

Ausbildungszentrum Laktation und Stillen

Kurs 2017/2018 Frankfurt/Wächtersbach

Facharbeit

Stillprobleme nach Sectio und die positive Auswirkung auf das Stillen sowie die Mutter-Kind-Bindung durch „**Sectiobonding**“



Sectio-Bonding: Das Baby wird nach dem Kaiserschnitt auf die Brust der Mutter gelegt und zugedeckt
(© Gabriele Kussmann)

Kursleitung Gabriele Muhl, IBCLC

eingereicht im Januar 2018

vorgelegt von

Janina Balge-Fettes

Vorwort

Der Kaiserschnitt ist heutzutage nur noch ein Routineeingriff für jeden Gynäkologen und wird auch leider nicht nur noch nach medizinischer Notwendigkeit durchgeführt sondern auch oft als Wunschkaiserschnitt deklariert.

Welche Auswirkungen dies jedoch auf die Mutter-Kind-Beziehung und auf das Stillverhalten hat, wird den werdenden Eltern oft unzureichend erläutert.

Dieses Thema habe ich aus meiner eigenen Erfahrung herausgewählt.

Ich bin selbst Mutter von zwei Kindern und beim ersten Kind war alles wie in einem Bilderbuch.

Eine spontane Entbindung nach nur 6 Stunden Wehen.

Es war kein Arzt anwesend und notwendig. Nur ich, mein Mann und eine ganz tolle Hebamme.

Leider war aus medizinischer Sicht die Geburt meines zweiten Kindes nur durch einen Kaiserschnitt möglich.

Nach einem kurzen Eingriff wurde mir mein Kind aus dem Bauch herausgezerrt und mir für gefühlte 5 Sekunden über das Tuch gehalten und Schwups weg war er.

Da lag ich nun. Aufgeschnitten, wie auf einer Schlachtbank und kein Kind mehr in Sicht.

Nach dem Eingriff, circa 30 min später, wartete mein Mann im Kreissaal mit meinem Sohn auf mich. Fertig angezogen, Bändchen an der Hand mit Gewicht und Größe. Leider habe ich davon nichts mitbekommen, da ich zu dem Zeitpunkt noch alleine im OP lag.

Man legte mir nun ein komplett fertiges Kind auf den Arm.

Wäre das, das Kind von meiner Kreissaal Nachbarin gewesen, hätte ich es womöglich nicht einmal gemerkt.

Es war für mich ein schreckliches Erlebnis. Von Anfang an hat mir die Mutter- Kind Bindung gefehlt.

Ich erholte mich nur schleppend von der OP und vom Stillen wollte ich zu dem Zeitpunkt schon gar nichts mehr hören.

Die 2 Tabletten Dostinex die mir die Schwester auf Station gab, waren dann auch das Ende vom Anfang mit dem Stillen.

Noch lange nach der Entbindung musste ich mir Psychologischen Beistand nehmen, um all das Erlebte zu verarbeiten.

Für diese Facharbeit habe ich sehr viel gelesen, Studien gewälzt und aus meiner eigenen Erfahrung heraus geschrieben. Dies hat mir sehr viel Freude bereitet und mir geholfen, mein Geburtserlebnis ein Stück weit zu verarbeiten.

Ich danke meinen Arbeitskolleginnen die mir bei der Auswahl und den Ideen geholfen haben, sowie meinem Mann, der die ganze Arbeit mehr als einmal lesen musste und diese korrigiert hat, um nun diese Arbeit so zu machen wie sie nun ist.

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung

1. Definitionen

1.1 Sectio Caesarea

1.2 Bonding

2. Bindungstheorien

2.1 Der OP

3. Studie über Sectiobonding

4. Ziel des Sectiobonding

4.1 Vorteile durch Sectiobonding

4.2 Mögliche Umsetzung des Sectio Bonding

5. Stillen nach Sectio

6. Definition Babyfreundliches Krankenhaus

7. Stillpositionen

II. Schlussfolgerung

III. Literaturverzeichnis

Einleitung

Die genaue Betrachtung der Besonderheiten des Bondings nach Kaiserschnitt ist angesichts nahezu überall dramatisch steigender Sectio- Raten ein sehr wichtiges und aktuelles Thema.

Lange Zeit galt eine niedrige Sectio Rate als ein Qualitätskriterium für eine gute Geburtshilfe. Die aktuelle Empfehlung der WHO liegt bei einer Rate von **10 %** bis maximal **15 %**.

In Deutschland hat sich die Sectio- Rate von **11 %** im Jahr 1980 auf durchschnittlich **22,6 %** in 2001 erhöht. Aktuell lag sie im Jahr 2007 in Bayern schon bei **31,4 %**. 2014 lag die Sectio- Rate im Saarland bei **40,2** Prozent.

Diese an sich schon sehr hohe Rate wird in einigen Privatkliniken noch deutlich übertroffen, welche Sectio - Raten von über **50 %** erreichen. (OECD Health Data 2012, Statistik Austria 2012)

Die Gründe für die Entwicklung sind vielseitig.

Das Thema Wunschkaiserschnitt ist ein relativ neues Phänomen, da erst die Senkung der Komplikationsraten des Kaiserschnittes ein Eingehen auf diesen Wunsch überhaupt in den Bereich des Möglichen rückte.

Interessant sind die Motivationen der Frauen für einen Wunschkaiserschnitt.

In einer Untersuchung in Großbritannien wurden von Gynäkologen folgende Gründe am häufigsten genannt:

- Angst vor den Schmerzen bei der Geburt (68%)
 - Angst um den Beckenboden (58%)
 - Angst um eine veränderte Sexualität (22 %)
 - Angst vor oder nach einer traumatischen Geburt (53%), sowie
 - die Angst um das Kind (38%) und eine bessere Planbarkeit der Geburt (27%)
- (Al Mufti, 1996)

Dennoch sollte man froh sein, dass es die Medizin heute möglich macht, in dringenden Fällen Leben zu retten oder weitere mögliche Komplikationen durch einen Kaiserschnitt zu verhindern.

Definition Sectio Caesarea (Kaiserschnitt)

Unter Sectio caesarea versteht man eine operative Beendigung der Schwangerschaft durch Laparotomie und Hysterotomie.

Wird der Kaiserschnitt vor und bei Beginn der Eröffnungswehen durchgeführt, spricht man von **primärer Sectio**.

Erfolgt die Schnittentbindung nach Beginn der Eröffnungswehen spricht man von **sekundärer Sectio**

Was bedeutet Bonding?

„Bindung ist das gefühlsbetragende Band, das eine Person zu einer anderen Person, anknüpft und dass sie über Raum und Zeit miteinander verbindet.“

Nach J. Bowlby

„Die Mutter Kind Bindung ist die erste und stärkste Bindung im Leben des Kindes und Grundlage für alle weiteren Bindungen danach.“

Nach J. Bowlby

(Dr. Gabriele Kussmann, Frauenärztin, IBCLC, „Einflüsse des Kaiserschnittes und der Regionalanästhesie auf die erste Zeit nach der Geburt“)

Bindungstheorien

Schon in der Schwangerschaft wird ein intensives Bindungsband zwischen Mutter und Kind geknüpft. Dazu kommt, dass der Geburtsprozess und die Begleitung durch den Partner die wichtigste Voraussetzung für liebevolle Annahme des Kindes ist. Man nennt es auch: „mothering the mother,, (Ph Klaus, Kennell 2002)

Die Erste Stunde nach der Geburt stellt eine sehr sensible Phase für den Aufbau der Mutter - Kind - Bindung dar (Klaus 2003) und die Qualität der Mutter - Kind Bindung ist anders als die Vater - Kind Bindung.

(Grossmann, Grossmann 2002)

Die Mutter - Kind Bindung ist wegen ihrer enormen Bedeutung für die menschliche Entwicklung von Natur aus gut abgesichert. (Oxytocin)

(Dr. Gabriele Kussmann, Frauenärztin, IBCLC, „Einflüsse des Kaiserschnittes und der Regionalanästhesie auf die erste Zeit nach der Geburt“)

Der OP - ein Ort zum Verlieben?

Die äußeren Umstände im OP sind für das Bonding aus verschiedenen Gründen schwierig:

Im OP ist es kalt, das Neugeborene wird meist eingewickelt damit es nicht auskühlt. Die Mutter sieht also nur das Gesicht ihres Kindes.

Der Bauch der Mutter ist während der OP meist abgeschirmt und mindestens ein Arm ist festgeschnallt. In der Regel wird das Kind auf die Brust der Mutter gelegt. Dort hat es nur wenig Platz, und die Mutter hat für die Kontaktaufnahme durch vorsichtiges Streicheln des Kindes nur eingeschränkte Bewegungsfreiheiten.

Dazu kommt das im OP notgedrungen viele Menschen anwesend sind. Daher keine Spur von Privacy, dem für das Bonding doch so wichtiges Gefühl unbeobachtet zu sein. Auch herrscht im OP sehr grelles Licht. Dies aktiviert bei der Mutter den Neocortex und hemmt die Oxytocin- und Endorphinausschüttung.

Das Kind öffnet seine Augen nicht weil es ihm zu hell ist.

Der Blickkontakt zwischen Mutter und Kind ist aber ein äußerst wichtiges Bondinginstrument.

Auch der Geräuschpegel im OP lenkt Mutter und Kind von ihrer so wichtigen Kommunikation miteinander ab.

(Urban & Fischer, Christine Lang, „ Bonding, Bindung fördern in der Geburtshilfe“)

Huber et al. (2006, S. 227ff) führten im Jahr 2006 eine Studie durch, bei der sie speziell das Bonding nach einer Sectio mit dem nach einer Spontangeburt verglichen. 22,2% äußerten nach der ersten Sectio noch vor der zweiten Geburt, dass sie nach der Sectio ein fremdes Gefühl ihrem Baby gegenüber hatten. 96,2% der Frauen, die beim zweiten Kind eine Spontangeburt hatten, waren der Meinung, dass sie bei der ersten Geburt, die eine Sectio war, etwas versäumt haben. Jedoch äußerten dies nur 31,9% der Frauen, die auch beim zweiten Kind eine Sectio hatten. 83,3% der Mütter nach einer Spontangeburt waren überzeugt, dass eine Sectio die Kontaktaufnahme mit dem Baby erschwert, verglichen mit nur 12,5% der Frauen nach Re-Sectio. Erst der Vergleich des Bondings nach Spontangeburt und Sectio machte den Unterschied in der Qualität des Bondings somit erst bewusst. Vermisst eine Frau nach einem Kaiserschnitt laut eigenen Angaben nichts, so ist dies also kein Indiz für eine Gleichwertigkeit der Bondingerfahrung.

Eine weitere Studie zeigte mittels Magnetresonanztherapie, dass Wöchnerinnen nach einem geplanten Kaiserschnitt weniger sensitiv auf das Weinen des Kindes reagierten, da die dafür verantwortliche Gehirnregion bei ihnen weniger stark angesprochen wurde. (Swain 2008, S. 1469ff)

Bonding bei Kaiserschnitt - JETZT ERST RECHT

Doch was ist das Ziel bei Sectio Bonding?

Die sichere Bindung soll ermöglicht werden!
Papousek sprach von „ Intuitive Elternschaft“ durch Kommunikation und Interaktion ermöglichen ebenso wie die Signale erkennen (Wahrnehmung), das Verstehen (lernen) und das prompte Beantworten (feinfühlig, verlässlich)

Was sind die Vorteile durch Sectiobonding?

Das Kind, das nach dem Kaiserschnitt in direktem Hautkontakt mit der Mutter gebracht wird, kühlt weniger aus und hat einen geringeren O₂ Gebrauch.

Stress wird minimiert.

Durch den Hautkontakt zwischen Mutter und Kind wird vermehrt Oxytonsin ausgeschüttet. Oxytonsin bewirkt zum Beispiel eine Verbesserung der Verdauung beim Kind und die Temperatur wird schneller reguliert.

Auch bei der Mutter bewirkt die vermehrte Oxytonsinausschüttung eine Schmerzreduktion.

Wie könnte Sectio Bonding im Einzelnen aussehen

Mütter erhalten zur Sectio einen Bondinggurt, der zur Regionalanästhesie und zur Desinfektion hochgeschoben werden kann.

Der Vater oder eine erwünschte Begleitperson sollten möglichst dabei sein, die Hebamme bleibt in engem Kontakt zur Frau.

Das Kind sollte schonend entwickelt werden.

Warme OP Tücher sollten zum Abtrocknen und Stimulieren bereit stehen. Abgenabelt wird erst nach dem Abtrocknen, beim Durchtrennen wird ein langer Nabelschnurrest belassen, den der Vater auf Wunsch kürzen kann. Danach kommt das Kind unmittelbar zur Mutter und wird in den Bondinggurt geschoben.

Die Babys sind rosig und warm dank des Oxytocins.

Ein erstes Saugen könnte schon während der OP erfolgen.

Die erste Kontaktaufnahme zwischen Mutter und Kind kann ganz ähnlich wie nach einer vaginalen Geburt stattfinden.

Der Vater sollte die ganze Zeit dabei sein.

Die Mutter wird nach der OP mit dem Kind, das sicher im Gurt geborgen ist, mit Hilfe eines Rolltuchs ins Bett umgelagert. Mutter und Kind bleiben zusammen. Die postoperative Überwachung geschieht im Kreissaal.

Wenn nicht medizinisch indiziert, gibt es keine Routinemaßnahmen vor dem ersten Stillen. So bleiben der neuen Familie circa 2 Stunden zeit, zum ungestörten kennenlernen. Erst danach werden Mutter und Kind zusammen auf die Wochenstation verlegt.

Falls die Mutter nicht gleich bonden kann, zum Beispiel nach ITN (Intubationsnarkose), Notsectio oder Komplikationen, die eine Intensivpflicht der Mutter nach sich ziehen, bondet der Vater oder eine weitere Bezugsperson mit dem Baby. Hautkontakt mit der Mutter wird nachgeholt, sobald die Mutter dazu in der Lage ist.

(Deutscher Hebammenverband)

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

(Zitat aus VELB 2008/ Seminar IBCLC, Skript 2-005 S.6)

Stillen nach Sectio

Stillen nach einem Kaiserschnitt ist komplizierter als nach einer spontanen vaginalen Geburt. Die Milchbildung kommt häufig schwieriger in Gang und mehr Babys haben Saugprobleme. Auch die Unbeweglichkeit wie die Schmerzen beeinträchtigen den Stillstart, der Milchspendereflex der Mutter ist in der ersten Zeit häufig gestört. Das Neugeborene verliert öfter stark an Gewicht, so dass mit künstlicher Säuglingsnahrung zu gefüttert werden muss. Durch diese erschwerten Startbedingungen und aufgrund von unzureichender Unterstützung ist das Risiko nach einem Kaiserschnitt erhöht, so dass die Mutter das Stillen aufgibt. Im Folgenden möchte ich aufzeigen wie das Stillen trotz eines Kaiserschnittes gelingen kann.
(still-lexikon)

Nach einem Kaiserschnitt ist der Stillstart aus verschiedenen Gründen erschwert. Erstens sind die physiologischen Prozesse gestört, zweitens sind aber auch die Rahmenbedingungen ungünstiger wie bei einer vaginalen Geburt. Entbindungen per Kaiserschnitt stellen somit einen Risikofaktor für einen verspäteten Milcheinschuss und verfrühtes Abstillen dar.
Durch frühes, häufiges und effektives Entleeren der Brust und Anlegen/ Füttern des Säuglings mit Kolostrum kann aber auch nach einem Kaiserschnitt erfolgreich gestillt werden!

Ein wichtiger Einflussfaktor ist die Narkosemethode.

Bei geplanten Kaiserschnitten wird in der Regel eine Regionalanästhesie durchgeführt.
(PDA, Spinalanästhesie)

Periduralanästhesie (PDA):

Bei diesem Verfahren werden die Nerven, die vom Rückenmark zum Eingriffsgebiet führen, betäubt. Danach ist das Schmerzempfinden im Bereich des Bauchraums, des Unterleibes sowie der Beine ausgeschaltet und die Bewegungsfreiheit eingeschränkt oder aufgehoben.

Spinalanästhesie (SPA):

Das Schmerzempfinden ist hierbei in der gesamten unteren Körperhälfte ausgeschaltet.

Die Mutter bleibt bei beiden Verfahren aber bei vollem Bewusstsein. Sie kann das Baby zu sich in Hautkontakt nehmen, noch während der **Eingriff** beendet wird. Manche Neugeborene fangen an zu stillen. Direkter Hautkontakt unmittelbar nach dem Kaiserschnitt (Sectio Bonding) wird bislang allerdings nur in wenigen Geburtskliniken ermöglicht. Es gibt unter medizinischen Fachkräften öfter Bedenken, dass das Baby im OP Raum auskühlt oder herunterfallen könnte. Auch die Arbeit des Anästhesisten ist erschwert, wenn der Vater oder die Hebamme mit im Raum sind.

Dass das sogenannte Sectio Bonding grundsätzlich möglich ist, zeigen die Babyfreundlichen Krankenhäuser.

Definition Babyfreundliches Krankenhaus:

Die WHO/ UNICEF- Initiative „Babyfreundlich“ setzt sich für die Umsetzung der B.E.St. Kriterien und die Verbreitung des Qualitätssiegel „Babyfreundlich“ in Deutschland ein. **B.E.St. steht für „Bindung“, „Entwicklung“, und „Stillen“.**

Im Zentrum sind der Schutz und die Förderung der Eltern-Kind Bindung.

Die Kriterien beruhen auf den internationalen Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und dem Kinderhilfswerk der vereinten Nationen UNICEF. Sie sind die inhaltlichen Grundlagen der Zertifizierung einer Einrichtung der Geburtshilfe und Kinderheilkunde als „Babyfreundlich,,

Durch interdisziplinären Austausch lassen sich neue Abläufe erarbeiten, wenn dem Sectio Bonding eine höhere Priorität eingeräumt wird. Leider haben Eltern keinen direkten Einfluss darauf wie die Routine in einem Krankenhaus abläuft. Nach Möglichkeit sollten sie ein Krankenhaus wählen, in dem Sectio Bonding praktiziert wird. Ohne Sectio Bonding kann es zu einer gewissen Verzögerung der Milchbildung kommen. Das Risiko, dass das Baby zugefüttert werden muss, ist erhöht.

Auch können Neugeborene nach einem Kaiserschnitt nicht immer effektiv an der Brust saugen, insbesondere bei geplanten sogenannten primären Sectio´s, bei dem das Kind keine Wehen erlebt und nicht auf die Geburt vorbereitet wurde, ist bei ihm häufig in den ersten Stunden bis Tage das natürliche Such- und Andockverhalten gestört.

Bei einer Vollnarkose ist die Mutter nach der Entbindung nicht bei Bewusstsein. Auch das Neugeborene kann durch das Narkosemittel länger schläfrig bleiben und zum effektiven Stillen mehrere Stunden oder Tage nicht in der Lage sein.

Das Baby braucht trotzdem **keine** Säuglingsnahrung oder andere Flüssigkeiten, bis die Mutter stillen kann. Sobald die Mutter wach ist und es halten kann, kann sie stillen.

Auch zeigen Medikamente welche die Mutter bei einem Kaiserschnitt erhält, kein Stillhindernis. Paracetamol oder Ibuprofen zum Beispiel, sind in der Stillzeit unbedenklich. Fieber, Entzündungen oder eventuelle Antibiotikagaben die nach dem Kaiserschnitt möglicherweise zum Tragen kommen stellen ebenso kein Stillhindernis dar.

Eine weitere Hürde nach einem Kaiserschnitt sind die Unbeweglichkeit und die Schmerzen der Mutter in den ersten Tagen. Da sollte unbedingt darauf geachtet werden das, der Mutter adäquate Stillpositionen aufgezeigt werden, wie zum Beispiel **Stillen in Rückenlage**, hierbei kann die Mutter trotz Narbe schmerzfrei stillen. Das Baby kann mit Hilfe eines Stillkissens neben der Mutter gestützt werden.

Ebenso **Laid - back - Nursing, intuitive Nursing oder Baby-led-Latching**, dabei lehnt sich die Mutter in eine halb sitzende, halb liegende Position zurück. Ihr Kopf, Nacken, Schulter, Rücken und Arme sind mit Hilfe eines bequemen Sessels oder Bettes und verschiedenen (Still) Kissen bequem abgestützt. Hierbei kann sie sich weitestgehend entspannen, ohne Ihren Körper selbst halten zu müssen. Das Kind wird nackt oder leicht bekleidet bäuchlings in Längs-, -Quer oder Schräglage auf sie drauf gelegt. Sie muss das Kind nicht halten, es wird von Ihrem Körper stabil gestützt, ihre Hände sind frei. Das

Baby findet die Brustwarze spontan und dockt völlig selbstständig an. Die Mutter braucht keine weitere Anleitung, sie bildet mit dem Baby intuitiv ein Team.

Auch die sogenannte **Football- Haltung** eignet sich hervorragend. Diese Haltung wird auch Seitenhaltung oder Rückenhaltung genannt, das Baby liegt seitlich, unterhalb des Armes der Mutter. Die Beinchen des Babys zeigen zum Rücken der Mutter und stemmen sich gegen die Rückenlehne.

Babys, die nach einem Kaiserschnitt schläfrig sind, lassen sich häufig durch die Gabe von Kolostrum wecken.

Die frühzeitige und häufige Kolostrumgewinnung sollte innerhalb der ersten 60-90 Minuten nach der Entbindung erfolgen. Anschließend mindestens 8-12- mal in den ersten 24 Stunden nach Anlegen des Babys. Dies kurbelt die Milchbildung an, sodass die Frau ihr volles Milchbildungspotenzial zügig erreichen kann, auch wenn das Baby noch nicht in der Lage ist effektiv an der Brust zu saugen. So kann auch ein Zufüttern verhindert werden.

Das Kolostrum kann die Mutter per Hand gewinnen, dabei ergeben sich zunächst etwa 0,5 bis 4 ml und dieses, kann sie dem Baby zum Beispiel per Löffel geben.

Milchpumpen sind für die Gewinnung von Kolostrum weniger effektiv als die manuelle Gewinnung.

Die Technik der Handentleerung sollte deshalb unbedingt vom Klinikpersonal der Mutter rechtzeitig aufgezeigt werden.

Eine Zufütterung der Flasche sollte vermieden werden, da eine Flaschengewöhnung zu einer hartnäckigen Ablehnung der Brust führen kann. (Saugverwirrung).

Muss das Baby allerdings zugefüttert werden, zum Beispiel bei einer Gewichtsabnahme von 10% sollte auf stillfreundliche Methoden zurückgegriffen werden. Zum Beispiel durch Löffelfütterung, Spritzen mit oder ohne Silikoneinsatz (Fingerfeeder), Becherfütterung oder einem Softcup.

II. Schlussfolgerung:

Ich arbeite in einem Krankenhaus mit einer Geburtsstation, die jährlich ca. 1000 Geburten aufweist.

Sectiobonding wird nicht standardmäßig bei uns durchgeführt.

In diesem Haus arbeiten sowohl angestellte Hebammen als auch Beleghebammen.

Meiner Meinung nach müssten sowohl Hebammen, Gynäkologen, Anästhesisten sowie das ganze OP Team eine Sprache sprechen, um so das Thema Sectiobonding nach medizinischer Möglichkeit immer durchzuführen.

Mögliche Bedenken das Bonding auch nach dem Kaiserschnitt im Operationssaal einzuführen, sind neben dem Organisatorischen (Änderung des etablierten Ablaufes) auch das veränderte Ambiente im Operationssaal (Temperatur, Helligkeit, Lärm).

Das, dieses System trotzdem funktionieren kann, zeigen einige große Kliniken bei denen es standardmäßig durchgeführt wird.

Tatjana Nicin, schrieb in einem Artikel:

„Früher dachte man immer das Bonding nach einer Geburt unheimlich zeitaufwändig sei.

Inzwischen weiß man jedoch, das Bonding nur unsere Arbeitsabläufe geändert und nicht unbedingt mehr Zeit in Anspruch genommen hat.

Wir konnten uns davon überzeugen, dass die investierte Zeit einen großen positiven Einfluss auf die Mutter-Kind(Familie)- Gesundheit hat und wir beobachten fasziniert das erste Anfassen, den ersten Blickkontakt zwischen Mutter und Kind, die erste Eltern-Kind-Kommunikation. Sie alle waren es wert, unseren früheren Routineablauf zu verändern.

Warum übertragen wir unser Wissen und unsere Erfahrungen mit dem Bonding bei einer Spontangeburt nicht auch auf die Sectio?

Dabei geht es nicht darum, die steigende Sectiorate zu unterstützen, sondern die medizinisch indizierte Sectio und deren Folgen zu professionalisieren und auf den neusten Wissenstand zu bringen.“

(Nicin, Bonding nach Sectio-jedes Baby sollte sich willkommen fühlen / die Hebamme 2012)

III. Literaturangaben

Foto: (@Gabriele Kussmann)

Dr. Gabriele Kussmann, Frauenärztin, IBCLC, „ Einflüsse des Kaiserschnittes und der Regionalanästhesie auf die erste Zeit nach der Geburt“

Al Mutti, „Grossmann, Grossmann 2002“, J. Bowling, Ph Klaus, Kennell 2002, Papousek

OECD Health Data 2012, Statistik Austria 2012

Klaus 2003

Deutscher Hebammen Verband

Christine Lang, Bonding fördern in der Geburtshilfe, Urban und Fischer Verlag

WHO, Unicef

Still Lexikon

Zitat aus VELB 2008/ Seminar IBCLC, Skript 2-005 S.6

Nicin, Bonding nach Sectio-jedes Baby sollte sich willkommen fühlen / die Hebamme 2012