alle 2-3 Stunden.

Wenn das Kind mehr trinkt, macht die Brust mehr Milch.

Wenn das Kind wenig trinkt, macht die Brust weniger Milch.

4. Handout: Wie funktioniert das Stillen?

Das erste Stillen

- In der ersten Stunde nach der Geburt.
- Mutter und Kind bleiben zusammen.
- Mutter und Kind lernen sich in Ruhe kennen.

Regeln zum Stillen

1. Mütter wissen, dass Stillen wichtig und gut ist.
2. Mütter legen ihr Kind in der ersten Lebens Stunde an die Brust
3. Die Mutter weiß, wie sie ihr Kind an die Brust legt.
4. Mutter und Kind sind Tag und Nacht zusammen.
5. Das Kind bekommt immer Milch wenn es Hunger hat.
6. Das Kind bekommt keinen Schnuller oder Sauger aus Gummi.
7. Die Mutter weiß, dass es Gruppen mit anderen Müttern gibt, die ihre Kinder Stillen.
In diesen „Still-Gruppen“ kann sich die Mutter Hilfe holen, wenn es Probleme mit dem Stillen gibt.

Wie oft wird gestillt?

- Am Anfang trinkt das Kind alle zwei bis drei Stunden.
- Das Kind bestimmt wann es Milch gibt: z.B. wenn es Hunger hat.
- Später kennt das Kind den Unterschied zwischen Tag und Nacht. Es kann längere Pausen machen, 2 - 4 Stunden.

Wie lange wird gestillt?

- An jeder Brust soll das Kind 10-20 Minuten saugen.
- Die Milch läuft erst nach 2-5 Minuten aus der Brust.
- Besser: Oft und kurz stillen, als wenig und lange!
- Brust immer abwechseln. Mit beiden Brüsten stillen.

Zum Beispiel:

- Erst die rechte Brust, dann die linke Brust.

Nächstes Mal (nach zwei bis drei Stunden):

- Die linke Brust zu erst, dann die rechte.

Beim nächsten Mal (nach 2-3 Stunden) ist es wieder umgekehrt.

Stilltemperamente

Jedes Kind ist anders!

- „Zauderer“ trinken erst gut, wenn die Brust genug Milch macht. Sie sind am Anfang noch zurückhaltend.
- „Genießer“ spielen mit der Brustwarze bevor sie anfangen zu trinken. Sie brauchen mehr Zeit.
- „Träumer“ machen gerne Pausen beim Trinken zum Ausruhen, dafür brauchen sie mehr Zeit.
- „Hektiker“ sind unruhig und verlieren dadurch die Brustwarze aus dem Mund. Sie wollen immer wieder beruhigt werden.
- „Barrakudas“ haben Kraft. Sie greifen die Brustwarze gierig und sind schnell mit dem Trinken fertig.

4. Handout: Wie funktioniert das Stillen?

Stillpositionen

Stillen ist in verschiedenen Positionen möglich. Es ist wichtig abzuwechseln, damit die Brust gut leer getrunken wird.

Stillen im Sitzen:

- Wiegehaltung, Kreuzgriff, Rückengriff und Hoppe-Reiter-Sitz.

Stillen im Liegen:

- Stillen im Liegen über Kopf.

Stillen im Stehen oder Gehen.



https://image.windeln.de/windeln/skin/frontend/lindgren/default/content_images/illustrationen/14_Stillpositionen_gross.jpg, 21.12.2016, 11:04

Anlegetechnik

- Das Kind liegt im Arm.
- Ohr, Schulter und Hüfte bilden eine Linie.
- Der Bauch vom Kind liegt am Bauch der Mutter.
- Die Brustwarze ist nah am Mund vom Kind.
- Suchreflex: Das Kind fängt an zu suchen. Es macht den Mund weit auf und ergreift die Brustwarze.
- Die Zunge liegt unter der Brustwarze.
- Die freie Hand der Mutter stützt die Brust von unten. Der Daumen liegt oben auf der Brust.
- Brustwarze und Warzenvorhof werden vom Kind angesaugt.
- Die Nase ist frei. Das Kind bekommt genug Luft.
- Das Kinn vom Kind liegt an der Brust der Mutter an.

Richtiges Saugen

- Das Kind muss die Brustwarze weit in den Mund nehmen.
- Dann wird der Saugreflex ausgelöst und es fängt an zu saugen.

Die Mutter soll das Kind zu sich an die Brust nehmen.

Die Mutter soll die Brust nicht zum Kind beugen.

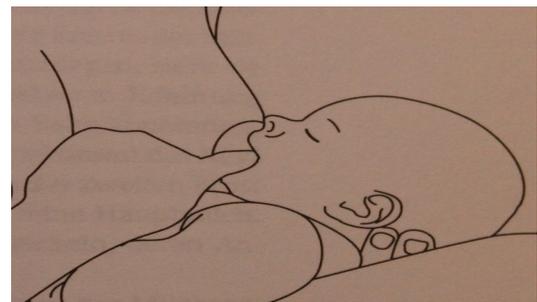
Abnehmen von der Brust

- Wenn das Kind satt ist und aufhört zu saugen:

Die Mutter schiebt den kleinen Finger in den Mundwinkel des Kindes.

Dann lässt das Kind die Brustwarze los.

So wird die Brustwarze geschont.



„Korrektes Abnehmen des Kindes von der Brust“,
Kroth, Carina, Stillen und Stillberatung,
Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co, Wiesbaden, 1998, S. 189

Stillanamnese

Die Still-Situation, Mutter und Kind werden genau beobachtet. So kann man beurteilen ob das Stillen erfolgreich ist Und die Frau beraten, wenn sie Fragen hat Zur Anamnese gehören:

- Die Pflege der Brust
- Das Stillen beobachten
- Beobachten, wie das Kind wächst und gedeiht.

Pflege der Brust

Die Brust sauber halten:

- Nur warmes Wasser zum Duschen und Waschen verwenden.
- Keine Seife oder Creme!
- Ein Tropfen Muttermilch als Creme nach dem Stillen.
- An der Luft trocknen.
- Stilleinlagen aus Wolle und Seide oder Baumwolle. Stilleinlagen öfter wechseln.
- Die Brust trocken halten.
- Großer, weiter BH oder extra Still-BH.

Das Stillen beobachten

Wenn man das Stillen beobachtet, kann man Probleme früh erkennen und helfen!

Was macht das Kind?

- Wie saugt das Kind?
- Kommt Milch aus der Brust, wenn das Kind saugt?
- Schluckt das Kind die Milch? (Schluckgeräusch)
- Ist das Kind nach dem Trinken satt? (schläft ein)

Was macht die Mutter?:

- Wie nimmt die Mutter ihr Kind an die Brust?
- Welche Stillposition: Sitzt sie gut und bequem?
- Hat sie Schmerzen beim Stillen im Bauch oder an der Brust?
- Ist die Brust nach dem Stillen weich?
- Ist die Mutter entspannt?

Das Kind wächst durch die Milch

Wenn das Kind genug Milch aus der Brust bekommt:

- 6 - 8 nasse Windeln amTag
- Urin ist hell wie Wasser und riecht nicht
- Das Kind ist wach und aktiv. Es hat eine gesunde Hautfarbe und gute Muskelspannung.
- 8 mal Stillen am Tag für 15 - 20 Minuten
- Bei leichtem Drücken fließt Milch aus der Brust.
- Die Brust ist nach dem Stillen weicher als vor dem Stillen.
- Die Mutter kann den Milchspendereflex fühlen. Milch läuft aus der Brust aus.

Hilfe

Wenn die Mutter Hilfe braucht oder unsicher ist, dann kann sie zu einer Hebamme gehen. Jede Frau hat das Recht zu einer Hebamme zu gehen. Die Hebamme hilft bei Fragen, z.B. ob das Kind genug Milch bekommt und gut wächst. Oder wenn das Stillen an der Brust weh tut.

Still-Krisen: Probleme an der Brust der Mutter

Wenn das Stillen weh tut, hören viele Mütter auf zu stillen. Begleitung und Pflege geben der Mutter Kraft wieder gesund zu werden. Manchmal muss die Mutter zum Arzt oder zur Ärztin gehen. Dann kann das Kind weiter Milch aus der Brust trinken.

Wunde Brustwarzen

- Besonders oft am Anfang.
- Stillen Beobachten und richtige Anlegetechnik zeigen!
- Richtige Brustpflege ohne Seife zeigen.
- Pflege: Wenig Salbe auf die Brustwarze (Wollfett).

Verletzte Brustwarzen

- Durch Reibung
- Durch falsches Saugen an der Brustwarze
- Durch falsche Stillpositionen

Therapie bei verletzter Brustwarze

Die Brust heilt durch die richtige Pflege mit: Muttermilch, Wollfett, Aloe-Vera-Gel, Kompressen aus Teebeuteln

- Behandeln mit Wärme oder Kälte (was sich besser anfühlt!)

Hilfe ist sehr wichtig! Die Heilung dauert ein paar Tage.

Bei großen Schmerzen:

- z.B. Paracetamol
- Stillhütchen oder Milchpumpe können als Ausnahme benutzt werden.

Verschiedene Stillpositionen abwechselnd nutzen!

Infizierte Brustwarzen

Aussehen: Eiter oder gelber Belag. Entzündung durch Bakterien oder Hefepilze. Arzt oder Ärztin müssen die Brust untersuchen. Behandlung mit Medikamenten! (Antibiotika oder Fungizid)

Nach dem Stillen: Die Brustwarze mit abgekochtem Wasser oder Kochsalzlösung sauber halten.

Die Brustwarzen müssen trocken bleiben!

Was ist ein Milchstau?

- Die Milch kann nicht aus der Brust abfließen.
- Die Brust fühlt sich hart und gespannt an.
- Drücken tut weh.
- Vielleicht ist die Brust an der Stelle rot oder warm.

Aber: Die Mutter fühlt sich dabei gesund!

Wie entsteht ein Milchstau?

Die Brust wird gedrückt:

- Die Kleidung ist zu eng. Der BH ist zu klein.

Es ist viel Milch in der Brust, es fließt aber nicht genug Milch ab:

- Die Brust macht zuviel Milch. Das Kind trinkt zu wenig. Die Mutter hat Stress...

Ein Milchgang in der Brust ist verstopft.

6. Handout: Still-Krisen

Therapie bei Milchstau

Die gestaute Milch muss aus der Brust raus: Sonst entzündet sich die Brust und die Mutter wird krank! Dann muss sie zu einem Arzt/einer Ärztin gehen!

- Das Kind trinkt alle 2 Stunden aus beiden Brüsten.
- Die Mutter massiert den Rest der Milch mit der Hand aus der Brust.
- Vor dem Stillen: Die Brust warm machen.
- Nach dem Stillen: Die Brust kühlen. (Quark-Wickel)
- Stillen im 4-Füßler-Stand

Bild 1: „Quark-Wickel“



Bild 2: „Stillen im 4-Füßler-Stand“

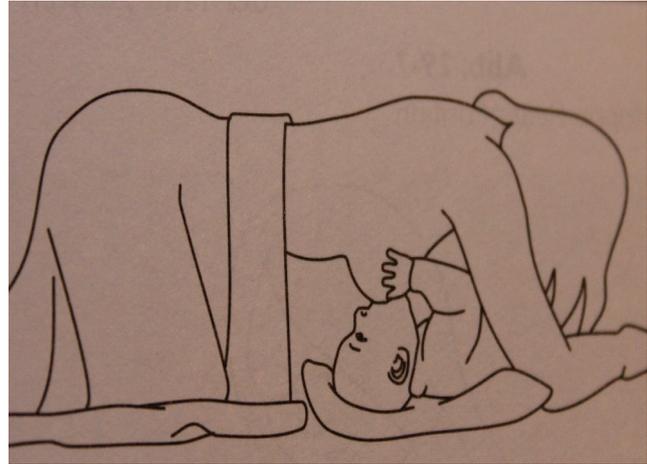


Bild 1: „Quark-Wickel“ : <https://www.hebamme-meckenheim.de/wordpress/wp-content/uploads/2016/01/wickel-8.jpg>, 20.12.2016, 12:45

Bild 2: „Stillen im Vierfüßlerstand“: Kroth, Carina, Stillen und Stillberatung, Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co, Wiesbaden, 1998, S. 207

Was ist Mastitis?

Wenn sich der Milchstau nicht bessert, kann eine Brustentzündung entstehen, „Mastitis“:

- Schmerzen in der Brust
- Schmerzen im Kopf und in den Gliedern
- erhöhte Körpertemperatur, Fieber, Schüttelfrost

Die Frau fühlt sich krank!

Die Brust ist rot, heiß, geschwollen und tut weh.

Therapie bei Mastitis

Die Milch muss aus der Brust! Sie kann salzig schmecken. Manchmal mag das Kind die Milch dann nicht. Dann muss die Brust mit einer Milch-Pumpe entleert werden.

- Bei Arzt oder Ärztin gibt es ein Rezept für eine Milch-Pumpe aus der Apotheke.

Beratung: siehe oben „Therapie bei Milchstau“.

Weitere Maßnahmen bei Mastitis: Viel Schlafen und Bett-Ruhe!

- Tabletten gegen Schmerzen und Fieber, „Paracetamol“

Behandlung von Arzt oder Ärztin

Wenn die Krankheit 24 – 48 Stunden bleibt oder schlimmer wird, muss die Frau zu einem Arzt oder einer Ärztin gehen!

Achtung bei Entzündung durch Bakterien:

- Wenn Eiter in der Milch ist.
- Wenn beide Brüste entzündet sind.

Der Arzt oder die Ärztin verschreibt ein Medikament, „Antibiotikum“.

Vielleicht gibt es eine Still-Pause von 24 Stunden, um das Kind vor Bakterien zu schützen.

Of kontrollieren, ob Entzündung besser wird: Temperatur messen, Schmerzen erfragen,...

Ernährung der Mutter

Warum ist das Essen wichtig?

- Richtiges Essen hält Mutter und Kind gesund.

Keine Diät

Bei einer Diät bekommen Mutter und Kind zu wenig Nährstoffe.

Eine Mutter die stillt braucht aber mehr Energie, mehr Vitamine und mehr Mineralstoffe!

Die richtige Ernährung

- Abwechslungsreiche Mischkost:

Das heißt vollwertige Lebensmittel essen. Viele verschiedene Lebensmittel aussuchen und jeden Tag abwechseln.

- Viel Trinken:

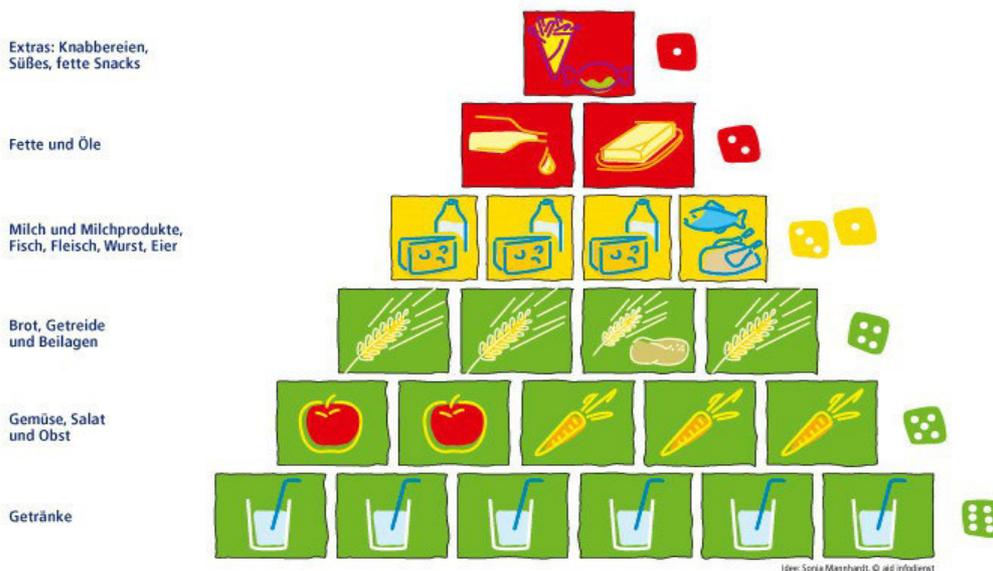
Wasser und Tee ohne Zucker: 2,5 - 3 Liter pro Tag!

- Etwas mehr Energie jeden Tag: z.B. durch Nüsse oder süßes Obst

Ernährungspyramide



Die aid-Ernährungspyramide



http://www.akzenta-wuppertal.de/rund_ums_essen/ernaehrungspyramide.php, 20.12.2016, 12:44

Die richtige Ernährung

Fett:

Pflanzliches Fett Rapsöl und Olivenöl

- Tierisches Fett: fetter Fisch aus dem Meer

Eiweiß:

- Die Mutter braucht mehr Eiweiß zum Stillen: -Joghurt, Käse oder ein kleines Stück Fleisch pro Tag mehr.

Wichtige Vitamine

- **Vitamin A:** tierische Leber und Niere, auch als Beta-Carotin in Paprika, Karotten, Kürbis, Aprikosen, immer mit etwas Öl zubereiten!
- **Vitamin B12:** Kalbsleber, Miesmuscheln, Lachs, Emmentaler Käse und Vollmilch
- **Vitamin B9 (Folsäure):** Rote Bohnen, Spinat, Brokkoli, Hühnereier, Sojabohnen und rote Beete
- **Vitamin D:** Hering, Eier, Pilze, Avocado, Rinderleber, Käse
Der Körper bildet selber Vitamin D. Dazu braucht er viel Tageslicht. Oft raus gehen!
- **Vitamin E:** Weizenkeimöl, Sonnenblumenöl, Mandelöl, Distelöl, Margarine mit Linolsäure, Sonnenblumenkerne, Haselnüsse, Mandeln,...

Mineralstoffe

Viel Kalzium:

- Milch und Milchprodukte (Käse, Quark, Joghurt), Grünkohl, Spinat, Brokkoli, getrocknete Feigen, Mohn, Sesam, Mandeln

Jod:

- Immer Jodsalz zum Kochen nehmen!

Hilfe

Wenn die Mutter Fragen zu ihrer Ernährung hat oder Hilfe bei der Ernährung für ihr Kind braucht, hat sie das Recht zu einer Hebamme zu gehen. Die Hebamme hilft ihr die richtigen Lebensmittel für eine gute Ernährung zu finden. Damit das Kind auch gut versorgt ist.

Rücken- und Brust-Massage

Damit die Milch besser fließt.

Zu erst den Rücken, dann die Brust.

Was brauche ich?

- Raum mit Heizung (warm)
 - Etwas Öl zum Massieren
 - Handtuch oder Schüssel falls Milch ausläuft.
 - Vertraute Person zum Massieren
 - Wärmflasche oder warme feuchte Tücher auf dem Rücken
- Vorher warm duschen oder die Brust warm waschen.

Rückenmassage

Wirkt entspannend und der Milchspendereflex wird ausgelöst.

Position im Sitzen:

- Die Frau sitzt umgekehrt auf dem Stuhl.
- Die Arme liegen auf der Rücken-Lehne.
- Die Stirn der Frau liegt auf ihren Armen.
- Der Rücken ist frei zum Massieren.

Bild 1: „Position im Sitzen“, Kroth, Carina, Stillen und Stillberatung, Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co, Wiesbaden, 1998, S. 282

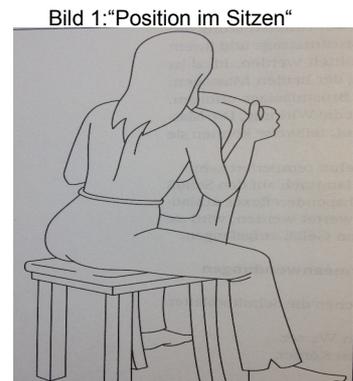


Bild 1: „Position im Sitzen“

1. Mit Handknöcheln

Die Hände werden zur Faust geballt.

Mit den Hand-Knöcheln auf beiden Seiten der Wirbelsäule vorsichtig hoch und runter reiben: Mit etwas Öl auf der Haut für ca. 5 Minuten.

Bild 2: „Massage mit Handknöcheln“

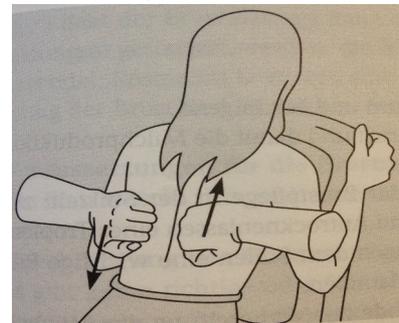


Bild 2: „Massage mit Handknöcheln“, Kroth, Carina, Stillen und Stillberatung, Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co, Wiesbaden, 1998, S. 283

2. Mit den Daumen

- Die Daumen unten an den Hals legen.
- Rechts und links nebender Wirbelsäule.
- In kleinen Kreisen, bis zum unteren Rücken bewegen, danach wieder zurück nach oben zum Hals.

Bild 3: „Massage mit Daumen“

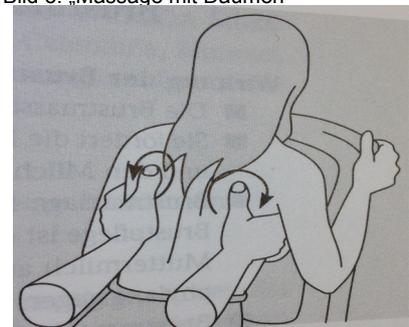


Bild 3: „Massage mit Daumen“, Kroth, Carina, Stillen und Stillberatung, Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co, Wiesbaden, 1998, S. 283

3. Mit der flachen Hand

- Die rechte Hand liegt auf der rechten Schulter.
- Die linke Hand streicht fest nach unten, vom Hals bis zur linken Schulter. Danach von unten wieder nach oben.
- Nach 2 Minuten ist die rechte Schulter mit der rechten Hand dran.
- Die linke Hand liegt auf der linken Schulter.

Bild 4: „Massage mit der flachen Hand“, Kroth, Carina, Stillen und Stil beratung, Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co, Wiesbaden, 1998, S. 283



8. Handout: Massagen

Brustmassage

- Die Frau kann sich selber die Brust massieren. Vorsichtig, nicht an der Haut ziehen! für ca. 5 Minuten.
- Beruhigt und entspannt.
- Das Blut fließt besser durch die Brust und die Milch kann besser ausfließen.
- Gut vor dem Stillen oder Milch-Pumpen.
- Vorher die Hände waschen.

Vorsichtig: mit Druck aber ohne Schmerzen!

1. Brustmassage

Die Hand locker zur Faust schließen, der Daumen liegt dabei außen.

Die Faust mit dem Daumen an den Rand der Brust legen.

4 - 5 Mal die Faust über den Daumen nach unten rollen.

Danach eine Hand weiter daneben wiederholen.

2. Brustmassage

Auch während dem Stillen oder Pumpen möglich. Löst gestaute Milchgänge, an den Stellen, wo die Brust hart ist.

Zeigefinger und Mittelfinger ausstrecken und oben auf die Brust legen.

Richtung: Vom Rand der Brust zur Brustwarze massieren.

Kleine kreisende Bewegungen und etwas Druck.

Danach: daneben weiter massieren, einmal um die ganze Brust.

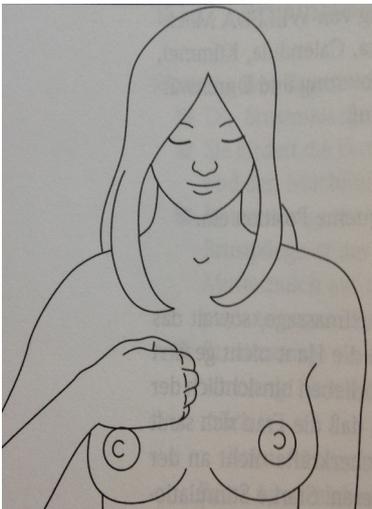
3. Brustmassage

Eine Hand liegt flach oben auf der Brust, die andere Hand stützt von unten.

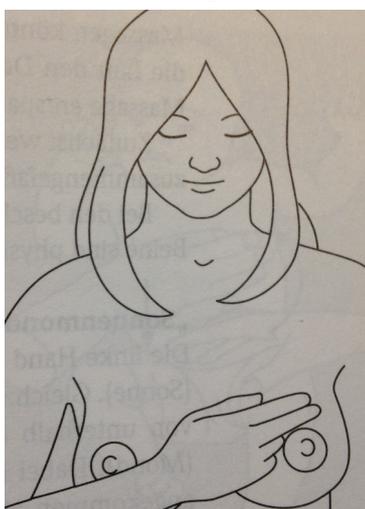
Die obere Hand streicht mit etwas Druck zur Brustwarze aus. Bis die obere Brust weich ist.

Danach wird der untere Teil der Brust massiert. Dann stützt die obere Hand.

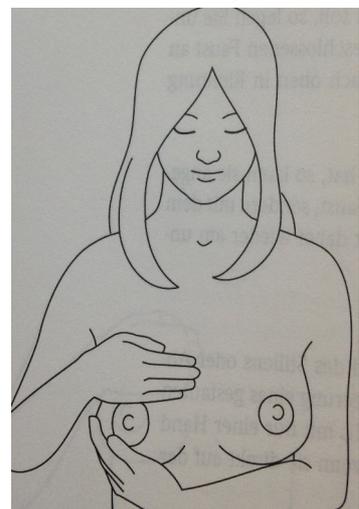
1. Brustmassage



2. Brustmassage



3. Brustmassage



Bilder Brustmassage 1-3: Kroth, Carina, Stillen und Stilberatung, Ullstein Medical Verlagsgesellschaft mbH & Co, Wiesbaden, 1998, S. 286-288

Stillen und Verhütung

Verhütung

Methoden, wie eine Frau verhindern kann schwanger zu werden.

Wenn eine Frau / ein Paar erstmal keine Kinder mehr bekommen möchte Nur in den nächsten Monaten oder Jahren.

- Wenn die Frau doch schwanger werden will, kann sie die Verhütungs-Methode weglassen.
- Auch beim Stillen gibt es bestimmte Methoden, um eine neue Schwangerschaft zu verhindern.

Stillen als Verhütung

- Das Kind trinkt nur Muttermilch, keine andere Nahrung!
 - Die Frau hat keine Monatsblutung!
 - Mindestens 5 mal Stillen am Tag für mindestens 10 Minuten.
- Diese Methode wirkt nur während der ersten 6 Monate nach der Geburt.

Barrieremethoden

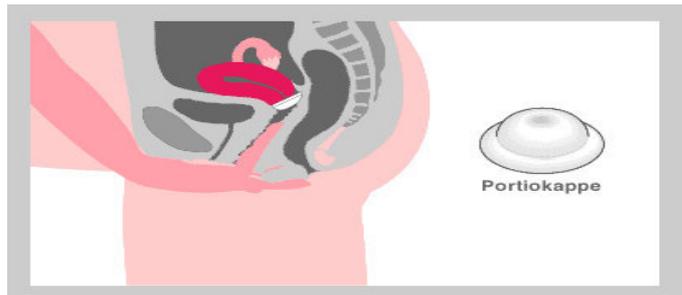
Das Sperma vom Mann kann nicht zur Eizelle gelangen, „Mechanische Barriere“

Beispiel: Kondom,

- schützt vor Krankheiten wie z.B. HIV/AIDS oder Hepatitis B.
- schützt auch vor Infektionen bei der Wundheilung nach der Geburt.

Portiokappe

Erst 2 Monate nach Geburt möglich.



http://frauenarzt-ladislav-gulik.ch/patientservice/patientinformation/verhuetung/frau_nicht_hormonell/vaginale_barrieren.html#top, 22.12.2016, 11:55

Diaphragma

Erst 3 Monate nach Geburt möglich.

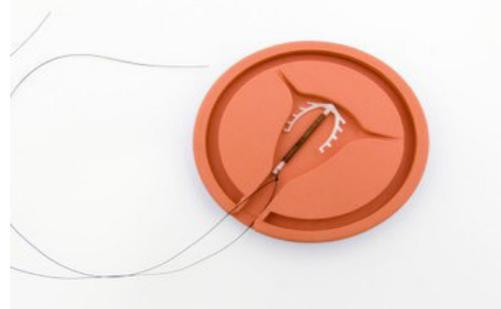


https://en.wikipedia.org/wiki/File:Contraceptive_diaphragm.jpg, 22.12.2016, 11:59

Kupferspirale (IUP)

Kupfer-Spirale gleich nach Geburt möglich.

Wird durch Ärztin/Arzt eingesetzt.

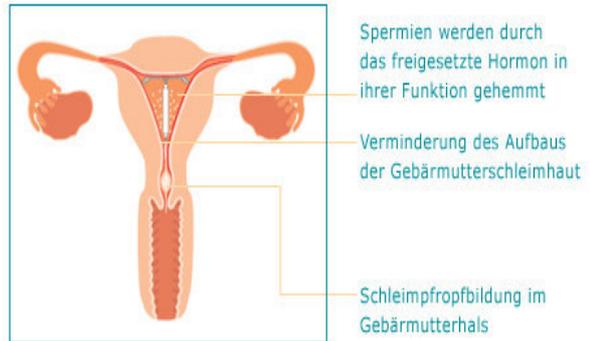


<http://www.ungewolltschwanger.ch/bern/hormonfreie-verhuetung.html>, 22.12.2016, 12:02

9. Handout: Stillen und Verhütung

Hormonspirale

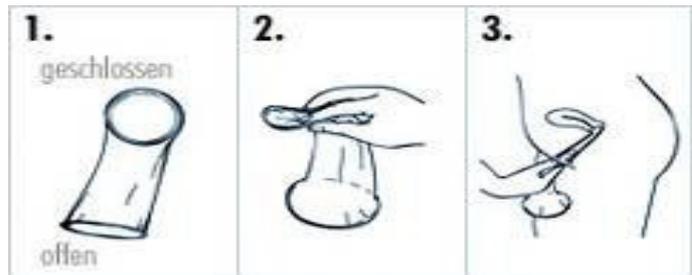
Hormon-Spirale: erst nach 6 Wochen möglich.



<http://www.xn--frauenrztze-calw-5kb.de/content/leistungen/spiraleneinlage.htm>, 22.12.2016, 12:10

Frauenkondom

Wird von außen mit Gleit-Gel bestrichen.



Frauenkondom, Bild 1: <http://www.100-gesundheitstipps.de/images/frauenkondom-anwendung-vorteile.jpg>, 22.12.2016, 12:15
Frauenkondom, Bild 2: http://www.hebamme4u.net/typo3temp/pics/femidomnutz1_8a227f0201.jpg, 22.12.2016, 12:18

Hormone als Verhütung

Die Hormone zur Verhütung in der Still-Zeit heißen „Gestagene“.

Der Einnahme ist erst ab 6 Wochen nach Geburt möglich.

Gestagene haben keinen Einfluss auf die Menge der Milch, die Dauer des Stillens, Entwicklung und Wachstum vom Kind.

Beispiele: Die Mini-Pille, Hormon-Spirale, Implanon

Die Pille

Achtung: Die Pille wirkt nicht zuverlässig bei:

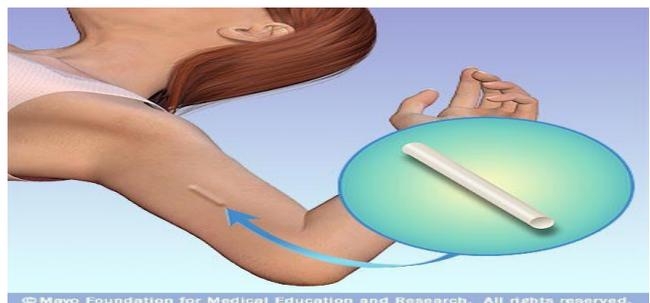
- Erbrechen oder Durchfall
- Schlafmittel, „Rifampicin“, „Antiepileptika“
- Medikamente gegen HIV
- Johanniskraut
- längere Antibiotika-Therapie



<https://www.welt.de/gesundheitsgalerie/you510387/wienr-als-50-Jahre-vermuetung-per-tablette.html>, 22.12.2016, 12:22

„Implanon“

Das Hormon-Stäbchen (Implanon) wird von Arzt oder Ärztin unter die Haut geschoben. Das Stäbchen hält 3 Jahre.



<http://www.meuanticoncepcional.com/wp-content/uploads/2013/01/Efic%C3%A1cia-do-Implanon.jpg>, 22.12.2016, 12:36

Was ist Beikost?

Beikost ist das erste Essen für das Kind nach der Muttermilch. Ab dem 5. - 7. Lebensmonat des Kindes. Ein langsamer Übergang vom Stillen zum Familienessen.

Abstillen Schritt für Schritt

Aufhören zu Stillen = „Abstillen“.

Die Stillmahlzeiten werden Schritt für Schritt durch Brei und feste Nahrung ersetzt. Bis das Kind keine Muttermilch mehr braucht. Wenn das Kind weniger Milch trinkt, gibt es weniger Milch in der Brust. Das Abstillen kann bis zum 2. Lebensjahr dauern.

Wenn das Kind essen will

Das Kind bekommt mit etwa 6 Monaten Lust auf das Familienessen:

- Es ist neugierig auf das Essen, z.B. wenn die Familie zusammen isst.
- Es will auch probieren.

Das Kind lernt mit etwa 6 Monaten kauen und schlucken. Vielleicht hat es schon ein paar Zähne. Jetzt kann das Kind die Nahrung im Bauch verdauen.

Brei „Aus“-Probieren

Am Anfang nur eine Sorte Gemüse, zum Beispiel „Karotte“.

Nach 3 – 4 Tagen „Kartoffel“.

Nach 3 – 4 Tagen „Zucchini“ ...und so weiter.

Das Kind zeigt, was es gerne mag und gut verträgt. Danach kann man das Gemüse mit anderen Zutaten mischen.

Breikost

- Der 1. Brei ist aus Kartoffeln, Gemüse, Fleisch oder Fisch.

Ein Monat später:

- Der 2. Brei ist aus Milch und Getreide.

Ein Monat später:

- Der 3. Brei ist aus Getreide und Obst.

In jeden Brei kommt ein Esslöffel Öl, zum Beispiel Rapsöl. Kein Salz!

Rezept für den 1. Brei:

- 100 g Gemüse (z.B. Karotten, Brokkoli, Kürbis)
- 50 g Kartoffeln
- 30 g Fleisch ohne Fett (z.B. Rind, Huhn, Lamm, Schwein) oder Fisch!
- 1 Esslöffel Rapsöl
- 1,5 Esslöffel Obstmus, (z.B. Apfelmus)

Alles zusammen mit wenig Wasser kochen (10 Minuten), dann pürieren. Öl und Mus kommen zum Schluss dazu.

Rezept für den 2. Brei:

- 200 ml Vollmilch (3,5% Fett)
- 20 g Vollkorn-Getreide-Flocken
- 2 Esslöffel weiches Obst (z.B. Banane, Birne)

Flocken in kalte Milch rühren. Für 3 Minuten kochen. Weiches Obst zerdrücken und mit dem Brei verrühren.

10. Handout: Abstillen und Beikost

Rezept für den 3. Brei:

- 90 ml Wasser
- 20 g Vollkorn-Getreide-Flocken
- 100 g Obstmus (z.B. Apfel, Birne, Banane, Pfirsich, Aprikose)
- 1 Teelöffel Rapsöl

Flocken in kaltes Wasser rühren. Für 3 Minuten kochen. Obstmus und Öl dazu rühren.

Brei-Mahlzeiten

- Zu erst wird nur eine Still-Mahlzeit mit dem 1. Brei ersetzt, zum Beispiel mittags.
- Nach einem Monat wird noch eine Still-Mahlzeit mit dem 2. Brei ersetzt, z. B. morgens.
- Nach noch einem Monat wird die nächste Still-Mahlzeit mit dem 3. Brei ersetzt, z.B. Abends.

Dazwischen wird weiter gestillt, solange Mutter und Kind wollen!

Hilfe

Wenn die Mutter Hilfe bei der Ernährung ihres Kindes nach dem Stillen braucht, hat sie das Recht auf Hilfe von einer Hebamme. Auch bei anderen Problemen und Fragen z.B. zu Rückbildung, Stillen, Pflege der Brust und des Kindes oder Verhütung kann die Mutter immer zu einer Hebamme gehen.

Die Hebamme kommt nicht von alleine! Die Mutter muss zur Hebamme hingehen!