Facharbeit

Zusatzqualifikation zur Still- und

Laktationsberaterin

Lehrgang 2015/2016

Brigitte Grahn

"In der Natur hat alles seinen Sinn"

Aristoteles



1. Vorwort

Die vorliegende Arbeit wird im Rahmen der Zusatzqualifikation zur Still- und Laktationsberaterin erstellt und stellt einen Bestandteil dieser dar.

Die Aufgabe der Arbeit ist es, zu untersuchen, inwiefern die Soll- und Ist-Prozesse bezogen auf den Beginn des Stillens und die Begleitung durch Fachpersonal voneinander abweichen. Hierbei wird ein konkretes Praxisbeispiel dargestellt und analysiert.

Ziel der Arbeit ist es, auf Basis dieser Analyse Optimierungspotentiale aufzuzeigen und Verbesserungsvorschläge praktisch darzustellen.

Den persönlichen Bezug zu diesem Thema habe ich aufgrund meiner langjährigen Tätigkeit im Bereich der Kinderkrankenpflege und dem Wissen über die Wichtigkeit des Stillprozesses, gerade in der ersten Lebensphase. Zudem hat die Arbeit auch einen persönlichen Mehrwert für mich dadurch, dass eine intensive Beschäftigung mit wichtigen Details rund um das Thema Stillen des neugeborenen Kindes stattgefunden hat.

Die Arbeit wendet sich an Frau Gabriele Muhl, als Leiterin der Weiterbildung zur Still- und Laktationsberaterin sowie an alle interessierten die sich aktuell mit dem Thema auseinandersetzen oder dies in Zukunft tun möchten.

Einen besonderen Dank möchte ich an das Team des Ausbildungszentrums für Laktation und Stillen aussprechen, das durch die Vermittlung der Inhalte die Basis für die Erstellung der vorliegenden Arbeit gelegt hat. Zudem danke ich meiner Bekannten, die mir gestattete, sie in der ersten Zeit nach der Geburt zu begleiten.

2. Inhaltsverzeichnis

1.	Vorwort	3
2.	Inhaltsverzeichnis	4
3.	Einleitung	5
4.	Falldarstellung	6
5.	Idealverlauf	8
6.	Tatsächlicher Verlauf	11
7.	Zusammenfassung	19
8.	Literaturverzeichnis	20

3. Einleitung

Das Stillen ist der natürlichste Vorgang, um sein Kind nach der Geburt zu ernähren. Bereits seit dem 8. Jahrhundert ist im Althochdeutschen das Wort "stillen" als Synonym für den bis dahin üblichen Ausdruck "säugen" nachweisbar. Aber obwohl Stillen naturgegeben ist und die Erkenntnis über die Nachteile einer Ernährung durch Formula ständig steigen, ist das Stillen eines Kindes in unserer Gesellschaft nichts Selbstverständliches. Das Stillen ist stark kulturell geprägt und geschichtlichen sowie sozialen Störungen unterworfen. Auch die Lebensmittelindustrie und die damit verbundenen ökonomischen Interessen wirken sich über die Medien und das Gesundheitspersonal auf das Stillverhalten aus. Wäre das erste Anlegen und das Stillen immer ganz einfach, so gerieten weniger Frauen in Zweifel. In früheren Generationen wurde die Kunst des Stillens als Volksgut weitergegeben und vieles, was wir als instinktives Handeln ansehen, war in Wirklichkeit erlernt, durch Beobachtung im Familienkreis und der Umgebung. Umso wichtiger ist heute eine individuelle, fachlich fundierte Beratung und Begleitung der jungen Mütter, um ein erfolgreiches Stillen zu gewährleisten.

In der folgenden Arbeit soll aufgezeigt werden, wie es im Idealfall verlaufen sollte und durch eine Falldarstellung aufgezeigt werden, wie es tatsächlich in der Praxis umgesetzt wird.

4. Falldarstellung

Erstgravida/Erstpara, 26 Jahre alt, Akademikerin, Ehemann 32 Jahre alt, Akademiker, leben in einer Villa. Der Haushalt wird von einer Haushälterin und einem Gärtner unterstützt. Das Paar hat sich vor der anstehenden Veränderung ihres Lebens mit dem Neugeborenen gut organisiert. Sie besuchten Vorbereitungskurse, Infoabende, stellten das Kinderzimmer fertig, der zukünftige Vater vereinbarte Urlaub auf Abruf, die zukünftige Mutter plant eine Elternzeit für sich ein, das Wunschkrankenhaus ist ausgesucht.

Somit sind optimale Rahmenbedingungen geschaffen, um mit dem Neugeborenen zu Hause gut zurecht zu kommen und das Stillen gute Chancen hat, zu gelingen.

Drei Tage vor dem errechneten Geburtstermin, gegen dreizehn Uhr setzen die Wehen ein. Das junge Paar begibt sich zum Krankenhaus. Zehn Stunden später erblickt das Kind das Licht der Welt. Er wiegt 3.470 g, ist 52 cm lang und hat einen Kopfumfang von 34 cm, Apgar 7,9,10.

Das Kind wird der Mutter unverzüglich auf die Brust gelegt, erste Untersuchung findet statt sowie das erste Anlegen. Er saugt sogleich mit korrekter Saugtechnik.

Der erste Lebenstag beginnt für ihn mit einem guten Start, mit dem Besten, was die Natur für ihn zur Verfügung hält, dem Kolostrum.

Mutter und Kind werden zwei Stunden später auf die Geburtshilfe Station gebracht. Sie verschlafen den Rest des Tages. Da Kind meldet sich nicht und die Mutter weckt ihr Kind nicht, sie ist zufrieden, sich ausruhen zu können. Eine Versorgung durch Pflegeperson bleibt aus. Am Abend wird das Kind gewickelt, schläft sogleich weiter.

Die erste gemeinsame Nacht verschlafen die Beiden, ohne Anlegen, von Hand ausstreichen oder Abpumpen.

Der zweite Lebenstag verläuft ruhig. Das Kind wird gewickelt, schläft sodann weiter, die Mutter macht Anlegeversuche, jedoch ohne Erfolg, sie ruht sich aus. Sie weiß um den Versorgungsengpass, dass das Neugeborene mit einer Energiereserve auf die Welt kommt und bleibt gelassen.

Am dritten Lebenstag beginnt die Mutter sich zu sorgen. Nun findet sie das nicht mehr so normal, dass das Kind nur schläft, auch beobachtet sie "Zuckungen". Das Kind wird zur zweiten Vorsorgeuntersuchung dem Kinderarzt vorgestellt. Sein Gewicht liegt nun bei 3180

g.

Bei der Vorsorgeuntersuchung durch den Kinderarzt, werden keine Abweichungen festgestellt. Die Gewichtsabnahme bewege sich im tolerablen Bereich und die Zuckungen seien normal bei Neugeborenen, so der Kinderarzt zur Mutter. Sie solle so oft wie möglich anlegen und wenn nötig eine Flasche mit Fertignahrung geben oder abpumpen und diese mit der Flasche geben.

Die besorgte Mutter jedoch besteht darauf, dass dem Kind Blut abgenommen wird, sie wolle in dem Zustand, in dem sich ihr Kind befindet nicht nach hause entlassen werden. Dem Wunsch wird entsprochen und als der Befund da ist, wird das Kind umgehend in die Kinderklinik verlegt, weil sein Blutzuckerspiegel bei 37 mg% liegt und das CRP(Creatives Protein) bei 8, auch ist der Bilirubinwert erhöht, sodass das Kind eine Phototherapie braucht . In der Kinderklinik wird das Kind mit einer Infusion versorgt, antibiotisch abgedeckt, im Inkubator unter die Lichttherapie gelegt. Die Mutter wird nun angehalten ihre Milch abzupumpen und eine Pflegeperson verabreicht diese vierstündlich mit der Flasche. Bei der Mutter hat der Milcheinschuss ohne Probleme stattgefunden. Sie liefert zu jeder Mahlzeit bis zu 100 ml Milch. In den nächsten Tagen erholt sich das Kind, es nimmt an Gewicht zu, der Blutzuckerwert stabilisiert sich und der Bilirubinwert normalisiert sich. Am siebten Lebenstag wird das Kind mit einem Gewicht von 3.620 g und stabilen Blutwerten entlassen. Das immer noch sehr schläfrige Kind wird zu Hause vierstündlich geweckt und beidseitig, insgesamt 25 Minuten gestillt. Es wächst und gedeiht gut. Das Stillen funktioniert wunderbar. Am vierzehnten Lebenstag hat es ein Gewicht von 3.800 g.

5. Idealverlauf

Auf den folgenden beiden Seiten wird der Idealverlauf dargestellt. Hierbei wird Bezug auf die Vorgehensweise des Ausbildungszentrums für Laktation und Stillen genommen.

Stillmanagementplan für den Krankenhauskurzaufenthalt reifer, gesunder Neugeborener nach der Geburt

Thema	mit 1 – 2 Stunden	mit 3 Stunden	mit 8 Stunden	mit 16 Stunden	mit 17 – 24 Stunden	bei Entlassung
Stillpositionen	Direkt nach der Geburt Mutter und Kind für ca. 1 Stunde in ununterbrochenen Hautkontakt bringen Beim ersten Anlegen kurze Instruktionen über korrekte Stillposition geben. Mutter hat gelernt, ihr Kind mit dem ganzen Körper der Brust zugewandt zu halten mit dem Mund auf Höhe der Brustwarze, Brust mit den Fingern unterhalb und dem Daumen oberhalb ca. 3 cm von der Brustwarze entfernt anzubieten	Stillpositionen besprechen, falls erforderlich alternative Stillposition zeigen, Kissen zur Unterstützung einsetzen Partner/Vertrauensperson der Mutter anleiten wie beim Anlegen geholfen werden kann Mutter hat gelernt, sich nicht über das Baby zu beugen, sondern bringt das Kind zur Brust, bewegt die Brust nicht seitlich zum Kind hin	ganze Stillmahlzeit beobachten, beurteilen und dokumentieren (MBA), Stillpositionen und Aufstoßen mit der Mutter besprechen Mutter hat gelernt, dass Baby in der natürlichen Beugehaltung auf Höhe der Brust eng an sich zu halten, so dass die Nase des Babys frei ist. Die Mutter drückt nicht von oben auf die Brust, sie quetscht die Areola nicht, um sie dem Baby in den Mund zu stopfen, die Brustwarzen werden nicht nach oben oder unten gerichtet	Eine weitere komplette Stillmahlzeit wurde beurteilt und dokumentiert, Die Mutter kann mit minimaler Assistenz sich selbst und ihr Baby in eine gute Stillposition bringen. Ein zusammengerolltes Handtuch kann benutzt werden, um eine sehr große Brust besser zu unterstützen	Nach 24 Stunden ist eine dritte Stillmahlzeit beurteilt (MBA) und dokumentiert Die Mutter kann alleine ein korrekte Stillposition einnehmen, das Baby erfasst die Brust gut, weicht nicht von der Brust zurück	Ein Sofortbild-Foto von stillenden Mutter wird gemacht und ihr mitgegeben, um korrektes Positionieren zuhause zu unterstützen. Die Mutter beschreibt und demonstriert vor der Entlassung korrekte Stillpositionen
Anlegen und Saugverhalten	Babys Lippen berühren die Brustwarze ca. 2,5 cm des Gewebes hinter der Brustwarze werden vom Baby mit in den Mund genommen innerhalb der ersten Stunde erfolgt die Prägung des Babys auf die Brustwarze der Mutter	Erfassen der Brust beim Stillen beobachtet Wenn der Mund nicht weit genug geöffnet wird, mit dem Finger das Kinn vorsichtig runter drücken, die Brustwarze zum besseren Erigieren rollen, einige Tropfen Kolostrum entleeren, um das Saugen anzuregen Zwischendurch Massage zur Unterstützung des Milchflusses anwenden, um das Saugen zu fördern.	Babys Mund wird weit geöffnet, Ober- und Unterlippe sind leicht aufgestülpt. Man hört keine Schmatz-oder Klickgeräusche. Die Wangen haben keine Grübchen, die Zunge moldet sich um die Brust; 1 – 4 Saugbewegungen/ Schluck werden beobachtet Hör- und/oder sichtbares Schlucken wird dokumentiert	Baby erfasst die Brust gut und schnell Saugmuster: 6 –7 Saugbewegungen/10 Sec., Schlucken erfolgt alle 1 – 3 Saugbewegungen	Mutter erkennt genau, wann Baby schluckt	Es wurden 8 – 10 Mahlzeiten dokumentiert, bei denen das Baby geschluckt hat Die Mutter erkennt wann das Baby schluckt
Stillhäufigkeit und –dauer, Milchmenge	1 – 2 Stillmahlzeiten ohne zeitliche Begrenzung während des üblichen Kreißsaalaufenthaltes	1 – 2 Mahlzeiten während dieser ersten Stunden Baby bleibt an der ersten Brust, bis auch unterstützende Massage an dieser Seite kein Saugen/Schlucken mehr auslöst oder das Kind die Brust von alleine loslässt, dann wird die zweite Brust angeboten	weitere 2 – 3 Mahlzeiten (nach Bedarf) bis zu diesem Zeitpunkt; Vater oder andere Begleitperson wird in Beruhigungstechniken und Stillunterstützung unterwiesen	Weitere 3 – 4 Stillmahlzeiten (nach Bedarf) eine oder beide Brüste anbieten, keine künstlichen Sauger (Flaschensauger, Schnuller, Brusthütchen), falls Zufüttern erforderlich ist, alternative Fütterungsmethoden anwenden	Weitere 3 – 4 Stillmahlzeiten nach Bedarf; die Mutter kennt das Prinzip des "Clusterfeeding" (Fütterungsgruppe) und kann mitteilen wie oft ihr Baby in 24 Stunden gestillt werden muss	Mutter teilt einen Stillmanagementplan mit, der auch zuhause eine zufriedenstellende Milchmenge sicherstellt

(können auch Saugbedürfnis anzeigen, muss nicht immer Hunger sein)	Baby wach und aufmerksam, gibt Anzeichen, dass es gestillt werden will, endet mit Erfassen der Brust	Baby wach oder im Halbschlaf, Mutter wurde über Stillzeichen informiert, um erkennen zu können, wann das Baby zum Stillen bereit ist, damit sie nicht wartet, bis es schreit	Stillzeichen besprochen: schnelle Augenbewegungen unter den Lidern, Saugbewegungen von Mund/Zunge, Hand-Mund- Bewegungen, Körperbewegungen, kleine Geräusche	Begleitperson wird über die Stillzeichen unterrichtet und dazu in die Lage versetzt, festzustellen, wann das Baby zum Stillen bereit ist	Mutter nutzt die Stillzeichen, um das Baby anzulegen, Baby ist im 24-StdRooming-in (Bedding-in) Baby muss nicht laut oder lange weinen, um gestillt zu werden	Mutter und Begleitperson wissen wann das Baby gestillt werden muss
Flüssigkeits- und Kalorienversorgungs- beurteilung	Baby kann bei der Geburt Wasser lassen	Windel auf Urin- und Mekoniumausscheidung überprüfen	Mit den Eltern besprechen, was Mekonium ist, und wie es aussieht	Den Eltern zeigen, wie man feststellt, ob eine Wegwerfwindel nass ist	Baby hat bis jetzt einmal gestuhlt und zwei nasse Windeln gehabt	Die Eltern geben an, wie viele nasse Windeln das Baby pro Tag haben sollt und wie sich die Farbe des Stuhls verändert
Krankenhaus: Baby stillt nicht, ist schläfrig, ist unruhig, bäumt sich auf, unkoordiniertes Saugverhalten, wunde	Mutter und Baby in Hautkontakt bringen, um das Baby auf die Brust zu prägen; Licht dämpfen; Sinneseindrücke reduzieren, Kolostrum in den Mund des Babys entleeren	Brust anbieten, sobald das Baby erste Stillzeichen gibt, Brustmassage zur Unterstützung des Saugens benutzen	Mutter und Kind nicht trennen, Bedding-in, Brustmassage zur Stillunterstützung anwenden; Stillmahlzeit beobachten um Grund für wunde Brustwarzen herauszufinden; Mutter wendet Aufwecktechniken für schläfrige Babys an,	Laktationsberaterin zuziehen wenn das Baby immer noch nicht stillt, Techniken zum Unterstützen des Erfassens der Brust einsetzen (Sondentrick)	Bedding-in, Hautkontakt; Wenn Baby noch immer nicht gestillt hat → pumpen; Aufwecktechniken anwenden; Mutter demonstriert die Anwendung von erforderlichen Stillhilfsmitteln; Brusthütchen und andere künstliche Sauger werden vermieden	Schriftlichen Stillmanagementplan mitgeben; Brustdrüsenschwellung beim initialen Milcheinschuss, Milchstau und Mastitis und Instruktionen wie sie zu vermeiden sind werden erklärt; Mutter nennt Name und Telefonnummer der Nachsorgehebamme, Laktationsberaterin, Rezept für elektrische Milchpumpe (Medela oder Ameda) ist falls erforderlich ausgestellt/abgeholt; Hebamme/Laktationsberaterin wir über Stillprobleme (Begleitbrief) informiert; Gewichtskontroll-Termin 48 Stunden nach Entlassung
	Kolostrum nach dem Stillen auf den Brustwarezn an der Luft antrocknen lassen	Keine Cremes/Lotionen/Öle auf die Brustwarzen bringen; Mutter hat eine Mahlzeit zu sich genommen und trinkt nach Durst	Ernährung entsprechend den individuellen Bedürfnissen der Mutter (Allergien, Grunderkrankungen berücksichtigen); Besucher nicht erwünscht, Telefonieren soweit wie möglich reduzieren Mutter macht Nickerchen während des Tages	Mutter verwendet weder Seife noch sonstige Mittel auf der Brustwarze, schläft, wenn das Baby schläft, wird angewiesen zu essen wie in der Schwangerschaft (ausgewogen, möglichst vollwertig), trinken nach Durst (Getränk bereit stehen haben); Baby wird auch nachts nach Bedarf gestillt	Mutter weiß dass die Milchmenge nicht von der Flüssigkeitsaufnahme abhängt sondern von der Häufigkeit und Effektivität der Leerung der Brust, besprochen wird: Hilfe für zuhause, die Rolle des Vaters beim Stillen, keine Zusatzflaschen, Geschwisterbetreuung (falls erforderlich)	Keine Muttermilchersatzprodukte (Portionseinheiten oder Werbepäckchen) mitgeben Keine Materialien, die Werbung oder Logos von Muttermilchersatzprodukten (dazu gehören auch Flaschen und Schnuller!) enthalten, mitgeben; Mutter hat eine Liste mit Hilfsangeboten zu Stillproblemen (Laktationsberaterinnen, Stillgruppen), normale Gewichtszunahme des Babys wird besprochen, Mutter kann angeben wann sie Hilfe braucht und wo sie sie bekommen kann
Thema	mit 1 – 2 Stunden	mit 3 Stunden	mit 8 Stunden	mit 16 Stunden	mit 17 – 24 Stunden	bei Entlassung

© 08.05.2008 AUSBILDUNGSZENTRUM LAKTATION UND STILLEN



6. Tatsächlicher Verlauf

Seitens der werdenden Eltern wurden sämtliche Vorbereitungen getroffen, sie waren umfassend informiert, um eine ideale Situation herzustellen, um gemeinsam die Geburt und die Zeit danach optimal gestalten und genießen zu können.

Die Geburt verlief reibungslos, das neugeborene Kind wurde unverzüglich der Mutter aufgelegt, der Prozess des Bonding wurde unmittelbar nach der Geburt begonnen, das Kind wurde in der ersten halben Stunde post partum gestillt, es verfügte sogleich über eine korrekte Saugtechnik.

Im weiteren Verlauf fehlte das regelmäßige Stillen, das Fachpersonal überließ die Versorgung des Kindes weitgehend allein den Eltern. So geriet das Kind wahrscheinlich in eine kritische Verfassung.

Fachliche Anmerkungen:

Unmittelbar nach der Geburt:

Die Zeit unmittelbar nach der Geburt stellt für Mutter und Kind eine Phase hoher Sensibilität dar. Die Erfahrungen, die die beiden miteinander machen können, sind entscheidend für die Beziehung in den nächsten Wochen und Monaten. Ziel sollte sein, die junge Familie in dn ersten Tagen so viel zu schützen und zu stützen, dass sie den folgenden Schritten mit ihrem Neugeborenen stabilisiert und freudig entgegensehen können.

Wichtig dabei ist die einheitliche und sachlich richtige Information der Mütter, sowie die Berücksichtigung der Individualität eines jeden Stillpaares.

Eine weitere Vorraussetzung ist ein umfangreiches Fachwissen sowie kommunikative Fähigkeiten, Empathie, Wertschätzung, seitens der betreuenden Personen wie Hebammen, Kinderkrankenschwestern, Stillberaterinnen.

Entscheidend sind ebenfalls einige Vorbedingungen wie beispielsweise vorangegangene Stillerfahrungen, Anlegen noch im Kreissaal, Allgemeinzustand von Mutter und Kind.

Die wichtigste und zugleich wohl schwierigste Aufgabe im Zusammenhang mit dem ersten Anlegen besteht für das Personal darin, der Mutter das Vertrauen in ihre uneingeschränkte Stillfähigkeit zu vermitteln und Rahmenbedingungen zu schaffen, damit dieser erste

Stillversuch als ein positives Erlebnis wahr genommen werden kann. Gelingt dieses, dann

zunächst optimale Voraussetzungen für eine erfolgreiche Stillzeit gegeben.

Für das Neugeborene beginnt der Start ins Leben mit dem Kostbarsten, was die Natur zur

Verfügung stellt, dem Kolostrum. Dieses erfüllt in seiner begrenzten Menge in optimaler

Weise die Organfunktionen des Neugeborenen in der Phase der Anpassung zu belasten und

zu trainieren, nicht aber zu überfordern. Die Zusammensetzung und die Menge ist somit

optimal an den Bedarf und die Bedürfnisse des Neugeborenen angepasst.

Das Kolostrum beinhaltet 67 kcal/100 ml, die leicht verdaulichen mittelkettigen Fettsäuren

überwiegen, die langkettigen Fettsäuren sind ausreichend vorhanden, der Fettgehalt ist

niedriger als in reifer Muttermilch, das Eiweiß macht 2,7 g / 100 ml aus (höher als in reifer

Muttermilch), den höchsten Anteil haben die Immunstoffe. Das höchste Protein niveau ist

zwischen der 30 - 36 Stunde post partum. Ab der 48 Stunde post partum fällt der

Proteinspiegel sprunghaft ab. Ein hoher Mineralstoffgehalt verhindert einen zu hohen

Wasserverlust des Neugeborenen, die laxative Wirkung verhindert Rückresorption des

Bilirubins aus dem Darm womit die Gefahr der Hyperbilirubinämie gesenkt ist und ist

Wachstumsfaktor für die Bifidusbakterien im Darm.

(Quelle: Seminarunterlagen des Lehrganges Stillen und Laktation)

Bonding:

Bonding bezeichnet das emotionale Band zwischen dem Kind und seinen Eltern. Es ist die

erste Beziehung, auf die sich ein Neugeborenes einlässt. Bonding ist ein Prozess und kein

isoliertes Ereignis. Es wird beeinflusst von der eigenen Erziehung der Eltern und ihren

Erlebnissen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und den ersten

Lebensmonaten des Kindes. Die innere Bindung der Eltern an ihr Kind ist biologisch gesehen

die wichtigste und stärkste Bindung, die ein Mensch eingeht. Das Überleben des Neugeborenen Kindes, das noch nicht für sich selbst sorgen kann, hängt existentiell vom Gelingen dieser Beziehung ab. Es beginnt mit einer gelungenen, langdauernden Stillphase und ist prägend für das gesamte Leben des Kindes. Sicher gebundene Kinder zeichnen sich durch folgende Merkmale aus: sie sind neugierig und interessiert an ihrer Umgebung, zeigen ein auffallendes Erkundungsverhalten, verfügen über ein selbstsicheres ausgeglichenes Wesen, zeigen eine eigenständige Spielweise, verfügen über große Flexibilität und Spontaneität, zeigen kompetente Konfliktlösungsmuster, haben weniger Furcht vor Fremden, verfügen über Einfühlungsvermögen und Empathie, finden Zugang zu anderen Menschen auch in schwierigen Situationen, zeigen die Fähigkeit, Emotionen auszudrücken und bei anderen zu erkennen sowie konstruktive Lösungsansätze für Probleme zu finden, zeigen lebenslang größere Selbstsicherheit, Belastbarkeit, soziale Kompetenz und Lernfähigkeit. Merkmale für ein gelungenes Bonding in Bezug auf die Eltern: sie haben das Gefühl ihr Kind gut zu verstehen, sind sich sicher, dass das Kind ihr eigenes Kind ist, genießen das Stillen und Kuscheln mit ihrem Kind, reden viel mit ihrem Kind, finden ihr eigenes Kind hübscher als andere Kinder, sind zufrieden mit ihrem Kind, fühlen sich ihrem Kind nah. Nicht gelungenes Bonding erhöht die Wahrscheinlichkeit von Kindsvernachlässigung, Kindsmissbrauch oder Aussetzen des Kindes.

(Quelle: "Bonding", Lange, C., 2009)

Saugbedürfnis:

Beim Neugeborenen ist ½ - 2 Stunden post partum das Saugbedürfnis sehr groß, nimmt dann ab und steigert sich passend zum Milcheinschuß nach ca. 48 Stunden. Sollte das Neugeborene aufgrund einer Hyperbilirubinämie schläfrig sein, so weckt man es ca. 2-3 stündlich zum Anlegen, falls erforderlich abpumpen und Muttermilch zufüttern, in den ersten 48 Lebensstunden 8-12 x anlegen. Grundsätzlich gilt jedoch kein fester Zeitplan. Stillen nach Bedarf von Mutter und Kind funktioniert am besten. Falls erforderlich möglichst die abgepumpte Muttermilch mit Fingerfütterung, Löffel, Medikamentenschiffchen oder Becher verabreichen, um einer Saugverwirrung vorzubeugen. Sollte kein Kolostrum

vorhanden sein, so muss auf Milchersatz ausgewichen werden. Zugefüttert wird nur auf

asudrücklichen Wunsch der Mutter, nach erfolgter dokumentierter Aufklärung. Eltern

sollten dahingehend aufgeklärt werden, dass das Saugen an Brusthütchen,

Beruhigungsschnullern und Flaschensaugern die Saugtechnik des Neugeborenen verändern

kann. Mögliche Folgen sind beispielsweise wunde Brustwarzen, Rückgang der Milchbildung

oder schlechtes Gedeihen des Kindes.

(Quelle: Seminarunterlagen des Lehrganges Stillen und Laktation)

Hypoglykämie:

Unter der Geburt verändert sich der Stoffwechsel des Neugeborenen. Der Glucagonspiegel

steigt an, der Insulinspiegel sinkt ab. Durch den Abbau von energieliefernden Nährstoffen

(Glycogen-Abbau und Lipolyse des braunen Fettgewebes des Neugeborenen) wird für die

kontinuierliche Energieproduktion gesorgt. Frühes Zufüttern behindert diesen

Stoffwechselablauf, da hohe Insulinspiegel die Lipolyse verhindert.

Beim Neugeborenen zeigt sich eine Hypoglykämie durch Apnoe, Zyanose, Tachypnoe, Blässe

und Hypothermie. Zuletzt kommt es zum Zittern und zur Trinkschwäche, Krampfanfällen

und schließlich Koma. Eine routinemäßige Blutzuckerkontrolle ist für gesunde Neugeborene

nicht erforderlich.

Alle Neugeborenen benötigen Kolostrum innerhalb der ersten zwei Stunden nach der

Geburt. Das Zufüttern bedarf einer ärztlichen Indikation. Es sollte nicht mit Maltodextrin

oder Glucose gefüttert werden, weil es eine überschießende Insulinausschüttung

hervorrufen kann und evtl. zu einer neuerlichen Hypoglykämie führt.

Die Empfehlung der WHO (World Health Organization) lauten deshalb wie die der AAP

(American Academy of Pediatrics) dahingehend, dass frühes und ausschließliches Stillen die

Ernährungsbedürfnisse eines gesunden, reifen Neugeborenen ausreichend sicherstellt.

Zusätzliche Flüssigkeit (Wasser, Glucoselösung, Säuglingsnahrung) ist in den ersten 72

Lebensstunden bei reifen, gesunden, nicht dystrophen Neugeborenen nicht erforderlich (WHO, AAP).

Zudem haben ausgetragene Neugeborene ein besonderes subkutanes Fettgewebe (braunes Fettgewebe), das zur Energiegewinnung genutzt werden kann, so lange ein hoher (durch Maltodextrin- oder Glucosegabe) Insulinspiegel dies nicht verhindert. In der Regel verbraucht das Gehirn nur Glucose, in Hungersituationen kann es bei Neugeborenen aber über 75% seines Stoffwechsels aus Ketonkörpern decken, die aus diesem Fettgewebe mobilisiert werden können. (Duncer, 2007 und Nationale Stillkommission Deutschland, 2001). Während der postnatalen Adaptionsphase des Neugeborenen ist die hormonelle Steuerung sehr aktiv, die Energiegewinnung ist hormonell gesteuert. Bereits in den ersten zwei Lebensstunden postnatal erfolgt die Aktivierung der Glycogenolyse, Lipolyse und Gluconeogenese. Somit fällt der Blutzucker unmittelbar post partum ab, steigt aber wieder rasch ohne exogene Glucosezufuhr ab zwei Stunden post partum wieder an. Sauerstoffmangel und Kälte sind entscheidende Faktoren für eine mangelhafte Energieversorgung bei natürlicher Ernährung ohne Zufütterung.

Definition von Hypoglykämie, Serum oder Plasma (Cornblath et al, 2000):

Alter: 0-3 Std. < 35 mg/dl (<2,0 mmol/l)

3-24 Std. < 40 mg/dl (<2,2 mmol/l)

>24 Std. < 45 mg/dl (<2,5 mmol/l)

Zusammenfassung:

gesunde Neugeborene entwickeln keine symptomatische Hypoglykämie,

routinemäßige Überwachung ist unnötig. Entwickeln diese Kinder trotzdem eine

Hypoglykämie, muss eine zugrunde liegende Krankheit ausgeschlossen werden!

Konsequentes Anlegen/Frühfütterung (Anlegen, Kolostrummassage, Entleeren von

Kolostrum per Hand; 30 min nach der Geburt, danach alle 2-3 h)- insbesondere bei

Neugeborenen diabetischer Mütter, Stillmanagement!

Haut-zu-Haut Kontakt zwischen Mutter und Kind unterstützen, dadurch wird die

Erhaltung der Körpertemperatur gefördert, Stress gemindert, so der energieverbrauch

gesenkt, Saugverhalten und Milchproduktion stimuliert, Stillmanagement!

Das Zufüttern bedarf einer ärztlichen Indikation, vorzugsweise mit Kolostrum,

ansonsten mit Formula oder Glucose-Fettlösung- nicht aber mit Maltodextrin oder Glucose.

Fütterungen sollten häufig erfolgen, gemäß den Leitlinien. Stillmanagement!

(Quelle: Europäisches Institut für Stillen und Laktation)

Neugeborenengelbsucht / Hyperbilirubinämie:

Gelbsucht ist bei Neugeborenen Babys häufig. Sie ist, wenn überhaupt nur selten ein Grund,

mit dem Stillen aufzuhören, nicht einmal 24 Stunden.

Gelbsucht ist die Folge des raschen Abbaus von roten Blutkörperchen in den ersten

Lebenstagen. Babys brauchen weniger rote Blutkörperchen nach der Geburt als in der

Gebärmutter. Während sich die überflüssigen Zellen zersetzen, gelangt ein Zerfallsprodukt,

das Bilirubin, in das Blut, das schließlich mit dem Stuhlgang des Babys abgeht. Wenn das

Bilirubin schneller entsteht, als es das Baby ausscheiden kann, kommt es zur Gelbsucht.

Bilirubin ist ein gelbes Pigment. Zuviel davon verleiht der Haut eine gelbliche Farbe; das

Weiße der Augen kann auch eine gelbe Farbe annehmen.

Warum erreicht das Bilirubin bei einigen Säuglingen höhere Werte?

Manchmal ist die Gelbsucht die Folge von Blut- bzw. Leberproblemen oder einer Infektion.

Häufiger gehört die Gelbsucht einfach zu dem Anpassungsprozess des Babys an das Leben

außerhalb des mütterlichen Körpers. Diese Art der Gelbsucht wird physiologische Gelbsucht

genannt, da sie Teil eines normalen Vorgangs ist. Die Ärzte sind sich nicht einig darüber, ab welchem Wert - oder ob überhaupt - die gewöhnliche Gelbsucht behandelt werden muss. Es gibt eine eindeutigen Beweise dafür, dass Spitzenbilirubinwerte unter 20 bis 25 mg/dl schädliche Folgen für normale, gesunde und ausgetragene Säuglinge haben.

Um die Bilirubinwerte zu senken, werden die Babys unter besondere Lichtquellen gelegt. Dieses Verfahren nennt man Phototherapie. Das Licht hilft beim Abbau des Bilrubins, sodass es schneller ausgeschieden werden kann.

Das Problem bei der Phototherapie besteht darin, dass das Baby während der Bestrahlung nicht in den Armen der Mutter ist. Sehr wahrscheinlich liegt es in einem Bett im Säuglingszimmer und trägt eine Binde vor den Augen, um diese vor dem Licht zu schützen. Es ist schwer, die stummen Signale des Babys wahrzunehmen und es unter diesen Umständen oft zu stillen; häufiges Stillen ist jedoch während der Phototherapie wichtig, da das Licht das Kind austrocknen kann. Bei den neueren Formen der Phototherapie ist es möglich, die Lichtquellen im Krankenhauszimmer installieren zu lassen. Es gibt auch das sog. "BiliBed" und eventuell andere Möglichkeiten.

Gelbsucht, Bilirubinwerte und Phototherapie sind nicht der "Stoff, aus dem die Träume von jungen Müttern gemacht" sind. Sie können mit einem Baby, das unter speziellen Leuchtstoffröhren liegt, nicht kuscheln und es auch nicht anlegen. Es ist schwierig, eine zuversichtliche stillende Mutter zu sein, wenn Ihnen eine Schwester oder ein Arzt empfiehlt, Ihrem Baby Tee oder Zusatznahrung zu geben, damit die Bilirubinwerte wieder sinken.

Zum Glück helfen gute Stillpraktiken dabei, eine Gelbsucht zu vermeiden. Obwohl in Untersuchungen herausgefunden wurde, dass Gelbsucht bei gestillten Babys häufiger vorkommt, führen viele Fachleute dies auf die starre Krankenhausvorschriften zurück, die es den Müttern erschweren, ihr Baby häufig zu stillen. Kolostrum wird zwar in kleinen Mengen produziert, hat aber eine abführende Wirkung. Häufiges Anlegen nach der Geburt bewirkt häufige Darmentleerungen, wodurch wiederum das Bilirubin schneller ausgeschieden wird.

Zusätzliche Gaben von Flüssigkeiten helfen nicht, die Gelbsucht "auszuschwemmen". Sie können sie sogar verschlimmern. Sie füllen das Bäuchlein des Babys, sodass es weniger Drang verspürt, an der Brust zu trinken. Sie werden gewöhnlich mit der Flasche gegeben,

was zu Saugproblemen führen kann. Außerdem trägt der Tee nicht dazu bei, den Stuhlgang

anzuregen - und nur dadurch kann das Baby das Bilirubin ausscheiden.

(Quelle: Europäisches Institut für Stillen und Laktation)

Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen / CRP erhöht:

Die Widerstandskraft Neugeborener gegen zahlreiche Infektionen ist noch schwach

ausgeprägt. Daher führen bei ihnen Infektionen schnell zu einer Blutvergiftung, der

sogenannten Sepsis. Bei einer Neugeborenensepsis werden Bakterien, insbesondere

Colibakterien, Strepto- und Staphylokokken, infolge konstanter oder periodischer Streuung

in die Blutbahn geschwemmt und können von dort aus in andere Organe gelangen und diese

schädigen.

Sowohl der Fetus als auch das Neugeborenen sind extrem anfällig für Infektionen, da die

immunologische Abwehr noch nicht ausgereift ist. Das Immunsystem des Neugeborenen ist

daher nicht in der Lage, seine Abwehrkräfte selektiv am Eintrittsort der Keime zu

konzentrieren und die Verbreitung und die Vermehrung der Erreger zu verhindern.

Infektionen des Neugeborenen können entweder vor, während oder nach der Geburt

auftreten.

Meist fallen die Neugeborenen einer erfahrenen Kinderkrankenschwester durch ihr

"schlechtes Aussehen" auf. Die ersten Symptome sind eher wage und erwecken zunächst

den Eindruck einer gestörten Befindlichkeit. Dem Arzt fallen dann Blutbildveränderungen

wie beispielsweise einem erhöhten CRP-Wert (CRP = Creatives Protein) auf. Ebenso können

Zeichen einer Gelbsucht vorliegen. Der Arzt wird eine Verlegung in die Kinderklinik

anordnen und eine Antibiotikabehandlung einleiten, auch, wenn noch keine ausgeprägten

Zeichen einer Sepsis vorliegen.

Das Stillen des Neugeborenen ist während der Therapie möglich oder aber die

Verabreichung von abgepumpter Muttermilch.

(Quelle: Medizinische Datenbank der AOK)

7. Zusammenfassung

Zusammenfassend ist zu sagen, dass das junge Paar gut informiert und auf das neue Leben nach der Geburt des ersten Kindes vorbereitet war und optimale Bedingungen hergestellt hatte, was das Zusammensein mit dem Kind und das Stillen betrifft.

Im Krankenhaus verliefen die Geburt, das Bonding und das erste Anlegen störungsfrei und korrekt.

Im Anschluss daran fehlte es in Teilen am Fachwissen und/oder Engagement des Fachpersonals sodass das Kind wahrscheinlich unterversorgt wurde. Es geriet in eine Hypoglycämie, eine Hyperbilirubinämie und entwickelte eine Neugeborenen-Infektion.

Dadurch wurde ein Aufenthalt in der Kinderklinik nötig.

In dieser Zeit fehlte das Anlegen an die mütterliche Brust. Jedoch bekam das Kind die abgepumpte Muttermilch. Die jungen Eltern bewahrten die Ruhe sodass eine ausreichende Menge Muttermilch produziert wurde und das Kind vollständig damit versorgt werden konnte.

Trotz des ungünstigen Verlaufs wurde das Kind am siebten Lebenstag gesund nach Hause entlassen und von der Mutter voll gestillt. Es wuchs und gedieh im Anschluss optimal.

8. Literaturverzeichnis

Lange, C. "Bonding"; Elsevier Urban + Fischer Verlag, 2009

Deutscher Hebammenverband "Praxisbuch: Besondere Still-Situationen"; Hippokrates

Verlag, 2012

Eugster, G., Both, D. "Stillen gesund und richtig"; Elsevier Urban + Fischer Verlag, 2009

Gotsch, G. "Stillen, einfach nur Stillen"; La Leche Liga Deutschland e.V., 1994

Seminarunterlagen, Seminar 1-3

Internet, "Kinderärzte im Netz"

Internet, "Arbeitsgemeinschaft freier Stillgruppen Bundesverband e.V."

Internet, Europäisches Institut für Stillen und Laktation

Internet, Medizinische Datenbank der AOK