



**Klinikum Kulmbach**  
mit Fachklinik Stadtsteinach

# Schwangerschaft und Geburt, Wochenbett und Säuglingszeit

Der Elternratgeber des Klinikums Kulmbach

Im Mittelpunkt der Mensch



ZERTIFIZIERTE  
GEBURTSKLINIK



[www.babyfreundlich.org](http://www.babyfreundlich.org)

# Schwangerschaft und Geburt, Wochenbett und Säuglingszeit

Der Elternratgeber des  
Klinikums Kulmbach

Der Elternratgeber des Klinikums Kulmbach  
„Kulmbacher Klapperstorch“ (2024)

## Schwangerschaft und Geburt, Wochenbett und Säuglingszeit

Der Elternratgeber des Klinikums Kulmbach

„Kulmbacher Klapperstorch“ (2024)

Herausgeber:	Klinikum Kulmbach Albert-Schweitzer-Str. 10 • 95326 Kulmbach
CD-Konformität:	J. Brunecker, Marketing + Öffentlichkeitsarbeit service@klinikum-kulmbach.de
Layout & Druck:	Franken-Grafik & Druck Gutenbergstr. 1-3 • 95512 Neudrossenfeld info@franken-grafik.de
Bildnachweis:	www.canstockphoto.com www.istockphoto.com www.fotolia.de www.basionline.org.uk Ardo medical GmbH, Oberpfaffenhofen Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen (AFS) Tobi GmbH & Co.KG, Alling WHO/Unicef-Initiative Babyfreundlich Baby Smile® Fotografie Klinikum Kulmbach Stillgruppe Kulmbach LaLecheLiga Deutschland www.richtigessenvonanfangen.at

**Hinweis:** Die Inhalte in dieser Broschüre stammen teilweise aus Veröffentlichungen anderer Autoren, die als Flyer für Eltern konzipiert und/oder online zugänglich sind; sie wurden jeweils als solche gekennzeichnet und soweit als möglich unverändert übernommen, um eine einheitliche Elterninformation zu gewährleisten. Die Berufsbezeichnung „Krankenschwester“ oder „Kinderkrankenschwester“ wurde durch „Gesundheits- und Krankenpflegerin“ resp. „Gesundheits- und Kinderkrankenschwester“ abgelöst. Wir entsprechen dieser Neuerung und verwenden die aktuelle Berufsbezeichnung. **Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Berufsbezeichnungen nur die männliche oder weibliche Form verwendet; alle Geschlechter (m/w/d) sind jeweils mit gemeint.**

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenzeichen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften. Die Vervielfältigung dieser Broschüre oder von Teilen daraus ist nur mit ausdrücklicher Zustimmung des Herausgebers oder – soweit gekennzeichnet – nur mit der Zustimmung der Autoren statthaft

**Produkthaftung:** Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann von den Autoren und vom Herausgeber dieser Broschüre keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen und offizieller Dosierungsempfehlungen, z. B. des Herstellers, auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

# Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser!

Seit 2000 gibt es den **Elternratgeber des Klinikums Kulmbach für Schwangere, werdende Väter und junge Familien**. Zunächst ist er als Broschüre „**Das hat uns der Klapperstorch nicht gesagt ...!**“ veröffentlicht worden.

Vor mehr als zwei Jahrzehnten war es für werdende Eltern noch mühsam, gute, verlässliche und dennoch werbefreie Informationen für die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett zu bekommen. Seither hat sich sehr viel verändert: Das gängige Medium, sich zu informieren, ist nicht mehr eine gedruckte Broschüre oder ein Buch wie seinerzeit vor nunmehr 24 Jahren. Nun ist es in erster Linie das Internet mit kaum mehr zu überblickenden nicht-kommerziellen und auch kommerziellen, zu oft leider auch interessengeleiteten Seiten, auf denen sich unendlich viele Tipps zu all diesen Themen aufrufen lassen. Und an ausführlichen Informationen für die ersten Monate im Leben eines Kindes mangelt es im World-Wide-Web auch nicht.

Trotz der vielfältigen, mit Tablet, Smartphone oder PC einfach zugänglichen Angebote ist es dennoch nicht leichter geworden, bewährte und zuverlässige, neutrale und fachlich gut begründete Empfehlungen aus den unzähligen Vorschlägen von Suchmaschinen usw. herauszufiltern. Deshalb möchten wir Sie gerne weiterhin unterstützen, indem wir Ihnen den **Elternratgeber des Klinikums Kulmbach** in einer erneut überarbeiteten und aktualisierten, inzwischen **8. Auflage** in einer digitalen Version vorstellen.

Dabei berücksichtigen wir als seit 2013 mehrfach BFHI-zertifizierte Geburtsklinik selbstverständlich weiterhin die jeweils aktuellen Empfehlungen der Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) von Weltgesundheitsorganisation (WHO) und UNICEF®.

Die Inhalte dieses Ratgebers sind dabei in Einzelfällen Veröffentlichungen anderer Autoren entnommen, die gedruckt und/oder online frei zugänglich sind; wir haben sie jeweils als solche gekennzeichnet und soweit als möglich unverändert übernommen, um eine einheitliche Elterninformation zu gewährleisten. Zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit verwenden wir geschlechtsspezifische Begriffe. Wo immer möglich, streben wir eine geschlechtsneutrale Formulierung an. Bitte beachten Sie, dass alle Bezeichnungen geschlechtsneutral zu verstehen sind und alle Geschlechter gleichermaßen einschließen.

Wir wünschen Ihnen viel Vergnügen bei der Lektüre der neuen Auflage des „Klapperstorchs“ und grüßen Sie herzlichst!

Ihr  
Team der Geburtshilfe am Klinikum Kulmbach

im Januar 2024

## Inhalt

Danke	8
Babyfreundlich	10
<b>schwanger</b>	<b>12</b>
Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft	14
Der Mutterpass	15
Schwangerschaftsdiabetes	22
Zusätzliche Untersuchungen während der Schwangerschaft	27
Erläuterungen der Fachausdrücke von Hebammen und Geburtshelfern	32
Ernährung in der Schwangerschaft	37
Jodid in der Schwangerschaft	40
Folsäure und Schwangerschaft	42
Zahnpflege während der Schwangerschaft	43
Medikamente in der Schwangerschaft	45
Sport und Gymnastik in der Schwangerschaft	46
Schwangerschaft und Rauchen	48
Geburtsvorbereitungskurse	51
Werdende-Eltern-Kurs	51
Rezept für Milchbildungskugeln	52
Geschwisterkinder und neue Schwangerschaft	54
Schwangerenschwimmen	56
Akupunktur in der Schwangerschaft	57
Kreißsaauführung im Klinikum Kulmbach	57
Ambulante Untersuchungen, Geburtsplanung	58
Anmeldung zur Geburt	58
Brauche ich Hilfe in der Schwangerschaft	59
Stammzellen	62
Wann in die Klinik?	64
Vorbereitungen für die Rückkehr nach Hause	66
Geburtshilfe am Klinikum Kulmbach	67
Ambulante Geburten und frühe Entlassung	68
Die Wochenstation des Klinikums	69
Besuchszeiten der Wochenstation	72
Willkommen in Gottes Welt - Segen für Neugeborene	73
Neugeborenen - Fotografie	74
<b>gebären</b>	<b>75</b>
Geburtsbegleitung	79
Schmerzlinderung unter der Geburt	81
Kaiserschnitt auf Wunsch	85

<b>geboren - willkommen</b>	<b>88</b>
Bonding	89
Rooming-in	91
Das Neugeborene in den ersten Tagen	92
Körperliche Besonderheiten bei Neugeborenen	97
Babyblues	103
<b>ernähren</b>	<b>105</b>
Die Ernährung des Neugeborenen	106
Vitamin D zur Rachitisprophylaxe	107
Vitamin K zur Verhinderung von Blutungen	107
Stillinformationen	108
Hinweiszeichen dafür, dass ein Baby Hunger hat	110
Der Weg zur richtigen Stilltechnik	115
Stillpositionen	117
Entleerung der Brust per Hand	122
Was sind Zeichen einer ausreichenden Milchproduktion?	125
Alternative Füttertechniken	127
Ernährung in der Stillzeit	129
Medikamente während der Stillzeit	130
Neues Wissen über das Stillen	131
Aufbewahrung von Muttermilch	136
Behandlung, Auftauen und Erwärmen von Muttermilch	131
Internethandel mit Frauenmilch – nein, danke!	139
Das Baby zeigt, wann es bereit für Beikost ist	140
<b>vorsorgen und vorbeugen</b>	<b>145</b>
Vorsorgeuntersuchungen für das Baby	146
Früherkennungsuntersuchungen bei Neugeborenen (Neugeborenen-Screening) in Bayern	148
Augenärztliches Screening bei Neugeborenen	149
Fluorid zur Kariesvorbeugung	151
Osteopathie	160
Sicher schlafen - dem plötzlichen Säuglingstod vorbeugen	161
<b>sich helfen lassen</b>	<b>169</b>
Checkliste für die (stillende) Wöchnerin	170
Wochenbett-Nachsorge durch die Hebammen	172
Familienhebammen	175
Stillgruppen	178
Tipps für Paare, die Eltern geworden sind	180
Frühe Hilfen in schwierigen Lebenslagen	181
„KoKi“ – Koordinationsstelle Frühe Kindheit	182

Die Geburtssituation besprechen	188
Postpartale Depression (Wochenbettdepression)	188
Rückbildungsgymnastik	191
Mutterschutz, Elterngeld, Kindergeld	192
Anmeldung der Geburt beim Standesamt	193
Krankenversicherungsschutz Ihres Kindes	196
Bauchweh – 3-Monatskoliken – Blähungen	198
Hygienemaßnahmen bei Lippenherpes	199
Impfungen	200
Unfallverhütung	201
Angebote für Eltern im Internet	204
Informationen zum Schnuller/Beruhigungssauger	206
<b>für Väter</b>	<b>211</b>
Die Seiten für die Väter zum Stillen	212
Warum ist Stillen so wichtig für das Baby?	213
Warum ist Stillen so gut für die Mütter?	215
Stillen ist auch „besser“ für den Vater	216
Stillen, Sex und Eifersucht	218
Wie funktioniert das Stillen eigentlich?	220
Ist Frauenmilch von Anfang an gleich?	221
Wie wachsen Väter in die Vaterrolle?	222
Erfolgreiche Stillunterstützung durch den Vater	223



## Danke

Dieser Elternratgeber wäre ohne die Mitarbeit von vielen lieben Menschen in dieser Form nicht zustande gekommen. Deshalb gilt ihnen allen unser großes Dankeschön.

Besonders bedanken wir uns bei allen **externen Co-Autoren**:

- bei Frau Irene Fieber, der Leiterin des Standesamtes der Stadt Kulmbach; sie hat sämtliche Belange zur Anmeldung der Geburt und zur Namensgebung verfasst,
- bei Frau Diana Degenkolb für Fotos der AFS-Stillgruppe Kulmbach,
- bei Frau Tanja Sahib von der Beratungsstelle „Familienzeit“ in Berlin, die uns ihr Okay zum Abdruck des von ihr entwickelten Fragebogens zu den Auswirkungen von Traumatisierungen während der Geburt gegeben hat.
- bei Herrn Volker Schödel von der AOK Direktion Bayern in Bayreuth für die Informationen über die Möglichkeiten der Krankenversicherung,
- beim Verein zur Unterstützung der WHO/UNICEF-Initiative „Babyfreundlich“ (BFHI) e.V., Oberhausen, für die Überlassung von Bildmaterial und
- bei der Firma ARDO Medical, Oberpfaffenhofen, und bei der AFS (Arbeitsgemeinschaft freier Stillgruppen), die uns beide Photos für das Kapitel zur Stilltechnik zur Verfügung gestellt haben.

Auch Mitarbeiterinnen des Klinikums haben an der Überarbeitung der bisherigen Printversion für die nun ausschließlich digitale Ausgabe mitgewirkt. Sie haben das Manuskript korrekturgelesen und es insbesondere auf seine Aktualität und auf seine Konformität zu den aktuellen **B.E.St.<sup>®</sup> - Richtlinien für Babyfreundliche Geburtskliniken** und zum Internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten durchgesehen. Es waren dies im Besonderen Frau Theresa Dannhorn (Laktationsberaterin IBCLC und Stillbeauftragte des Klinikums Kulmbach), Frau Theresa Zapf (Laktationsberaterin IBCLC und stv. Stillbeauftragte des Klinikums Kulmbach) und Frau Elke Zettler (QM-Beauftragte der Pflege). Eine wichtige Unterstützung hat das Projekt außerdem durch Mitarbeiter der Abt. für Öffentlichkeitsarbeit und Marketing des Klinikums erfahren, namentlich durch Frau Janine Brunecker (Konformität des Ratgebers zum Corporate Design Handbuch des Klinikums) und Herrn Frank Förschler (Photos).

**Ganz herzlich danken wir auch allen Eltern**, die mit der Veröffentlichung von Fotos ihrer Neugeborenen einverstanden waren und uns wertvolle Anregungen zum Layout gegeben haben.

Frau Petra Limmer von **Franken Grafik & Druck**, Neudrossenfeld, hat das Layout professionell und wie immer stets überaus zuvorkommend überarbeitet. Für ihre Aufgeschlossenheit für alle Wünsche und ihre stete Bereitschaft, außergewöhnliche Ideen zu realisieren, danken wir ihr von Herzen.

## Babyfreundlich®

Das Klinikum Kulmbach ist seit 2013 als „**Babyfreundliche Geburtsklinik**“ zertifiziert (Rezertifizierungen in 2016, 2019 und 2022). Wir fördern das Stillen als natürliche Ernährungsform nachhaltig und beachten den Internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten der Weltgesundheitsversammlung von 1981 einschließlich der dazugehörigen Folgeresolutionen.

ZERTIFIZIERTE  
GEBURTSKLINIK



[www.babyfreundlich.org](http://www.babyfreundlich.org)

**Stillen ist die natürliche Ernährungsform.** Bitte nutzen Sie das kostenlose Angebot unserer Still- und Laktationsberaterin (IBCLC), sich während der Schwangerschaft in einem „**Stillgespräch**“ über die Ernährung Ihres Kindes mit Muttermilch zu informieren, z.B. bei einem Termin zur „Anmeldung zur Geburt“ am 1. und 3. Donnerstag im Monat, 14 - 18 Uhr im Klinikum Kulmbach, oder bei einem der Kurse für werdende Eltern. Sollten Sie sich für eine andere Ernährung als für das Stillen entscheiden, beraten wir Sie ebenfalls gerne im persönlichen Gespräch. Sie erhalten von uns alle notwendigen Informationen.

## Grundsatzerklärung zu B.E.St.® – Bindung, Entwicklung, Stillen

©WHO/UNICEF-Initiative „Babyfreundlich“ (BFHI) e. V., Oberhausen [www.babyfreundlich.org](http://www.babyfreundlich.org) • 03.02.2015

Grundlage der Stillberatung und Stillförderung an Babyfreundlichen Geburtskliniken sind die so genannten **B.E.St.®-Kriterien**. Sie basieren auf aktuellem wissenschaftlichen Kenntnisstand und auf internationalen Vereinbarungen und Vorgaben von WHO und UNICEF®. Sie ermöglichen in ihrer Gesamtheit eine effektive **Bindungs-**, **Entwicklungs-** und **Stillförderung**. Zusätzlich sind sie die inhaltliche Grundlage der Zertifizierung einer Einrichtung der Geburtshilfe und Kinderheilkunde als „**Babyfreundlich**“.

### Bindung ermöglichen

Im Zentrum des B.E.St.®-Konzeptes stehen der Schutz und die Förderung der Eltern-Kind-Bindung. Der Haut-zu-Haut-Kontakt ab der Geburt hat einen nachweislich positiven Effekt auf die Entwicklung der Eltern-Kind-Bindung. Diese primäre Bindung stärkt das Kind in seinen angeborenen Fähigkeiten. Sie hilft ihm, diese Fähigkeiten zu entfalten, seine Umwelt zu erkunden und

in Interaktion mit ihr zu treten. „Babyfreundliche“ Einrichtungen ermöglichen das kontinuierliche Zusammensein von Mutter/Eltern und Kind. Die Förderung der Eltern-Kind-Bindung reduziert das Risiko für Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern.

### Entwicklung fördern

Mit einem gelungenen Bindungsaufbau sind die Eltern in der Lage, die Bedürfnisse ihres Kindes zu erfüllen, seine körperliche, geistige und soziale Entwicklung optimal zu unterstützen und zu fördern. In der frühen, stabilen Beziehung mit seiner Mutter/seinen Eltern erlernt das Kind wirksame soziale Interaktion und kann leichter in die Gesellschaft hineinwachsen. In der Phase rund um die Geburt sind Eltern gegenüber Hilfen für eine gesunde Entwicklung ihres Kindes besonders aufgeschlossen. Bereits in diesem Zeitraum können Gefährdungen erkannt und Eltern wirksame Hilfen angeboten werden.

### Stillen fördern und unterstützen

Stillen ist mehr als Ernähren. Es unterstützt die Mutter-Kind-Bindung und fördert damit die gesunde Entwicklung des Kindes. Stillen gibt dem Kind Sicherheit und Geborgenheit am vertrauten Körper der Mutter. Stillen und/oder Muttermilchernährung programmieren die Organfunktionen und den Immunschutz des Säuglings. Ein gestilltes Kind kann sein Entwicklungspotenzial ausschöpfen, weil es keine zusätzliche Energie für die körperliche Stabilität aufwenden muss. Das Stillen ist ein Schutzfaktor vor dem plötzlichen Säuglingstod. Die besondere hormonelle Situation während des Stillens reduziert Stressreaktionen bei Mutter und Kind. Der Mutter fällt es leichter, feinfühlig auf die Signale ihres Kindes zu reagieren. Dies unterstützt den Bindungsaufbau, erleichtert die Adaptation des Kindes und fördert seine Entwicklung. Stillverzicht erhöht das Risiko der Mutter für Depressionen, Brust-, Gebärmutter- und Ovarialkrebs, Diabetes mellitus Typ II und metabolisches Syndrom. Die B.E.St.<sup>®</sup>-Kriterien beinhalten deshalb eine professionelle Stillförderung und den Schutz der jungen Familie vor Werbung für Muttermilchersatzprodukte.



schwanger



schwanger

jeden Tag  
Herz und Rhythmus  
spüren

geben und nehmen  
empfangen  
wachsen lassen  
gebären  
schützend umhüllen  
hegen und pflegen

ein Gefäß sein  
für Entwicklung  
Lebendigkeit  
Liebe und Lust

umgarnen  
verführen  
gewinnen

zwischen Tradition  
und Moderne  
den eigenen Weg finden

verständnisvoll  
kämpferisch  
zärtlich und kraftvoll  
hier und heute  
das Leben gestalten

Almut Haneberg  
ferment 6/2014

## Liebe werdende Mutter,

wenn Sie diesen Elternratgeber in Händen halten, sind die ersten Wochen Ihrer Schwangerschaft schon vorüber. Wie haben Sie sie erlebt? Aufregend, hoffnungsvoll, freudig? Vielleicht auch manchmal besorgt? Ja, schwanger – endlich, eigentlich noch nicht geplant, passiert? Was wird in den nächsten Monaten noch alles auf mich/auf uns zukommen?

Der wichtigste Rat ganz am Anfang: **Leben Sie die nächsten Monate in guter Hoffnung! Haben Sie Vertrauen in sich selbst! Sie werden das alles schaffen:** die Schwangerschaft, die Geburt und die Zeit danach auch. Sie sind dabei nicht allein. Es gibt viele Menschen, die Ihnen beistehen und helfen werden: der Vater Ihres Kindes, Ihre Eltern und Schwiegereltern, Ihre beste(n) Freundin(nen), Hebammen und Frauenärzte, Still- und Laktationsberaterinnen, Schwangerenberatungsstellen und, wenn nötig, auch staatliche Institutionen. Auch sie werden Ihnen hilfreich unter die Arme greifen.

### Was Sie brauchen werden – für sich, für die Geburt und für Ihr Baby?

- einen guten Frauenarzt,
- eine vertraute Person, die Sie während dieser manchmal anstrengenden Zeit unterstützt,
- ein sympathisches Krankenhaus, in dem Sie sich mit Ihrem Partner zur Geburt wohlfühlen können,
- eine Hebamme und
- eine Entscheidung, wer Haus- oder Kinderarzt für Ihr Baby werden wird, wenn Sie mit Ihrem Baby zu Hause sind.

Fast alle, denen Sie erzählen oder mitteilen (müssen), dass Sie schwanger sind, werden bald zu berichten wissen, wie es damals war, als sie selber schwanger waren, wie anstrengend die Geburt war, was ihnen nicht gefallen hat, usw. Lassen Sie sich deshalb ruhig Zeit und überlegen Sie gut, wem Sie wann von Ihrer Schwangerschaft erzählen möchten.

Auch wenn Internet und Smartphone zu Ihren täglichen Begleitern gehören, mögen Sie Ihre Recherchen in Schwangerschafts-Foren zumindest am Anfang bitte beschränken. Die „Panik“, die im Internet leider von Personen vermittelt wird, die es gut mit allen Schwangeren (auch Ihnen!) meinen, hilft niemandem. Solche letztlich doch anonymen Kontakte führen oft zu mehr Angst und Unruhe, als dass sie die Schwangerschaft leichter machen würden.

## Der Mutterpass

Mit der Feststellung der Schwangerschaft beim Frauenarzt oder bei der Hebamme haben Sie Ihren blauen **Mutterpass** bekommen, meist einige Tage später, nachdem die Ergebnisse der ersten Vorsorgeuntersuchung eingetragen wurden. Der Mutterpass wird Sie durch die gesamte Schwangerschaft und die Zeit bis zur Abschlussuntersuchung nach der Geburt begleiten. In den Mutterpass werden alle Befunde und Ergebnisse der weiteren Vorsorgeuntersuchungen eingetragen. Alle Ärzte und Hebammen, die Sie in den nächsten Monaten bis zur Geburt medizinisch betreuen werden, können so einen raschen Überblick über Verlauf, Dauer und eventuelle Risiken Ihrer Schwangerschaft bekommen. Der Mutterpass ist Ihr persönliches Dokument. Sie allein entscheiden darüber, wen Sie in den Mutterpass schauen lassen und wen nicht. Arbeitgeber oder Behörden dürfen keine Einsicht in Ihren Mutterpass verlangen.



Im Einzelnen stehen neben Ihrem Namen und Ihrer Adresse auf

### Seite 2 und 3 des Mutterpasses (Laboruntersuchungen und Rötelschutz)

- die Ergebnisse der Blutgruppen- und Rhesusuntersuchung zur späteren Beurteilung möglicher Blutgruppenunverträglichkeiten zwischen Ihnen und dem Baby. Blutgruppenunverträglichkeiten im ABO- und im Rhesussystem können relevant sein. Zur Vorbeugung gibt es z. B. die so genannte Anti-D-Prophylaxe, die rhesus-negative Schwangere während der 28. - 30. Schwangerschaftswoche erhalten.
- das Ergebnis eines allgemeinen Antikörper-Suchtestes. Dabei wird untersucht, ob in Ihrem Blut solche Antikörper vorhanden sind, von denen eine Schädigung des Babys ausgehen könnte.
- das Ergebnis des Röteln-Antikörpertestes. Dabei geht es um die Frage, ob Sie immun gegen Röteln sind.
- das Ergebnis einer Urinuntersuchung zum Nachweis von Chlamydia trachomatis. Chlamydien können Erkrankungen im Augen-, Atemwegs- und Genitalbereich auslösen. Die Infektion mit Chlamydien ist die in Europa am häufigsten auftretende sexuell übertragbare Krankheit durch Bakterien. Der Krankheitserreger kann, wenn Sie sich mit dem



Erreger infiziert haben sollten und nicht behandelt werden würden, bei Ihrem Neugeborenen zu Augen- und Lungenentzündungen führen.

- das Ergebnis der Lues-Such-Reaktion (LSR). Die Lues ist ebenfalls eine sexuell übertragbare Erkrankung; ein anderer Name für diese Erkrankung ist Syphilis. Die Lues kann zu einer schweren Erkrankung des Kindes führen. Eine Lues während der Schwangerschaft ist heutzutage sehr selten, eine Behandlung möglich.
- das Ergebnis des HBs-Antigen-Testes. Dabei wird nach Erregern der Hepatitis-B, einer infektiösen Leberentzündung, in Ihrem Blut gesucht. Der HBs-Antigen-Test wird gegen Ende der Schwangerschaft durchgeführt – üblicherweise zwischen der 32. und 36. Schwangerschaftswoche. Bei Nachweis von Hepatitis-B-Antigen sind während der Schwangerschaft spezielle Therapien möglich, um das Infektionsrisiko des Neugeborenen möglichst gering zu halten. Gleich nach der Geburt werden Babys Hepatitis-B-positiver Mütter zusätzlich aktiv und passiv gegen Hepatitis-B geimpft.

Weitere Tests, wie der HIV-Test zum Ausschluss einer Infektion mit dem AIDS-Erreger oder der Toxoplasmose-Test (s.u.), werden nur bei besonderer Gefährdung einer Schwangeren empfohlen. Die Kosten für den HIV-Test übernimmt die Krankenkasse.

Das Ergebnis eines Abstriches vom Gebärmutterhals zur Untersuchung auf Chlamydien und das Resultat der damit verbundenen Krebsvorsorgediagnostik (am Gebärmutterhals; Cervix) werden ebenfalls auf diesen Seiten des Mutterspasses eingetragen.

## Seite 4 – Angaben zu vorangegangenen Schwangerschaften

Vorangegangene Schwangerschaften und deren Ausgang (Spontangeburt, Kaiserschnittgeburten, operativ-vaginale Entbindungen, aber auch Fehlgeburten und Abbrüche sowie Komplikationen bei früheren Schwangerschaften und Geburten) werden erfragt und mit eventuellen Besonderheiten auf Seite 4 eingetragen.

## Seite 5 – Anamnese und allgemeine Befunde/Erste Vorsorgeuntersuchung

Die ausführliche Befragung bezüglich früherer, chronischer oder aktueller eigener Erkrankungen dient zur Bewertung, ob Ihre aktuelle Schwangeren-

schaft als „Risikoschwangerschaft“ eingestuft wird oder nicht. Wenn eine oder mehrere der aufgeführten Fragen mit „ja“ beantwortet werden, wird vom Frauenarzt eine entsprechende Festlegung getroffen. Das hört sich bedrohlich an, bedeutet aber zunächst nur, dass auf bestimmte Punkte bei dieser Schwangerschaft besonderes Augenmerk gelegt werden muss.

### Die Fachausdrücke auf dieser Seite bedeuten:

• Gravida:	Anzahl der Schwangerschaften
• Para:	Anzahl der Geburten
• Sectio:	Kaiserschnitt
• Diabetes mellitus:	Zuckerkrankheit
• ZNS:	Zentralnervensystem
• Adipositas:	Übergewichtigkeit
• Hypertonie:	Bluthochdruck
• Genetische Erkrankungen:	Erbkrankheiten
• post partum:	nach der Geburt
• Konzeptionstermin:	Zeitpunkt der Empfängnis

Auf Seite 5 dokumentiert der Frauenarzt außerdem die Beratung der Schwangeren zur Ernährung, zu Sport und Reisen, zur Geburtsvorbereitung und Schwangerschaftsgymnastik, zur Zahngesundheit und zu etlichem mehr.

## Seite 6 - Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf

und die Bestimmung des Errechneten Entbindungstermins (ET) sind auf dieser Seite des Mutterpasses zu finden. Ihr Frauenarzt nutzt diese Seite zur Informationsweitergabe an die Hebamme und die Geburtsklinik.

## Seite 7 und 8 – Gravidogramm

Auf diesen beiden Seiten werden von der Hebamme oder dem Arzt alle wichtigen Befunde während der Schwangerschaft eingetragen. Die Abkürzung **SSW** steht dabei für Schwangerschaftswoche.

Der **Fundusstand** gibt die obere Begrenzung der Gebärmutter an. Als Bezugspunkte gelten die Symphyse (Schambein), der Bauchnabel und später, wenn der Bauch immer größer wird, der Rippenbogen. Jeder Arzt und jede Hebamme verwenden dafür eigene Abkürzungen.

In der Spalte „**Kindslage**“ stehen die Abkürzungen „**SL**“ für Schädellage, „**BEL**“ für Beckenend- oder Steißblage, „**QL**“ für Querlage. Während der gesamten Schwangerschaft kann sich das Baby ständig in unterschiedliche Lagen bewegen. Erst in den letzten zwei bis drei Wochen vor der Geburt nimmt es seine endgültige Position ein. Das ist meistens die Schädellage.

In die Spalte „**Herztöne**“ wird eingetragen, wo und wie schnell Herztöne des Kindes zu hören sind. Für ein Ungeborenes sind 120 - 160 Herzschläge pro Minute normal.

Erste **Kindsbewegungen** spüren Mütter in ihrer ersten Schwangerschaft meist ab der 18./20. Woche. Frauen, die erneut schwanger sind, können die Bewegungen des Kindes meist ein paar Wochen früher wahrnehmen.

„**Ödeme**“ ist der medizinische Begriff für Wasseransammlungen im Gewebe. Leichte Ödeme sind während der Schwangerschaft bei fast allen Frauen normal, insbesondere dann, wenn schon Krampfadern (Varizen, Varikosis) bestehen. Ödeme alleine haben keinen Krankheitswert; sie können aber zusammen mit anderen Anzeichen wie Bluthochdruck und/oder Eiweiß im Urin auf eine so genannte Gestose hinweisen. Eine **Gestose** oder **Präeklampsie** wurde früher als „Schwangerschaftsvergiftung“ bezeichnet; heute weiß man, dass es sich hier nicht um eine Vergiftung im eigentlichen Sinn handelt. Eine Gestose ist eine nur in der Schwangerschaft auftretende Erkrankung, die mit Ödemen, Bluthochdruck und erhöhter Eiweißausscheidung im Urin einhergeht und eine Funktionsstörung des Mutterkuchens signalisiert. Die Versorgung des Kindes ist bei einer Gestose beeinträchtigt, so dass die Babys dann oft untergewichtig sind. Eine schwere Gestose kann in ein so genanntes **HELLP-Syndrom** übergehen, bei dem heftige Schmerzen im rechten Oberbauch als Warnsignal gelten. Beim H-EL-LP-Syndrom steht H für „Hämolyse“ (Auflösung von roten Blutkörperchen), EL für „elevated liver enzymes“ (erhöhte Leberwerte) und LP für „low platelets“ (niedrige Zahl von Blutplättchen). Eine weitere schwere Komplikation der Gestose kann ein Krampfanfall (in der Schwangerschaft: **Eklampsie**) sein. Vorboten eines drohenden Krampfanfalles sind starke Kopfschmerzen, Sehstörungen (Flimmern vor den Augen), eine deutliche Zunahme der Ödeme auch im Gesicht und eine auffallende Unruhe und Nervosität der Schwangeren.

„RR“ ist die standardisierte Abkürzung für die Blutdruckmessung nach der Riva-Rocci-Methode. Ein niedriger Blutdruck beginnt ungefähr unter 100/70 mmHg, ein hoher über 140/85 mmHg. Im zweiten Schwangerschaftsdrittel liegt der Blutdruck durchwegs etwas niedriger als vorher.



**Hb (Ery):** Der Hämoglobingehalt (Hb) des Blutes in den roten Blutkörperchen (Erythrozyten) ist ein indirekter Hinweis auf den Eisengehalt des Blutes. Das Blut verdünnt sich während der Schwangerschaft – die Plazenta (der Mutterkuchen) braucht zu ihrer optimalen Durchblutung dünnflüssigeres Blut. Deshalb nimmt der Hb-Wert, der in Gramm pro Deziliter (g/dL) Blut gemessen wird, ab. Die absolute Zahl an roten Blutkörperchen ist jedoch in der Schwangerschaft nicht vermindert. Das Absinken des Hämoglobin-Wertes ist – vor allem gegen Ende der Schwangerschaft – ganz normal. Ideal ist aber, wenn der Hämoglobingehalt nicht unter 10,5 g/dL liegt. Bei jedem Vorsorgetermin wird mit Hilfe eines Harn-Teststäbchens kontrolliert, ob der Urin Spuren von Eiweiß, Zucker, Nitrit oder Blut aufweist. Eiweiß im Urin könnte ein Hinweis auf eine Gestose sein, Zucker kann auf einen Schwangerschaftsdiabetes hindeuten, Nitrit und Blut im Urin lassen eine Entzündung von Blase oder Nieren vermuten.

Bei der **vaginalen Untersuchung** ertastet der Arzt oder die Ärztin mit den Fingern den Zustand von Gebärmutterhals und Muttermund. Bei vorzeitigen Wehen ist eine regelmäßige Kontrolle des Muttermundes wichtig. Falls er sich vorzeitig öffnet, kann das als Hinweis auf eine Frühgeburt gewertet werden. In diesem Fall wird dann zusätzlich die Länge des Gebärmutterhalses mit einer Ultraschalluntersuchung ermittelt. Ein verkürzter Gebärmutterhals gilt als Hinweis auf eine drohende Frühgeburtlichkeit.

Die Spalte „**Sonstiges/Therapie/Maßnahmen**“ ist für die Ergebnisse von Untersuchungen gedacht, die außer der Reihe vorgenommen werden, z. B. die Bestimmung des pH-Wertes in der Scheide. Eine Veränderung des vaginalen pH-Wertes liefert einen Hinweis auf eine Fehlbesiedlung der Scheide mit Bakterien, die ggf. eine Frühgeburt auslösen können. Mit speziellen Scheidenzäpfchen kann in einem solchen Fall das normale bakterielle Scheidenmilieu wieder aufgebaut werden.

## Seite 9 – Stationäre Behandlungen während der Schwangerschaft.

Stationäre Behandlungen während der Schwangerschaft werden hier mit der zugehörigen Diagnose und der veranlassten Therapie eingetragen.



**Cardiotokografie** ist das gleichzeitige Aufzeichnen von Wehentätigkeit und kindlicher (fetalen) Herzfrequenz. Diese Untersuchung wird bereits während der Schwangerschaft durchgeführt, meist im letzten Drittel oder dann, wenn Sie vorzeitig Wehen spüren. Sie gehört auch zur Überwachung unter der Geburt. Das Cardiotokogramm (CTG) wird nach einheitlichen Kriterien beurteilt und das Ergebnis auf Seite 9 Ihres Mutterpasses dokumentiert.

## Seite 10, 11 und 12 – Ultraschalluntersuchungen

Die **erste** der drei empfohlenen und von den Krankenkassen bezahlten Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft erfolgt üblicherweise in der **neunten bis zwölften Schwangerschaftswoche**. Dabei geht es vorrangig darum, ob es eine „normale“ und keine Eileiter- oder Bauchhöhlenschwangerschaft ist, ob der Embryo zeitgerecht entwickelt ist und sein Herz regelmäßig schlägt, und ob sonst keine Auffälligkeiten in dieser frühen Phase der Schwangerschaft zu erkennen sind. Da manchmal das Datum der letzten Regelblutung nicht genau bekannt ist oder unregelmäßige Menstruationszyklen bestanden haben, kann auch im Rahmen dieser ersten Ultraschalluntersuchung der errechnete Geburtstermin (ET) bestimmt und ggf. korrigiert werden.

Die **zweite** Ultraschalluntersuchung wird in der **19. bis 22. Schwangerschaftswoche** durchgeführt. Die Konturen des kindlichen Körpers und seine Organe haben sich bis zu dieser Untersuchung schon weit entwickelt. Man kann nun auch schon sehen, wie sich das Baby in Ihrem Bauch bewegt, wie die Struktur des Mutterkuchens beschaffen ist und wie viel Fruchtwasser vorhanden ist. Leider können nur etwa zwei von drei bestehenden Auffälligkeiten in der 19. bis 22. Schwangerschaftswoche tatsächlich festgestellt werden. Ob z. B. eine Fehlbildung erkennbar ist, hängt von ihrem Ausmaß, von der Lage des Babys zum Untersuchungszeitpunkt, der vorhandene-

nen Fruchtwassermenge und auch der Dicke der mütterlichen Bauchwand ab.

Bei der **dritten** Ultraschalluntersuchung in der **29. bis 32. Schwangerschaftswoche** werden im Wesentlichen die gleichen Befunde erhoben und im Mutterpass notiert wie bei der zweiten.

## Seite 13 – Normkurven für den fetalen Wachstumsverlauf

Ein besonderes Augenmerk wird bei den Ultraschalluntersuchungen auf die zeitgerechte Entwicklung des Kindes gelegt. Deshalb werden die Messwerte aus den Ultraschalluntersuchungen in das Diagramm auf Seite 13 Ihres Mutterpasses eingetragen und mit dem „normalen“ Wachstum eines Feten verglichen.

Der Mutterpass sollte Sie während der Schwangerschaft stets begleiten, und das im wörtlichen Sinn. Tragen Sie ihn also stets bei sich. So stehen Ärzte und Hebammen rasch auch in Notfällen alle wichtige Informationen über Ihre Schwangerschaft zur Verfügung.

## Schwangerschaftsdiabetes

Eine äußerst wichtige Untersuchung, die seit März 2012 zum Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenkassen für Schwangere zählt, ist der so genannte **orale Glucosetoleranztest (oGTT)**. Er dient der Erkennung eines **Schwangerschaftsdiabetes**. Der Schwangerschaftsdiabetes wird auch als



**Gestationsdiabetes (GDM)** oder als eine erstmals in der Schwangerschaft aufgetretene Glucosetoleranzstörung bezeichnet. In seltenen Fällen kann es sich um einen neu aufgetretenen (dauerhaften) Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 handeln. Beim typischen Gestationsdiabetes normalisiert sich der Zuckerstoffwechsel jedoch nach der Geburt bei den meisten Frauen wieder. Als begünstigende Faktoren für einen Gestationsdiabetes gelten

Übergewicht, ein Alter über 30 Jahren und eine erbliche Vorbelastung mit Diabetes mellitus. Ein Schwangerschaftsdiabetes kann jedoch auch ohne bekannte Risikofaktoren auftreten.

Die Schwangere selbst merkt überhaupt nicht, wenn sie in der Schwangerschaft zuckerkrank wird. Ein Schwangerschaftsdiabetes kann aber für das ungeborene Kind zu bedeutsamen Problemen führen: Es wird durch das Überangebot an Zucker (Glucose) zu schwer, und gleichzeitig ist es – bezogen auf die Schwangerschaftsdauer – oft deutlich unreifer als ein Kind, dessen Mutter keinen Schwangerschaftsdiabetes entwickelt hat. Anpassungsprobleme nach der Geburt, vor allem bezüglich der Atmung und der Körpertemperatur, können bei diesen unreiferen Babys vermehrt auftreten. Außerdem kann das Neugeborene in den Stunden nach der Geburt, wenn die Versorgung mit Zucker nicht mehr über die Nabelschnur gewährleistet ist, rasch unterzuckern. Am bedeutendsten ist jedoch die eingeschränkte Funktions- und Leistungsfähigkeit des Mutterkuchens während der Schwangerschaft bei einem nicht behandelten Schwangerschaftsdiabetes. Dadurch wird u. U. die Versorgung des Babys mit Nährstoffen und Sauerstoff eingeschränkt, was im schlimmsten Fall zu einer Fehl- oder Totgeburt führen kann.

Mit einem Urinzuckertest kann ein Schwangerschaftsdiabetes nicht (!) ausgeschlossen werden, auch wenn das Ergebnis dieser Urinuntersuchung unauffällig ist. Nur die gezielte Untersuchung der Blutzuckerregulation mit Durchführung des **oralen Glucosetoleranztestes (oGTT)** kann die notwendige Klärung bringen. **Der Blutzuckerbelastungstest**, wie der oGTT auch ge-

nannt wird, sollte idealerweise erstmalig in der 24. bis 28. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden. Es gibt ihn in zwei Versionen: mit 50 g und mit 75 g einer zuckerhaltigen Trinklösung.

Beim **50g-Test**, der unabhängig von der vorherigen Nahrungsaufnahme möglich ist, wird die Blutglucose (Blutzucker) in venösem Blutplasma eine Stunde nach dem Trinken der Lösung (200 ml) gemessen. Bei dem aussagekräftigeren **75g-oGTT**, der als **Goldstandard** gilt und der den 50 g-Test komplett ersetzen sollte, müssen hingegen standardisierte Bedingungen eingehalten werden.

#### Diese sind:

- keine akute Erkrankung (Fieber/Schwangerschaftserbrechen/ärztlich verordnete Bettruhe) vor dem Test
- keine außergewöhnliche körperliche Belastung vor dem Test
- normale, individuelle Ess- und Trinkgewohnheiten mit der üblichen Menge an Kohlenhydraten in den letzten 3 Tagen vor dem Test (die Schwangere darf sich nicht durch Ernährungsumstellung, insbesondere Weglassen von Kohlenhydraten, auf den Test vorbereiten)
- am Vorabend vor dem Test ab 22:00 Uhr Einhalten einer Nüchternperiode von mindesten 8 Stunden
- wegen der tageszeitlichen Abhängigkeit der Glukosetoleranz Testbeginn am folgenden Morgen nicht vor 06:00 Uhr und nicht nach 09:00 Uhr
- während des Tests soll die Schwangere nahe dem Testlabor sitzen, darf nicht liegen oder sich unnötig bewegen und es sollen keine anderen Untersuchungen in dieser Zeit durchgeführt werden
- vor und während des Tests darf nicht geraucht werden
- am Morgen vor dem Test keine Einnahme von Medikamenten, die den Blutzuckerstoffwechsel beeinflussen können (z. B. Cortisol, L-Thyroxin, Fenoterol, Progesteron)
- nach medikamentöser Durchführung der so genannten fetalen Lungenreife müssen mindestens 5 Tage nach der letzten Injektion vergangen und die Schwangere muss zumindest teilmobilisiert sein
- keine Voroperation am oberen Magen-Darm-Trakt (z. B. bariatrische Chirurgie, Magenband)

Der **75g-oGTT** beginnt mit einer Bestimmung des Nüchternblutzuckers. Dann werden 75 g Glucose in 300 ml Wasser innerhalb von 3 - 5 Minuten getrunken. Nach einer und nach zwei (ggf. auch noch nach drei Stunden) wird erneut der Blutzucker bestimmt. Liegt mindestens ein Blutglucosewert im venösen Blutplasma über den definierten Grenzwerten (nüchtern: 92 mg/dl, nach 1 Stunde 180 mg/dl, nach 2 Stunden 153 mg/dl), gilt die Diagnose Schwangerschaftsdiabetes als gesichert.



## Gesunde Ernährung und Bewegung als beste Therapie

Ein Schwangerschaftsdiabetes kann durch eine spezielle **Ernährungsberatung** gut behandelt werden, so dass eine Gefährdung des Babys verringert oder nahezu völlig vermieden wird. Die meisten Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes sind bereits nach einer einzigen ambulanten Ernährungsberatung wieder so gut mit ihren Blutzuckerwerten eingestellt, dass kein erhöhtes Risiko mehr für Mutter oder Kind bestehen sollte. Nur wenige Frauen mit einem Gestationsdiabetes müssen vorübergehend (bis zur Entbindung) Insulin spritzen, und das meistens auch nur einmal am späten Abend. Ob eine



Insulin-Therapie notwendig ist, entscheidet i. d. R. ein Diabetologe, an den Schwangere mit einem auffälligen Glucosetoleranz-Test überwiesen werden.

Bei Feststellung eines Schwangerschaftsdiabetes nahe am errechneten Geburtstermin sind Größe und (Über-)Gewicht eines Neugeborenen nicht mehr beeinflussbar. Trotzdem ist auch dann eine gute Zuckereinstellung noch sinnvoll, da die Organe des Kindes in der Gebärmutter rasch nachreifen können.

Die meisten Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes haben nach der Entbindung sofort wieder normale Blutzuckerwerte. Das weitere Diabetesrisiko der Mutter sollte aber durch einen

Zucker-Belastungstest etwa 6 Wochen nach der Entbindung und bei jeder nachfolgenden Schwangerschaft überprüft werden.

Bei ca. einem Drittel der Frauen mit einem Schwangerschaftsdiabetes wird sich – allerdings erst Jahre später – ein Typ-2-Diabetes (Altersdiabetes) entwickeln. Durch Stillen, einen körperlich aktiven Lebensstil und mit Normalgewicht kann die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines späteren Diabetes jedoch deutlich gesenkt werden. Daher ist es von großer Bedeutung, Frauen mit einem während der Schwangerschaft gestörten Blutzuckerstoffwechsel zu erkennen – nicht nur, um die kindlichen Risiken zu verringern, sondern auch um die Langzeitprognose bezüglich des Auftretens einer späteren Zuckerkrankheit bei der Mutter zu verbessern.

Das Neugeborene einer frühzeitig erkannten und optimal behandelten Frau mit Schwangerschaftsdiabetes trägt nach heutigem Kenntnisstand kein oder nur ein gering erhöhtes Diabetesrisiko. Häufig neigen diese Kinder aber zu Übergewicht.

## Vorsorglich Kolostrum gewinnen

Bereits ab der Mitte der Schwangerschaft (etwa ab der 16. Schwangerschaftswoche) wird in der mütterlichen Brust die erste Muttermilch (Kolostrum) gebildet. Wie wichtig der frühe Beginn des Stillens ist, belegen zahlreiche Studien der letzten Jahre. Speziell das Kolostrum zeichnet sich dadurch aus, dass es dem Neugeborenen rasch schützende Immunfaktoren vermittelt. Es hilft dem Baby, eine gesunde Darmflora zu entwickeln und ein ideales Mikrobiom für die Reifung des Darmes aufzubauen. Durch die ideale Zusammensetzung von Makro- und Mikronährstoffen wirkt Kolostrum auch leicht abführend; das hilft, den zähen ersten Stuhl (Mekonium) zu entleeren und das Bilirubin (gelber Gallenfarbstoff) auszuscheiden. Vor allem stabilisiert früh gegebenes



Kolostrum den Blutzuckerspiegel des Babys, was besonders für Neugeborene von Müttern mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) oder Diabetes Typ 1 oder 2 von Bedeutung ist. Die Babys diabetischer Mütter haben ein erhöhtes Risiko, nach der Geburt eine Unterzuckerung zu entwickeln. Daher wird empfohlen, dass das Kind 30 Minuten nach der Geburt die erste Nahrung erhalten soll. Viele Neugeborene sind zu diesem Zeitpunkt jedoch noch nicht richtig bereit zum Stillen. Alternativ kann ihnen per Hand entleertes, frisches oder zuvor gewonnenes, dann gefrorenes und zur Geburt wieder aufgetautes Kolostrum gegeben werden. D. h. bei Frauen mit Schwangerschaftsdiabetes oder Diabetes mellitus Typ 1 und 2 kann es durchaus sinnvoll sein, bereits am Ende der Schwangerschaft (ab der 37. Woche) **Kolostrum per Hand zu entleeren**, es einzufrieren und aufzubewahren, um es als Sicherheitsreserve nach der Geburt zu nutzen.

Im Idealfall werden Sie die Kolostrumgewinnung mit einer persönlichen Anleitung durch eine geschulte Still- und Laktationsberaterin oder eine qualifizierte Pflegeperson erlernen können. Ein Handout, in dem die wichtigsten Schritte dazu erläutert werden, finden Sie vorab unter <https://www.elacta-magazine.eu/handouts>; ein Video des Global Health Media Project „How to express

breastmilk“ gibt es unter <https://globalhealthmedia.org/portfolio-items/how-to-express-breastmilk/>



per Hand entleertes Kolostrum

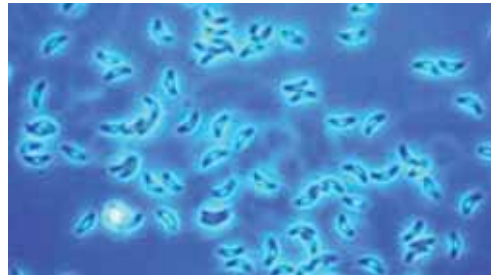
Auch für andere Frauen kann es sinnvoll sein, die Brustmassage und Handentleerung auch schon in der Schwangerschaft kennenzulernen, damit sie im Bedarfsfall nach der Geburt rasch das wertvolle Kolostrum bereitstellen können, z.B. wenn bereits in der Schwangerschaft die Diagnose Lippen-Kiefer-Gaumenspalte oder eine andere Erkrankung festgestellt wurde, die das Stillen des Kindes erschweren würde.

Eine generelle vorsorgliche Kolostrumgewinnung außerhalb bestimmter Indikationen ist eher kontraproduktiv und wird deshalb auch nicht empfohlen. Das Anlegen des Kindes und das Stillen an der Brust ist stets die beste Option für das Ingangkommen der Milchbildung nach der Geburt.

## Zusätzliche Untersuchungen während der Schwangerschaft

Ergeben sich während der Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen Hinweise auf eine Risikoschwangerschaft oder eine Erkrankung des Kindes, dürfen spezielle Untersuchungen auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorgenommen oder veranlasst werden. Dazu kann z. B. auch die Untersuchung von Fruchtwasser oder von Plazenta-Gewebe auf genetische und angeborene Erkrankungen gehören. Über weitere, zusätzlich mögliche, aber über die Leistungen der GKV hinausgehende Untersuchungen in der Schwangerschaft und die dabei für Sie entstehenden Kosten (meist zwischen 15 – 40 Euro pro Untersuchung) wird Sie Ihr Frauenarzt bzw. Ihre Frauenärztin im Einzelnen informieren. Bei diesen ergänzenden Untersuchungen geht es in erster Linie um die Frage nach speziellen Infektionskrankheiten, die während der Schwangerschaft die Entwicklung des Kindes beeinträchtigen könnten. Bedeutsam ist diese Infektionsdiagnostik deshalb, weil einige Infektionskrankheiten sowohl in als auch außerhalb der Schwangerschaft sehr symptomarm oder gar symptomlos verlaufen können.

Die **Toxoplasmose** ist eine relativ häufige, meist aber ohne Krankheitszeichen verlaufende Infektion des Menschen mit dem Parasiten *Toxoplasma gondii*. Dieser Erreger wird auf den Menschen hauptsächlich von **Katzen** übertragen, in deren Darm er sich entwickelt und von denen er mit dem Stuhl ausgeschieden wird. *Toxoplasma gondii* kann aber auch über **rohe Eier, rohes oder nicht vollständig durchgegartes oder durchgebratenes Fleisch** und über **Rohmilchprodukte** übertragen werden. Nehmen Sie also während der Schwangerschaft keine Katze neu in Ihren Haushalt auf, meiden Sie Kontakt zu fremden Katzen, und essen Sie kein rohes Fleisch bzw. keine rohen Wurstwaren. Bei Frauen mit gesundem Immunsystem, die schon vor der Schwangerschaft eine Toxoplasmose-Infektion durchgemacht haben, haben sich Antikörper gebildet, die normalerweise gegen eine neuerliche Infektion mit *Toxoplasma gondii* schützen. Es besteht dann kaum eine Gefahr für das Baby. Eine erstmalige Toxoplasmose der Mutter – speziell im ersten oder zweiten Drittel einer Schwangerschaft – kann jedoch zu Schädigungen eines ungeborenen Kindes führen, die dann insbesondere das Gehirn, die Augen und die inneren Organe betreffen. Die infizierten Kinder können dann an Leber, Lunge, Herzmuskel, Augen, Gehirn und Hirnhaut mit entsprechenden



späteren Symptomen wie hochgradigen Sehschwächen, epileptischen Anfällen und Lernschwierigkeiten erkranken. Ein Bluttest, am besten vor oder auch früh in der Schwangerschaft, kann klären, ob schützende Antikörper gegen Toxoplasmose-Erreger im Blut der Mutter vorhanden sind oder nicht. Eine gezielte Behandlung, die dann möglichst früh begonnen werden sollte, ist im Fall einer Toxoplasmose-Infektion möglich und kann das Risiko für Erkrankungen des Kindes reduzieren.

Eine Besiedelung des Fruchtwassers mit dem **Bakterium Streptococcus B** ist eine der wichtigsten Ursachen für eine Frühgeburt und auch für eine schwerwiegende Infektionserkrankung von termingeborenen Babys. Daher wird empfohlen, eine routinemäßige Untersuchung (ein Abstrich aus der Scheide und einer aus dem Enddarm) auf das Bakterium Streptococcus B zwischen der 35. und 37. Schwangerschaftswoche durchzuführen. Die Abstrichentnahme wird Ihr Frauenarzt bei einer der Vorsorgeuntersuchungen vornehmen. Durch eine Antibiotika-Prophylaxe unter der Geburt kann, bei positivem Screeningtest der Mutter auf Streptokokken der Gruppe B, einer Infektion des Babys mit diesem Erreger wirksam vorgebeugt werden. Krankheitszeichen treten durch die Besiedelung der Scheide mit den B-Streptokokken bei der Schwangeren selbst nicht auf.

Etwa zwei Drittel aller Frauen im gebärfähigen Alter haben bereits lange vor einer Schwangerschaft eine Infektion mit dem **Zytomegalie-Virus** durchgemacht. Sie besitzen somit schützende Antikörper, die eine Infektion des Fetus verhindern werden. Das übrige Drittel der Frauen aber hat sich bis zum Beginn einer Schwangerschaft noch nicht mit dem Zytomegalie-Virus infiziert. Die Zytomegalie-Infektion ist zwar die häufigste Infektion in der Schwangerschaft. Dennoch betrifft sie nur 1 bis 4 Prozent der Schwangeren. Hauptansteckungsquelle ist ein längerfristiger Intimkontakt mit einem Zytomegalie-positiven Partner über Genitalsekrete oder über Speichel sowie evtl. virushaltiger Speichel und Urin symptomloser Säuglinge und Kleinkinder. Im Allgemeinen sind Schäden des Kindes nur bei einer Erstinfektion mit dem Zytomegalie-Virus während der Schwangerschaft zu erwarten. Wenn eine serologische Abklärung erfolgen soll, dann am besten in der Frühschwangerschaft. Falls zu diesem Zeitpunkt keine Antikörper nachweisbar sind, wird eine weitere Kontrolluntersuchung in der 20. bis 24. Schwangerschaftswoche empfohlen. Etwa zehn Prozent der während der Schwangerschaft infizierten Babys zeigen bei der Geburt oder danach Krankheitssymptome, bei wenigen der betroffenen Kinder (10 – 15%) entwickeln sich Spätschäden, insbesondere des Gehirns, meist mit Beeinträchtigungen des Sehens und Hörens.

Gegen **Windpocken (Varizellen)** sind Schwangere, die die Erkrankung als Kinder oder Jugendliche gehabt haben, geschützt. Das trifft auf fast alle Frauen zu. Wenn Sie oder Ihre Mutter sich aber nicht sicher an durchgemachte Windpocken erinnern können, ist die Bestimmung von Windpocken-Antikörpern in der Frühschwangerschaft möglich und sinnvoll. Wenn nämlich keine schützenden Windpocken-Antikörper vorhanden sind, sollten Schwangere den Kontakt mit an Windpocken erkrankten Kindern und Erwachsenen meiden. Bis zur Verkrustung der Mehrzahl der typischen Windpockenbläschen gelten Windpocken als ansteckend. Bei nicht geschützten Schwangeren, die Kontakt mit Windpockenpatienten hatten, kann der Erkrankung durch eine rechtzeitige Injektion schützender Antikörper (passive Immunisierung) vorgebeugt werden. Eine Windpockeninfektion in der Frühschwangerschaft (ca. bis zur 23. Woche) kann zu einem angeborenen Varizellen-Syndrom (mit Vernarbungen der Haut, Gliedmaßenveränderungen, geringem Geburtsgewicht, Lähmungen u. a.) führen, was allerdings nur ein bis zwei Prozent der Babys der erkrankten Patientinnen betrifft. Bei einer Windpockeninfektion der Mutter wenige Tage vor oder nach der Geburt kann es hingegen zu einer schwer verlaufenden Windpockenerkrankung des Neugeborenen kommen.



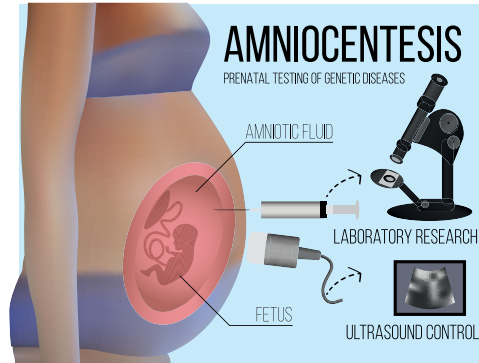
Photo: an Windpocken erkranktes Kleinkind

Eine besondere Gefahr für ein ungeborenes Kind ist eine **Röteln-Infektion** der Mutter während einer Schwangerschaft, vor allem in den ersten drei Monaten. In diesem Zeitraum der Schwangerschaft führt eine Rötelninfektion nämlich sehr oft auch zur Erkrankung des Fetus. Gegen Röteln sollte deshalb eigentlich jede Frau geimpft sein, ehe sie schwanger wird. Leider werden aber immer noch Babys mit einer so genannten Röteln-Embryopathie geboren: sie sind dann meist zu leicht und zu klein, sie hören und sehen sehr schlecht und haben zudem häufig einen angeborenen Herzfehler. Während der Schwangerschaft ist eine aktive Röteln-Impfung nicht möglich. Bei fehlendem Impfschutz sollte die Schwangere den Kontakt zu akut an Röteln erkrankten Personen unbedingt meiden. Sollte es dennoch dazu gekommen sein, kann eine umgehende Antikörpergabe (d. h. eine passive Impfung) noch einen gewissen Schutz bieten.

**Ringelröteln** sind eine typische Erkrankung im Kindergartenalter, so dass die meisten Frauen sie in dieser Zeit durchgemacht haben und somit immun sind. Der Erreger der Ringelröteln ist ein Virus mit dem Namen **Parvovirus B 19**. Bei einer Erstinfektion während der Schwangerschaft kann das Parvovirus B 19 über den Mutterkuchen auf das Ungeborene übertragen werden; das passiert bei einer von drei Frauen, die sich in der Schwangerschaft mit Parvovirus B 19 infizieren. Das Virus befällt dann beim Kind vor allem die roten Blutkörperchen und die blutbildenden Zellen im Knochenmark. Das wiederum bewirkt eine schwere Blutarmut beim Fetus, die eine eingeschränkte Herzleistung nach sich zieht und die im schlimmsten Fall zu einer Fehl- oder Totgeburt führt. Das Risiko für eine schwere Erkrankung des ungeborenen Kindes beträgt etwa zehn Prozent aller infizierten Babys. Mit einer Übertragung des Parvovirus B 19 auf ein Baby muss vor allem zwischen der 10. bis 22. Schwangerschaftswoche gerechnet werden. Verläuft die Infektion des ungeborenen Babys ohne Krankheitszeichen, ist in der Regel auch nicht mit Spätschäden zu rechnen.

**Genetische Erkrankungen**, die erhebliche Auswirkungen auf die geistige und körperliche Entwicklung eines Kindes haben, können durch eine Ultraschalluntersuchung oft überhaupt nicht oder nur schwer erkannt werden. Auch spezielle Ultraschalluntersuchungen, die von darauf spezialisierten Frauenärzten idealerweise in der 9. bis 12. sowie in der 20. bis 22. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden, **können keine absolute Sicherheit** bieten (Seite 14 des Mutterpasses). Alternativ stehen verschiedene Labortests zur Verfügung, um das Risiko für eine genetische Erkrankung abzuschätzen. Derzeit gibt es dazu **zwei Screening-Verfahren** und die so genannte Chromosomen-Analyse. Da die Chromosomen-Analyse mit der Entnahme von Fruchtwasser in der 15. bis 17. Schwangerschaftswoche und somit mit Risiken für das ungeborene Kind verbunden ist, wird meistens zunächst eines der beiden Screening-Verfahren empfohlen: In der 12. bis 14. Schwangerschaftswoche kann das **Erst-Trimester-Screening** durchgeführt werden. Dabei werden die Ergebnisse verschiedener Labortests aus dem Blutserum der Mutter mit dem Ergebnis der per Ultraschall bestimmten Nackentransparenz (in mm) des Kindes in Beziehung gesetzt. Beim Ergebnis des Erst-Trimester-Screenings handelt es sich um eine Wahrscheinlichkeitsangabe, die nicht mit einem klinischen Test oder einer diagnostischen Untersuchung verwechselt werden darf.

Eine Alternative ist der **Triple-Test**, der in der 14. bis 19. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden kann. Auch dieser Test erlaubt nur eine Abschätzung des individuellen Risikos, hier für das Auftreten der Trisomie 21 (Down-Syndrom). Dabei werden wiederum bestimmte Laborwerte aus dem Blutserum der Mutter sowie das mütterliche Alter zur Risikoberechnung herangezogen. Überschreitet die durch Erst-Trimester-Screening oder den Triple-Test ermittelte Wahrscheinlichkeit einen bestimmten Grenzwert, empfiehlt der behandelnde Frauenarzt in der Regel eine **Amniozentese** (Fruchtwasseruntersuchung, s. Abb.) oder eine **Chorionzottenbiopsie**. Bei beiden Methoden handelt es sich um invasive Eingriffe, durch die kindliche Zellen für die eigentliche diagnostische Untersuchung, die vorgeburtliche **Chromosomen-Analyse**, gewonnen werden. Erst eine solche Untersuchung führt schließlich zur annähernd hundertprozentigen Bestätigung oder zum annähernd sicheren Ausschluss einer kindlichen Chromosomenstörung.



### Amniozentese

Unter Ultraschallkontrolle wird mittels einer Punktion mit einer sehr feinen, dünnen Nadel durch die Bauchwand der Schwangeren und die Wand der Gebärmutter hindurch Fruchtwasser entnommen (ca. 10 ml). Die so gewonnene Fruchtwasserprobe wird in einem Speziallabor weiter untersucht, um angeborene Stoffwechselerkrankungen oder genetische Erkrankungen (wie z. B. eine Trisomie 21 [Down-Syndrom]) bei dem noch nicht geborenen Kind auszuschließen bzw. zu diagnostizieren. Die Amniozentese (Fruchtwasserpunktion) wird üblicherweise um die 15. bis 17. Schwangerschaftswoche ambulant durchgeführt. Eine ausführliche Beratung muss jeder Amniozentese vorausgehen. Mögliche Konsequenzen, die Sie aus dem Ergebnis der Untersuchung ziehen werden, letztlich auch die Frage eines Schwangerschaftsabbruches, müssen vor der Amniozentese besprochen werden. Auch das Risiko einer Fehlgeburt, die durch eine Amniozentese ausgelöst werden kann, gilt es zu bedenken. Es beträgt ungefähr 0,5 – 1,0%.



## Erläuterungen der Fachausdrücke von Hebammen und Geburtshelfern

Viele Fachbegriffe von Frauenärzten und Hebammen haben Sie nun schon kennengelernt. Einige weitere sollen noch erläutert werden, um Ihnen Sicherheit zu geben:

### Blasensprung

Die Fruchtblase, eine mit Fruchtwasser gefüllte Hülle, umgibt das ungeborene Baby in der Gebärmutter. Diese wenige Millimeter dicke Membran kleidet die Gebärmutter von innen her aus. Wenn sich während der Geburt der Muttermund öffnet, wölbt sich die Fruchtblase in die Scheide vor und es kommt zum für Sie schmerzlosen Einreißen dieser Membran, dem sog. Blasensprung. Sie bemerken den Blasensprung meistens daran, dass Fruchtwasser aus der Scheide abfließt. Von einem „vorzeitigen Blasensprung“ spricht man, wenn sich die Fruchtblase öffnet, bevor Wehen eingesetzt haben. Bei einem „hohen Blasensprung“ geht nur sehr wenig Fruchtwasser ab, weil nur kleines Leck in der Fruchtblase oberhalb des Muttermundes entstanden ist. Von der Scheide aus ist noch eine prall gefüllte Fruchtblase zu tasten.

### Blasensprengung

Wenn die Fruchtblase unter der Geburt nicht spontan „springt“, kann sie, um den Geburtsverlauf zu fördern, von der Hebamme oder vom Arzt mit einem feinen Häkchen schmerzlos eröffnet werden. Dadurch kann dann das Köpfchen des Babys tiefer treten: die Wehen werden wieder effektiver.

### CTG

Diese Abkürzung steht für „Cardio-Toko-Gramm“ und beschreibt ein schmerzloses Verfahren, bei dem mittels eines Druckaufnehmers und einer Ultraschallsonde auf Ihrem Bauch die Wehentätigkeit und die kindlichen Herztöne zeitgleich aufgezeichnet werden können. Ein CTG wird bei einigen Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft und dann unter der Geburt registriert, insbesondere während der Phase der Eröffnungswehen (in regelmäßigen Abständen) und während der Austreibungsphase der Geburt (kontinuierlich). Die Herzfrequenz des Babys zeigt an, wie das Kind die Wehen, also die Kontraktionen, das Sich-Zusammen-Ziehen der Gebärmutter, bewältigt, und ob es dem Baby während der Wehen gut geht.

### Cerclage

Unter einer Cerclage versteht man das Zunähen des Muttermundes. Diese Maßnahme wird in Voll- oder Teilnarkose dann durchgeführt, wenn sich der Muttermund frühzeitig z. B. schon im zweiten Schwangerschaftsdrittel, öffnet, weil er dem Druck durch die zunehmende Fruchtwassermenge und das wachsende Baby nicht mehr standhält. Eine Cerclage wird ca. 3 Wochen vor dem errechneten Geburtsburstermin wieder vom Frauenarzt gelöst.



### Dammschnitt

Bei der Geburt werden die Scheidenwand und der Damm (das ist die Hautregion zwischen Scheide und After) durch das nach außen drängende Köpfchen des Babys sehr stark gedehnt. Dabei kann es zum sog. Dammriss kommen, d.h. das Gewebe der Dammregion reißt unkontrolliert ein. Die Hebamme versucht während der Geburt des Kopfes Ihres Babys, durch wohl dosierten Gegendruck und Herandrücken von seitlichem Gewebe, die Dammregion vor einem Riss zu schützen. Wenn erkennbar wird, dass dieser Dammschutz nicht ausreicht, wird ein Dammschnitt (= Episiotomie) während des Höhepunktes einer Wehe angelegt, um ein Reißen des Dammes zu verhindern. Der Dammschnitt wird nach der Geburt des Mutterkuchens unter örtlicher Betäubung mit einer chirurgischen Naht versorgt. Er heilt in der Regel problemlos ab.

Um den Damm nachgiebiger und elastischer zu machen und um dadurch einem Dammschnitt vorzubeugen, können Sie ca. ab der 34. Schwangerschaftswoche täglich einmal für 3 – 5 Minuten eine Mischung von Körperölen in die Dammregion einmassieren. Man stellt dazu eine Mixtur aus 5 ml Weizenkeimöl, 5 ml Johanniskrautöl und jeweils 2 Tropfen Rosenöl sowie Muskatella-Salbei her oder kauft eine solche z.B. als Damm-Massageöl von Weleda® in der Apotheke, die alternativ ein solches Damm-Massageöl auch selbst herstellen oder bestellen kann.

### Doppler-Untersuchung

Die Doppler-Untersuchung ist eine spezielle Ultraschalluntersuchung, bei der die Blutflussgeschwindigkeit in den Blutgefäßen der Nabelschnur und in kindlichen Blutgefäßen gemessen wird. Aus den dabei gewonnenen Werten lassen sich Rückschlüsse auf die Versorgung des Babys ziehen. Eine Doppler-Untersuchung wird meist dann durchgeführt, wenn sich das Baby nicht zeitgerecht entwickelt, also wenn es für die Dauer der Schwangerschaft zu klein bzw. zu

leicht erscheint. Eine Doppler-Untersuchung ist auch dann angezeigt, wenn es aktuell Anzeichen für eine Gestose-Erkrankung gibt oder wenn eine solche in einer früheren Schwangerschaft vorgelegen hat.

**E.T.**

ist die Abkürzung für „Errechneter Termin“. Gemäß einer alten, nach dem Frauenarzt Naegele benannten Regel, lässt sich, ausgehend vom ersten Tag der letzten Monatsblutung vor Beginn der Schwangerschaft, der wahrscheinliche Termin der Geburt errechnen („plus sieben Tage, minus drei Monate, plus ein Jahr“). War zum Beispiel der 1. 10. 2019 der erste Tag der letzten Periodenblutung, so errechnet sich (bei einem 28-tägigen Zyklus) nach der Naegele-Regel der 8. 7. 2020 als wahrscheinlicher Geburtstermin. Tatsächlich werden nur etwa 4 bis 5% der Babys an ihrem errechneten Termin (ET) geboren. Als „**termingeboren**“ bezeichnet man alle Neugeborenen, die bis zu 14 Tage vor oder 10 bis 14 Tage nach dem errechneten Termin zur Welt kommen. Von einer Übertragung spricht man erst dann, wenn die Schwangerschaft länger als zwei Wochen nach dem errechneten Termin noch andauert.



Der anfangs berechnete Termin wird oft nach einer Ultraschalluntersuchung des Babys im ersten Schwangerschaftsdrittel noch korrigiert. Diese „Terminbestimmung“ ist mit weniger Fehlern behaftet und deshalb als zuverlässiger anzusehen als die Berechnung nach Naegele. Aber auch hier gilt, dass eine Übertragung erst dann anzunehmen ist, wenn der nach Ultraschall berechnete Entbindungstermin um mehr als zwei Wochen überschritten ist.

**OBT**

Diese Abkürzung steht für „Oxytocin-Belastungstest“. Oxytocin ist ein natürliches Schwangerschaftshormon, das die Gebärmutter zu Wehen anregt. Wenn es einer Schwangeren über eine Infusion als Medikament gegeben wird, spricht man vom „Oxytocin-Belastungstest“. Während dieser Infusion wird die Wehentätigkeit aufgezeichnet. Gleichzeitig werden die Herzschläge des Babys

registriert (CTG, Cardiotokogramm). Ein OBT wird heutzutage nur noch sehr selten durchgeführt. Früher war er üblich, wenn in einer CTG-Ableitung kleine Auffälligkeiten zu erkennen waren, um die Belastungsfähigkeit des Babys unter Wehen abschätzen zu können.

### Prostaglandine

Bei den Prostaglandinen handelt es sich um körpereigene Hormone, die auch als Medikamente zur Verfügung stehen. Prostaglandine bewirken an der Gebärmutter die Auslösung von Kontraktionen, also von Wehen. Wenn ein Prostaglandin-Gel oder eine Prostaglandin-Vaginaltablette an den äußeren Muttermund gelegt werden, führen sie meist zu einer leichten Wehentätigkeit mit einer schonenden Erweiterung und Auflockerung des Muttermundes. Streng genommen handelt es sich dabei um eine – wenngleich sanfte – Form der Geburtseinleitung. Deshalb werden Prostaglandine hauptsächlich dann eingesetzt, wenn der Geburtstermin (um mehrere Tage) überschritten ist.

Alternativ kann auch ein so genannter „Wehencocktail“ eingesetzt werden. Dem ursprünglichen **Wehencocktail** soll angeblich ein altes ägyptisches Rezept zugrunde liegen. Der wohl bekannteste Wehencocktail ist eine Rezeptur aus Rizinusöl, Aprikosensaft und solchen Zutaten, die den Geschmack des Rizinusöls „korrigieren“. Manchmal werden auch noch ätherische Öle, wie zum Beispiel Eisenkrautöl, beigegeben, die die Wehentätigkeit zusätzlich fördern können. Ein Wehencocktail wirkt wegen des Rizinusöls abführend. Durch die verstärkte Darmaktivität wird indirekt auch die Gebärmuttermuskulatur stimuliert, was im günstigsten Fall Wehen auslöst. Einen Wehencocktail sollten Sie ausschließlich nach Rücksprache mit Ihrer Hebamme oder nach Verordnung Ihres Frauenarztes zu sich nehmen.

### Sectio caesarea

Die Kaiserschnittentbindung kann zum einen geplant (elektiv, primär) erfolgen, zum Beispiel bei schwerwiegenden Vorerkrankungen der Mutter oder bei einer Beckenendlage (Steißlage) des Babys. (Anm.: Die meisten Babys liegen während der Schwangerschaft phasenweise in Steißlage, drehen sich dann aber meist in den letzten Schwangerschaftswochen so, dass das Köpfchen unten im Becken der Mutter liegt.) Der beste Zeitpunkt für eine geplante Kaiserschnittentbindung ist etwa eine Woche vor dem „errechneten Termin“ bzw. eine Woche vor dem mit Ultraschall vorhergesagten Entbindungstermin. Es kann aber auch notwendig sein, dass eine geplante Kaiserschnittentbindung früher durchgeführt wird. Das wäre z. B. dann der Fall, wenn bei fortgesetzter Schwangerschaft ein Risiko für das Baby bestünde. Ihr Frauenarzt wird dann den Termin für eine geplante Kaiserschnittentbindung sorgfältig mit Ihnen abwägen.

Wenn die Entscheidung zur Kaiserschnittentbindung erst nach dem Einsetzen der Wehen bzw. während des Geburtsverlaufes fällt, spricht man von einer „sekundären Sectio“. Das träfe zu, wenn die Geburt auf normalem Weg nicht oder nur mit erhöhtem Risiko für Mutter oder Kind zu Ende geführt werden könnte. **„Eine Kaiserschnittgeburt ist eine Operation, aber sie ist auch eine Geburt; sie sollte sicher und gut begleitet werden, aber auch mit Würde und Stauen“.**

Für eine Kaiserschnittentbindung kommen zwei Narkoseverfahren in Frage: die klassische „Vollnarkose“ (Allgemeinanästhesie) oder eine rückenmarksnaher Teilnarkose (Spinal- oder Periduralanästhesie, siehe Seite 81 ff.).

### Saugglocke

Wenn sich die Geburt in ihrer letzten Phase, der Austreibungsphase, verzögert oder zum Stillstand kommt (z. B. bei einer Wehenschwäche oder einer Erschöpfung der Mutter beim Pressen), kann es zu einer kritischen Situation



für das Baby kommen. Dann kann es nötig sein, die Geburt mit speziellen medizinischen Instrumenten zu unterstützen und zu Ende zu führen. Die Saugglocke (Vakuumglocke) ist neben der Geburtszange (s. u.) ein dafür geeignetes Instrument. Sie besteht aus einer ca. 8 cm im Durchmesser großen Plastikschale, an die per Hand ein Vakuum, also Unterdruck, angelegt werden kann. Wenn die Saugglocke auf den Hinterkopf des Babys aufgesetzt wird, haftet sie durch den Unterdruck

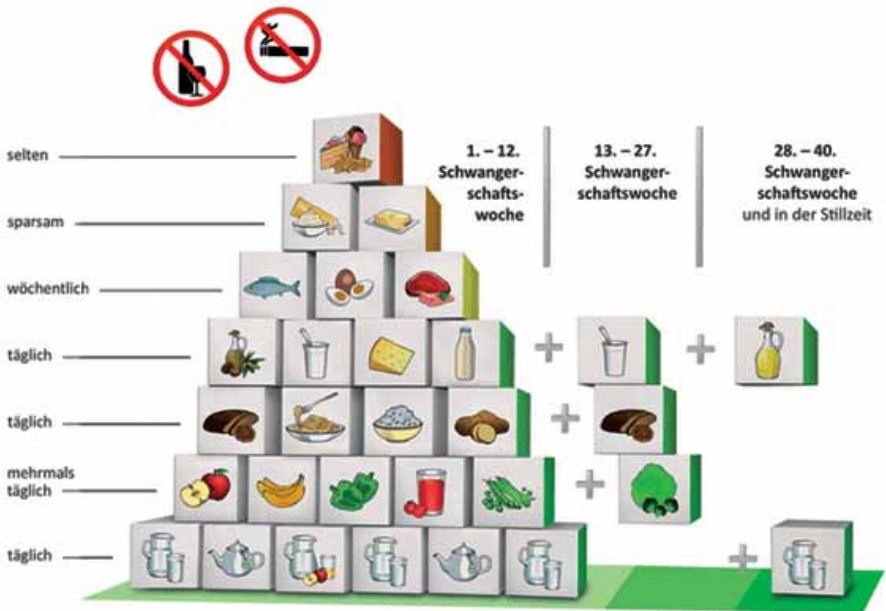
(ca. 0,8 bar) dann so fest, dass der Geburtshelfer die Mutter beim Pressen unterstützen kann, indem er das Baby mit jeder folgenden Wehe ein Stückchen „zu sich“ zieht. Mit der Saugglocke allein läßt sich ein Baby aber nicht „holen“, ein Mitpressen der Mutter ist immer erforderlich.

### Zangengeburt

Die Geburtszange (lat.: forceps) ist ein weiteres medizinisches Instrument, das früher vor allem in der Hausgeburtshilfe eingesetzt wurde, um eine Geburt zu Ende zu führen, wenn die Austreibungsphase verlängert war oder wenn eine Gefährdung des Kindes in dieser Geburtsphase zu erkennen war. Zangengeburt kommen heutzutage nur sehr selten vor.

## Ernährung in der Schwangerschaft

Einen ersten, guten Überblick über die Ernährungsempfehlungen für die Schwangerschaft und für die Stillzeit gibt Ihnen die **Ernährungspyramide für Schwangere und Stillende** der österreichischen Aktion „Richtig essen von Anfang an“ ([www.richtigessenvonanfangen.at/downloads](http://www.richtigessenvonanfangen.at/downloads)). Auf der Homepage der Aktion gibt es sehr fundierte und ausführliche Informationen zur Ernährung sowohl in der Schwangerschaft als auch in der Stillzeit.



### Die 7 Stufen zur Gesundheit

Sie müssen nicht für zwei essen. Der Energiebedarf erhöht sich schrittweise.



Die „neuen Umstände“ beeinflussen neben Ihrer physischen wie emotionalen Befindlichkeit auch Ihren Stoffwechsel.

Der kindliche und der mütterliche Stoffwechsel sind während der Schwangerschaft eng miteinander verbunden, so dass sich beide gegenseitig beeinflussen. Dieses Zusammenspiel prägt die Grundeinstellungen des kindlichen Stoffwechsels auch für das spätere Leben (pränatale Programmierung). Ihr Speiseplan in der Schwangerschaft sollte daher den Grundlagen einer ausgewogenen Ernährung folgen, wobei Sie Ihren Vorlieben durchaus einen gewissen Platz einräumen dürfen. Achten Sie auf eine maßvolle, weil dann normale Gewichtszunahme, d. h. 300 - 400 g/Woche oder 1- 1,5 kg/Monat. Ihre Gesamtgewichtszunahme durch die Schwangerschaft sollte idealerweise 9-15 kg betragen. Nehmen Sie an einem Blutzuckerbelastungstest (oGTT) teil, egal wie viel Sie bisher an Gewicht in der Schwangerschaft zugenommen haben.



**Meiden Sie Alkohol vollständig!**  
**Rauchen Sie nicht!**  
**Ernähren Sie sich**

**ausgewogen und maßvoll!** Achten Sie darauf, dass Sie täglich Lebensmittel aus allen wichtigen Lebensmittelgruppen zu sich nehmen.

**Trinken Sie reichlich:** 1,5 - 2 l/Tag in Form von Wasser, Früchtetees, Kräutertees, evtl. stark ver-

dünnte Saftschorlen. Zwei bis drei Tassen Kaffee oder Schwarztee sind in der Regel unbedenklich. **Essen Sie Brot und Getreideprodukte** (dabei eher Vollkorn- als Weißmehlprodukte), **Kartoffeln**, drei Portionen **Gemüse** (roh, gegart oder als Blattsalat) und zwei Portionen **Obst** pro Tag. **Maßvoll** sollten Milch, Milchprodukte (Joghurt, Quark, Käse, z. B. 1 Glas Milch + 1 Joghurt + 2 Scheiben Käse pro Tag), Fleisch (2-3x/Woche), Wurst, Fisch (1-2x/Woche) und Eier (2-3 Stück/Woche) auf Ihrem Speiseplan stehen. Pflanzenöle (2 EL) und Streichfett (1 EL) sollten Sie nur **wenig** verwenden, ebenso nur **selten** Süßwaren jeglicher Art oder süße und fette Backwaren essen.

**Verzichten** Sie in der Schwangerschaft möglichst weitgehend auf Süßstoff, komplett auf Alkohol und schränken Sie den Konsum von koffeinhaltigen Limonaden oder Energy-Drinks ein. Heißhunger/Lust auf Süßes ist bedingt durch eine erhöhte Insulinausschüttung in der Schwangerschaft. Beugen Sie vor durch 5 kleine Mahlzeiten am Tag mit Vollkornprodukten, Gemüse, Obst und Milchprodukten. Trinken Sie ausreichend; auch das reduziert das Verlangen nach Süßem. Also lieber ein Glas Saftschorle anstatt Bonbons, ein Glas Kakao anstatt Schokolade oder ein Becher Joghurt anstatt Kuchen.

Leber sollten Sie wegen ihres hohen Vitamin-A-Gehaltes im ersten Drittel der Schwangerschaft nicht essen. Wegen der möglichen Schadstoffbelastung, auch wenn sie in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen ist, wird Schwangeren empfohlen, auch im zweiten und dritten Drittel der Schwangerschaft höchstens 1-2 x im Monat Leber zu verzehren. Aus demselben Grund sollten bestimmte Fischarten, die einen erhöhten Quecksilbergehalt aufweisen können, nicht häufig gegessen werden: Dazu gehören Thunfisch, Hai, Barsch, Aal, Heilbutt, Rotbarsch, Hecht und Seeteufel.

Listerien und Toxoplasmen sind Bakterien bzw. Einzeller, die für das ungeborene Kind eine Gefahr darstellen können. Sie sind in rohem oder ungenügend erhitztem Fleisch oder Fisch (z. B. kalt geräucherter Lachs, Vakuumverpacktes), geräucherten Meeresfrüchten, Rohwurst (Salami, Mettwurst, vakuumverpackte Brühwürste) sowie in Rohmilchprodukten (nicht pasteurisierte Milchprodukte wie z. B. Rohmilchkäse) und in rohen Eiern enthalten. Diese Lebensmittel sollten Sie in der Schwangerschaft meiden bzw. nur in vollständig gegarter oder gekochter Form essen.

## Mehrbedarf an Nährstoffen

Während der Schwangerschaft besteht bei einigen Nährstoffen ein Mehrbedarf, den Sie mit einer **ausgewogenen Ernährung mit Gemüse, Obst, Nüssen, Vollkornprodukten, Kartoffeln, Milchprodukten, Eiern, magerem Fleisch, Fisch und Pflanzenölen** decken können. Kalorienmäßig benötigen Schwangere ab dem 4. Monat tatsächlich mehr als vorher, aber auch dann nur etwa 255 kcal pro Tag. Das wären zum Beispiel (schon):

- 1 Stück Apfelkuchen + 1 Tasse Milchkaffee,
- oder 100 g Kabeljau + 200 g Salzkartoffeln,
- oder Müsli aus 40 g Haferflocken + 1 Naturjoghurt + 1/2 Apfel,
- oder 1 Glas Milch + 1 Banane + 1 EL Nüsse
- oder 1 Käsebrot.



In der Schwangerschaft ist der **Eiweißbedarf** erhöht: auf 1,3 g pro kg Körpergewicht gegenüber 0,8 g/kg Körpergewicht vor der Schwangerschaft. Gute Eiweißlieferanten sind tierische Lebensmittel (Eier, Milch, Käse, Fisch, Fleisch, Wurst) und pflanzliche Lebensmittel (Getreide, Kartoffeln, Hülsenfrüchte). Fleischlose Kombinationen, die eine gute Eiweißversorgung gewähren, sind z.B. Kartoffeln + Hühnerrei oder Milch, Vollkornbrot + Käse, Getreideflocken + Milch, Hülsenfrüchte + Getreide, Linsensuppe + Quarkdessert, Hirse + Soja, Mais + Bohnen.

Um den erhöhten Bedarf an **Mineralstoffen** (Calcium, Eisen und Magnesium) zu decken, genügen z. B. schon 0,2 l Milch + 150 g Joghurt + 60 g Hartkäse pro Tag (Calcium), 2 Scheiben Vollkornbrot + 20 g Nüsse oder 2 Kartoffeln + 150 g Fisch + 150 g Mangold oder 1 Banane + 1 Portion Erdbeeren (Magnesium). Fleisch, Wurst, Fisch, Ei, Vollkorngetreide, Hülsenfrüchte, grünes Blattgemüse, Schwarzwurzeln, Möhren, Broccoli, Fenchel, Nüsse, Trockenobst, Beerenobst und Kräuter stellen sicher, dass Ihr Eisenbedarf gedeckt ist.

Die empfohlene Tagesdosis an **Jod resp. Jodid** (230 µg/Tag) lässt sich durch jodiertes Speisesalz und 2 x Seefisch pro Woche nicht ganz erreichen, deshalb ist hier eine Nahrungsergänzung mit 100 - 150 µg Jodid pro Tag notwendig (siehe nächstes Kapitel).

Der **Vitaminbedarf** kann durch eine ausgewogene Ernährung in der Regel gut gedeckt werden. Vollkornbrot hat's dabei wirklich in sich: Vollkornbrot enthält z. B. wesentlich mehr B-Vitamine und Eisen als Weißbrot oder Brötchen.

## Jodid in der Schwangerschaft

Das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland ist ein Jodmangelgebiet. Die tägliche Jodzufuhr mit der Nahrung beträgt in Deutschland nur ca.



30 - 80 µg (Mikrogramm) Jodid, in den USA dagegen sind es täglich 200 - 300 µg Jodid. Der Jodbedarf ist während der Schwangerschaft und der Stillzeit erhöht (auf täglich ca. 230 µg Jodid). Während der letzten Eiszeit in Europa wurde Jod vom Gletscherwasser aus den Böden herausgelöst und ins Meer geschwemmt. Seefisch und andere Meeresfrüchte enthalten daher

relativ viel Jod und können zur Jodversorgung der Bevölkerung nennenswert beitragen. Milch und Milchprodukte sind ebenfalls gute Jodlieferanten. Ihr Jodgehalt schwankt allerdings jahreszeitlich sehr, da Milchkühe im Som-

mer anderes Futter erhalten als in den Wintermonaten. Die Böden in Mitteleuropa dagegen und unser Trinkwasser sind jodarm. Die auf unseren Äckern angebauten Getreide, Gemüse und Früchte enthalten dadurch nur wenig Jod. Jod ist ein essentielles Spurenelement, das aber in unserer täglichen Nahrung weitestgehend fehlt.

Jod wird von der Schilddrüse zum Aufbau von Schilddrüsenhormonen benötigt. Sie haben in unserem Organismus eine zentrale Aufgabe bei der Regulation wichtiger Stoffwechselfvorgänge und sind auch für Wachstum und gesunde Entwicklung von inneren Organen, Nervensystem, Kreislauforganen und Muskulatur bei Kindern, sogar schon vor der Geburt, notwendig.

Um ausreichend Schilddrüsenhormon bilden zu können, müssen wir eine bestimmte Menge Jod resp. Jodid mit der Nahrung aufnehmen. Wenn nämlich die tägliche Jodaufnahme zu niedrig ist, vergrößert sich die Schilddrüse zum Kropf (Struma). Nahezu alle Haushalte und auch ca. drei Viertel aller Gastronomie-, Bäcker- und Fleischerbetriebe in Deutschland verwenden deshalb schon jodiertes Speisesalz, auch die Lebensmittel produzierende Industrie tut dies inzwischen immer mehr.

Leider kann die Schilddrüse trotz ihrer Vergrößerung zum Kropf einen Jodmangel nicht ausgleichen und ausreichend Schilddrüsenhormon bilden. Es kommt zu einer Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose), die insbesondere bei Kindern, auch schon im Mutterleib, zu Verzögerungen der körperlichen und geistigen Entwicklung führt. Störungen im Knochenwachstum, Einschränkungen und Verminderung der intellektuellen Fähigkeiten sind bei gravierendem Jodmangel bzw. bei unzureichender Bildung des Schilddrüsenhormons zu erwarten. Die regelmäßige Aufnahme von ausreichend Jod mit der Nahrung oder als Ergänzung zur Nahrung kann diese Probleme vermeiden.

Das Schilddrüsenhormon kann nicht über den Mutterkuchen von der Mutter zum Kind gelangen, Jodid hingegen schon. Deshalb ist das Baby schon ungefähr ab der 12. Schwangerschaftswoche in der Lage, das Schilddrüsenhormon für seinen eigenen Bedarf zu bilden.

In den vergangenen Jahren hat die intensive Aufklärung zum Einsatz von jodiertem Speisesalz und zum regelmäßigen Verzehr von Seefisch zu einer allgemeinen Verbesserung der Jodversorgung in Deutschland geführt (s.o.). Dennoch wird bei zahlreichen schwangeren Frauen die wünschenswerte Zufuhr von 230 µg Jod pro Tag nicht erreicht. Eine individuelle Nahrungsergänzung

mit Jodtabletten ist also weiterhin notwendig. Dabei werden auf Grund der Verbesserungen bei der Jodversorgung nicht mehr wie bisher 200 µg, sondern nur noch 100 (-150) µg Jod pro Tag für die Schwangerschaft und auch während der Stillzeit empfohlen. Das ist in Form von Jod-Tabletten oder mit Kombinationspräparaten für Schwangere, die auch Folsäure und andere Vitamine enthalten, möglich. Bitte besprechen Sie mit Ihrem Frauenarzt schon bei den ersten Vorsorgeuntersuchungen die für Sie notwendige tägliche Jod-Einnahme. Um eine bedarfsgerechte Jodaufnahme zu erreichen, ohne die als sicher erachtete Gesamttageszufuhr von maximal 500 µg Jod zu überschreiten, sollten Sie Ihrem Frauenarzt dabei die folgenden Fragen beantworten können:

- Verwenden Sie im Haushalt/beim Kochen jodiertes Speisesalz?
- Trinken Sie regelmäßige Milch, wenn ja, wieviel (1 Glas, oder mehr pro Tag)?
- Wie oft pro Woche essen Sie Seefisch?
- Verwendet Ihr Bäcker/Metzger Jodsalz?
- Nehmen Sie Folsäure-/Multi-/Vitaminpräparate bzw. Nahrungsergänzungsmittel mit Jodid ein?
- Nehmen Sie Jodtabletten ein? Wenn ja, welche?
- Nehmen Sie jodreiche Algen-/Tangpräparate zu sich? Wenn ja, welche?

Jodtabletten können zur Vorbeugung seit 2004 leider nicht mehr auf Rezept verordnet werden; sie sind nicht mehr erstattungsfähig. Wenn Sie mehr über die Schilddrüse und das Schilddrüsenhormon erfahren wollen, empfehlen wir Ihnen die Internetseite [www.jodmangel.de](http://www.jodmangel.de).

## Folsäure und Schwangerschaft

Folsäure gehört zur Gruppe der B-Vitamine; sie spielen bei Zellteilungs- und Wachstumsprozessen eine wichtige Rolle. Fehlt Folsäure (Folat) im Körper, äußert sich das durch Blutarmut, Verdauungsstörungen und Veränderungen an den Schleimhäuten. Beim ungeborenen Kind kann es den Verschluss des so genannten Neuralrohres verzögern oder die Entwicklung des zentralen Nervensystems beeinträchtigen. Es gibt auch Hinweise darauf, dass Folsäuremangel zu anderen Fehlbildungen beim Kind, insbesondere Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten, beitragen kann.

Zur Vorbeugung wird deshalb allen Frauen empfohlen, möglichst schon einige Wochen vor der Empfängnis, spätestens aber mit Feststellung der Schwangerschaft und dann konsequent während des gesamten ersten Schwangerschaftsdrittels, zusätzlich zur täglichen Nahrung (Gemüse enthält reichlich Folsäure) noch weitere 400 µg Folsäure pro Tag in Form von Nahrungsergänzungsmitteln einzunehmen.

## Zahnpflege während der Schwangerschaft

In der Mundhöhle lebt eine Vielzahl von Mikroorganismen, d. h. Bakterien und Fadenpilze. Sie machen uns bei guter Zahnpflege üblicherweise keine Probleme. Ihre Hauptnahrung ist Zucker (Kohlenhydrate) aus Speiseresten. Die so genannte Plaque, der Zahnbelag, enthält sehr viele stoffwechselaktive Bakterien: Sie nehmen Kohlenhydrate auf und verarbeiten sie binnen weniger Minuten zu Säuren. Diese Säuren greifen zunächst die oberflächlichen, später die tieferen Zahnstrukturen an: es entsteht Karies.

Durch das Zähneputzen werden die Zähne von Belägen und von Plaque befreit. Der Glaube, dass Löcher in den Zähnen ein unabwendbares Schicksal seien, oder dass Karies gar vererbbar sei, ist falsch. Durch regelmäßiges, mehrmals tägliches Zähneputzen zusammen mit der täglichen Verwendung von Zahnseide zur Reinigung Ihrer Zahnzwischenräume verhindern Sie Karies und fördern zudem die Gesundheit des Zahnfleisches und des gesamten Zahnhalteapparates im Kiefer. Die bleibenden Zähne können und sollen bis ins hohe Alter halten.



In der Schwangerschaft sollten Sie noch mehr als sonst auf Ihre Mundgesundheit achten, da es in dieser Zeit (insbesondere in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft) durch die veränderte Hormonlage leicht zu entzündlichen Zahnbettveränderungen kommen kann. Zahnfleischartzündungen und -schwellungen bereiten dann manchmal durchaus ernsthaftere und schmerzhaftere Probleme.

Veränderte Essgewohnheiten – wie häufige kohlenhydratreiche Zwischenmahlzeiten zu sonst unüblichen Zeiten oder einfach „Lust auf Saures“ oder „Lust auf Süßes“ zwischendurch – können sich außerdem nachteilig auf die Zahngesundheit auswirken. Da die Schwangerschaftshormone indirekt auch einen Einfluss auf die Beschaffenheit und das Fließverhalten des Speichels haben, sind Ihre Zähne in dieser Zeit etwas stärker kariesgefährdet als sonst. Das gilt insbesondere dann, wenn Sie in den ersten Wochen der Schwangerschaft häufiger erbrechen müssen. Sie sollten dann auf eine besonders intensive Mundhygiene achten und dazu zusätzlich auch noch eine fluoridhaltige Mundspüllösung verwenden, um den säuregeschädigten Zahnschmelz wieder zu mineralisieren.

Eine vermehrte Fluoridaufnahme während der Schwangerschaft ist für die Zahngesundheit des ungeborenen Kindes nicht von Bedeutung. Sie sollten als werdende Mutter allerdings zugunsten Ihrer eigenen Zähne auf eine ausreichende Fluoridierung achten (was man mit einer fluoridierten Zahnpasta für Erwachsene und mit fluoridiertem Jodidsalz im eigenen Haushalt gut erreichen kann). Auch die Zubereitung der Speisen „al dente“ ist vorteilhaft, denn kräftiges und langes Kauen massiert auf natürlichem Weg das Zahnfleisch und drängt Entzündungen zurück. Auch die Vitamine A (in Fenchel, Grünkohl, Karotten, Spinat) und C (in schwarzen Johannisbeeren, Orangen, Paprika) bieten der werdenden Mutter einen zuverlässigen Schutz für ihr Zahnfleisch.



Zahnarztbesuche sollten während der Schwangerschaft regelmäßig, am besten alle 2 - 3 Monate, erfolgen. Ihr Zahnarzt kann so krankhaften Veränderungen an den Zähnen und am Zahnfleisch vorbeugen und sie ggf. frühzeitig erkennen. Durch eine gute Mund- und Zahnpflege in Zusammenarbeit mit Ihrem Zahnarzt oder Ihrer Zahnärztin werden Ihre Zähne gut über die Schwangerschaft kommen.

**Sollte eine zahnärztliche Behandlung in der Schwangerschaft notwendig werden, sind auch in dieser Zeit örtliche Betäubungen möglich.** Bitte informieren Sie den Zahnarzt über eine bestehende Schwangerschaft. Mehr Informationen zum Thema „Zahnpflege und Mundhygiene während der Schwangerschaft“ erhalten Sie von Ihrem Zahnarzt oder im Internet:[www.kzbv.de/zahngesundheit-waehrend-der-schwangerschaft.47.de.html](http://www.kzbv.de/zahngesundheit-waehrend-der-schwangerschaft.47.de.html).

## Medikamente in der Schwangerschaft

Nicht selten sind Schwangere wie auch Ärzte und Zahnärzte, die Schwangere wegen chronischer oder akuter Erkrankungen behandeln, verunsichert, wenn eine Arzneimitteltherapie in der Schwangerschaft fortgesetzt oder neu begonnen werden soll. Kurzgefasste „Herstellerempfehlungen“ auf den Medikamenten-Beipackzetteln oder in der Roten Liste, einem Arzneimittelverzeichnis für Ärzte und Zahnärzte, beinhalten leider häufig nur das Statement, dass ein Arzneimittel während einer Schwangerschaft und während der Stillzeit kontraindiziert sei, also nicht oder nur mit Einschränkungen verwendet werden dürfe. Viele Ärzte, Zahnärzte und Apotheker betrachten diese Hinweise als rechtlich bindend und lehnen eine Behandlung mit solchen Medikamenten (dann als sogenannter Off-label-use) als haftungsrechtlich problematisch ab.



Solche pauschalen „nicht-zugelassen-während-Schwangerschaft- und Stillzeit“-Aussagen kommen oft aber nur dadurch zustande, dass Arzneimittelhersteller die eigentlich notwendigen Wirksamkeits- und Verträglichkeitsuntersuchungen für Medikamente während der Schwangerschaft nicht finanzieren (möchten), dennoch aber „auf Nummer sicher gehen“ wollen.

Erfreulicherweise besteht inzwischen für eine Vielzahl von verfügbaren Arzneimitteln ein jahrzehntelanger Erfahrungsschatz, der ihren Einsatz auch in der Schwangerschaft rechtfertigt. Große wissenschaftliche Datenbanken erleichtern Ärzten und ihren schwangeren oder stillenden Patientinnen die Entscheidung, das jeweils geeignete Medikament auszuwählen. Denn auch Schwangere und Stillende müssen bei bestimmten Erkrankungen mit sicheren Arzneimitteln versorgt werden können.

Das renommierte Internetprojekt des Pharmakovigilanz- und Beratungszentrums für Embryonaltoxikologie der Universitätsmedizin Berlin (Charité), das aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und von der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit finanziert wird, ist unabhängig vom Einfluss von Arzneimittelfirmen oder anderen Interessengruppen. Es bietet seit über 20 Jahren neutrale, zuverlässige Informationen zur Verträglichkeit der wichtigsten Medikamente und

[www.embryotox.de](http://www.embryotox.de)

zur Behandlung häufig vorkommender Krankheiten in Schwangerschaft und Stillzeit. Die Angaben auf der 2008 eröffneten Internetseite beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Daten und stimmen nicht immer mit den Informationen überein, die Sie in den Produktinformationen (auf dem Beipackzettel) finden. Dennoch sind die dort gegebenen Empfehlungen fundiert und bieten eine hervorragende Basis zur medikamentösen Behandlung in Schwangerschaft und Stillzeit.

Die Datenbank von [www.embryotox.de](http://www.embryotox.de) wächst und wächst. Die vorhandenen Daten werden so aufbereitet, dass eine sichere Entscheidung möglich wird, ob ein bestimmtes Medikament einer Schwangeren oder Stillenden verordnet werden darf und was ggf. zu tun ist, wenn eine Schwangere oder Stillende das Medikament bereits eingenommen hat und sich nun Sorgen macht, ob das „okay“ war.

Damit kann unnötige vorgeburtliche Diagnostik, unnötiges Abstillen oder gar der Abbruch einer gewünschten und intakten Schwangerschaft vermieden werden, was sonst, wegen einer unklaren Arzneimitteleinnahme der Schwangeren in Erwägung gezogen werden würde. Bitte nutzen Sie also [www.embryotox.de](http://www.embryotox.de) (kostenlos), wenn Sie oder Ihr behandelnder Arzt oder Zahnarzt Fragen zur Arzneimitteltherapie in der Schwangerschaft haben.

## Sport und Gymnastik in der Schwangerschaft

Lange wurde von Sport in der Schwangerschaft wegen möglicher Gefahren oft kategorisch abgeraten. Man machte sich Sorgen wegen möglicher Verletzungen der Sport treibenden Schwangeren und ihres Kindes oder dachte an die Gefährdung durch eine Nabelschnurumschlingung. Die Angst, durch die körperliche Aktivität könne es zu Überwärmung, Beckenbodenverhärtung und einer Verzögerung der Austreibungsphase unter der Geburt kommen, erlaubte – wenn überhaupt – „nur“ Gymnastik, Schwimmen und Spaziergehen.

In aller Regel überwiegen aber die Vorteile von Sport in der Schwangerschaft die möglichen Nachteile, solange keine Überlastung stattfindet. Subjektive und objektive Vorteile von mäßig betriebenem Sport werden in einem gesteigerten Wohlbefinden, einer verbesserten Körperbeherrschung, einer Fitnesszunahme, einer Reduzierung von morgendlichem Unwohlsein, einer Stärkung von Bauch-, Rücken- sowie Beckenboden-Muskulatur, einer Vermeidung von Krampfadern, Thrombosen und Hämorrhoiden, einer besseren Geburtsvorbereitung und einer schnelleren Erholung nach der Geburt gesehen. Aus sportmedizinisch-wissenschaftlicher und praktischer Sicht ist Sport in der

Schwangerschaft daher nicht prinzipiell abzulehnen. Empfehlungen sollten allerdings individuell ausgesprochen werden. Allgemeine Ratschläge, wie sie nachstehend aufgelistet sind, können lediglich eine Orientierung darstellen.

Die folgenden Ausführungen basieren auf einer Veröffentlichung von Herrn Prof. Dr. med. Klaus Jung, Leiter der Abteilung Sportmedizin an der Universität Mainz.

Zur Verringerung schwangerschaftsbedingter Beschwerden (wie Rücken-, Atem-, oder Kreislaufproblemen, venösen Stauungen) sind Atemgymnastik, Entspannungsübungen und Gymnastik, auch zur Erleichterung der bevorstehenden Geburt, weitgehend und allgemein anerkannt. Wer sich in der Schwangerschaft sportlich betätigen möchte, sollte berücksichtigen,



- ➡ dass körperrgewichtsentlastende Sportarten vorzuziehen sind,
- ➡ dass mit dem Training nicht erst während der Schwangerschaft begonnen wird,
- ➡ dass Rückenlagen und sog. anaerobe Sportarten zu vermeiden sind,
- ➡ dass Saunabesuche mit Vorsicht anzugehen sind,
- ➡ dass zur Vermeidung von Überbelastungen das subjektive Wohlbefinden und/oder die Messung der Herzfrequenz beachtet werden
- ➡ und dass es bei allen sportlichen Belastungen auch die jeweilige Phase der Schwangerschaft zu beachten gilt.

**Gymnastik, Schwimmen, Radfahren, Skilanglauf, Yoga und Walking sind ideale Sportarten für Schwangere.**

**Nur bedingt geeignet** für Schwangere sind die Sportarten Laufen, Schnorcheln, Aerobics, Rudern, Bodenturnen, Segeln und Tischtennis.

**Nicht empfehlenswert** sind Sportarten mit extremen Beschleunigungs- oder Abbremskräften (Squash, Tennis) oder dem Risiko von Stürzen, Mannschafts



sportarten wie Handball, Fußball oder Volleyball, Tauchen, Drachenfliegen, Fallschirmspringen, Surfen, Reiten, Ski alpin oder Bodybuilding. Wettkampfsport, Kampfsport an sich und Sprünge sind gefährliche Sportarten für schwangere Frauen und ihre Babys und deswegen nicht geeignet. Im letzten Drittel der Schwangerschaft (7. – 9. Monat) wird außer Gymnastik und – nach Rücksprache mit dem Frauenarzt ggf. Schwimmen – keine andere Sportart mehr empfohlen.

## Schwangerschaft und Rauchen

Wenn Sie rauchen und ein Kind erwarten, wird Ihnen Ihr Arzt empfehlen, **mit dem Rauchen ganz aufzuhören**. Diesem absolut richtigen Ratschlag wird im Freundes- oder Bekanntenkreis oft entgegen gehalten, dass die Kinder von Müttern, die während der Schwangerschaft geraucht haben, bei der Geburt völlig gesund waren. Leider sehen viele schwangere Raucherinnen dann keinen Grund, das Rauchen sein zu lassen. Wenn die werdenden Väter zudem ebenfalls Raucher sind, ist es für die Schwangere doppelt schwer, Nichtraucherin zu werden.



Wenn sich eine Mutter entscheidet, während der Schwangerschaft **nicht zu rauchen**, trägt sie entscheidend dazu bei,

- ➔ dass das **Risiko einer Fehlgeburt** vermindert wird,
- ➔ dass sich die Möglichkeit einer Frühgeburt um die Hälfte reduziert,
- ➔ dass ihr Baby eine größere Chance hat, normalgewichtig auf die Welt zu kommen: Das Baby einer Raucherin **wiegt durchschnittlich ca. 10 % weniger** als das Kind einer Nichtraucherin.
- ➔ dass das **Risiko einer Totgeburt** um zwei Drittel sinkt,
- ➔ dass die **Häufigkeit von Infektionserkrankungen** oder **allergischen Reaktionen** bei ihrem Kind gesenkt wird,
- ➔ dass die **Gefahr des plötzlichen Kindstodes** (engl. SIDS, sudden infant death syndrome) reduziert wird,
- ➔ dass das Neugeborene nicht unter **Raucher-Entzugssymptomen** (Unruhe, vermehrtes Schreien nach der Geburt) leidet.

Die Gefahren des Rauchens für das ungeborene Baby werden (immer noch) unterschätzt. Wenn eine Schwangere raucht, nimmt sie viele, zum Teil hoch-

giftige Stoffe auf. Dazu zählen Nikotin und Kohlenmonoxid. Beide Substanzen verhindern, dass ein Baby in der Gebärmutter gut und ausreichend mit lebenswichtigen Nährstoffen versorgt wird. Auch wenn eine Schwangere bereits im dritten oder vierten Monat ist – **es ist nie zu spät, das Rauchen einzuschränken oder am besten ganz damit aufzuhören**. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit für einen gesunden Schwangerschaftsverlauf und für ein gesundes Baby.

**Konkrete Hilfe**, um mit dem Rauchen und Alkoholkonsum aufzuhören, bietet anonyme und kostenlose Online-Beratung für Schwangere, um alkohol- und rauchfrei durch die Schwangerschaft zu gehen ([www.iris-plattform.de](http://www.iris-plattform.de)). Unter der Telefonnummer **08008/31 31 31** können Schwangere eine kostenfreie persönliche Beratung zum Thema „**rauchfrei**“ erhalten.

Auch nach der Entbindung trifft eine Mutter, die auf das Rauchen verzichtet, für das Baby (und für sich!) die beste Entscheidung. Gleiches gilt natürlich auch für einen rauchenden Vater, der anlässlich der Geburt seines Kindes Nichtraucher wird!

Entgegen landläufiger Meinung **dürfen und sollen Raucherinnen stillen**. Die stillende Mutter sollte sich aber um eine weitestgehende Reduktion der Zigarettenzahl bemühen. Ein sehr starker Zigarettenkonsum ist mit der Stillfähigkeit und dem Gedeihen des Kindes schlecht vereinbar. Bei starken Raucherinnen (d. h. ab zehn Zigaretten täglich) kommt es zum verspäteten Milcheinschuss und zu einer verminderten Milchproduktion. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang mit der Zahl der gerauchten Zigaretten; d. h. der Einfluss ist umso ausgeprägter, je mehr geraucht wird. Das kindliche Saugvermögen ist bei Babys von stillenden Raucherinnen vermindert. Man beobachtet bei den Kindern häufiger Unruhe, Bauchweh und Koliken, auch Infekte der Atemwege sind häufiger. Die kindliche Gewichtszunahme ist vermindert. Angesichts der Möglichkeit der passiven Aufnahme von Rauchbestandteilen sollte in der Nähe des Kindes nie geraucht werden. Es macht keinen Unterschied, ob eine Mutter Zigaretten oder andere Produkte der Tabakindustrie raucht oder Shisha-Raucherin ist. Die nachteiligen Auswirkungen sind gleich.

Eine stillende Raucherin kann durch bewusste Rauchpausen vor dem Stillen die Belastung der Muttermilch reduzieren. Ein typisches Beispiel dafür ist das Nikotin, dessen Konzentration in der Muttermilch schon während einer einstündigen Rauchpause deutlich abnimmt. **Also: wenn geraucht wird, dann unbedingt nach dem Stillen, nicht davor!**

Mütter, die in der Stillphase das Rauchen aufgeben, stellen fest, dass ihre Babys besser gedeihen. Am besten ist es für alle Familienmitglieder, wenn weder Vater noch Mutter rauchen, denn durch eine rauchfreie Umgebung

- ➔ wird die Gefahr des plötzlichen Kindstodes verringert,
- ➔ erkranken Kinder seltener an Infektionskrankheiten,
- ➔ kann die Häufigkeit von Atemwegserkrankungen um die Hälfte und die von Mittelohrentzündungen um ein Drittel gesenkt werden,
- ➔ reduziert sich das Risiko von Asthmaanfällen bei Kindern um etwa die Hälfte.



Weitere internetbasierte Angebote zur Rauchentwöhnung finden Sie unter [www.nichtraucherhelden.de](http://www.nichtraucherhelden.de) oder bei der BZgA unter [www.bzga.de](http://www.bzga.de).



## Geburtsvorbereitungskurse

Hebammen führen Geburtsvorbereitungskurse durch. Die genauen Termine erfahren Sie bei den freiberuflichen Hebammen (s. S. 174 ff) direkt oder für die Kurse am Klinikum Kulmbach bei einem Anruf in der Ambulanz der Frauenklinik (Tel.: 0 92 21/98-19 01). Dort können Sie sich auch anmelden. Die Kurse umfassen ca. 7 bis 8 Doppelstunden. Die erste Kursdoppelstunde sollte in Ihrer 27. bis 28. Schwangerschaftswoche (SSW) liegen.

Melden Sie sich deshalb bitte frühzeitig an (ca. ab der 20. SSW). Bitte machen Sie von diesen Angeboten rege Gebrauch!



## Werdende-Eltern-Kurs

Für werdende Eltern, speziell wenn das erste Baby unterwegs ist und sich damit viele Fragen ergeben, bietet das Klinikum Kulmbach einen **Werdende-Eltern-Kurs an**, bei dem alles Wichtige für die ersten Wochen und Monate mit Ihrem Baby zur Sprache kommt. Der Kurs umfasst fünf bis sechs Doppelstunden, in denen Tipps zur Säuglingserstaussattung, zur Körperpflege und verschiedenen Wickeltechniken (mit praktischen Übungen) und zur Ernährung des Babys vermittelt werden. Es besteht darüber hinaus die Möglichkeit, mit der jeweiligen Kursleiterin, einer Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Still- und Lactationsberaterin IBCLC, die Wochenstation des Klinikums zu besichtigen und sich umfassend über das Stillen insgesamt informieren zu lassen. D. h. Sie bekommen fundierte Antworten auf Fragen wie

- ➡ Welche Vorteile bringt das Stillen?
- ➡ Welche besonderen Inhaltsstoffe hat Muttermilch?
- ➡ Worauf muss man achten, damit es von Anfang an gut klappt?
- ➡ Was darf die stillende Mutter alles essen?
- ➡ Wie lange darf man/sollte man stillen?

Stillen als normale und natürliche Säuglingsernährung hat viele Vorteile für Sie als Mutter und für Ihr Baby. Dass Stillen aber - genauso wie Schwimmen, Fahrradfahren oder Tanzen - dennoch erst erlernt werden muss, sowohl von der stillenden Mutter als auch vom Neugeborenen, ist aber auch zutreffend.

Viele Frauen geben leider ohne die richtige Hilfe und fachliche Unterstützung das Stillen zu schnell auf oder erliegen alten Vorurteilen über ihre eigene Stillfähigkeit. Damit Sie sich auf das Stillen gut vorbereitet fühlen können, lohnt sich der Besuch des werdende-Eltern-Kurses auf jeden Fall!



Eine rechtzeitige Anmeldung ist notwendig. Die genauen Kurstermine erfahren Sie bei der Kurs-Anmeldung in der Ambulanz der Frauenklinik (Tel. 09221/98-1901).

Zu den vielen Tipps und Empfehlungen, die Sie bei einem werdende-Eltern-Kurs bekommen werden, gehört z. B. auch ein **Rezept für Milchbildungskugeln**. Sie benötigen für ca. 35 bis 40 Milchbildungskugeln 250 g Weizen, 150 g Gerste, 100 g Hafer, 150 g Butter, 150 g Muscovadozucker (den Sie in Reformhäusern oder Bio-Läden bekommen) und 35 - 40 g gehackte Cashewnüsse.

Das gesamte Getreide wird fein gemahlen. Rösten Sie das Mehl mit den Cashewnüssen in einem Topf an, bis es leicht braun wird und stark duftet. Geben Sie jetzt die Butter hinzu und rühren Sie weiter, bis sie ganz geschmolzen ist. Als letztes fügen Sie den Zucker dazu und nehmen dann nach 10 - 15 sec. den Topf vom Herd.

Um die Kugeln gut formen zu können, geben Sie noch einige Esslöffel Wasser hinzu. Formen Sie sie nun – solange die Masse noch warm ist – Kugeln mit einem Durchmesser von 2,5 bis 3 cm. Lassen Sie die Kugeln dann auskühlen und lagern Sie sie anschließend in einem verschlossenen Behältnis im Kühlschrank.



Essen Sie zur Anregung der Milchbildung täglich eine, höchstens zwei Kugeln; in der Regel kommt die Milchbildung bereits durch eine Kugel pro Tag bei gleichzeitig guter Stilltechnik ausreichend in Gang. Milchbildungskugeln wirken darüber hinaus stuhlregulierend; bei Verzehr von mehr als zwei Kugeln pro Tag kann es zu weichem bis hin zu durchfälligem Stuhlgang kommen.

## Geschwisterkinder und neue Schwangerschaft

Bedenken Sie, dass nicht nur Sie als Eltern mit der Schwangerschaft und der Geburt des Kindes einen neuen Lebensabschnitt beginnen, sondern auch die Kinder, die Sie schon haben. Für viele Kinder ist es ein kleines Wunder, dass ein anderer Mensch im Bauch der Mutter heranwächst. Ältere Kinder interessieren sich schon sehr für den Vorgang im Bauch der Mutter, wenn sie erneut schwanger ist. Spätestens wenn die Schwangerschaft sichtbar wird, ist es also also höchste Zeit, das Geschwisterkind mit den neuen Umständen vertraut zu machen. Es fällt dem Kind oft leichter, die neue Geschwister-Rolle zu erlernen, wenn die Eltern schon in der Schwangerschaft offen mit allen Fragen des Kindes umgehen und es altersgerecht einbeziehen.



Eltern leben oft in dem Glauben, dass sich ältere Geschwisterkinder immer über ein neues Brüderchen oder Schwesterchen freuen werden. Es ist schön, wenn dem so ist. Ältere Kinder können sich aber auch ablehnend verhalten, wenn sie meinen, zukünftig nicht mehr genug Zuwendung und Aufmerksamkeit von den Eltern zu bekommen.

Die Geburt des neuen Schwesterchens oder Brüderchens wird das Leben des älteren Kindes so sehr verändern wie kaum ein anderes Ereignis. Manche Geschwisterkinder fühlen sich verunsichert und zurückgesetzt. Manche

reagieren für die Eltern völlig unverständlich, z. B. mit Tritten gegen die Mama, oder sie schubsen das Baby. Manches Kind imitiert auch das Neugeborene und macht plötzlich wieder in die Hose oder verlangt nach dem Schnuller, nur um verloren geglaubte Zuwendung zurück zu gewinnen. Eltern sind gut beraten, sich während der Schwangerschaft Zeit für eine kind- und altersgerechte Vorbereitung auf die neue Rollenverteilung der Kinder in der Familie zu nehmen. Kinder können so schon frühzeitig ihre Emotionen in Bezug auf das neue Familienmitglied „ordnen“. Sie erfahren dabei zwar, dass sie nicht mehr alleine im Mittelpunkt der elterlichen Aufmerksamkeit stehen (werden); sie erleben aber gleichzeitig über die intensive elterliche Zuwendung in dieser Phase, wie wichtig sie für ihre Eltern sind und wie sehr sie von Mama und Papa geliebt werden.

Wenn die Mutter zu den Schwangerschaftsvorsorgen zum Frauenarzt geht, kann sie dem älteren Geschwisterkind erzählen, dass sie auch in der früheren Schwangerschaft solche Untersuchungen gemacht hat und sich sehr auf die Ankunft des Kindes gefreut hat. Es gibt auch kindgerechte Bücher, mit denen die Eltern dem Kind das Heranwachsen des neuen Babys verdeutlichen können. Es lohnt sich, sich mit dem Kind die Zeit zu nehmen, ein solches Buch heranzuziehen und die Fragen des Kindes zu beantworten. Die Eltern können dem Kind so auch verständlich erklären, dass das neue Baby viel Aufmerksamkeit brauchen wird.





## Schwangerenschwimmen

Schwimmen ist für schwangere Frauen eine ideale Möglichkeit, körperlich aktiv zu bleiben. Schwimmen erhält Fitness und Gesundheit während der Schwangerschaft, ohne zu überlasten. Es ist ein ausgezeichnetes und intensives Herz-Kreislauf- und Muskeltraining. Die Atemtechnik beim Schwimmen ist außerdem dem „intensiven Atmen“ unter der Geburt ähnlich. Deshalb ist Schwimmen auch eine ideale Vorbereitung auf die Geburt selbst. Schwimmen verbessert die Kondition und das Durchhaltevermögen, was sich ebenfalls günstig auf die Geburt auswirkt. Rücken, Knie und Füße werden entlastet. Durch die Wirkung des Wassers kommt es zu einer Entlastung des Rückens und zu einer Mobilisierung vorhandener Wassereinlagerungen. Auch das Thromboserisiko sinkt.



Nicht geeignet ist das Schwangerenschwimmen leider für Frauen mit schwerwiegenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen und für Nichtschwimmerinnen.

Das Angebot zum Schwangerenschwimmen der Elternschule am Klinikum Kulmbach richtet sich Schwangere ab der 30. SSW mit Spaß an der Bewegung im Wasser. Ein Kurs geht über sieben Doppelstunden. Die Anmeldung dazu ist in der Ambulanz der Frauenklinik möglich (Tel. 09221/98-1901).

## Akupunktur in der Schwangerschaft

Die Akupunktur versteht sich als ganzheitliche Heilmethode. Sie gehört zur traditionellen chinesischen Medizin (TCM) und wird seit alters her auch zur Linderung von Schwangerschaftsbeschwerden eingesetzt. Außerdem kann sie als allgemeine geburtsvorbereitende Akupunktur angewandt werden, dann mit einer wöchentlichen Sitzung ab der 36. Schwangerschaftswoche. Sie wirkt ausgleichend, beruhigend und angstlösend.

Die einzelnen Behandlungen dauern jeweils etwa 20 bis 30 Minuten; sie werden von einer Hebamme durchgeführt, die über spezielle Fertigkeiten für die Akupunkturbehandlung in der Schwangerschaft verfügt, und zwar immer Dienstags zwischen 09:00 und 12:00 Uhr im Kreißaal des Klinikums Kulmbach.

Die Anmeldung und Terminvereinbarung zur geburtshilflichen Akupunktur erfolgt über den Kreißaal (Tel.: 09221/98-4711). Für eine Sitzung wird jeweils eine Kostenpauschale von 12,00 Euro berechnet; Sie erhalten eine Rechnung über alle Akupunktursitzungen erst nach Abschluss der Behandlungen per Post. Eine Erstattung der Kosten für Akupunktur in der Schwangerschaft durch Ihre Krankenkasse ist die Ausnahme, Einzelfälle ausgenommen.

## Kreißaalführung im Klinikum Kulmbach

Im Klinikum Kulmbach fand bis zum Beginn der Corona-Pandemie Anfang 2020 **jeden zweiten Donnerstag im Monat um 19.00 Uhr eine Kreißaalführung** statt. Fiel der zweite Donnerstag auf einen Feiertag fallen, verschiebt sich der Termin für die Kreißaalführung um eine Woche nach hinten. Die Kreißaalführung begann in der Eingangshalle des Klinikums. Eine Hebamme holte die werdenden Eltern dort ab und begleitete sie zum Vortragssaal auf die Ebene U 1; von dort ging es dann nach einem Vortrag weiter zu den Kreißsälen im 1. Stock des Klinikums. Eine Voranmeldung war nicht erforderlich.

Bei der Kreißaalführung stellte ein Ärzte- und Hebammen-Team des Klinikums Kulmbach den Ablauf der Geburt, die verschiedenen Verfahren der Schmerzlinderung unter der Geburt und die erweiterten Vorsorgeuntersuchungen für Neugeborene am Klinikum Kulmbach vor. Bitte informieren Sie sich detailliert auf der Internetseite des Klinikums, [www.klinikum-kulmbach.de/Frauenklinik/Geburtshilfe](http://www.klinikum-kulmbach.de/Frauenklinik/Geburtshilfe).

## Ambulante Untersuchungen, Geburtsplanung

Sollte sich in der Schwangerschaft eine Situation ergeben, in der Ihr Frauenarzt spezielle Untersuchungen wünscht oder soll eine ärztliche Beratung über die Geburtsplanung (vaginale Entbindung, Kaiserschnitt) erfolgen, können Sie mit einer Überweisung ambulant im Klinikum Kulmbach untersucht und beraten werden. Bitte vereinbaren Sie dann einen Termin mit der Frauenärztlichen Ambulanz, Tel.: 09221/98-1901.

## Anmeldung zur Geburt

Ab der (34. bis) 36. Schwangerschaftswoche können Sie sich zur Geburt anmelden und in einem Beratungsgespräch mit den Hebammen des Klinikums noch offene Fragen klären. Auch organisatorische und verwaltungstechnische Angelegenheiten können bei dieser Gelegenheit schon erledigt werden. Die Termine dazu sind jeweils der **erste und dritte Donnerstag im Monat zwischen 14.00 und 18.00 Uhr** im Kreißaal oder alternativ in einem Besprechungsraum auf der Ebene 1, nur wenige Schritte vom Kreißaal entfernt. Sollte der Termin auf einen Feiertag fallen, so findet er nicht statt. Bitte bringen Sie zur Anmeldung Ihren Mutterpass und alle wichtigen medizinischen Befundergebnisse mit. Bei der Anmeldung zur Geburt werden wir Ihnen auch das B.E.St®-Konzept von Babyfreundlich, wie wir es auf unserer Wochenstation praktizieren, vorstellen, damit Sie gut informiert Entscheidungen zu Ihrem und zum Wohl Ihres Kindes treffen können.

Natürlich können Sie auch ohne vorherige Anmeldung jederzeit im Klinikum Kulmbach entbinden. Gehen Sie einfach zum Kreißaal im 1. OG. Eine genaue Wegbeschreibung geben Ihnen gerne die Mitarbeiter/-innen an der Information am Eingang des Klinikums.

## Brauche ich Hilfe in der Schwangerschaft?

Fühlten Sie sich im letzten Monat häufiger niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos oder hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Stimmungsschwankungen und Stimmungstiefs können während einer Schwangerschaft genauso auftreten wie sonst im Leben. Ansprechpartner für psychische Probleme in der Schwangerschaft wären zunächst Gynäkologen und Hebammen, allerdings ist das – auch unter Berücksichtigung der jeweiligen Ausbildungsinhalte für beide Berufsgruppen – nicht deren Tätigkeitsschwerpunkt.



Um hier Abhilfe zu schaffen, wird z. B. in den USA und in Australien ein Routinescreening mit einem zehn Fragen umfassenden **Selbstauskunftsbogen** bei schwangeren Frauen durchgeführt. Eine deutschsprachige Version möchten wir Ihnen hier vorstellen. Bitte nehmen Sie sich die Zeit, die einzelnen Fragen zu beantworten.

Bitte lesen Sie die einzelnen Aussagen sorgfältig durch und kreuzen Sie die Antwort an, die Ihrem Befinden in den letzten beiden Wochen am besten entspricht! Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Wie die Auswertung funktioniert, die Sie selbst durchführen können, wird auf der übernächsten Seite erklärt. Sie helfen Ihrem Arzt oder Ihrer Hebamme damit, mögliche emotionale Beschwerden vor und nach der Geburt frühzeitig zu erkennen.

Der Fragebogen wurde speziell für den Einsatz ca. 4 Wochen vor und 4 Wochen nach der Geburt entwickelt. Weil er so wichtig ist, finden Sie ihn in einer zweiten Version im hinteren Teil dieses Elternratgebers (Seite 189 ff). Dort können Sie ihn nach der Geburt Ihres Kindes erneut ausfüllen und auswerten. Er hat sich als praktikabel und sensitiv für psychische Auffälligkeiten sowohl für Schwangere als auch für Wöchnerinnen erwiesen.

## Während der letzten beiden Wochen...

	nie	manchmal	oft	sehr oft
1. ... hatte ich jegliches Interesse verloren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ... schien es mir unmöglich, positive Gefühle zu empfinden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ... fühlte ich mich als Person wertlos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ... fand ich kein Vergnügen und keine Freude an den Dingen, die ich tat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ... hatte ich das Gefühl, dass es nichts gibt, worauf ich mich freuen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ... machte ich mir Sorgen über Situationen, in denen ich panisch reagieren oder mich blamieren könnte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. ... hatte ich ohne ersichtlichen Grund Angst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ... war ich kurz davor, panisch zu reagieren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ... befürchtete ich, mich könnte eine einfache aber unbekannte Aufgabe umwerfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ... gab es Situationen, die mich so ängstlich machten, dass ich erleichtert war, wenn die Situationen vorüber waren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ... konnte ich es nur schwer tolerieren, wenn ich unterbrochen wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. ... war ich aufgeregt und aufgewühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ... war ich ständig in einem nervös-angespannten Zustand.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ... konnte ich mich nur schwer wieder beruhigen, nachdem mich etwas aufgeregt hatte.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ... war ich sehr empfindlich, reizbar und missgelaunt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lesen Sie erst weiter, wenn Sie alle Fragen beantwortet haben!

Bitte werten Sie Ihre Antworten nach folgendem Schema aus: es wird dabei vierstufig gewichtet: nie = 0, manchmal = 1, oft = 2 und sehr oft = 3. Ordnen Sie Ihren Antworten einzeln den entsprechenden Punktwert zu und zählen Sie die Punktwerte aller Fragen dann zusammen. **Bei einem Summenwert über 5 Punkten sollten Sie professionelle Beratung und Behandlung in Anspruch nehmen.**

Eine erste Anlaufstelle kann dann z.B. Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin sein, der/die Sie bei Bedarf an einen psychiatrisch oder psychotherapeutisch tätigen Arzt überweisen wird. Kurzfristigere Termine sind meist in den Ambulanzen psychiatrischer Kliniken zu bekommen, die in der Regel auch psychotherapeutische Hilfen anbieten. Eine rasche psychosoziale Unterstützung mit vielfältigen Angeboten gibt es auch in den Schwangerenberatungsstellen verschiedener Träger. Weiterführende Informationen sind z. B. auf der Homepage der Selbsthilfegruppe Schatten und Licht e.V. ([www.schatten-und-licht.de](http://www.schatten-und-licht.de)) abrufbar.

## Stammzellen

Im Klinikum Kulmbach kann Nabelschnurblut für die Aufarbeitung von Stammzellen gewonnen werden.



Die Abnahme des Nabelschnurblutes erfolgt nach den Vorgaben der Firmen **Eticur**, **Vita 34** und **Seracell**, sofern die Eltern das entsprechende Abnahmeset einer der drei Firmen zur Geburt mitbringen. Ob das Einfrieren von Nabelschnurblut sinnvoll ist oder nicht, ob Sie die damit verbundenen Kosten tragen möchten oder nicht, diese Fragen haben Sie sich vielleicht schon gestellt – wie viele Eltern.

Die Firmen, die in diesem Geschäftsfeld aktiv sind, werben damit, dass zukünftig mit Stammzellen aus der Nabelschnur Krankheiten geheilt werden können, die heute noch unbehandelbar sind. Doch zwischen Versprechen und Realität mag sich eine große Lücke auftun, wie unabhängige Wissenschaftler meinen.

Der große Vorteil der Nabelschnurblut-Stammzellen: Sie sind leicht zu gewinnen. Man muss nur das fetale Blut, das sich in der Nabelschnur und im Mutterkuchen befindet, nach der Geburt durch eine für Mutter und Kind schmerzfreie Punktion der Nabelschnur entnehmen und wie beim Blutspenden in vorgefertigte, mit einem Gerinnungshemmstoff versehene Beutelchen geben. Das Blut wird danach von den jeweiligen Firmen aufbereitet und für die Tiefgefrierung für viele Jahre haltbar gemacht.

Die so gewonnenen Stammzellen wären aber auch sofort einsatzbereit. Sie könnten nicht nur dem eigenen Kind später irgendwann helfen, sondern wären auch für leukämiekranken Kinder, die eine Stammzellentransplantation benötigen, eine hervorragende Alternative zu Stammzellenspenden aus Knochenmark von Jugendlichen oder Erwachsenen.

Aus medizinischer Sicht wird das Einlagern von Stammzellen aus dem Nabelschnurblut für das eigene Kind kritisch bewertet. Gründe, die dagegen sprechen, sind: Stammzellen helfen bislang vor allem bei Blutkrebs (Leukämie) und vererbten Knochenmarkserkrankungen. Für die Therapie dieser Erkrankungen sind eigene Stammzellen aber denkbar ungeeignet. Leukä-

mie und Erbkrankheiten lassen sich durch eigene Stammzellen nicht heilen - sie tragen ja den gleichen Gendefekt wie z. B. die bösartigen kranken Blutzellen. Stammzellen eines fremden Spenders sind hier die eindeutig bessere Lösung. Und ob sich in den nächsten Jahrzehnten tatsächlich neue Anwendungsmöglichkeiten für das Nabelschnurblut ergeben werden, kann niemand sicher vorhersehen. Kleine experimentelle Studien laufen für Hirnschädigungen und Typ-1-Diabetes, doch aussagekräftige Ergebnisse werden erst in einigen Jahren vorliegen können. Ob sich diese Therapieoptionen jemals durchsetzen, kann heute noch niemand sagen.

Es ist zum Glück sehr unwahrscheinlich (weit unter ein Prozent), dass der Einsatz von eigenen Stammzellen aufgrund einer schweren Erkrankung in den ersten Lebensjahren nötig ist. Außerdem ist bisher nur ein sehr, sehr kleiner Bruchteil der bisherigen Eigenspenden eingesetzt worden. Die Erfolge von Stammzelltransplantationen betreffen fast ausnahmslos Fremdspenden. Das Einfrieren der Stammzellen aus Nabelschnurblut des Babys ist keine Lebensversicherung für das eigene Kind - eher eine Spekulation auf zukünftige Entwicklungen in der Medizin.

Wer etwas unbestritten Sinnvolles mit dem Nabelschnurblut tun möchte, sollte es einer öffentlichen Spenderbank überlassen. Das gespendete Nabelschnurblut steht dann der Allgemeinheit zur Verfügung - es kann nicht mehr zurückgefordert werden (außer es wird dringend für eine Behandlung benötigt). Damit können Eltern mit einer Nabelschnurblutspende für eine öffentliche Stammzellbank tatsächlich einem schwerkranken Kind das Leben retten - auch wenn es nicht das eigene ist.

In Deutschland gibt es sieben öffentliche Stammzellbanken, bei denen Nabelschnurblut kostenlos eingelagert werden kann. Finanziert werden sie durch Geldspenden und, falls Nabelschnurblut zur Transplantation bereitgestellt wurde, durch Gelder von den Krankenkassen.



## Wann in die Klinik?

Sobald eine Schwangere unruhig wird und besorgt ist, ob die Geburt ihres Kindes bevorsteht, sollte sie ihren Frauenarzt/ihre Frauenärztin oder eine geburtshilfliche Klinik aufsuchen, egal ob die Wehentätigkeit in kurzen oder langen Abständen erfolgt, ob tags oder nachts, ob vor oder nach dem errechneten Geburtstermin.



Viele werdende Mütter haben in den letzten Wochen der Schwangerschaft so genannte „Vorwehen“, gewissermaßen „Übungskontraktionen“ der Gebärmutter für die Entbindung. Diese Vorwehen kommen unregelmäßig und werden nicht stärker. Ein sicheres Hilfsmittel, um einen „falschen Alarm“ vom Beginn der Geburt zu unterscheiden, ist ein warmes Bad. Im Wasser lassen Vorwehen normalerweise nach, weil man sich entspannt. Echte Geburtswehen dagegen verstärken sich, die Abstände zwischen ihnen werden kürzer. Ein anderes Signal, dass es bald (aber keineswegs sofort!) soweit sein wird, ist das Lösen des Schleimpfropfes, der den Muttermund verschließt. Dieser Schleim (etwa die Menge eines Esslöffels voll) sieht ganz unterschiedlich aus: glasklar, wie rohes Eiweiß, milchig trüb oder rötlich, weil manchmal ein paar Tropfen Blut beigemischt sind.

Ein gutes Zeichen für den Geburtsbeginn ist das sog. „Zeichnen“. Wenn sich der Muttermund öffnet, zerspringen kleine Blutgefäße und es blutet ein wenig. Sie brauchen sich also keine Sorgen zu machen, sondern können sich freuen, dass die lang ersehnte Geburt beginnt. Sollte die Blutung jedoch die Stärke Ihrer Regelblutung erreichen oder gar überschreiten, sollten Sie sofort die Klinik aufsuchen.

Ein weiterer Grund, auf jeden Fall in eine geburtshilfliche Klinik zu gehen, ist der Blasensprung. Das Fruchtwasser kann entweder tröpfchenweise oder auch im Schwall abgehen. Auch wenn Sie sich nicht sicher sind, ob es

sich um Fruchtwasser oder vielleicht Urin handelt, sollten Sie sich auf den Weg ins Krankenhaus machen.

Eine feste Regel, wie sich echte Geburtswehen anfühlen, gibt es nicht, denn jede Frau empfindet sie anders. Manche spüren sie im Kreuz, andere im unterbauch und wieder andere sogar in den Oberschenkeln. Im Gegensatz zu den Vorwehen verlaufen Geburtswehen rhythmisch und dauern ungefähr 40 bis 60 Sekunden. Bei ungefähr 3 bis 4 Wehen in der halben Stunde bzw. bei einer Wehentätigkeit in 5 bis 10-minütigem Abstand ist es an der Zeit, in die Klinik, d. h. dann direkt zum Kreißaal zu gehen.

Bei allen Unklarheiten können Sie die Nummer **0 92 21/98-47 11** im Kreißaal anrufen und eine Hebamme um Rat fragen. Unser Kreißaal ist rund um die Uhr besetzt.

Etwa zwei bis drei Wochen vor dem errechneten Termin der Geburt sollten Sie sich Ihren **„Klinikoffen“** richten. Idealerweise packen Sie die folgenden Dinge ein:

- ➡ ein langes T-Shirt (zur Geburt)
- ➡ gut eingetragene Hausschuhe und ggf. warme Socken
- ➡ einen Bademantel
- ➡ bei langen Haaren ein Haarband
- ➡ eine Lieblings-CD zum Entspannen oder einen MP3-Player mit Ihrer Lieblingsmusik
- ➡ einige Nachthemden (Vorne geknöpfte Nachthemden sind zum Stillen besser geeignet.)
- ➡ einen Jogging-Anzug, bequeme Hosen, T-Shirts
- ➡ Handtücher, Waschlappen und Waschutensilien
- ➡ einen Haarfön
- ➡ ein bis zwei Still-BH's
- ➡ den Mutterpass und
- ➡ ggf. Allergiepass oder andere persönliche Krankenunterlagen

Damenbinden, Stilleinlagen und Einmalslips stellen wir Ihnen für die Zeit Ihres Klinikaufenthaltes selbstverständlich wie auch ein Stillkissen zur Verfügung.

## Vorbereitungen für die Rückkehr nach Hause

In den letzten Wochen der Schwangerschaft sollten Sie Vorbereitungen für Ihre Rückkehr aus der Geburtsklinik nach Hause treffen. Neben einem Einkauf für ein volles Vorratsregal und einen gut bestückten Kühlschrank lässt sich vieles rechtzeitig besorgen, das Sie dann brauchen werden.

- ➡ Dazu gehören eine ausreichende Menge an Damenbinden oder Wöchnerinnen-Vorlagen (Flockenwindeln) und Windeln für das Baby.
- ➡ Mit Stilleinlagen sollten Sie sich noch nicht eindecken, denn Sie müssen sicher sein, mit welchem Produkt (von welcher Firma) Sie am besten zu-rechtkommen. Probieren Sie also die Stilleinlagen in der Klinik aus und kaufen Sie erst dann welche ein; die üblichen Marken sind in Drogerien und Apotheken vorrätig.
- ➡ Unbedingt zurecht legen sollten Sie zu Hause bereits Kleidung für den Heimweg mit Ihrem Baby (Body oder Unterhemdchen/Unterhöschen, Strampelanzug, Söckchen, Jacke, Mützchen) und eine sichere Transport-möglichkeit (Babysitz für das Auto oder Babytragetasche), sowie eine kuschelige Babydecke, die für die Heimfahrt nützlich werden mag.

PS: Wenn Sie auch schon Mahlzeiten teilweise vorkochen und einfrieren, dann haben Sie einen guten Vorrat, auf den Sie zurückgreifen können. So werden Sie ausreichend Zeit für sich und Ihr Baby haben, wenn Sie wieder daheim sind.

## Geburtshilfe am Klinikum Kulmbach

Jährlich kommen im Klinikum Kulmbach ungefähr 700 bis 750 Kinder zur Welt. Die meisten Mütter verbringen die folgenden drei bis vier Tage mit ihrem Baby auf der Wochenstation. Wenn es der Mutter und dem Baby nach der Entbindung gut geht, ist eine ambulante Geburt am Klinikum Kulmbach allerdings ebenso möglich wie eine frühe Entlassung nach Hause schon nach ein bis zwei Tagen.



Klinikum Kulmbach – Ansicht nach Fertigstellung im Jahr 2025

Der Kreißsaal am Klinikum Kulmbach ist immer, tags wie nachts an allen Tagen im Jahr, mit mindestens einer Hebamme besetzt. Ebenso ist ein geburts-hilflicher und anästhesiologischer Dienst rund um die Uhr mit einem Frauen-arzt und einem Narkosearzt eingerichtet. Periduralanästhesien (PDA) zur Schmerzlinderung unter der Geburt werden von einem Narkosearzt im Kreiß-saal durchgeführt. Ein Kinderarzt kann zur Versorgung eines Neugeborenen hinzugezogen werden.

Über die Anwesenheit des Vaters oder einer der Mutter wichtigen Bezugsperson bei der Geburt des Kindes freuen wir uns sehr. Auch bei Kaiserschnittgeburten in Spinalanästhesie (Teilnarkose) kann der werdende Vater oder eine andere Vertrauensperson der Mutter im Operationssaal mit dabei sein.

Im Kreißsaalbereich befinden sich neben zwei typischen Kreißsälen mit moderner Ausstattung außerdem zwei so genannte „Wehenzimmer“, ein CTG-

Raum und zwei Bäder. In beiden sind Unterwassergeburten in einer speziellen Badewanne möglich. Neben diversen Lagerungshilfen sind Pezzi®-Bälle, Halteseile, Matten, ein Gebärhocker und spezielle Stillkissen vorhanden. Die Kreißbetten sind extra breit und können für verschiedene Lagerungen und Positionen während der Geburt verändert werden. Bei normalem Geburtsverlauf können Mütter zwischen verschiedenen Gebärpositionen (halbsitzend, auf einem Gebärhocker etc.) wählen. Bei Risikogeburten ist die erforderliche Herztondauerüberwachung des Babys (Cardiotokogramm, CTG) stets möglich. Bei regelrechtem Geburtsverlauf werden die Herztonkontrollen des Kindes in Abständen durchgeführt.

Schwangere, die mit einem geplanten Kaiserschnitt entbinden werden, haben die Möglichkeit, einige Tage vor dem festgelegten Operationstermin zu uns zu kommen, um die notwendigen Vorbereitungen gemeinsam zu besprechen und zu veranlassen (Operations- und Narkoseaufklärung und -einwilligung, ggf. Blutentnahme und evtl. weitere Untersuchungen wie geburtshilflicher Ultraschall). Anschließend können sie wieder nach Hause gehen und erst am Operationstag morgens gegen 07:00 Uhr (nüchtern) wieder ins Klinikum kommen.

## Ambulante Geburten und frühe Entlassung

Generell besteht am Klinikum Kulmbach auch die Möglichkeit einer ambulanten Entbindung oder einer frühen Entlassung nach Hause. Bitte informieren Sie uns **rechtzeitig** über Ihre Wünsche und Vorstellungen, damit wir die weitere Nachbetreuung für Sie selbst (Hebammennachsorge, Nachuntersuchung bei Ihrem Frauenarzt) und für Ihr Baby (Vorsorgeuntersuchung U2, Stoffwechsel-Screening) mit Ihnen besprechen können. Denn wenn Sie mit Ihrem Baby früher als sonst üblich nach Hause entlassen werden, konnten – je nach Entlassungszeitpunkt – verschiedene Vorsorgemaßnahmen bei Ihnen oder bei Ihrem Kind noch nicht durchgeführt werden, da diese an bestimmte Zeitfenster gebunden sind. Wenn Sie eine ambulante Entbindung anstreben, ist es deshalb auch sehr wichtig, bereits einige Wochen vor der Entbindung mit einer **Nachsorgehebamme** Kontakt aufzunehmen, damit die Wochenbett-Betreuung bei Ihnen zu Hause optimal geplant werden kann.

Informieren Sie bitte die Frauenarztpraxis, die Sie während der Schwangerschaft betreut, dass Sie ambulant entbinden möchten und dass Sie einen Termin zur **gynäkologischen Nachuntersuchung** (möglichst in der Woche nach der Klinikentlassung) brauchen werden. Nehmen Sie bei einer geplanten ambulanten Geburt bitte schon während der letzten Wochen Ihrer Schwangerschaft auch Kontakt mit Ihrem Hausarzt oder Ihrem Kinderarzt bzw. Ihr-

er Kinderärztin für die **Kindervorsorgeuntersuchung U2** (zwischen dem 3. - 10. Lebenstag Ihres Babys) auf und sprechen Sie mit der Praxis ab, wo und wie die U2 dann organisiert werden kann. Zur U2 gehört dann auch, wenn Ihr Baby inzwischen älter als **36 Stunden** ist, dass das bereits in der Geburtsklinik begonnene **Stoffwechsel-Screening** (Blutuntersuchung beim Neugeborenen auf angeborene Stoffwechselerkrankungen) abgeschlossen wird.

Sollte vor der frühen Entlassung oder bei einer ambulanten Entbindung das Ergebnis der **OAE-** oder der **BERA-Hörprüfung** bei Ihrem Baby noch nicht verwertbar sein, bieten wir Ihnen an, diese Untersuchung ungefähr ein bis zwei Wochen später zu wiederholen. Sie benötigen dafür keine Überweisung Ihres Haus- oder Kinderarztes; vereinbaren Sie dann aber bitte vorher telefonisch einen Untersuchungstermin mit einer der Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegerinnen der Station 1 A (Tel.: 0 92 21/98-47 10). Wenn Sie weitere Fragen zum Thema „Frühe Entlassung aus dem Krankenhaus nach einer Entbindung“ oder Fragen zu ambulanten Geburten haben, kontaktieren Sie bitte telefonisch unter 0 92 21/98-47 11 eine unserer Hebammen.

## Die Wochenstation des Klinikums

Zum Team der Entbindungs- und Wochenstation 1 A des Klinikum Kulmbach gehören Gesundheits- und (Kinder-)/Krankenpflegerinnen (früher gebräuchliche Berufsbezeichnung: Kinder-/Krankenschwestern), Hebammen, Ärztinnen und Ärzte der Frauenklinik, Still- und Laktationsberaterinnen (IBCLC), zusätzlich bei Bedarf Krankengymnastinnen und ein Kinderarzt. Wir betreuen Sie und Ihr Baby im Sinne eines gesamtheitlichen Pflegekonzeptes, d. h. eine Pflegefachkraft ist für Sie und Ihr Baby pro Schicht zuständig. Unser gemeinsames Ziel ist es, dass Sie sich auf unserer Wochenstation rundherum wohlfühlen!

Sie werden Ihr Baby im Sinne eines **Rooming-in** fast immer bei sich in Ihrem Zimmer haben und dort füttern, wickeln, mit ihm kuscheln und sich ausgiebig aneinander gewöhnen. Alle Zimmer der Station sind für das Rooming-in ausgestattet. Immer werden wir Sie in der Pflege und Betreuung Ihres Kindes unterstützen und ggf. anleiten. Für alle notwendigen Hilfestellungen, z. B. beim Baden, sind wir stets für Sie da.



Fühlen Sie sich erschöpft und müde, wenden Sie sich bitte an die zuständige Pflegefachkraft. Sie wird Sie unterstützen, Ruhe für sich und Ihr Baby zu finden.

Es gibt auf unserer Station zum Zeitpunkt der Überarbeitung dieses Elternratgebers (Januar 2024) drei Einbettzimmer, drei Zweibettzimmer und vier Dreibettzimmer, die jeweils mit einer separaten Nasszelle inklusive Dusche ausgestattet sind. Alle Zweibettzimmer können als **Familienzimmer** genutzt werden. Die **Mitaufnahme des Vaters** als Begleitperson ist leider nicht kostenlos. Über die aktuellen Preise für die Aufnahme einer Begleitperson informiert Sie gerne unsere Zentrale Patientenaufnahme (Tel. 09221/98-5037) oder eine unserer Hebammen im Kreißsaal (09221/98-4711). Wenn es die Belegung der Wochenstation erlaubt, werden Dreibettzimmer nur mit zwei Patientinnen und deren Neugeborenen belegt.



Auf der Wochenstation befinden sich außerdem ein modern eingerichtetes **Stillzimmer**, in das Sie sich mit Ihrem Baby zurückziehen können, wenn Sie Ihr Baby nicht in Ihrem Zimmer stillen möchten, und ein **Buffet-Zimmer**, das auch alternativ als Besucherzimmer benutzt werden kann.

**Medizinische Versorgung** erhalten Sie durch die Ärzte und Ärztinnen der Wochenstation, die zur Frauenklinik des Klinikums Kulmbach gehört. Bei allen Neugeborenen wird in den Tagen nach der Geburt die Vorsorgeuntersuchung U2 und eine Ultraschalluntersuchung der Hüften erfolgen., Ergänzend können weitere innere Organe (z. B. die Nieren und die ableitenden Harnwege) sonographisch untersucht werden. Mit der für das Neugebo-

rene schmerzfreien Untersuchung der so genannten Otoakustischen Emissionen (**OAE's**) können wir eine angeborene Hörminderung (meist wäre das eine Innenohrschwerhörigkeit) bei einem Baby mit hoher Wahrscheinlichkeit (> 99%) ausschließen. Bei unklaren OAE-Befunden kann zusätzlich eine Prüfung des Hörvermögens mit der so genannten **BERA**-Methode erfolgen. Außerdem bietet das Klinikum Kulmbach allen Eltern eine **augenärztliche Vorsorgeuntersuchung** für ihr Baby an, um angeborene, in den ersten Lebensjahren heilbare Sehschwächen frühzeitig zu diagnostizieren. Jeweils montags, mittwochs und freitags führt einer der in Kulmbach niedergelassenen Augenärzte diese Untersuchung durch.

Um Ihren **Essens- und Ernährungswünschen** möglichst weit entgegen zu kommen, können Sie sich – sofern es keine Einschränkungen wie zu Zeiten der Corona-Pandemie gibt – Ihr **Frühstück** morgens von ca. 07:30 Uhr an bis ca. 09:00 Uhr an einem **Buffet** (gegenüber vom Stillzimmer) nach Ihren Wünschen zusammenstellen. Wenn Sie, z. B. nach einer Kaiserschnittoperation, (noch) nicht aufstehen können, wird Ihnen vom Stationsteam Ihr Frühstück ans Bett gebracht. **Beim Mittagessen** können Sie an Wochentagen aus drei, am Wochenende aus zwei Menüvorschlägen auswählen. Das Mittagessen wird Ihnen in Ihrem Zimmer serviert. Bei Ihrer Bestellung berät Sie eine unserer Menüassistentinnen.

In unserem Buffet-Raum gibt es den ganzen Tag über Kaffee, Mineralwasser, verschiedene Sorten Tee und Obst.



Gegen 17:15 Uhr ist Ihr **Abendessen** auf Station. Wählen Sie es bitte nach Ihren Wünschen am Buffet (bis ca. 18:30 Uhr) aus. Sollte es z. B. pandemiebedingte Einschränkungen geben, werden wir Ihnen das Abendessen dann gerne (wie bestellt) in Ihrem Zimmer servieren.



## Besuchszeiten der Wochenstation

Mütter und ihre Babys brauchen in den ersten Tagen nach der Geburt viel Zeit und noch mehr Ruhe füreinander. Deshalb gibt es Besuchszeiten. Diese sind vorbehaltlich allfälliger Änderungen auf der Wochenstation **täglich von 14:00 Uhr bis 19:00 Uhr**. Je mehr diese Besuchszeiten respektiert werden, desto einfacher werden Sie in die neue Situation als Mutter (als Eltern bei der Mitaufnahme des Vaters) hineinfinden.

Wir bitten Ihre Besucher und Besucherinnen deshalb, sich in Ihrem Interesse an die Besuchszeitregelung zu halten und auch Rücksicht auf Ihre Mitpatientinnen und deren Babys zu nehmen. Wenn Schwestern während der Besuchszeiten pflegerische Maßnahmen im Zimmer durchführen müssen oder einer Mutter beim Stillen helfen, sollten alle Besucher das Patientenzimmer für diese Zeiten verlassen bzw. nicht eintreten (das grüne Licht über der Tür zu Ihrem Zimmer auf der Gangseite leuchtet dann). Das wünschen wir uns auch, wenn eine Mutter stillen möchte. Für Mütter und Babys ist es besonders in den ersten Tagen angenehmer, beim Stillen nicht unnötig gestört zu werden. Sollte Ihr Zimmer ein Zweibettzimmer sein, sprechen Sie sich bitte untereinander ab, wie Sie es handhaben wollen, wenn eine Mutter stillen möchte und zeitgleich Besuch kommt oder schon da ist. **Sie finden sicherlich die richtigen Worte für Ihre BesucherInnen**. Als Ausweichmöglichkeit stehen für Besuch das Buffet-Zimmer (siehe oben) der Wochenstation zur Verfügung, zum Stillen das Stillzimmer.

**Bitte informieren Sie Ihre Besucher rechtzeitig über die Besuchszeiten der Wochenstation von 14:00 bis 19:00 Uhr - Herzlichen Dank!**

## Willkommen in Gottes Welt – Segen für Neugeborene

Ein neues Angebot des Ökumenischen Seelsorge-Teams für Eltern aller Konfessionen ist die Segnung der Neugeborenen: „Von Jesus wird erzählt, dass er die Kinder gesegnet hat.“

**„Ein Kind bringt das Leben, den Atem und alle Dinge“.**



Die Seelsorge am Klinikum Kulmbach bietet **jeden Sonntag um 19:30 Uhr** einen **Segen für Neugeborene** an. Herzlich eingeladen sind Mütter mit ihren Neugeborenen und die ganze Familie. Je nach Teilnehmerzahl findet der Segen im Stillzimmer der Wochenstation, im Geburtsvorbereitungsraum auf Ebene 1 oder in Ihrem Patientenzimmer statt. Mütter, die bereits vor dem Wochenende nach Hause entlassen werden, können gerne auch an einem der beiden folgenden Sonntage teilnehmen. Eine Anmeldung ist erwünscht!

Sie bekommen eine Einladungskarte mit einem Anmeldeabschnitt auf der Wochenstation; bitte geben Sie Ihre Anmeldung beim Pflegepersonal wieder ab. Für weitere Fragen oder Anliegen stehen Ihnen die Seelsorger (evang. und kath.) telefonisch zur Verfügung (**09221/98-7040**, am besten vormittags zwischen 9:00 - 11:00 Uhr, ggf. auf den Anrufbeantworter sprechen), oder per **E-Mail: [seelsorge@klinikum-kulmbach.de](mailto:seelsorge@klinikum-kulmbach.de)**.

## Neugeborenen - Fotografie

Kaum ist Ihr Baby geboren, möchten viele Menschen an Ihrem Eltern Glück teilhaben. Alle wollen Ihr Baby möglichst bald nach der Geburt sehen. Deshalb bieten das Klinikum Kulmbach und Baby Smile Fotografie Ihnen als Eltern einen ganz besonderen Service. Professionelle Fotografinnen besuchen im Auftrag von Baby Smile Fotografie alle frischgebackenen Mütter und ihr Kind auf unserer Wochenstation. Sie sind spezialisiert auf das Fotografieren von Neugeborenen. Sie werden Ihnen diesen speziellen Service ausführlich vorstellen und Ihnen anbieten, in entspannter Atmosphäre Fotos von Ihrem Baby anzufertigen. Mit Ruhe und Geduld gehen sie dabei auf die individuelle

Situation Ihres Babys ein. Damit Familie und Freunde auf das erste Foto Ihres Babys nicht lange warten müssen, ist es bereits am folgenden Werktag online verfügbar.



Als **Willkommensgeschenk** von Baby Smile Fotografie erhalten alle Eltern das erste Foto ihres Babys im Rahmen einer Glückwunschkarte mit den Daten der Geburt und ein flauschiges Kuscheltuch, das mit dem Namen des Babys bestickt ist. Dieser Service ist für Sie kostenlos. Zunächst wird ein Foto für die Babygalerie auf der Internetseite des Klinikums angefertigt, wenn Sie mit der Online-Veröffentlichung einverstanden sind. Anschließend können Sie auf Wunsch ein professionelles **Foto-Shooting** Ihres Babys vereinbaren. Väter und Geschwister können gern dabei sein. Eigene Kleidung und Kuscheltiere wirken auf den Fotos besonders schön und persönlich.

Sie können die Fotografien, die Ihnen gefallen, bei Baby Smile Fotografie bestellen. Auch individuell gestaltete Fotoprodukte wie Fotobücher, Leinwandfotos usw. in verschiedenen Designs können Sie käuflich erwerben. Die genauen Details dazu wie auch die aktuellen Preise erfahren Sie von den Fotografinnen. Eine Kaufverpflichtung besteht nicht. Sie kaufen nur, was Ihnen wirklich gefällt. Über das Internet sind spätere Nachbestellungen möglich.



## gebären

Bei der Geburt gibt es keinen Erfolg und kein Versagen,  
es gibt nur eine Frau, die ein Kind zur Welt bringt.

Über die Geburt eines Kindes gibt es unzählig viele Beschreibungen, medizinische von Hebammen und Geburtshelfern und auch recht persönliche von Müttern, die ihre Erinnerungen aufgeschrieben haben. Sie schildern sehr eindrucksvoll und authentisch, was sich ereignet hat und was gefühlt und gedacht wurde während der Wehen, unter der Geburt und in der ersten gemeinsamen Zeit danach. An nahezu allem, was die Autorinnen erlebt haben, lassen sich diese Texte teilhaben. An allem Schönen und aller Freude, aber auch an den Schmerzen, Unsicherheiten und Enttäuschungen, wenn etwas nicht so war, wie es erhofft oder geplant gewesen war. Manchmal verlief die Geburt für die Frauen ganz flott und schnell, andere Schwangere quälten sich über Stunden durch die Wehen. Ein Kind zu gebären, es in diese Welt zu bringen, ist anstrengend – zweifellos. Die Geburtswehen werden Sie, wenn es soweit ist, an Ihre physischen Grenzen führen. Aber wenn Sie Ihren Kräften, auch den (noch) unbekannteren, vertrauen, werden Sie es schaffen und danach ungeheuer stolz auf sich sein. Hebammen und Geburtshelfer werden Sie dabei begleiten und werden Ihnen zur Seite stehen. Manchmal werden sie Sie vielleicht ein Stück weit „führen“. Die entscheidenden Momente während der Geburt aber werden Sie selber erahnen und erspüren.

### **Aus mir geboren werden**

**Sich dem Willen einer ungeahnten Macht fügen  
wie von Wellen ins offene Meer getragen werden  
wie vom Sturm erfasst werden  
um das Leben ringen  
sich selbst verlieren  
auf Befreiung und Erlösung hoffen  
die Nacht zum Tag werden lassen  
dem Traum ein Gesicht geben  
dem Geheimnis des Lebens auf die Spur kommen  
die Unendlichkeit ahnen  
ein Wunder erleben  
durch Lösung Bindung erfahren.**

Verfasser(in) unbekannt

In Geburtsvorbereitungskursen und Kreißsaauführungen werden Sie noch viele Einzelheiten über den normalen Ablauf einer Geburt erfahren. Es wird die Rede sein von Eröffnungs- und Presswehen, von Wehenschmerzen und Methoden der Schmerzerleichterung, vom frühen und vom späten Abnabeln, von den Gefühlen der Mütter und der Väter und von vielem anderen mehr. Sie werden sich dann vielleicht fragen, wie die Geburt für Sie wohl sein wird. Sie werden konkrete Vorstellungen entwickeln, wie Sie ihr Baby gebären wollen, und Sie werden – wie das eigentlich alle Eltern tun – hoffen, dass „alles gut geht“.

**Haben Sie Vertrauen in Ihre eigenen Fähigkeiten, in Ihre ganze Kraft, Ihr Kind sicher zur Welt bringen zu können.** Das ist die wichtigste Voraussetzung, dass sich alles gut entwickeln wird. Mutter Natur hat dazu alles so weise eingerichtet, dass Sie das schaffen werden, wie Frauen seit Jahrtausenden vor Ihnen auch.

„Wenn ein neugeborener Mensch auf die Welt kommt, (...) dann entsteht eigentlich immer Glück – und fast immer auch Jubel. (...) Diese Ankunft eines Kindes, das so fertig und lebendig plötzlich in den Armen seiner Mutter liegt, ist etwas Wunderbares, das wir eigentlich nicht begreifen können. Es wird im Moment der Geburt sichtbar. Wer einmal in die Augen eines Neugeborenen geschaut hat, der wird diesen Blick nie vergessen. Kinder bringen ja auch eine Menge mit aus einer anderen Welt. Das ist in diesem ersten Blick alles noch da. Man kann es Weisheit nennen. Es ist einfach ein vollkommener kleiner Mensch. Das überwältigt uns alle jedes Mal wieder neu. Ich habe nie aufgehört, darüber zu staunen. Ein Kind bringt sehr viel mit, alles ist noch ganz pur und unverbogen und klar. Dieses Pure, Schauende in eine Richtung, in die wir nur mitgehen können, birgt etwas enorm Hoffnungs volles. ....“

(veröffentlicht in der WELT vom 24.12.2007)

**Noch nie habe ich einen Augenblick  
 ... sehnlicher erwartet  
 ... schmerzlicher erlitten  
 ... befreiter erlebt  
 ... tiefer geliebt  
 ... herzlicher geschenkt  
 ... ehrlicher gedankt –  
 in diesem Augenblick bist du geboren.**

Verfasser(in) unbekannt

Lesenswert ist auch der nachfolgende Text einer anderen Hebamme:

**„Jede Geburt ist einzigartig.** Allgemein gültige Aussagen dazu gibt es nicht. Natürlich weiß jede Frau, wie eine Geburt „abläuft“, aber wie Ihre Entbindung konkret sein wird und Sie sich dabei fühlen werden, kann wirklich niemand vorhersagen. Dieser Vorgang ist so überwältigend und später so unterschiedlich im Gedächtnis der beiden Eltern abgespeichert, dass es unmöglich ist, zuvor auf alle Eventualitäten einzugehen und im Vorfeld für alles eine dann zutreffende Vorhersage zu geben. Wenn Sie sich mit anderen Paaren unterhalten, deren Kind schon geborenen ist, werden Sie die unterschiedlichsten Aussagen hören. Von „war nicht so schlimm“ bis „es war schrecklich“ wird die ganze Bandbreite vorkommen. Außerdem erzählt Ihnen sicher jede(r) ungefragt von den eigenen Erfahrungen, auch wenn Sie sie gar nicht hören möchten. Wenn Sie also im Laufe der nächsten Monate mit vielen gut gemeinten Ratschlägen überhäuft werden – hören Sie nicht zu genau hin und vergessen Sie zwei Drittel der Informationen am besten gleich wieder. Um nichts ranken sich so viele Geschichten, Märchen und Phantasien wie rund um das „Kinderkriegen“. **Eine normale Geburt kann jede Frau bewältigen. Es ist anstrengend, führt Sie an Ihre Grenzen, fordert vom Partner ganz neue Qualitäten, aber wenn Sie Ihren Kräften vertrauen, werden Sie es schaffen.“**



# Geburtsbegleitung

## Hebammen

Den ersten Kontakt zu einer Hebamme haben Sie vermutlich schon längst gehabt, denn inzwischen kooperieren viele Frauenarztpraxen mit Hebammen und bieten zusammen und in Absprache mit ihnen die üblichen Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen an, d. h. Hebammen begleiten von der Feststellung der Schwangerschaft an über das Ausstellen des Mutterpasses bis hin zu CTG-Untersuchungen, der Entnahme von Vaginalabstrich etc. während der gesamten Schwangerschaft. So kann sich ein intensives Vertrauensverhältnis entwickeln, das Ihnen Sicherheit gibt: Hebammen beraten und geben Hilfestellungen in allen schwangerschaftsbezogenen Angelegenheiten. Das schließt auch die Beratung in allgemeinen Lebensfragen ein, die im Verlauf der Schwangerschaft für Sie an Bedeutung gewinnen. In Geburtsvorbereitungskursen geben Hebammen außerdem vielseitige Informationen und führen mit den Schwangeren (und ihren Partnern) praktische Übungen zu Entspannungs- und Atemtechniken durch, die bei der Geburt hilfreich sein werden.



In Kliniken und Krankenhäusern sind es die Hebammen, die die eigentliche Geburtsbegleitung leisten. Denn so ist es im deutschen Hebammengesetz geregelt: Eine Hebamme leitet die regelrechte Geburt ab Wehenbeginn völlig selbständig ohne Arzt (HebG § 4 Abs. 1 Satz 2). Im praktischen Kreißsaalalltag einer Klinik bedeutet das, dass die Hebamme ein Aufnahmegespräch mit der Schwangeren führt, sie anschließend untersucht, ein CTG anlegt und den diensthabenden Kreißsaalarzt dann über den aktuellen Stand der Geburt und alles, was aus dem bisherigen Schwangerschaftsverlauf wichtig ist, informiert. Er wird ggf. noch eine Ultraschalluntersuchung bzgl. der Kindsla-



ge durchführen und eine Blutentnahme veranlassen. Wenn alles „okay“ ist, wird der Kreißsaalarzt/die Kreißsaalärztin erst wieder dazukommen, wenn die Austreibungsphase der Geburt beginnt. Bis dahin liegt die Geburtsbegleitung in den Händen der Hebamme. Sie unterstützt die gebärende Frau bei der Verarbeitung der Wehen und ist Ansprechpartnerin für die werdenden Eltern in allen Belangen. Viele Hebammen verfügen über besondere Kenntnisse in geburtshilflicher Homöopathie, Akupunktur und Aromatherapie, die in dieser Phase sehr wertvoll zur Linderung der Wehenschmerzen oder zur Unterstützung der Gebärenden sein können. Bei einer regelrecht verlaufenden Spontangeburt kann die Hebamme auch auf besondere Wünsche der Gebärenden eingehen und z. B. eine Wassergeburt oder eine spezielle Geburtsstellung (sitzend, Vierfüßlerstand, hockend) ermöglichen. Die Mitbetreuung des werdenden Vaters gehört natürlich auch zu den Aufgaben einer Hebamme, wobei sie ihn durchaus als wertvollen Helfer für kleine Annehmlichkeiten aktivieren darf, die der Gebärenden (und dem mithelfenden Partner) gut tun.

Auffälligkeiten im Geburtsverlauf wird die Hebamme erkennen und sachkundig entscheiden, ob und wann ein frauenärztliches Eingreifen nötig wird. Bei Regelwidrigkeiten unter der Geburt wird die Hebamme in Notfällen entweder sofort eigenständig Hilfe leisten (z. B. bei einer so genannten Schulterdystokie) oder dem hinzugerufenen Kreißsaalarzt hilfreich assistieren. Da nach der Geburt des Kindes auch die Nachgeburt (Mutterkuchen, Plazenta) noch geboren werden muss, ist die Hebamme in dieser Zeit besonders gefordert. Sie überwacht auch die Bonding-Phase und wird beim ersten Anlegen unterstützend zur Seite stehen. Erst zwei bis drei Stunden später wird sie, wenn auch die Nachgeburtsphase normal verlaufen ist, Mutter und Kind zusammen auf die Wochenstation verlegen.

Im gesamten Wochenbett, vorrangig nach der Entlassung von Mutter und Kind nach Hause, stehen Pflege und Überwachung von Wöchnerin und Neugeborenem im Zentrum der **Hebammennachsorge**. Sie umfasst die Beratung und Hilfe zur Pflege und Ernährung des Neugeborenen, Unterstützung beim Stillen, Kontrolle der Wundheilung nach einem Kaiserschnitt oder von geburtsbedingten Dammverletzungen bzw. nach einem Dammschnitt, und vieles, vieles mehr. Ein besonderes Augenmerk wird die Hebamme dabei auf die Rückbildung der Gebärmutter legen.

Darüber hinaus bieten Hebammen Rückbildungsgymnastik und Beratung bei sozialen Problemen an. Hebammen sind geschult, psychische Erkrankungen im Zusammenhang mit der Geburt (Wochenbettdepressionen) zu erkennen und im Bedarfsfall qualifizierte Hilfsangebote zu vermitteln.

## Schmerzlinderung unter der Geburt

Solange es Geburtshilfe gibt, kennt man in allen Kulturen auch Verfahren, den Wehenschmerz zu lindern. Neben einfachen Hilfestellungen, wie Entspannungsbädern, der Anwendung von Wärme, der Begleitung durch eine einfühlsame Vertrauensperson (Doula), der Akupunktur wie auch der Homöopathie und der Aromatherapie gibt es verschiedene Verfahren zur Schmerzlinderung unter der Geburt. Dazu zählen auch medikamentöse Verfahren: die Gabe (Injektion) von Schmerzmitteln oder von verspannungs- und krampflösenden Medikamenten (so genannte Spasmolytika, z. B. Buscopan®) in eine Vene (i. v.) oder in die Muskulatur (i. m.), z. B. des Oberschenkels oder des Gesäßes, und die Anwendung von örtlichen Betäubungsmitteln, so genannten Lokalanästhetika, an Nerven oder Nervenbündeln. Dies ist möglich entweder im Bereich des Muttermundes (nur noch sehr selten zur Linderung der Wehenschmerzen angewendet) oder im Verlauf der Nervenbahnen, die den Schmerzimpuls zum Rückenmark und zum Gehirn hin leiten. Diese Technik heißt Periduralanästhesie (PDA) oder Epiduralanästhesie.

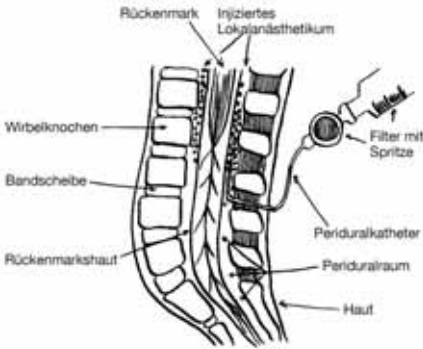


Zur Schmerzlinderung unter der Geburt entscheidet sich in Deutschland etwa ein Viertel bis ein Drittel aller Gebärenden für eine Periduralanästhesie. Oft wird der Gebärenden eine Periduralanästhesie auch während der Wehenphase von der Hebamme oder vom Geburtshelfer empfohlen, um den Verlauf der Geburt günstig zu beeinflussen.

Da erfahrungsgemäß zum Zeitpunkt der Geburt und unter Wehen ein ausführliches Aufklärungsgespräch nicht immer befriedigend möglich ist, möchten wir Sie bereits an dieser Stelle mit der Methode der Periduralanästhesie (PDA) vertraut machen, unabhängig davon, ob Sie sich je für dieses Verfahren entscheiden werden oder nicht. Bitte nutzen Sie auch im Rahmen Ihrer Schwangerschaftsvorsorge die Gelegenheit, mit Ihrer Frauenärztin/ Ihrem

Frauenarzt eventuelle Fragen zur Periduralanästhesie in aller Ruhe zu besprechen.

Die **Periduralanästhesie** wird umgangssprachlich häufig als „Rückenmarksnarkose“ bezeichnet, obwohl das Rückenmark selbst bei dieser Form der Schmerzausschaltung nicht direkt berührt wird. Die Schmerzblockade durch



ein örtlich nervenbetäubendes Medikament (Lokalanästhetikum) findet bei diesem Verfahren im so genannten Periduralraum statt. Dieser Periduralraum ist ein spaltförmiger Bindegewebsraum innerhalb des Wirbelkanals, der das Rückenmark und die mit ihm verbundenen Nervenbahnen umgibt. Im Periduralraum verlaufen Blutgefäße und liegen die so genannten Wurzeln der Nervenbahnen. Die Punktion des Periduralraumes wird in der Regel zwischen dem 3. und 4. Lendenwirbel-

körper vorgenommen. In dieser Höhe befindet sich beim Erwachsenen kein Rückenmark mehr; dieses endet etwa in Höhe des 1. Lendenwirbelkörpers. In der Geburtshilfe werden Lokalanästhetika in niedriger Konzentration verwendet, um einerseits eine möglichst weitgehende Schmerzausschaltung bei andererseits nur geringer Beeinträchtigung der Muskelkraft zu erreichen. Die geburtshilfliche PDA ist daher kein Verfahren zur vollständigen Ausschaltung jeglicher (Miss-) Empfindung. Angestrebtes Ziel der PDA ist es, die Wehenschmerzen im Vergleich zu einer „normalen“ Geburt weitestgehend zulindern. Die Wehen selbst können jedoch weiterhin als Druck oder leichtes Ziehen im Bauch verspürt werden. Eine aktive Mithilfe („Schieben“ oder „Pressen“) am Ende der Geburt soll für die Patientin möglich sein.

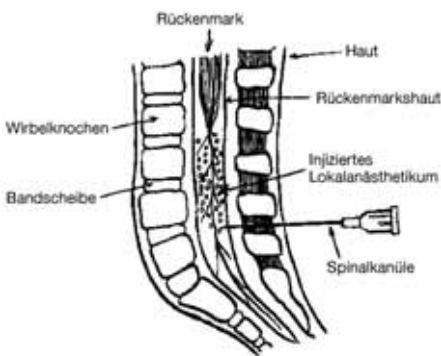
Da zum Beginn einer Periduralanästhesie die weitere Dauer der Geburt nicht vorhersagbar ist, hat sich die PDA mit Hilfe eines Katheters (dünner Plastikschlauch) bewährt. Durch wiederholte Injektion eines Lokalanästhetikums über diesen Katheter kann die Schmerzlinderung über viele Stunden aufrechterhalten werden.

Eine PDA kann allerdings bei angeborenen oder erworbenen Blutgerinnungsstörungen und bei Allergien gegen örtliche Betäubungsmittel (was nur extrem selten vorkommt) wegen des dadurch erhöhten Risikos nicht durchgeführt werden. Sofern einer der beiden genannten Gründe für Sie zutrifft, sollten Sie rechtzeitig, d. h. ca. vier bis sechs Wochen vor dem errechneten Geburtstermin, Kontakt mit unserer Narkoseabteilung (Tel. 092 21/98-74 40)

aufnehmen, um das individuelle Vorgehen für Sie zu besprechen. In vielen Fällen kann durch eine aktuelle Gerinnungsdiagnostik doch noch geklärt werden, ob Sie eine PDA bekommen können. Auch bei früheren Operationen an der Wirbelsäule oder am Gehirn, bei chronischen Nervenerkrankungen oder Nervenschäden sowie bei starken Verkrümmungen der Wirbelsäule ist eine Periduralanästhesie nach sorgfältiger Risikoabwägung oft möglich.

Die Risiken einer PDA sind für Mutter und Kind äußerst gering, wenn die heute möglichen Überwachungsverfahren und Vorsichtsmaßnahmen angewendet werden. Völlig auszuschließen sind sie – wie bei allen medizinischen Verfahren – jedoch nicht. Denkbare seltene Komplikationen einer PDA sind:

- ➡ das Misslingen der Punktion oder eine nur unbefriedigende Wirkung (z.B. nur einseitige Schmerzausschaltung),
- ➡ lageabhängige Kopfschmerzen, die ein bis drei Tage nach der Punktion auftreten können und ggf. eine mehrtägige Bettruhe und evtl. eine Nachbehandlung erforderlich machen,
- ➡ leichte Kreislaufstörungen (niedriger Blutdruck), die in der Regel problemlos behandelt werden können,
- ➡ Krampfanfälle und schwerwiegende Kreislaufstörungen bei versehentlicher Gabe des Medikamentes in ein Blutgefäß,
- ➡ extrem selten bleibende Nervenschäden, z. B. eine Querschnittslähmung durch Blutungen und Gerinnselbildung im Periduralraum bei gestörter Blutgerinnung,
- ➡ leichte Müdigkeit oder Juckreiz im Gesichts- und Halsbereich für wenige Stunden.



Während die Periduralanästhesie überwiegend zur Schmerzlinderung unter der Geburt eingesetzt wird, ist die „**Spinalanästhesie**“ das Verfahren der Wahl zur vollständigen Schmerzausschaltung für eine Kaiserschnittentbindung. Anders als bei der PDA wird bei einer Spinalanästhesie mit Hilfe einer sehr feinen Punktionsnadel das örtliche Betäubungsmittel nicht vor, sondern hinter die harte Rückenmarkshaut (Dura mater) injiziert.

Die Wirkung setzt deshalb rascher ein. Die möglichen Nebenwirkungen sind prinzipiell die gleichen wie bei der Periduralanästhesie.

Sollten Sie spezielle Fragen zur geburtshilflichen Schmerzlinderung oder zu geburtshilflichen Narkosen für eine Kaiserschnittentbindung haben, können Sie bereits während der Schwangerschaft Kontakt mit einem Arzt oder einer Ärztin für Anästhesie (Narkosearzt/-ärztin) am Klinikum Kulmbach aufnehmen, die Ihnen gerne weitere Auskünfte geben werden. Bitte vereinbaren Sie dazu einen entsprechenden Beratungstermin unter Tel.: 09221-98-7440.

## Kaiserschnitt auf Wunsch

Der Legende nach ist der römische Feldherr Julius Caesar der Namensgeber für den Kaiserschnitt. Er soll bei seiner Geburt aus dem Bauch seiner Mutter geschnitten worden sein. Von „Caesar“ leitet sich das Wort „Kaiser“ ab. Aus dem „caesarischen Schnitt“ wurde der Kaiserschnitt. Eine andere, heute bevorzugte Erklärung, bringt den „Kaiserschnitt“ mit dem lateinischen Wort „caedere“, das heißt schneiden, in Verbindung.



Jedes Jahr steigt die Zahl der Babys an, die durch einen Kaiserschnitt geboren werden. In Deutschland sind im Jahr 2018 31,6% der Kinder so zur Welt gekommen. 1991 lag die Rate an Kaiserschnitten noch unter 15%. Diese Entwicklung ist weltweit zu beobachten. An der Spitze steht aktuell China mit fast der Hälfte aller Entbindungen.

Von einem primären Kaiserschnitt spricht man, wenn die Schnittentbindung vor Beginn jeglicher Wehentätigkeit durchgeführt wird, es handelt sich demzufolge also um geplante Kaiserschnitte. Im Gegensatz dazu spricht man von einem sekundären Kaiserschnitt, wenn dieser erst nach dem Einsetzen der Wehen, d. h. nach Geburtsbeginn erfolgt.

Die geburtshilfliche Entscheidung für einen primären Kaiserschnitt ergibt sich, wenn das Risiko einer normalen vaginalen Entbindung für Mutter und/oder Kind höher eingeschätzt wird als beim (operativen) Kaiserschnitt. Das wäre z. B. der Fall bei Geburtshindernissen wie bei einer Quer- oder Steiß-

lage des Kindes, bei Mehrlingsschwangerschaften mit ungünstiger Lage zumindest eines Kindes, bei einer Enge des mütterlichen Beckens (Schädel-Becken-Missverhältnis) oder einer geburtsunmöglichen Situation mit einer vor dem Muttermund liegenden Plazenta. Auch Situationen, in denen das Risiko einer vaginalen Entbindung für die Mutter erhöht ist, wie z. B. bei Anfallserkrankungen oder schweren Herz-Kreislaufkrankungen, führen überwiegend zu einer primären Kaiserschnittentbindung.

Ist für den Geburtshelfer während der Geburt durch die CTG-Überwachung eine Gefährdung des Kindes erkennbar oder ergibt sich infolge einer auftretenden Wehenschwäche trotz medikamentöser Unterstützung der Wehen kein ausreichender Geburtsfortschritt mehr, ist die Entscheidung zu einem sekundären Kaiserschnitt notwendig.

D.h. ein Kaiserschnitt wird üblicherweise aus medizinischen Gründen oder in geburtshilflichen Notfällen durchgeführt. Viele Frauen entscheiden sich inzwischen jedoch für einen „Wunsch“-Kaiserschnitt, z. B. aus Angst um die Gesundheit des Kindes. Daneben führen sie aber auch andere Beweggründe für einen Wunsch-Kaiserschnitt an:

- Die Geburt eines früheren Kindes wurde als traumatisch erlebt oder war bereits ein Kaiserschnitt (wobei auch nach einem Kaiserschnitt eine vaginale Spontangeburt häufig möglich ist),
- sehr große Angst vor Schmerzen und die Sorge, dass die eigenen Kräfte nicht ausreichen könnten,
- mangelndes Vertrauen in die eigenen (ungeahnten) Fähigkeiten, ein Kind zur Welt zu bringen,
- die Planbarkeit des Geburtstermins und die – im Vergleich zur vaginalen Entbindung – schnelle Geburt,
- die Angst, sich im Kreißaal in einer Schmerz- und Stress-Situation nicht zurecht zu finden und dabei vor dem anwesenden Partner, der Hebamme oder dem Arzt eventuell sein Gesicht zu verlieren, und
- die verbreitete Vorstellung, dass ein Kaiserschnitt die sicherste Geburtsform für Mutter und Kind ist.

Einen „Wunsch-Kaiserschnitt“ zu einem fixen Termin und ohne vorherige Geburtswehen sehen viele Frauen inzwischen als Alternative zur vaginalen Geburt. Beide Vorgehensweisen müssen jedoch in einem entscheidungsoffenen, ausführlichen Geburtsvorbereitungsgespräch diskutiert werden, denn **wenn keine medizinischen Gründe für einen geplanten Kaiserschnitt vorliegen, sollte eine vaginale Entbindung angestrebt werden.** Etliche Aspekte (auch aus Sicht des Kindes) sprechen für eine natürliche Entbindung, wobei

heutige Geburtshelfer allerdings stärker als früher die Bedürfnisse der Mütter und Väter bei der Geburtsplanung berücksichtigen.

Die endgültige Entscheidung für oder gegen einen Wunschkaiserschnitt liegt letztendlich bei der werdenden Mutter. Entsprechend ihrer persönlichen Situation gilt es, das Für und Wider gegeneinander abzuwägen und zu überdenken. Ausführliche Gespräche mit dem Partner, dem Arzt, einer Hebamme oder anderen Frauen, die bereits einen Kaiserschnitt hatten, über die eigenen Vorstellungen, Wünsche und Ängste im Hinblick auf die bevorstehende Geburt können im Entscheidungsprozess helfen, um dann die beste Lösung für sich und das Kind zu finden.





## geboren – willkommen

## Bonding

In den ersten Stunden nach der Geburt Ihres Kindes werden Sie im Kreißsaal als Mutter wahrscheinlich eine der aufregendsten Erfahrungen machen, die Sie mit Ihrem Baby verbinden wird: Sie werden einander „benden“.

Das englische Wort „Bonding“ meint die Entwicklung einer intensiven, innigen und liebevollen Gefühlsverbindung der Eltern zu ihrem Baby. Sie erleben, wie ein tiefes Gefühl der Zuneigung und der Zugehörigkeit zu ihrem Baby in ihnen wächst. Mutter und Vater verlieben sich beim Bonding regelrecht in ihr neugeborenes Kind. Bonding ist somit die Basis für Sicherheit, Geborgenheit und für ein gesundes emotionales Gedeihen des Kindes.



Die innere Bindung, die Eltern zu ihrem Kind aufbauen werden, ist ein Prozess, der durch viele Einflüsse und Erfahrungen geprägt wird und der Zeit und Ruhe braucht. Für das Bonding ist die Phase direkt nach der Geburt mit viel Blickkontakt, viel zärtlicher Berührung, engem Körpergefühl, Streicheln, Schmusen, Schmecken und Riechen sehr wichtig. Das heißt, es dauert also mehr als nur ein paar Minuten, bis Mütter und Väter dieses innige Band zu ihrem Neugeborenen entwickeln werden....

In den ersten ein bis zwei Stunden nach der Geburt ist ein Neugeborenes, das mit warmen Tüchern bedeckt auf dem Körper der Mutter liegen darf,

ausgesprochen wach und ruhig. Das Neugeborene fühlt sich dabei sicher und geborgen. Wenn man es nackt, in direktem Haut-auf-Haut-Kontakt mit der Mutter auf deren Oberkörper legt und gewähren lässt, wird es sich die erste halbe Stunde nach der anstrengenden Geburt meist erst noch ausruhen und einfach nur schauen. Danach aber wird es aktiver, beginnt zu lecken und zu schmatzen und schiebt sich, geleitet durch den Geruch und die Wärme der mütterlichen Brust, vorwärts, hin zur Brust. Dort legt es seinen Kopf ab, ruht aus – und dreht sein Köpfchen hin und her. In der Nähe der Brustwarze öffnet es seinen Mund weit, und nach mehreren Versuchen wird es meist selbst die Brust erfassen. Dieses Verhalten des Babys nennt man **intuitives Stillen**. Manche Babys brauchen vielleicht dabei etwas Halt und etwas Unterstützung, die die Mutter sanft und ebenfalls intuitiv geben kann.



Diese ersten Stunden nach der Geburt haben zweifellos eine ganz besondere und zentrale Bedeutung für das Bonding. Jedoch ist das Bindungsverhalten beim Menschen nicht zeitgebunden wie bei den Tieren, die ein Neugeborenes nur in der ersten Viertel- oder halben Stunde als ihr Junges annehmen. Das ist ein großes Glück für viele, denen aus äußeren Gründen (z. B. bei einer Erkrankung des Babys nach der Geburt mit daraus sich ergebender vorübergehender Trennung von Mutter und Kind) ein erstes intensives Kennenlernen verwehrt ist. **Das Mutter-Kind-Bonding kann nachgeholt werden, wenn es in den ersten Stunden oder Tagen nicht möglich war. Man spricht dann von Re-Bonding.** In vielen Fällen kann auch der Vater das erste Bonding fortsetzen, bis die Mutter dazu wieder in der Lage ist.

**Re-Bonding** bedeutet, Mutter und Kind auch nach Tagen und Wochen die Möglichkeit zu geben, innig zueinander zu finden. Re-Bonding geschieht deshalb in einer ruhigen Atmosphäre und nach einer Einstimmungsphase der Mutter auf dieses Erlebnis mit einer Hebamme oder einer Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerin. So können Mutter und Kind ohne zeitliche

Begrenzung die erste Zeit „nacherleben“. Das Baby, das auch beim Re-Bonding mit direktem Hautkontakt auf den Oberkörper der Mutter gelegt wird, braucht vielleicht eine kurze Orientierungszeit und ist unsicher, was auf es zukommt. Nach wenigen Minuten wird es aber in aller Ruhe anfangen sich zu bewegen und die Brust zu suchen, so wie es das auch nach der Geburt getan hätte.

Der **direkte Haut-auf-Haut-Kontakt** wird auch in späteren Situationen hilfreich sein, um ein Baby zu beruhigen. Ein Baby ist sehr empfänglich für diese unmittelbare Nähe zu seinen Eltern. Insbesondere frühgeborene oder kranke Babys profitieren vom wiederholten Re-Bonding.

## Rooming-in

Rooming-in bedeutet, dass Mutter und Kind gemeinsam in einem Zimmer untergebracht sind. Rooming-in schließt aber auch das mit ein, was sich aus dieser räumlichen Nähe heraus entwickeln wird.



Das Zusammensein von Mutter und Kind in einem Raum vermittelt eine emotionale Nähe, die die Bindung zwischen Mutter und Kind weiter fördert. **Die Mütter, die Rooming-in praktizieren, lernen ihr Kind dadurch schneller und besser kennen.** Sie erkennen frühzeitig das (Still-)Temperament und

den Rhythmus ihres Kindes. Schon die ersten Zeichen dafür, dass das Kind Hunger hat, werden beim Rooming-in leichter wahrgenommen. Das Anlegen des Babys kann dann schon nach den ersten Stillsignalen und nicht erst nach dem Schreien des Babys beginnen. Es weint somit seltener, hat deshalb auch einen geringeren Energieverlust und somit auch eine geringere Gewichtsabnahme in den ersten Tagen nach der Geburt.

24-Stunden-Rooming-in fördert die Muttermilchproduktion nachhaltig, zumal nachts das mütterliche milchbildende Hormon Prolaktin in höherer Menge ausgeschüttet wird als tagsüber. **Durch Rooming-in wachsen Mütter leichter in ihre neue Verantwortung hinein, so dass ihnen auch die Umstellung zu Hause einfacher gelingt.**

Wenn Sie zwischendurch eine Ruhezeit für sich selber brauchen, wann immer das sein wird, wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an Ihre Bezugspflegekraft. Sie wird eine zum aktuellen Zeitpunkt passende Lösung für Sie und Ihr Baby finden und beratend zur Seite stehen.

## Das Neugeborene in den ersten Tagen

Mit der Geburt beginnen wichtige Anpassungsvorgänge des Neugeborenen: Es atmet nun selbst und nimmt somit den lebensnotwendigen Sauerstoff auf, es vollzieht - für uns unbemerkt - wichtige Umstellungen in seinem Blutkreislauf und es übernimmt die Regulation seiner Körpertemperatur in der neuen Umgebung (wenngleich es dabei noch auf genügend Kuschel- und Schlafsackwärme angewiesen ist). Um sicher zu sein, dass dabei alles normal verläuft, hat die Hebamme im Kreißaal Ihr Baby aufmerksam beobachtet. Als Sie zusammen mit Ihrem Baby auf die Wochenstation verlegt wurden, hat eine unserer Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerinnen diese Aufgabe übernommen.



Sie hat Ihr Baby begrüßt und dabei beurteilt, ob es sich gut an das Leben außerhalb des Mutterleibes adaptiert hat. Sie hat dabei vielleicht schon das erste Mal die Windel des Babys gewechselt und somit gesehen, ob Ihr Kind schon Wasser gelassen oder den ersten Stuhlgang (syn.: Kindspech oder Mekonium) gehabt hat. Ggf. wird sie mit einem speziellen Sensor einmal am Fuß oder an der Hand des Babys schmerzfrei die

Sauerstoffsättigung des Blutes messen. Damit können wir sicher sein, dass die Kreislaufumstellung nach der Geburt und die Sauerstoffaufnahme des Babys normal verlaufen.

Unser Pflegepersonal wird Ihnen in den nächsten Tagen gerne und ausführlich bei der Pflege und Betreuung Ihres Babys zur Seite stehen. Für alle notwendigen Hilfestellungen, z. B. beim Wickeln oder beim Stillen, sind wir stets für Sie da. Wir werden uns dabei ganz nach Ihren persönlichen Bedürfnissen richten. **Fühlen Sie sich erschöpft und müde, wenden Sie sich bitte an die zuständige Pflegefachkraft. Sie wird Sie unterstützen, Ruhe für sich und Ihr Baby zu finden.**

Die **Nabelpflege** sollten Sie anfangs zunächst gemeinsam mit einer Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerin durchführen. Standard in der Nabelpflege ist heutzutage die ausschließliche Verwendung von sterilen Kompressen, die unter und um die Nabelklemme (aus Kunststoff) gelegt werden.



Wenn sie feucht geworden sind, was beim Wasserlassen des Babys manchmal passiert, müssen sie gewechselt werden, um ein weiteres Austrocknen des etwa 1 - 1,5 cm langen Nabelschnurrestes zu gewährleisten. Bei konsequent trocken durchgeführter Nabelpflege wird der Nabelschnurrest mit-samt der Nabelklemme nach ca. 7 bis maximal 14 Tagen abfallen. Dabei kann es zu einer minimalen Blutung

aus dem Nabel kommen. Decken Sie den Nabel, nachdem er abgefallen ist, bitte noch ein paar Tage mit einer sterilen Kompresse ab, bis auch der Nabelgrund vollständig trocken ist. Auch wenn der Nabel noch nicht abgefallen ist, können Sie Ihr Kind trotzdem baden. Trocknen Sie nach dem Baden den Nabelrest samt Nabelklemme immer gut ab und umwickeln Sie ihn wieder mit einer sterilen Kompresse. Eine Nabelbinde oder gar Puder für den Nabel sind nicht mehr gebräuchlich.

**Wickeln** sollten Sie Ihr Baby immer dann, wenn die Windel nass ist oder Ihr Kind eingestuhlt hat. Die häufigste Ursache von wunden Popos ist zu langer Kontakt von Urin und Stuhl auf der zarten, empfindlichen Haut des Babys. Die Käseschmiere (Vernix caseosa), die bei der Geburt die Haut Ihres Kindes noch teilweise bedeckt und die meist innerhalb von ein bis zwei Tagen in die Haut einzieht, ist ein hervorragender Hautschutz, der deshalb auch nicht ab-

abgewischt wird (sofern die Käseschmiere nicht mit Urin oder Stuhl verunreinigt ist).

In der Klinik wird Ihr Kind auch gebadet, in erster Linie, um das **Baden** mit Ihnen zu „trainieren“. Zu Hause genügen normalerweise für Ihr Baby ein bis zwei Bäder pro Woche. Das Badewasser für Ihr Baby sollte 36 bis 37°C warm



sein. Am besten überprüfen Sie die Badewassertemperatur mit einem Badethermometer. Weil das Wasser rasch abkühlt, sollten Sie das Baby nicht länger als drei bis fünf Minuten baden. Auch der Raum, in dem Sie Ihr Kind baden, sollte gut durchwärmt sein; 23 bis 24°C im Badezimmer sind für ein Baby angenehm. Nach dem Baden trocknen Sie das Kind rasch ab, damit es nicht auskühlt. Der Zeitpunkt des Bades bleibt Ihnen überlassen. Wenn Ihr Baby das Baden genießt und es Ihnen auch viel Spaß macht, dürfen Sie Ihr Kind durchaus häufiger, z. B. alle zwei Tage, baden. Auch Säuglinge schwitzen, sie haben Stuhl und Urin in der Windel, sie „spuckeln“ ab und an oder sie machen sich anderweitig schmutzig. Ein Ganzkörperbad reinigt dann nicht nur die kritischen Regionen (Hände, Po und Genitale, Leiste, Nabel), sondern sorgt auch dafür, dass die Achseln, der Hals und die Zehenzwischenräume wieder sauber sind! Auf Seife oder seifenähnliche Stoffe, auf Shampoo oder parfümierte Badelösungen können und sollten Sie dabei aber verzichten.

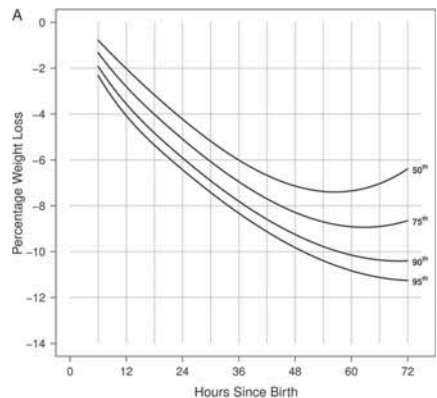
Beachten Sie bitte, dass allzu häufiges Baden die zarte Babyhaut austrocknen kann. Falls die Haut Ihres Kindes über die ersten Tage hinaus recht trocken ist (Anm.: In den ersten Lebenstagen ist das noch „normal“) und sich fein schuppt, können Sie ein rückfettendes Ölbad oder nach dem Bad eine Baby-Lotion (ohne Parfum-Zusätze) zur Hautpflege Ihres Kindes verwenden.

Wir beschränken uns darauf, Ihr Kind in den ersten Lebenstagen einmal täglich zu **wiegen**. Wiegeproben (d. h. das Wiegen vor und nach dem Stillen) sind i. d. R. nicht erforderlich. Sollten sie doch einmal notwendig sein, dann weist Sie eine Schwester individuell ein und hilft Ihnen dabei. Neugeborene

werden bei einer **Wiegeprobe** vor und nach der Stillmahlzeit bekleidet gewogen, ohne dass sie dazwischen die Windel gewechselt bekommen. Aus der Differenz der beiden Gewichte errechnet sich die getrunkene Muttermilchmenge. Wenn wir uns nach Absprache mit Ihnen für Wiegeproben entschieden haben, führen wir in der Regel dann mehrere Wiegeproben hintereinander durch, denn auch Neugeborene haben mal mehr, mal weniger Appetit. Eine Wiegeprobe alleine wäre nicht zuverlässig.



Für ein gesundes, normalgewichtiges gestilltes Neugeborenes ist eine **Gewichtsabnahme** bis zu 7% seines Geburtsgewichtes in den ersten drei bis vier Lebenstagen normal. In einzelnen Fällen ist auch eine Gewichtsabnahme bis zu 10% des Geburtsgewichtes bei sonst unauffälligen Verlauf tolerabel (dies gilt nicht uneingeschränkt. z. B. nicht für small-for-date- Neugeborene, die bei Geburt bereits zu leicht sind, oder für frühgeborene Babys). Dann hält sich das Gewicht normalerweise für ein bis zwei Tage und steigt anschließend wieder an. Bis zum 10. Lebenstag haben Neugeborene ihr Geburtsgewicht üblicherweise wieder erreicht, manche aber auch schon früher. Nach den ersten zwei Wochen sind bei gutem Trinkverhalten des Neugeborenen weitere Wiegekontrollen nur selten notwendig. Ihre Nachsorgehebamme hat bei ihrem Hausbesuch eine Babywaage dabei. Sie brauchen sich demzufolge keine Waage aus der Apotheke zu besorgen, es sei denn, der Haus- oder Kinderarzt oder die Hebamme empfiehlt Ihnen dies (z. B. bei sehr leichten oder bei frühgeborenen Babys).



Die **Finger- und Fußnägel** und das Nagelbett eines Neugeborenen sind noch sehr weich und empfindlich. Beim Schneiden der Nägel können deshalb sehr leicht Verletzungen mit anschließenden Nagelbettentzündungen entstehen. Sollten Sie Angst haben, dass sich Ihr Kind mit seinen Fingernä-



geln (vor allem im Gesicht) kratzt oder tut es das tatsächlich, dann sollten Sie ihm in den ersten Tagen nach der Geburt zunächst Handschuhe (Fäustlinge) anziehen. Nach ungefähr drei bis vier Wochen wird es vertretbar sein, dem Kind vorsichtig die Fingernägel zu schneiden. Wenn Sie dies zum ersten Mal tun, ist es am besten, Ihr Baby schläft währenddessen. So vermeiden Sie Verletzungen, die durch plötzliche Bewegungen des Kindes auftreten könnten, am ehesten. Die Fingernägel werden grundsätzlich rund, die Zehennägel gerade geschnitten. Bitte verwenden Sie zur Nagelpflege eine an den Spitzen abgerundete Nagelschere und keine spitze Hautschere.

Die **Körpertemperatur** eines Neugeborenen liegt normalerweise zwischen **36,8°C und 37,2°C**. Temperaturen außerhalb dieses Bereichs können aber leicht auftreten, da Neugeborene ihre Körpertemperatur noch nicht so konstant halten können wie ältere Säuglinge. Besonders starke Temperaturschwankungen sieht man bei frühgeborenen Kindern, also bei den Babys, die vor dem Ende der 37. Schwangerschaftswoche geboren wurden, bei sogenannten „mangelgeborenen“, d. h. bei – bezogen auf die Schwangerschaftsdauer – zu leichten Neugeborenen (syn.: small-for-date, small-for-gestational-age, SGA) und auch bei kranken Neugeborenen. Diesen Kindern kann in den ersten Lebenstagen über ein spezielles, temperaturgesteuertes Wärmebettchen („Babytherm®“ oder Inkubator) Extra-Wärme zugeführt werden.

Das Zimmer, in dem sich Ihr Neugeborenes tagsüber mit Ihnen **zu Hause** aufhält, **darf nicht zu kalt, aber auch nicht zu warm sein**. Das Kind gewöhnt sich rasch an die bei Ihnen üblichen Temperaturen. Bedenken Sie bitte, dass Babys in den ersten 12 bis 18 Lebensmonaten im Elternschlafzimmer schlafen (vgl. „Empfehlungen zur Vermeidung des Plötzlichen Säuglingstodes“) und dass Sie dabei für eine **Schlafräumtemperatur von 18 bis 19°C** sorgen sollten. Als Faustregel kann man sich merken, dass Ihr Neugeborenes im ersten Monat ein Kleidungsstück mehr benötigt als Sie selbst. Tägliche Temperaturkontrollen (nur rektale Messungen sind verlässlich!) werden meist nur bei Kindern mit einem niedrigen Geburtsgewicht empfohlen. Sie sollten allerdings grundsätzlich ein Fieberthermometer (und zwar ein Digital-Thermometer) in Ihrem Haushalt haben, damit Sie bei Bedarf, z. B. wenn Sie Fieber vermuten, die Körpertemperatur Ihres Kindes messen können.

Alle Neugeborenen benötigen eine ausreichende Bekleidung, die der Umgebungstemperatur angepasst ist. **In geschlossenen Räumen** brauchen Neugeborene und Säuglinge grundsätzlich **keine Mützen**. Ein gesundes Neugeborenes kann bereits nach der Entlassung spazierengefahren werden. Beginnen Sie aber vorsichtig mit kurzen, ca. 15-minütigen **Ausflügen**.

Ziehen Sie dabei Ihr Kind der aktuellen Witterung und Tageszeit sowie der Jahreszeit entsprechend an und schützen Sie es vor Zugluft. **Wärmflaschen, aufgeheizte Kirschkernkissen oder dergleichen neben oder unter ein Baby zu legen, ist strengstens verboten.** Das darf auch zu Hause im Kinderbettchen wegen der extrem großen Gefahr von Verbrühungen und Verbrennungen nicht gemacht werden.

## Körperliche Besonderheiten bei Neugeborenen

Neugeborene Babys können einige „normale“, für Sie vielleicht noch unbekannte körperliche Besonderheiten aufweisen oder sie in den ersten Lebenstagen entwickeln, ohne dass dies ein Grund zur Sorge wäre:

Der erste Stuhlgang heißt **Mekonium** oder im Volksmund **Kindspech**. Mekonium ist schwarz (eigentlich ganz dunkelgrün) und zäh. Ihr Kind sollte noch am ersten Lebenstag (in den ersten 24 Stunden) Urin und Stuhlgang in der Windel haben.



Häufig kommt es vor, dass Eltern in der Windel des Babys ziegelfarbige, rötliche Flecken sehen. Das sind Urinkristalle, die **Ziegelmehl** oder **Ziegelmehl-sediment** heißen. Es ist kein Grund zur Beunruhigung; es wird nach ein paar Tagen schon nicht mehr auftreten.



Ein **Mongolenfleck** ist ein unregelmäßig begrenztes, manchmal recht großflächiges, blaugraues Muttermal, das überwiegend am Rücken, am Gesäß oder über dem Kreuzbein eines Neugeborenen auftritt. Ein Mongolenfleck ist eine harmlose Ansammlung von Pigmentzellen, die während der Embryonalentwicklung aus einer tieferliegenden Gewebeschicht in die oberflächliche Haut eingewandert sind. Mongolenflecke verblassen allmählich, bis sie schließlich nach vier bis acht Jahren oder spätestens bis zur Pubertät ganz verschwinden. Der Name Mongolenfleck leitet sich davon ab, dass dieses Mal überwiegend bei stärker pig-



mentierten Kindern (je dunkler, desto häufiger) zu finden ist (Japaner, Koreaner, Vietnamesen, Mongolen, Vorderasiaten, Indochinesen, Indianer, Inuit). Der Mongolenfleck ist aber keine Eigenheit von (ost)asiatischen Ethnien. Er tritt am seltensten bei hellhäutigen und hellhaarigen Kindern auf.

Ein **Neugeborenenausschlag** oder **Neugeborenenexanthem** ist eine Hautrötung, manchmal sogar mit Pustel- und Knötchenbildung, die am ganzen Körper des Babys auftreten kann. Ausgespart bleiben beim Neugeborenenausschlag in der Regel die Handflächen und Fußsohlen. Die eigentliche Ursache dafür ist (noch) unbekannt. Der Neugeborenenausschlag kommt bei vielen reifen Neugeborenen vor; er findet sich aber kaum bei frühgeborenen Kindern. Selten (in 10%) ist er bei Geburt bereits vorhanden, meist erscheinen erste Anzeichen ab dem 2. bis 3. Lebenstag. Bis zum 14. Tag verschwindet der Neugeborenenausschlag aber wieder von selbst; eine Behandlung ist nicht nötig. Oft wird er fälschlicherweise als Neugeborenenakne bezeichnet. Diese Hautveränderungen sind zwar dem Neugeborenenausschlag im Erscheinungsbild sehr ähnlich, haben jedoch eine andere Ursache (Übertragung mütterlicher Hormone über die Plazenta) und zeigen einen anderen Verlauf (meist im Gesicht auftretend, Rückbildung bis zum 3. Lebensmonat).

In den ersten Lebenstagen können sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen **Brustdrüenschwellungen** auftreten. Dieses Phänomen ist hormonell bedingt (durch das Hormon Prolaktin) und kein Grund zur Besorgnis. Drücken Sie nicht an der Brust des Kindes, selbst wenn sich spontan dort etwas Flüssigkeit (im Volksmund „Hexenmilch“) absondert. Bei einer nur einseitig auftretenden Rötung einer schmerzhaft geschwollenen Brust sollten Sie Ihr Kind aber umgehend einem Arzt vorstellen, da es sich dann u. U. um eine Brustdrüsenentzündung des Babys handeln kann.

In den ersten Lebenstagen trocknet die oberste Hautschicht bei den Babys ein und schuppt sich; man spricht dann von einer **Neugeboreneneschuppung**. Manchmal kann sich die Haut auch in größeren Schuppen ablösen. Dennoch ist ein Eincremen meist nicht erforderlich. Eine Pflege mit rückfettenden Lotionen, Cremes oder Badezusätzen ist i. d. R. nur dann angezeigt, wenn sich eine feine Rissbildung in der Haut entwickelt.

Bereits vor der Geburt verfestigt sich die oberste Hautschicht der Babys. Dabei können winzige, stecknadelkopfgroße, weißliche Knötchen – besonders auf dem Nasenrücken – entstehen. Sie bestehen aus Hornmaterial, nicht aus Talg, und heißen **Milien** oder **Grießkörner**. Sie verschwinden in den ers-

ten Lebenswochen von alleine wieder. Sie können einzeln stehen oder aber auch in Gruppen. Die nur wenige Millimeter großen Hornperlen in der Mittellinie des Gaumens bei Neugeborenen am Übergang vom harten zum weichen Gaumen oder – selten auftretend – am Zahnfleisch haben einen Eigennamen: Sie heißen „Epstein pearls“. Auch sie verschwinden von alleine wieder.



Ein **Storchenbiss** ist ein roter Hautfleck, der meistens am Hinterkopf, seltener auf der Stirn oder an den Augenlidern eines Babys auftritt. Von seiner häufigsten Platzierung an der unteren Haargrenze am Hinterkopf hat er seinen Namen. Es sieht aus, als hätte „der Storch, der die Kinder bringt“, hier das Kind mit dem Schnabel gehalten. Die rote Farbe des Storchenbisses erinnert an ein helles Lachsrot, deshalb heißt diese typische Hauterscheinung im Englischen auch **salmon patch**. Sie wird durch vermehrte und erweiterte Äderchen (Kapillargefäße) hervorgerufen. Typisch ist die Intensivierung der Farbe bei verstärkter Durchblutung (z. B. beim Schreien). Storchenbisse sind harmlos und kommen bei etwa 60 bis 70% aller Neugeborenen vor. Meistens verschwindet ein Storchenbiss im ersten Lebensjahr, er kann jedoch auch über lange Zeit bestehen bleiben, insbesondere im Nacken. Neben den hellroten Storchenbissen (salmon patch) gibt es noch dunkelrote, **portweinfarbene Flecke** der Haut (engl.: port wine stains), die ebenfalls von dem Durchschei-



ner der feinsten Adern herrühren, allerdings in wesentlich stärkerer Ausprägung. Sie kommen sehr selten vor und sind bei Geburt bereits sichtbar, meist im Gesichts- oder Kopfbereich. Da sie sich nicht wie die meisten helleren Storchenbisse spontan zurückbilden und mit dem Kind mitwachsen, werden portweinfarbene Hautflecken behandelt, z. B. mit einem Laserstift. Diese Therapie ist auch bei **Blutschwämmchen** geeignet, die ebenfalls als gutartige Neubildungen von feinen und feinsten Blutgefäßen beschrieben werden. Sie zeigen sich als rote bis blaurote Hautverfärbungen, selten mit punktförmiger und flacher, meist aber mit unebener und erhabener Oberfläche. Sie sind selten bei Neugeborenen, bei Frühgeborenen gibt es sie etwas häufiger (bis zu 10%).



Die meisten **Hämangiome** sind bei Geburt noch sehr klein und nehmen dann erst an Größe zu, vor allem noch im ersten Lebensjahr. Die meisten von ihnen bilden sich von alleine wieder zurück. Eine Behandlung ist also i. d. R. nicht notwendig und man kann abwarten, wie sich das Blutschwämmchen weiter entwickeln wird. Nicht zuwar-

ten darf man allerdings bei Hämangiomen im Gesicht oder im Genitalbereich. Diese müssen frühzeitig, also noch in den ersten Lebenswochen, von einem Facharzt für Hauterkrankungen begutachtet werden. Eine Behandlung mit einem Laserstift oder alternativ mit einer Kältesonde kann das dann meist noch kleine Blutschwämmchen veröden, so dass es nicht weiter an Größe und Ausdehnung zunehmen kann und sich rascher zurückbildet.

Fruchtwasser oder durchsichtiger, dickflüssiger Schleim, z. T. mit schwärzlichen Blutfäden (wie Kaffeesatz), oder Nahrung wird von vielen Neugeborenen in den ersten Tagen „gespuckelt“. Einige Tage nach der Geburt sollte dieses **Spuckeln** vorbei sein. Man beobachtet allerdings auch noch später das Spuckeln/Speien von Nahrung, das sich dann mit der anatomischen Besonderheit des Überganges von der Speiseröhre in den Magen bei Säuglingen erklären lässt. „Speikinder sind Gedeihkinder“ weiß aber schon der Volksmund. Das Speien ist an sich – wenn das Kind gut gedeiht – kein Grund zur Besorgnis. Bei **Erbrechen im Schwall** handelt es sich in der Regel jedoch um eine schwerwiegende Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme, so dass Sie dann Ihr Baby beim Arzt oder bei der Ärztin vorstellen sollten, auch wenn dies erst nach der Entlassung aus der Klinik auftritt.

**Schluckauf beim Baby** ist kein Grund zur Besorgnis. Meistens verschwindet er spontan oder nach erneutem Stillen.

Viele Neugeborene entwickeln in den ersten Lebenstagen eine (nicht ansteckende) **Neugeborenenengelbsucht**. Das ist ein normales Phänomen, solange das Bilirubin, ein Gallenfarbstoff, der die Haut gelb werden lässt, in den ersten Lebenstagen definierte obere Grenzwerte nicht überschreitet.



Messung mit dem BiliCare®-Gerät



Phototherapie

**Bilirubin** entsteht beim Abbau von roten Blutzellen aus dem Blutfarbstoff Hämoglobin; es wird mit der Galle ausgeschieden.

Infolge der noch nicht ganz ausgereiften Leberfunktion zum Zeitpunkt der Geburt steigt der Gehalt an Bilirubin im Körpergewebe und im Blut an. Deshalb erscheint die Hautfarbe des Säuglings gelblich. Eine allgemeine Trägheit und Trinkmüdigkeit des Kindes können sich dazu gesellen, vor alle dann, wenn das Bilirubin stark erhöht ist. Eine so genannte Phototherapie (Bescheinen mit blauem Licht, siehe Abb.) ist – neben der Optimierung des Stillens – eine etablierte Therapiemöglichkeit, die für zwei bis drei Tage durchgeführt wird und die Gelbsucht geringer werden lässt.

Einige Tage nach der Geburt kann bei neugeborenen Mädchen durch den Abfall der Schwangerschaftshormone (diese stammen von der Mutter) eine so genannte **Pseudomenstruation** auftreten. Die Schleimhaut in der Gebärmutter des Mädchens, die während der Schwangerschaft unter dem Einfluss der mütterlichen Schwangerschaftshormone dicker geworden ist, löst sich dabei und wird wie bei einer normalen Regelblutung ausgestoßen. Neben dem üblichen, weißlich-trüben Ausfluss aus der Scheide der Mädchen, der in den ersten Tagen als völlig normal gilt, bemerken die Eltern dann fadige, blutig-rötliche Beimischungen zu diesem Schleim. Eine einmalige, vorübergehende Pseudomenstruation bei einem neugeborenen Mädchen ist nichts Beunruhigendes.

Bei neugeborenen Jungen sind Vorhaut und Eichel miteinander verklebt. Diese normale (physiologische) **Vorhautverklebung** löst sich meist erst nach drei bis fünf Jahren. Streifen Sie auf keinen Fall vorher die Vorhaut hinter die Eichel des Jungen zurück. Durch dieses unnötige und falsche Manöver würden Sie die Vorhaut an ihrer Innenseite einreißen. Die Folge wäre ein narbiges Abheilen und, bedingt durch die Vernarbung, eine Verengung, die später

oder bei nachfolgenden Vorhautentzündungen operiert werden muss. Nur die allerwenigsten Buben haben eine angeborene Vorhautverengung (Phimose).

Durch den Druck, dem der Kopf des Säuglings während der Geburt ausgesetzt ist, kann es zu einer blutig-flüssigen Durchtränkung der Kopfhaut mit Gewebswasser kommen. Diese nennt man **Geburtsgeschwulst**. Sie bildet sich in den ersten Lebenstagen von selbst zurück.



Im Gegensatz dazu handelt es sich beim „**Kephalhämatom**“ um eine Blutung unter die Knochenhaut einzelner Schädelknochen. Sie entsteht durch Scherkräfte unter der Geburt, durch die ein Blutgefäß unter der Knochenhaut verletzt wird. Die am häufigsten betroffene Stelle liegt über den Scheitelbeinen. Ein Kephalhämatom kann im Verlauf der ersten Lebenswoche noch an Größe zunehmen. In der Regel wird es nach 2 - 4 Wochen vollständig verschwunden sein. Von einer Punktion eines Kephalhämatoms wird strikt abgeraten, da das Infektionsrisiko dabei unverhältnismäßig hoch ist.

## Babyblues

Die Geburt eines Babys ist ein ganz besonderes Ereignis für eine Frau. Sie erlebt viel Freude, spürt aber auch, dass neue Herausforderungen auf sie zukommen. In dieser Phase wechseln Gefühle schnell und kehren sich gelegentlich ins Gegensätzliche. Manches erscheint einem dann trotz der eigentlich innigen Zuneigung und Liebe für das neugeborene Baby unwirklich und fremd. Dazu kommen nach der Geburt enorme Hormonveränderungen, die Stimmungsschwankungen auslösen können.

Die **auf wenige Tage begrenzte Phase** nach der Geburt, die überwiegend durch Traurigkeit, Weinen, Müdigkeit und Erschöpfung, aber auch durch Reizbarkeit und Aggressivität, Schlaf- und Appetitstörungen, Konzentrationschwierigkeiten wie auch durch innere Ruhelosigkeit und Ängstlichkeit gekennzeichnet sein kann, nennt man **postpartales Stimmungstief** (postpartal = nach der Geburt). Man spricht auch von **Heultagen** oder vom **Baby-blues** (früher auch vom „Milchfieber“, weil es oft mit dem Milcheinschuss einhergeht). Wenn es auftritt, dann meist in den ersten 4-5 Tagen nach der Geburt. Es verschwindet meistens innerhalb von Stunden oder Tagen wieder, ohne dass eine Behandlung nötig ist.



Die Gründe dafür, warum viele (ca. 70%) Frauen nach einer glücklichen Geburt trotzdem vorübergehend so sehr traurig werden, waren lange noch unklar. Man wusste zwar schon, dass der Östrogenspiegel in den ersten drei bis vier Tagen nach der Geburt um das 100- bis 1.000-fache abfällt. Das allein



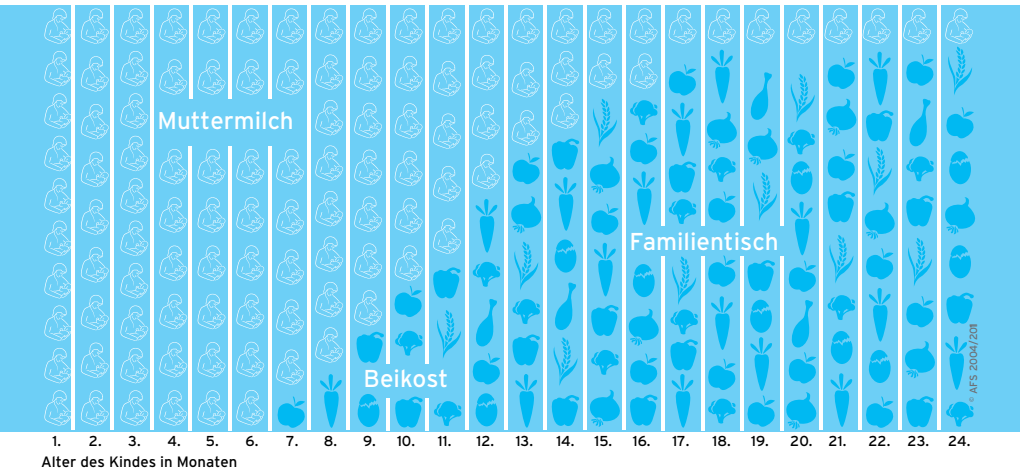
erklärte aber den Babyblues nicht. Inzwischen ist das Geheimnis geklärt: Nach der Geburt steigt die Konzentration des Enzyms Monoamin-Oxidase A, kurz MAO-A, extrem an. Dieses Enzym ist für den Abbau der Botenstoffe des Gehirns, vor allem von Serotonin, Dopamin und Noradrenalin, zuständig; selbige sind für unsere Stimmung verantwortlich. Haben wir zu wenig von ihnen, weil sie durch MAO-A rasch abgebaut werden, werden wir traurig und später unter Umständen sogar depressiv.

**Mütter benötigen in dieser Phase möglichst viel Ruhe und viel Zuspruch. Und die Gewissheit, dass es sich um etwas ganz Normales handelt, nämlich um eine natürliche Reaktion auf die überwältigende Lebensveränderung, die mit der Ankunft eines Babys verbunden ist.**

Nur in wenigen Fällen geht ein postpartales Stimmungstief in eine postpartale Depression (Wochenbettdepression) über. Ausführlichere Informationen zu diesem wichtigen Thema finden Sie auf Seite 188 ff.



## Allgemeine Ernährungsempfehlungen für Säuglinge und Kleinkinder nach WHO\*



# Die Ernährung des Neugeborenen

## Die Ernährung des Neugeborenen

Die Ernährung des Kindes, speziell eines Neugeborenen und Säuglings, ist ein sehr umfangreiches Thema. Viele Menschen, die es gut mit Ihnen und Ihrem Baby meinen, werden Ihnen in den nächsten Tagen, Wochen und Monaten unzählige Ratschläge dazu geben. Die Werbung für Kindernahrung tut ein Übriges und wird Sie u. U. mehr verunsichern als gute Lösungen anbieten. Leider weichen etliche dieser Empfehlungen von der offiziellen und in allen Ländern bewährten Konzeption der Säuglingsernährung ab, wie sie die WHO und viele Ernährungsfachleute geben.

Die Säuglingsernährung umfasst nach den WHO-Empfehlungen zwei Phasen. Die erste Phase ist das **ausschließliche Stillen in den ersten sechs Lebensmonaten**, d. h. keine andere Nahrung oder Flüssigkeit außer Muttermilch zu geben.



**Erst mit dem Beginn des zweiten Lebenshalbjahres**, also nach dem 6. Lebensmonat, ist der Zeitpunkt gekommen, mit geeigneter **Beikost** anzufangen. Aus Gründen der Allergievorbeugung wird geraten, in dieser Beikostbeginnphase weiter zu stillen. **Insgesamt wird Stillen neben Beikost bis weit ins zweite Lebensjahr und darüber hinaus empfohlen.**

Für Verunsicherung zum idealen Beginn der Beikosternährung hat eine Veröffentlichung der Dt. Gesellschaft für Kinderheilkunde beigetragen, weil de-

ren Ergebnisse missverständlich interpretiert werden können. Einige Eltern werden daher von Fachkräften angehalten, ihrem Baby ab dem 5. Lebensmonat Beikost zu füttern. Das ist so pauschal nicht korrekt und entspricht nicht den Empfehlungen von WHO und UNICEF. Inzwischen ist vom **Netzwerk „Gesund ins Leben“** des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft präzisiert worden, wie Eltern vorgehen sollen. Mehr dazu lesen Sie ab Seite 140.

Egal für welche Ernährung sich Eltern für Ihr Baby entscheiden, beim Thema „Säuglingsernährung“ darf die Information zu Vitamin K, Vitamin D und Fluorid nicht fehlen:

### Alle Babys erhalten vorbeugend

- ➡ eine **Vitamin K-Prophylaxe**, d. h. jeweils 2 mg Vitamin K oral am 1. Lebenstag, einmal zwischen dem 3. und 10. Lebenstag (bei der Vorsorgeuntersuchung U 2) und einmal zwischen der 4. bis 6. Lebenswoche (bei der Vorsorgeuntersuchung U 3). Vitamin K ist notwendig zur Bildung von aktivierbaren Gerinnungsfaktoren und dient somit zur Verhinderung von Blutungskomplikationen in den ersten Lebenswochen,
- ➡ und ca. ab dem 7. Lebenstag eine tägliche **Vitamin D-Prophylaxe** (mit 500 I.E.) während der ersten 12 Monate (und in den Wintermonaten des zweiten Lebensjahres, wenn das Baby im Herbst oder Winter geboren wurde), um vor einer Rachitis („Englische Krankheit“, Knochenerweichung) zu schützen.
- ➡ Ausführliche Informationen zur **Kariesprophylaxe** mit Fluorid finden Sie in diesem Elternratgeber auf Seite 151 ff.



## Stillinformationen

### Was Sie über Ihre Stillfähigkeit wissen sollten – Informationen zur Ernährung mit Muttermilch

Man hört oft, Stillen sei ja „natürlich“, und meint damit, dass es immer „gehen“ wird, wenn man sich einmal dafür entschieden hat. Leider stimmt das so nicht. Etliche (ehrlche) Mütter schildern, dass es mit dem Stillen „dann doch nicht so recht und nicht auf Anhieb geklappt“ hat. Erst im Verlauf der ersten Tage hat sich eine gute (und damit auch schmerzfreie) **Stilltechnik** in der individuellen Mutter-Kind-Situation entwickeln können. Stillen muss man ebenso **einüben** wie man Fahrradfahren, Tanzen oder Schwimmen erlernen muss. Mit qualifizierter Unterstützung, mit etwas Geduld am Anfang und mit der nötigen Portion Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Ausdauer können aber nahezu alle Mütter, die stillen möchten, ihr Baby erfolgreich stillen, sogar Zwillinge!

Das Klinikum Kulmbach fördert das Stillen als natürliche Ernährungsform nachhaltig und beachtet den Internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten der Weltgesundheitsversammlung von 1981 einschließlich der dazugehörigen Folgeresolutionen, denn **ein Baby hat Anspruch auf eine optimale Ernährung**. Sollten Sie sich für eine andere Ernährung als für das Stillen entscheiden, beraten wir Sie gerne im persönlichen Gespräch ausführlich und individuell. Sie erhalten von uns dann alle notwendigen Informationen in mündlicher und auch in schriftlicher, leicht verständlicher Form. **Jede Mutter sollte nach ihren eigenen Vorstellungen und den Bedürfnissen ihrer Familie die Entscheidung treffen dürfen, ob sie stillt oder nicht stillt**. Stillen erleichtert es Mutter und Kind, eine gute, stabile Beziehung aufzubauen. Die Stillhormone Oxytocin und Prolaktin unterstützen dabei die Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung. Stillen wirkt sich während und auch nach der Stillzeit günstig auf das gesamte Familienleben aus. Mutter (Eltern) zu sein, d. h. ein Kind liebevoll anzunehmen und zu umsorgen, umfasst viele Aspekte – Stillen ist einer davon.



© La Leche Liga Deutschland

Das „Andocken“ des Kindes an der Brust bewirkt die Ausschüttung der mütterlichen Hormone **Oxytocin** und **Prolaktin**. Beide sind für die Milchbildung wichtig: Prolaktin für ein rasches Ingangkommen der Milchproduktion, Oxytocin für die Erleichterung des Milchflusses. Oxytocin fördert außer-

dem die Kontraktion und Rückbildung der Gebärmutter, d. h. es löst die sogenannten Nachwehen aus. Beide Hormone sind wichtig für den **Milchspendereflex** (Letdown-Reflex). Viele Frauen spüren beim Anlegen schon nach wenigen Sekunden diesen Reflex als prickelndes, bisher völlig ungewohntes Gefühl in der Brust. Machen Sie sich aber keine Sorgen, wenn Sie den Milchspendereflex nicht gleich merken oder wenn er Ihnen zu schwach vorkommt, denn beides ist genauso normal wie ein recht starkes Empfinden. Für manche Mütter ist der Milchspendereflex nur am Anfang der Stillzeit sehr stark, später lässt er deutlich nach oder verschwindet völlig. Auch das wäre kein Grund zur Sorge.

### **Dass Mütter in den ersten Tagen wenig Milch haben, ist völlig normal.**

Wäre es sinnvoll, dass Babys bereits in den ersten Lebenstagen viel Milch bekommen, dann hätten ihre Mütter schon in den ersten Tagen entsprechend viel Milch. Offensichtlich hat die Natur dies so eingerichtet, damit die Kreislaufumstellung des Neugeborenen problemlos von statten geht.

**Kolostrum** ist der Fachbegriff für die Muttermilch der ersten Lebenstage, solange der Milcheinschuss noch aussteht. Kolostrum ist eine gelbliche Muttermilch, die nur in kleinen Mengen vorhanden ist. Sie stillt den Hunger und den Durst des Babys dennoch sehr gut, da sie Fett, Eiweiß und Kohlenhydrate enthält. Zudem sind im Kolostrum viele Antikörper und weitere für das neugeborene Baby wichtige Abwehrstoffe. Kolostrum wirkt auch leicht abführend, was dem Baby hilft, das sog. Mekonium („Kindspech“) auszuschcheiden.

**Legen Sie Ihr Baby in den ersten Tagen bei jeder Stillmahlzeit nacheinander an beiden Brüsten an.** Wenn Sie anfangs noch unsicher sind, ob Ihr Baby gleich effektiv trinkt, nachdem es angedockt hat, muss Sie das zunächst nicht beunruhigen. So genanntes non-nutritives Saugen ist Teil der anfänglichen Lernphase beim Stillen. Wenn Sie dann deutliche Schluckbewegungen des Babys wahrnehmen, ist das meist ein gutes Zeichen für einen Milchtransfer.

Bis die Milch bei einer Stillmahlzeit durch den Milchspendereflex richtig zu fließen beginnt, vergehen durchaus zwei bis drei Minuten. Bei einer Begrenzung des Stillens auf wenige Minuten wäre die Mahlzeit schon vorüber, bevor sie richtig angefangen hat. Ein Baby muss auch lange genug saugen dürfen, um die so genannte **Hintermilch** („das Sahnehäubchen“) zu bekommen. Allerdings sollte es auch dann, also gegen Ende der Stillmahlzeit, noch überwiegend richtige, am Schlucken hörbare Trinkbewegungen machen und nicht nur noch an der Brust „nuckeln“. Das darf zwischendurch sein, aber nicht anhaltend oder ausschließlich. Es würde sonst allzu schnell zu gereizten

und evtl. wunden Brustwarzen kommen können. **Entscheidend ist häufiges, nicht langes Anlegen.**

## Hinweiszeichen dafür, dass ein Baby Hunger hat

Am Anfang bewegt das Baby seine Lippen und seine Zunge, es beginnt hörbar zu schmatzen („Stufe 1“). Das Baby führt dann seine Hand zum Mund („Stufe 2“), es öffnet die Augen und wacht auf. Dann erst beginnt das Baby zu quengeln und schließlich laut zu schreien („Stufe 3“). Wenn Sie die ersten **Stillzeichen** (1 und 2) bei Ihrem Baby sehen oder hören, sollten Sie mit dem Stillen bereits beginnen. Es gibt Babys, die sehr schnell aufwachen und rasch ungeduldiger sind als die, die sich mehr Zeit lassen und erst nach ein paar Minuten lauter werden und Nahrung fordern.



In den ersten Lebenstagen trinkt ein Baby noch ohne festen Rhythmus an der Brust seiner Mutter. Neugeborene sind in dieser Zeit auch noch nicht so ausdauernd an der Brust wie später, dafür können anfangs häufigere Mahlzeiten notwendig sein. **Am ersten Lebenstag** sollte Ihr Baby **6-8 Stillmahlzeiten** haben, **ab dem zweiten Lebenstag** gelten **8-12 Stillmahlzeiten (und mehr) in 24 Stunden** als normal und als notwendig. Eine Stillzeit von jeweils 20 bis 40 Minuten wäre dabei „okay“. Kürzere Stillmahlzeiten gehen ebenfalls in Ordnung. Früher nahm man an, dass ein Kind in den ersten zehn Minuten des Stillens am meisten Milch bekäme. Inzwischen weiß man, dass dem nicht so ist, weil eine Mutter kontinuierlich bis zu sechs oder mehr Milchspendereflexe pro Stillmahlzeit hat.

**Einmal in 24 h darf es auch eine längere Pause von 4 bis 5 Stunden geben, bis das Baby wieder andockt, damit Sie als Mutter ausruhen und Schlaf finden können.**

Stillen Sie Ihr Baby, so oft es das Bedürfnis danach zeigt (man nennt das ad libitum), denn je öfter Ihr Baby saugt, desto mehr Milch wird Ihr Körper produzieren. Wenn Sie bei dem notwendigen **häufigen Anlegen** Ihr Baby **in verschiedenen Stillpositionen** anlegen, erreichen Sie eine bessere Entleerung der Brust und Sie schonen Ihre Brustwarzen. Ein Baby kann innerhalb einer Wachphase durchaus mehrmals gestillt werden; dieses Stillmuster nennt man **Cluster-feeding**.

Sollten Sie feststellen, dass Ihr Baby in den ersten 24 Stunden nach der Geburt weniger als 6-8 Stillmahlzeiten und ab dem zweiten Lebenstag nicht mindestens 8-12 Stillmahlzeiten hat, und dass es viel schläft, so ist es notwendig, es zum Stillen zu wecken, dann auch nachts. Da Ihre Prolaktinspiegel nachts besonders hoch sind, wird Ihre Milchbildung dann besonders gut und nachhaltig angeregt.

Die Milchmenge, die im Verlauf eines Tages gebildet werden kann, ist abhängig von einer korrekten Anlegetechnik und von der Häufigkeit, mit der das Kind an der Brust seiner Mutter trinkt. Achten Sie deshalb von Anfang an auf eine gute Stilltechnik, die Ihnen unsere in der Stillanleitung geschulten Hebammen, Stillberaterinnen und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerinnen gerne zeigen werden.

**Häufiges Stillen fördert die Milchproduktion. Eine korrekte Anlegetechnik und lieber häufigeres als zu langes Anlegen helfen, Schmerzen beim Stillen und wundte Brustwarzen zu vermeiden!**

Den eigentlichen **Milcheinschuss** werden Sie nach etwa 3-5 Tagen spüren: die Brust spannt dann vermehrt, der Drüsenkörper wird fester, die Brust insgesamt größer. Die Venenzeichnung der Brust wird deutlich zu sehen muss auch die Durchblutung und der Lymphfluss der Brust gesteigert werden. Alles das ist normal. Von Anfang an, speziell aber mit dem Milcheinschuss, ist eine gute Anlegetechnik das A und O des erfolgreichen Stillens.





Dazu gehört auch eine sanfte Brustmassage vor dem eigentlichen Anlegen.

Zur **Brustmassage** ist z. B. die Technik nach Plata-Rueda geeignet. Dazu werden die Hände flach auf die Brust gelegt und massieren mit leichtem Druck das Brustdrüsenengewebe. Anschließend wird zur Anregung des Milchspendereflexes die Brust vom Ansatz bis über die Mamille (Brustwarze) hinweggestreichelt (mittlere Abb.) und zur Lockerung des Brustgewebes ge-„shaked“ (rechte Abb.).



© Ardo medical AG

Weitere Massagetechniken zur Förderung des Milchflusses werden Ihnen unsere Hebammen und Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerinnen nach Bedarf und bei spezieller Indikation zeigen.

Zu seltenes oder verspätetes Anlegen kann in diesen Tagen bei einem starken Milcheinschuss u. U. einen **Milchstau** hervorrufen, weil das Baby bei der rasch zunehmenden Schwellung der Brust die Brustwarze nicht mehr richtig „fassen“ kann. Sanfte Brustmassagen oder ein kurzes Anpumpen (alternativ ein sanftes Entleeren der Brust per Hand) kann den Druck und die Spannung in der Brust vermindern, und das Kind kann wieder gut „andocken“. Auch das Baby rechtzeitig anzulegen, bevor es zu hungrig ist, hilft in dieser Zeit. **Legen Sie also dann häufig an, am besten nach dem Bedarf des Kindes und nach Ihrem Bedarf, d. h. wenn sich Ihre Brust für Sie zu voll anfühlt. Wecken Sie dafür Ihr Kind.**

**Bitte Sie unsere Hebammen und unser Pflegepersonal auf der Wochenstation um Assistenz beim Anlegen, Stillen und Wecken.** Sie unterstützen Sie sehr gerne, denn es ist wichtig, dass Sie und Ihr Baby die richtige Stilltechnik kennenlernen. Das schafft zufriedene Babys und glückliche Mütter (und Väter)!

Die Zusammensetzung der Muttermilch ändert sich während einer Stillmahlzeit: Die **Vordermilch** ist wässriger, um den Durst des Babys zu löschen. Die

**Hintermilch** dagegen ist cremiger und sahniger (und somit auch kalorienreicher), um seinen Hunger zu stillen. Deshalb sollten Sie immer erst eine Brust gut „abtrinken“ lassen, ehe Sie zur zweiten Brust wechseln, d. h. das Baby bleibt solange an der ersten Brust, wie es effektiv saugt und nicht nur „nuckelt“ oder auf der Brustwarze „herumkaut“. Lassen Sie Ihr Baby vor dem Wechsel an die zweite Brust aufstoßen („Bäuerchen machen“). Das Kind sollten Sie dazu aufrecht halten und gut stützen.

Auch **nach Brustoperationen** ist **Stillen möglich**. Nach einer Brustvergrößerung geht Stillen normalerweise gut. Nach einer brustverkleinernden Operation mit der Entfernung eines Teils des Brustgewebes können Kinder mit einer ausführlichen Stillberatung und aktiven Betreuung beim Stillen ebenfalls an der Brust ernährt werden. Die maximal mögliche Milchmenge ist aber nicht vorhersagbar. Sie ist abhängig von der zur Verkleinerung der Brust angewandten Operationsmethode und dem Zeitabstand zwischen Operation und Schwangerschaft.

Frauen, die ihr Kind in der ersten Stunde nach der Geburt nicht das erste Mal anlegen können, egal aus welchem Grund, oder deren Baby in den ersten Lebensstunden nicht ausreichend kräftig an der Brust trinken kann, haben trotzdem die Möglichkeit, ihre Milchbildung hilfsweise durch eine Brustmassage und ein anschließendes **Entleeren der Milch per Hand** (1. Tag) oder mit einer manuellen oder besser elektrischen **Milchpumpe** in Gang zu setzen. Beginnen sollten sie damit bereits ca. sechs Stunden nach der Geburt.

© Ardo medical AG



Entleeren per Hand

Abpumpen mit  
EinfachpumpsetAbpumpen mit  
Doppelpumpset

Das regelmäßige Abpumpen der Milch (im weiteren Verlauf dann alle 3 Stunden) stimuliert die Milchbildung ebenfalls und ausreichend gut. Es erfordert zwar einiges an Durchhaltevermögen, aber es lohnt sich, um dann, wenn das Baby ausdauernd und kräftig genug ist, zum ausschließlichen Stillen zu kommen. **Abgepumpte Muttermilch kann dem Baby direkt im Anschluss ans Abpumpen gegeben werden, oder sie wird im Kühlschrank aufbewahrt.**



Vor dem Ansetzen der elektrischen oder der Handpumpe wird die Brust mit feuchten, warmen Tüchern oder mit einer **Brustmassage**, die wir Ihnen zeigen werden, vorbereitet. Erst danach beginnt man, die Milch abzupumpen.

**Zum Pumpmanagement für besondere Situationen wenden Sie sich bitte an das Pflegepersonal oder Ihre Hebamme.**

Nähere Informationen zum Aufbewahren von Muttermilch finden Sie auf Seite 136 ff.

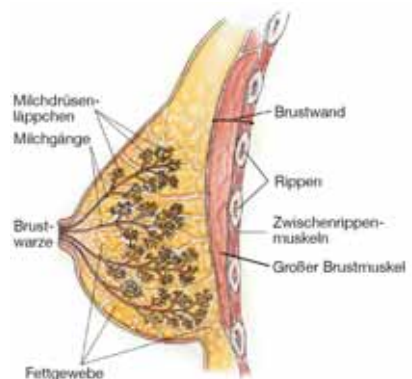
## Der Weg zur richtigen Stilltechnik

Seinem Kind die Brust zu geben ist in vielen Kulturen – auch wieder in Mitteleuropa – etwas ganz „Natürliches“. Trotzdem stimmt es, wenn man sagt, dass das Stillen selbst erst noch „gelernt“ werden muss. Ein Neugeborenes sucht zwar instinktiv die Brust seiner Mutter und beginnt spontan mit den ersten Trinkversuchen, sobald es die Brustwarze gefunden hat. Seine Trinktechnik kann es aber nun erst verbessern und optimieren, wenn es immer wieder gestillt wird, und zwar möglichst von Anfang an mit einer korrekten Anlegetechnik. Wenn das ermöglicht wird, sind Stillprobleme wie wundere Brustwarzen oder die Sorge um eine ausreichende Milchmenge so gut wie kein Thema mehr.

Mit der richtigen Stillberatung und -unterweisung können – bis auf wirklich sehr wenige Ausnahmen – alle Frauen stillen, wenn sie sich dafür entscheiden haben. Wir möchten Ihnen deshalb auf den nächsten Seiten **Anlegetechniken** vorstellen, wie Sie Ihr Baby stillen können.

Forschung und Fortbildung zum Thema „Stillen“ haben dazu beigetragen, dass man heute viel mehr über das Stillen weiß als noch vor wenigen Jahren. Untersuchungen haben z. B. ergeben, dass fest geregelte Stillzeiten in den ersten Tagen, wie man sie lange empfohlen hat, gar nicht zur Verhinderung wundere Brustwarzen beitragen, und dass sich dieses starre Schema sogar verzögernd auf die Milchbildung ausgewirkt hat. Man weiß heute, dass Mütter, die wundere Brustwarzen bekommen, ihre Babys anders halten und ihre Brüste anders anfassen als Mütter, die keine wundere Brustwarzen haben. Mit einer richtigen Anlegetechnik werden die meisten Babys ermutigt, effektiv zu saugen, und sie bekommen deshalb mehr Milch.

Die Milch wird in den Milchbläschen (Alveolen) produziert, die im Inneren der Brust wie Weintrauben angeordnet sind. Beim Stillen hält das Kind mit nur geringem Sog und einem möglichst guten Saugschluss die Brustwarze in seinem Mund und stimuliert sie, was den Milchspendereflex auslöst. Dadurch wird die gebildete Milch aus den Milchbläschen in die Milchgänge gebracht. Wenn das Baby **die ganze Brustwarze gut im Mund hat und soviel Brustgewebe wie möglich erfasst („gut im Mund“)** hat, schiebt



es den vorderen Teil der Zunge nach vorn über die untere Zahnleiste zu den Lippen und umfasst den Warzenhof damit noch besser. Die Brustwarze und der Warzenhof werden dabei so geformt, dass sie dann wirklich weit nach hinten in den Mund des Babys hinein reichen. Seine Zunge drückt die Brustwarze dann zusätzlich mit einer ausstreichenden Bewegung gegen den Gaumen, so dass die Milch zur Spitze der Brustwarze hin richtiggehend – ja, man könnte sagen – „ausgemolken“ wird.

Die Zahnleisten des Babys drücken während des Saugens außerdem sanft auf den Warzenhof. Dadurch wird die Milch zusätzlich nach vorn zur Brustwarze hin gebracht. Bitte achten Sie darauf, dass die Zahnleisten des Babys nicht auf die Brustwarze selbst drücken, denn das würde wehtun, und das Baby bekäme weniger Milch. Wenn das Baby den Mund weit offen hat und in diesem Moment ganz nahe an den Körper der Mutter herangebracht wird, dann liegen seine Zahnleisten meist richtig hinter der Brustwarze am Warzenhof an.



**Mit seinem Gesicht, seiner Brust, seinem Bauch und seinen Knien sollte sich Ihr Baby Ihnen ganz zuwenden. Versichern Sie sich, dass es seinen Kopf nicht drehen oder sich anstrengen muss, um die Brustwarze festhalten zu können.**

## Stillen in verschiedenen Positionen

Eine bequeme Lage der Mutter und eine korrekte Positionierung des Babys tragen entscheidend zum Erfolg des Stillens bei. Ob Sie liegen oder im Sitzen stillen ist dabei weniger entscheidend. Es ist jedoch empfehlenswert, zur Entlastung der Brustwarzen und zum gleichmäßigen Entleeren der Brust, die Stillpositionen im Verlauf des Tages zu wechseln. Wenn das Baby die Brust gut erfasst hat, sollten Sie keine Schmerzen in der Brustwarze haben.

Eine korrekte Anlegetechnik ist wohl die wichtigste Voraussetzung dafür, dass das Baby Ihre wertvolle Milch bekommt und dafür, dass Stillen weder schmerzt noch dass Brustwarzen beim Stillen wund werden. Eine leichte Empfindlichkeit in den ersten Tagen wird vergehen, sobald mehr Milch fließt und Ihre Brustwarzen sich an das häufige Stillen gewöhnt haben werden.

Es gibt verschiedene Positionen, in denen ein Baby gestillt werden kann. In jedem Fall ist es wichtig, dass das Baby Ihnen zugewandt liegt und Sie es zu sich heranziehen, damit sein geöffneter Mund im richtigen Moment die Brustwarze gut erfassen kann. Den Kopf des Babys sollten Sie mit einer Hand stützen, die andere Hand haben Sie frei, um Ihre Brust anfangs zu halten. Unterstützen Sie Ihre Brust mit Ihren Fingern unterhalb und mit Ihrem Daumen oberhalb der Brustwarze (**C-Griff**).



Mit Ihrer Brustwarze stimulieren Sie dann ganz sanft die Unterlippe Ihres Babys. Haben Sie dabei Geduld – nach wenigen Augenblicken wird es den Mund weit aufmachen. Warten Sie bitte lange genug ab, bis das Baby den Mund ganz weit öffnet, ähnlich weit wie beim Gähnen. Wenn Sie nämlich das Baby zu früh zu sich herziehen, kommt es mit seinen Zahnleisten nicht weit genug hinter Ihre Brustwarze. (Anm.: Wenn das Baby mit weit offenem Mund schreit, ist es meist nicht bereit zum Saugen.)





Wenn es den Mund richtig weit aufgemacht hat, dann gilt es, das Baby schnell ganz nahe **zu sich heran zu ziehen**, so dass es mit seiner Nasenspitze und seinem Kinn Ihre Brust berührt und Ihre Brustwarze mitten in den Mund bekommt. Seine Lippen sind dabei locker nach außen gestülpt und umschließen möglichst viel von der Brust. Ein Baby, das nur (an der Spitze) der Brustwarze „kaut“, bekommt nur wenig Milch für seine Anstrengungen.

Da es die Brust dann nicht „leer getrunken“ hat, wird für die nächste Mahlzeit entsprechend weniger Milch gebildet werden. **Ganz wichtig ist es, das Baby zur Brust, nicht die Brust zum Baby zu bringen.**

Achten Sie bitte darauf, dass Sie das Baby wirklich ganz nahe zu sich heran ziehen; so sehr, dass es mit seinen Knien Ihren Körper berührt. Dadurch bekommt es seitlich durch die Nase weiterhin gut Luft und kann gut atmen, ganz gleich, wie nahe es an Ihrem Körper ist. Wenn Sie den Eindruck haben, dass die Nase des Babys nicht frei ist, dann ziehen Sie seinen Po noch näher zu sich heran oder heben Sie mit der Hand die Brust etwas hoch. Versuchen Sie nicht, durch Druck mit dem Daumen auf die Brust Atemraum zu schaffen, denn dadurch könnten Sie Ihre Brustwarze aus dem Mund des Babys herausziehen.



Modifizierte Wiegenhaltung

### Modifizierte Wiegenhaltung

Mit dieser Anlegetechnik fällt Ihnen das Anlegen in den ersten Tagen **am leichtesten**. Halten Sie das Köpfchen des Babys mit der Hand, zu der die Füße des Babys zeigen. Den Rücken Ihres Kindes stützen Sie mit Ihrem Unterarm. Mit Ihrer anderen Hand formen Sie Ihre Brust (**C-Griff**). Halten Sie Ihr Baby so, dass es auf der Seite liegt und Ihnen mit dem ganzen Körper zugewandt ist. Ein dickes Kissen oder ein Stillkissen liegt auf Ihrem Schoß, damit sich das Baby auf Höhe Ihrer Brust befindet.

### Klassische Wiegenhaltung

Der Kopf des Babys liegt in Ihrer Ellenbeuge, sein Rücken wird von Ihrem Unterarm gestützt, Ihre Hand hält seinen Po. Stützen Sie Ihren Unterarm eventuell mit einem zusätzlichen Kissen. Der unter Arm des Babys liegt in Ihrer Taille. Sitzen Sie dabei so aufrecht wie möglich.



Klassische Wiegenhaltung

### Rückenhaltung

Setzen Sie sich gut gestützt hin. Legen Sie ein Kissen oder Stillkissen neben sich, evtl. auch auf Ihren Schoß, um das Baby auf die Höhe Ihrer Brust zu bringen. Positionieren Sie Ihr Baby Hüfte an Hüfte neben sich. Ihr Unterarm stützt zusätzlich den Rücken des Babys, sein Kopf liegt in Ihrer flachen Hand. Die Beine des Babys liegen zwischen Ihrem Arm und Ihrem Oberkörper. Helfen Sie dem Baby, die Brust zu erfassen, und lehnen Sie sich dann entspannt zurück. Alternativ können Sie das Stillkissen so platzieren, dass es den Rücken des Kindes mit abstützt. Achten Sie darauf, dass Ihr Unterarm gut gestützt bleibt, evtl. nehmen Sie dazu noch ein weiteres Kissen zum Unterlegen. Diese Position eignet sich besonders zum Stillen von Zwillingen oder Frühgeborenen sowie nach einem Kaiserschnitt oder wenn das Baby sehr müde ist.



Rückenhaltung



### Stillen im Liegen

Legen Sie sich auf die Seite, nur Ihren Kopf auf ein Kissen, die Schulter auf der Matratze. Lehnen Sie den Rücken gegen ein Kissen oder gegen eine zu-



sammengerollte Decke. Legen Sie das Baby ebenfalls auf die Seite, mit Ihnen Bauch an Bauch, der Mund des Babys auf Höhe Ihrer Brustwarze. Damit das Baby während des Stillens auf der Seite liegen bleibt, können Sie es mit einem zusammengerollten Tuch oder Ihrem Unterarm im Rücken stützen. Diese Position eignet sich vor allem bei schmerzhaften Dammnähten, die das Sitzen erschweren.

### Intuitives Stillen in Bauchlage des Babys

Mutter und Kind sollten beim "Intuitiven Stillen" (**Bauchlagenstillen**) möglichst viel Hautkontakt miteinander haben, denn so werden die Suchreflexe des Neugeborenen am besten unterstützt. Deshalb wird das Baby zum Intuitiven Stillen bis auf die Windel ausgezogen; die Mutter legt Oberteil (Bluse, T-Shirt) und BH ab. Nehmen Sie dann eine bequeme, zurückgelegte Position ein. Ihr Kopf, Ihr Nacken, Ihre Schultern, Ihr oberer Rücken und die Arme werden mit vielen Kissen gut abgestützt, so dass Sie sich völlig entspannen können. Ihr Baby wird nun bäuchlings auf Ihren Bauch gelegt, so dass sein Kopf nah bei Ihren Brüsten liegt und es sich mit seinen Armen auf Ihnen abstützen kann. Legen Sie eine Hand locker auf den Po des Babys und stellen Sie so sicher, dass es nicht zur Seite oder gar von Ihnen herunter rutscht. Dann **warten Sie** bitte, anders als bei den anderen Stillpositionen, ganz entspannt ab, **bis sich Ihr Baby selbst „andockt“**. Nur dann, wenn Sie es instinktiv für angezeigt halten, würden Sie Ihrem Kind helfen (z. B. das Baby etwas weiter nach oben schieben) oder wenn Sie Schmerzen in der Brustwarze haben, weil dann das Baby die Brust nicht gut erfasst hat. Nun können Sie Ihren Arm locker um das Baby legen, so dass es sein Köpfchen daran anlehnen kann. Der günstigste Zeitpunkt, intuitives Stillen zu praktizieren ist dann, wenn das Baby in einem ruhigen Wachzustand ist.



**Bei jeder neuen Stillmahlzeit sollten Sie das Baby – vor allem in den ersten Tagen und Wochen – in einer vom vorherigen Stillen verschiedenen Stillposition anlegen.** Die Brustwarzen werden dadurch an unterschiedlichen Stellen beansprucht, die Milchgänge in allen Bereichen der Brust gut entleert und ein Milchstau auf diese Weise am ehesten vermieden.

Idealerweise bestimmt das Baby selbst den Zeitpunkt und die Zeitdauer, die es an der Brust trinkt. **In den ersten Tagen sollten Sie Ihr Kind also grundsätzlich dann stillen, wenn es Hunger hat** (vgl. Stillzeichen, Seite 110). Ihr Kind wird die Brustwarze meist von alleine loslassen, wenn es satt und zufrieden ist. Wenn Sie das Kind aus irgendeinem Grund früher von der Brust nehmen müssen, schieben Sie am besten Ihren Kleinfinger vorsichtig seitlich zwischen die Lippen und die Zahnleisten des Kindes. Ihre Brustwarze gleitet dann leichter aus dem Mund des Babys.

**Normalerweise passt sich beim Stillen nach Bedarf die Milchmenge den Bedürfnissen des Säuglings in kurzer Zeit an.** Es kann aber auch sein, dass mehr Milch gebildet wird, als das Baby aktuell braucht. Meistens passiert das aber erst nach drei bis vier Wochen

## Kolostrumgewinnung, Brustmassage und Entleeren der Brust per Hand

Im Idealfall leert immer das Baby die Brust der Mutter. Wenn durch irgendeinen Grund das Anlegen nicht möglich sein sollte, ist es für die Aufrechterhaltung der Milchproduktion sehr wichtig, die Brust so oft zu entleeren, wie das Baby normalerweise trinken würde.

Die Alternative zum Anlegen und Stillen an der Brust ist das Entleeren der Brust von Hand. Vor allem in den ersten Tagen ist diese Methode sehr effektiv.



Bild 1

### Schritt 1:

Dem Entleeren der Brust per Hand geht immer eine Kolostrum- resp. Brustmassage zur Anregung des Milchflusses voraus (Bild 1). Reinigen Sie also zuerst mit gründlichem Händewaschen (oder hilfsweise mit der Verwendung eines Desinfektionsmittels, solange Sie im Krankenhaus sind) Ihre Hände. Wenn Sie möchten, können Sie zu Ihrer Entspannung für ein paar Minuten feucht-warme Wickel auf die Brust legen.



Bild 2

### Schritt 2:

Legen Sie dann Ihre Hände flach auf die Brust und massieren mit leichtem Druck das Brustdrüsengewebe (Bild 2).

**Schritt 3:**

Streicheln Sie nun zur Anregung des Milchspendereflexes die Brust vom Ansatz bis über die Brustwarze hinweg (Bild 3).



Bild 3

**Schritt 4:**

Jetzt „shaken“ Sie mit einer Handfläche unter der Brust Ihre Brust (Bild 4). Dies dient zur Vorbereitung des Milchflusses, da Sie durch diese Massage den Milchspendereflex auslösen. (shaken = sanft schütteln)

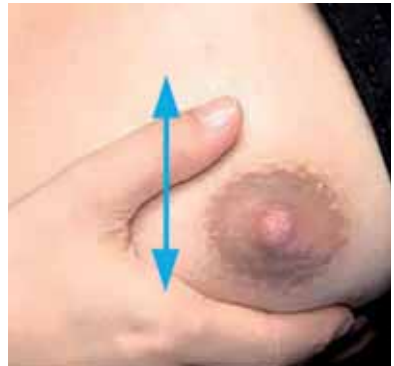


Bild 4

**Nun folgt die eigentliche Brustentleerung - Schritt 5:**

Nach der vorbereitenden Brustmassage bilden Sie mit der Hand ein „C“, 2 bis 3 cm von der Brustwarze entfernt, und legen Daumen, Zeigefinger und Mittelfinger einander gegenüber an die Brust (Bild 5). Ihre Finger heben die Brust leicht an.



Bild 5

### Schritt 6:

Drücken Sie nun Ihren Daumen und Zeigefinger, die parallel zueinander stehen (siehe Bild 6) in Richtung Brustkorb. Dann führen Sie Daumen und Zeigefinger vorsichtig mit Melkbewegungen zusammen, bis die ersten Tropfen Milch kommen.

Die ausmassierte Muttermilch kann in einem kleinen Trinkbecherchen, mit einem Teelöffel oder mit einer Spritze aufgefangen werden. Wir stellen Ihnen geeignetes Material zur Verfügung.



Bild 6

Wiederholen Sie Schritt 6 rhythmisch so lange als Sie Milch entleeren können, d.h. bis die Brust insgesamt weicher wird und bis Sie kaum mehr Kolostrom resp. Milch gewinnen können. Für die Steigerung Ihrer Milchbildung ist das mehrmalige Wechseln von einer Brust zur anderen beim Handentleeren sinnvoll.

Nur selten haben Mütter bereits im Wochenbett **zu viel Milch** oder einen **zu starken Milchfluss**. Dann können folgende Maßnahmen helfen:

- pro Stillmahlzeit nur eine Brust anbieten, die zweite Seite evtl. per Hand oder mit einer Milchpumpe entlasten,
- dem Baby vorübergehend erneut die gleiche Brust anbieten,
- das Baby öfter von der Brust nehmen und aufstoßen lassen,
- nach dem Stillen kalte Wickel für beide Brüste anwenden (für ca. 20 Minuten),
- zwei bis drei Tassen Pfefferminz- oder eine Tasse Salbei-Tee pro Tag trinken, dies aber bitte nur, wenn sichergestellt ist, dass es sich um zu viel Milchmenge handelt und nicht um die „normale“ Schwellung der Brust wie beim Milcheinschuss.

Wenn Sie Ihr Kind schon im Kreißsaal angelegt haben, wird Ihnen das weitere Stillen dadurch leichter fallen. **Bis zu Ihrem Milcheinschuss nach ca. drei bis fünf Tagen nimmt Ihr Baby zunächst an Gewicht ab. Das ist normal.** Üblicherweise beträgt die Gewichtsabnahme nicht mehr als 7% des Geburtsgewichtes des Babys. Bis zu seinem 10. Lebenstag sollte das Baby sein Geburtsgewicht anschließend wieder erreichen.

Ein gesundes, voll gestilltes Neugeborenes nimmt dann in den folgenden zwei Monaten zwischen 170 - 330 g pro Woche zu (im Durchschnitt 200 g pro Woche, mindestens 125 g/Woche). Nach der Entlassung reicht es, Ihr Kind einmal in der Woche zu wiegen (was Ihre Hebamme bei der Nachsorge machen kann). Nur Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht sollten 2- bis 3-mal pro Woche gewogen werden. Bei insgesamt gutem Gedeihen des Säuglings dürften später die Termine der kinder- oder hausärztlichen Vorsorgeuntersuchungen zur Gewichtskontrolle ausreichen.

Die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerinnen unterstützen Sie mit vielen wertvollen Tipps, falls Sie weitere Fragen haben. Bald kennen Sie Ihr Kind aber schon so gut, dass Sie selbst sehen und spüren, ob es satt und zufrieden ist.

## Was sind Zeichen einer ausreichenden Milchproduktion?

- ➡ Ihr Baby hat mindestens sechs nasse Windeln beim Baby in 24 Stunden ab dem vierten Lebenstag.
- ➡ Es hat mindestens drei- bis viermal Stuhl in 24 Stunden ab dem ersten Lebenstag und weiter in den ersten vier bis sechs Lebenswochen.
- ➡ Das Baby ist nach dem Stillen meistens zufrieden.
- ➡ Ihre Brust fühlt sich nach dem Stillen deutlich weicher an.
- ➡ Sie stillen häufiges, mindestens achtmal in 24 Stunden.
- ➡ Das Baby ist fit und aufgeweckt, hat einen guten Muskeltonus und glatte Haut.
- ➡ Wenn der Milchfluss einsetzt, verlangsamt sich der Saugrhythmus des Kindes während der Stillmahlzeit, das Schlucken des Babys ist deutlich zu hören.
- ➡ Das Baby hat sein Geburtsgewicht mit zehn Tagen wieder erreicht.
- ➡ Das Baby nimmt kontinuierlich zu und wiegt von Woche zu Woche mehr.



Nachdem das Baby in den ersten beiden Lebenstagen das tief dunkelgrüne (fast schwarze) Kindspech (Mekonium) ausgeschieden hat, wird seine Stuhlfarbe grünlich und dann hellgelb werden. Das ist dann der typische Muttermilchstuhl.

**Jedes Baby hat ein eigenes Stilltemperament**, das sich an verschiedenen Tagen in ganz unterschiedlichen Trinkverhaltensmustern zeigen kann. Müsste man Babys bezüglich ihres Stillens kategorisieren, gäbe es...

- ➔ die „**Radikalen**“ - Das sind überwiegend kräftige Kinder, die die Brust zügig erfassen und dann 10 bis 15 Minuten ziemlich gierig trinken. Wenn sie die Brust danach loslassen, sind sie ganz und gar zufrieden.
- ➔ die „**Zögernden**“ - Sie haben in den ersten Tagen nur wenig Interesse an der Brust und am Saugen und trinken nur das Nötigste. Sie zehren in den ersten Tagen von ihren Reserven. Meist legen sie erst nach dem Milcheinschuss so richtig los und trinken von da an gut. Motivieren Sie Ihr Kind, ab dem 2. Tag mindestens 8 mal in 24 Stunden „anzudocken“, nehmen Sie sich Zeit zum Schmusen und Kennenlernen.
- ➔ die „**Träumer**“ - Sie trinken nur wenig, ruhen sich dann aus und trinken wieder ein wenig. Insgesamt trinken sie gut an der Brust, lassen sich aber nicht drängen und fordern ihren Müttern ganz schön viel Geduld ab.
- ➔ die „**Genießer**“ - Vor dem Trinken spielen diese Kinder erst einmal mit der Brustwarze, nuckeln ein wenig an ihr, lassen sie aber gleich wieder los, lecken sich genüsslich die Lippen und docken erst danach richtig gut an die Brust an. Wenn man sie gleich anfangs zu sehr drängt, werden sie schnell mislaunig und wütend.
- ➔ die „**Hektiker**“ - Diese Kinder sind beim Anlegen so aufgereggt, dass sie die Brustwarze zwar fassen, aber gleich wieder verlieren und wütend anfangen zu schreien. Sie müssen erst gut beruhigt werden, bevor sie wieder angelegt werden können.

Beobachten Sie Ihr Kind beim Anlegen und lassen Sie sich auf sein Temperament ein. Stellen Sie Ihre eigenen Vorstellungen über das Wie des Stillens hinten an - das ist der einfachere und schließlich Erfolg versprechendere Weg. **Bewahren Sie Ruhe beim Stillen-Lernen.**

## Alternative Füttertechniken

Bei gesunden und reifen Neugeborenen, die nach Bedarf gestillt werden, besteht keine Notwendigkeit des Zufütterns. Nur selten machen es **medizinische** Gründe erforderlich, dass Säuglinge zusätzlich zur Muttermilch Formula-Nahrung erhalten.

In den ersten Lebenstagen sollten gesunde Neugeborene, die nicht direkt an der Brust trinken (können), **alternativ (zu-)gefüttert** werden. Dazu zählt das „Brustsondieren“, d. h. das Baby dockt an Ihre Brust an, auf die zuvor eine weiche, dünne Sonde platziert worden ist (direkt auf die Brustwarze), und erhält so zusätzlich Nahrung, entweder zuvor abgepumpte Muttermilch oder Supplementnahrung. Diese oder andere Techniken (z. B. mit einer Spritze, so genanntes Fingerfeeding) erfordern einiges an Anleitung und Training. Sie können sie von unseren Gesundheits- und (Kinder-) Krankenpflegerinnen und Stillberaterinnen im Bedarfsfall erlernen und dann bei Ihrem Kind anwenden.



**Spezielle Stillhilfsmittel sind prinzipiell nicht notwendig.** Nur bei sehr wenigen Müttern sind so genannte Brusthütchen erforderlich. Falls sie überhaupt notwendig sind (sie vermindern leider die effektive Stimulation der Brustwarze und dämpfen somit den Reflexbogen von der Brustwarze zur Hirnanhangsdrüse und zurück zu den Milchgängen, d. h. der **Milchspendereflex** wird schwächer), sollten spezielle **Brusthütchen** aus sehr weichem und sehr dünnem Material zur Anwendung kommen, wie wir sie auf unserer Wochenstation im Bedarfsfall verwenden können. Durch eine besondere Formgebung wird auch bei diesen Brusthütchen der Kontakt des Kindes zur Brust weiterhin gewährleistet.



Waschen Sie Ihre Brüste nur mit Wasser und verwenden Sie dazu - wenn überhaupt - allenfalls eine pH-neutrale Seife. Wenn Sie **etwas ausgedrückte Milch auf der Warze trocknen lassen**, ist das gut. Lassen Sie - so oft es geht - **Luft an die Brust**, tragen Sie durchaus stundenweise keinen BH und ziehen Sie möglichst gut luftdurchlässige Kleidung an.

Wenn Sie das Gefühl haben, plötzlich weniger Milch zu bilden oder den Milch-Bedürfnissen Ihres Kindes nicht ganz gerecht werden zu können, dann bewahren Sie Ruhe und Gelassenheit. Es kann Phasen/Zeiten geben, in denen Ihr Kind mehr Hunger bekommt, oder in denen Ihre Milchproduktion negativ beeinflusst werden kann, z. B. in stressbeladenen Situationen. **Ihre Milchmenge lässt sich dann am einfachsten durch häufigeres Stillen/Anlegen wieder steigern**. Das funktioniert umso leichter, wenn auch noch Abhilfe für den Stress geschaffen werden kann.

## Ernährung in der Stillzeit

- ➔ Stillende Frauen sollten **abwechslungsreich, ausgewogen und regelmäßig** essen, wie zu jeder anderen Lebensphase „gesund“, aber nach Lust und Laune.
- ➔ Stillende Frauen sollten keine Reduktionsdiäten durchführen, d. h. nicht durch Kalorienverzicht gezielt abnehmen wollen. Spezielle Diäten während der Stillzeit werden generell nicht empfohlen, zumal sie das Risiko einer unzureichenden Nährstoffversorgung bergen.
- ➔ Der Verzicht auf spezielle Nahrungsmittel seitens der Mutter in der Stillzeit hat keinen erkennbaren Nutzen für eine Allergievorbeugung beim Kind. Deshalb dürfen Stillende alles das wie gewohnt essen, was sie bisher gut vertragen haben.
- ➔ Stillende Frauen sollten nach Möglichkeit **2-mal wöchentlich Seefisch** verzehren, davon mindestens 1-mal wöchentlich fettreichen Fisch (z. B. Hering, Makrele, Lachs oder Sardine).
- ➔ Bitte berücksichtigen Sie bei Ihrer Ernährung den erhöhten Jodbedarf für stillende Mütter. Am besten wäre es, täglich zusätzlich zum jodierten Speisesalz ein Jod-Präparat (mit 100 µg Jodid) einzunehmen.
- ➔ Essen Sie **vitamin- und abwechslungsreich**, nehmen Sie **kalziumreiche** Nahrungsmittel (Joghurt, Quark, Sesam, Nüsse, Feigen, Datteln, Parmesan und andere Käsesorten, Broccoli, Mandeln) zu sich.
- ➔ Stillende Frauen sollten **reichlich und regelmäßig trinken**; am besten milde, säurearme Fruchtsäfte, Früchtetees und **Wasser**.
- ➔ Stillen macht durstig, meistens während des Stillens! Stellen Sie sich am besten schon vor jedem Anlegen des Babys ein (großes) Glas mit einem Getränk Ihrer Wahl in Reichweite. **Trinken Sie grundsätzlich immer dann, wenn Sie Durst verspüren**. Eine genügende Flüssigkeitszufuhr (ca. 1,5 - 2 Liter pro Tag) ist für Ihr allgemeines Wohlbefinden notwendig.
- ➔ Kaffee oder schwarzer Tee in Maßen (max. 2-3 Tassen pro Tag) ist dem Stillen in der Regel nicht abträglich. Gesüßte Getränke wie Limonaden und vor allem Getränke mit Süßstoff werden Stillenden eher nicht empfohlen. Gleiches gilt für Vollmilch, von der Sie täglich höchstens ein Glas (200 ml) pro Tag trinken sollten, um eine Sensibilisierung des Kindes gegen Kuhmilcheiweiß zu vermeiden.
- ➔ Stillende sollen **Alkohol meiden**. Allenfalls bei wirklich besonderen Anlässen ist ein kleines (!) Glas Wein, Bier oder Sekt tolerabel.

Für Stillende, die sich vegetarisch oder vegan ernähren, oder die wegen chronischer Magen-Darm-Erkrankung, wegen Operationen am Magen-Darm-Trakt oder wegen medizinisch erforderlichen, z. T. sehr restriktiven Diäten

(z. B. bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen) unter Nahrungsresorptionsstörungen leiden, ist eine ärztliche Ernährungsberatung und -begleitung angezeigt, ggf. mit regelmäßigen Laborkontrollen (Zink, Eisen, Vitamine, essentielle Fettsäuren, Spurenelemente, Calcium etc.) und der Verordnung von Nahrungsergänzungsmitteln.

## Medikamente während der Stillzeit

Bitte informieren Sie vor der Verordnung eines Medikamentes Ihren Arzt oder Zahnarzt, dass Sie stillen. Bitten Sie auch vor notwendigen operativen Eingriffen Ihren Anästhesisten oder Operateur, ggf. Informationen unter [www.embryotox.de](http://www.embryotox.de) einzuholen. „Embryotox.de“ ist das **Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie und Pharmakovigilanz**, ein öffentlich gefördertes, unabhängiges Institut, das inzwischen seit über 20 Jahren Eltern und im Gesundheitswesen tätigen Personen sehr fundiert unabhängige Informationen zur Verträglichkeit von Medikamenten in Schwangerschaft und Stillzeit bietet. Die Angaben zu Medikamenten in Schwangerschaft und Stillzeit beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Daten und sind somit zuverlässiger als die z. T. unvollständigen und/oder unzureichenden Produktinformationen der Pharmaindustrie, die auf dem Beipackzettel und in der Roten Liste (deutsches Arzneimittelverzeichnis) zu finden sind.

Fast immer gibt es **stillverträgliche Medikamente**, bei denen weiter gestillt werden kann. Eine notwendige medikamentöse Therapie der Mutter muss so nicht vorschnell zu einer Stillpause veranlassen oder gar zum Abstillen führen. **Auch nach Narkosen** (Allgemein- wie Regionalanästhesien) **oder nach einer örtlichen Betäubung** (z. B. beim Zahnarzt) **sind Stillpausen in der Regel nicht notwendig**. Beim ersten Anlegen nach einer Operation sollte die Mutter aber Hilfestellung beim Anlegen bekommen.

Die in der „Pille“ enthaltenen Hormone Östrogen und Progesteron können die Milchproduktion herabsetzen oder den Nährwert der Muttermilch verändern; östrogenfreie, gestagenhaltige Pillen wären eine Alternative. Ein gewisser schwangerschaftsverhütender Effekt wird dem Stillen zugeschrieben; **ein sicherer Schutz vor einer erneuten Schwangerschaft besteht durch Stillen aber nicht**. Über die Möglichkeiten zur Schwangerschaftsverhütung während der Stillzeit sprechen Sie deshalb bitte mit Ihrem Frauenarzt oder Ihrer Frauenärztin.

## Neues Wissen über das Stillen

Stillen hat eine lange Tradition. Durch Jahrhunderte hindurch erworbenes Wissen ist aber leider in einer Zeit, in der kaum gestillt wurde (ca. zwischen 1950 und 1990), in Vergessenheit geraten. Leider werden seither etliche Gedanken und Meinungen zum Stillen von einer Generation zur nächsten weitergegeben, ohne dass neue Erkenntnisse über das Stillen dabei berücksichtigt werden.



Viele der nachfolgenden Statements haben Sie vielleicht selbst schon zu hören bekommen. Sie haben sich alle als falsch erwiesen.

**Die Trinkmenge der Mutter beeinflusst die Milchmenge – falsch!** Weder ergibt viel Trinken viel Milch, noch kann wenig Trinken die Milchmenge mindern. Viel Trinken führt zu häufigem Wasserlassen, wenig Trinken beeinträchtigt den Kreislauf. Stillende Frauen sollen sich nach ihrem Durstgefühl richten. Die Milchmenge wird beeinflusst durch häufiges Anlegen und das Stillen an sich.

**Abends reicht meist die Milch nicht aus – falsch!** Säuglinge sind in allen Kulturen abends unruhiger - unabhängig davon, ob sie gestillt werden oder nicht. „Cluster-feeding“ - mehrmaliges Stillen innerhalb einer Wachphase des Kindes - genießen Babys genau so gerne wie Erwachsene ein abend-

liches 5-Gänge-Menü in angenehmer Gesellschaft. Danach schlafen sie oft bis zu fünf Stunden. Sie bekommen so am Abend reichlich Kalorien und „bestellen“ sich mit dem häufigen Trinken gleichzeitig die Milchmenge für den nächsten Tag, weil sie dadurch die Milchproduktion besonders stark stimulieren.

**Ein Stillkind hat bis zum Ende der Stillzeit mindestens 7-12 Mahlzeiten pro Tag – falsch!** In den ersten 4 - 6 Wochen sind diese Angaben unter Berücksichtigung des Cluster-feeding normal. Danach ist die Stillhäufigkeit sehr individuell. Manche Kinder bleiben bei dieser Stillfrequenz, andere stillen viel seltener. Entscheidend ist dabei die Gewichtszunahme des Babys.

**Es müssen Mindestabstände zwischen dem Stillen von zwei Stunden eingehalten werden – falsch!** Das war früher eine willkürliche Festlegung. Häufiges Stillen macht den Babys aber keine Bauchschmerzen, auch dann nicht, wenn der Magen nicht ganz entleert war. Wichtig ist allerdings für die Mütter, dass ihre Babys mit einer korrekten, die Brustwarze schonenden Anlegetechnik „andocken“ und so lange trinken, bis sie die energiereiche Hintermilch bekommen. Dann ist auch ein Anlegen in kurzen Abständen möglich.

**Meine Milch ist zu dünn bzw. schlecht für mein Kind. Es wird deshalb nicht satt – falsch!** Die Muttermilch entspricht bei allen Frauen den Bedürfnissen des Babys. Sie enthält zu 85 % Wasser, um den Flüssigkeitsbedarf zu decken. Die anderen Bestandteile setzen sich größtenteils aus Fett, Milchzucker und Eiweiß zusammen, genau in der für unsere Babys notwendigen Menge. Lässt man abgepumpte Milch stehen, setzt sich das Fett oben ab, die Milch darunter sieht evtl. leicht bläulich aus. Das ist normal. Durch vorsichtiges Erwärmen auf Trinktemperatur und leichtes Schütteln wird die Milch wieder homogen.

**Wenn die Mutter etwas Falsches gegessen hat, bekommt ihr Baby Bauchschmerzen – falsch!** Es gibt keine Still-Diäten. Allerdings sollte nicht unbedingt Außergewöhnliches an Essen ausprobiert werden. Viele stillende Mütter essen nach Belieben Sauerkraut, Kohlgemüse und alles, worauf sie Lust haben, ohne dass ihre Babys irgendwelche Probleme davon bekommen. **Alle Nahrungsmittel, die Sie gut vertragen und die dem Vater des Kindes gut bekommen, dürfen Sie als stillende Mutter essen!**

**Bei jeder Stillmahlzeit müssen beide Brüste leer getrunken werden, sonst gibt es einen Milchstau – falsch!** Eine Brust kann nie vollständig leer getrunken werden, sie funktioniert nicht wie eine Flasche. Es wird nämlich ständig Milch nachgebildet. Die Brüste sollten nach der Stillmahlzeit nur

weicher sein. Ein ausreichend langes Stillen an der einen Seite und bei Bedarf an der anderen Seite sowie ein Wechsel zwischen den Seiten sind wichtig.

**Bei vielen Krankheiten oder Medikamenteneinnahmen muss eine Stillpause eingelegt werden – falsch!** Es gibt nur sehr wenige Erkrankungen der Mutter, bei denen nicht gestillt werden darf. Auch bei Medikamenteneinnahmen kann meist ein stillverträgliches Medikament gewählt werden (siehe [www.embryotox.de](http://www.embryotox.de)). Eine individuelle ärztliche Beratung ist jedoch erforderlich.

**Wenn ich stille, darf ich keinen Sport treiben, denn dann wird meine Milch sauer und mein Kind mag die verdorbene Milch nicht trinken – falsch!**

Jede stillende Mutter darf Sport treiben. Aber auch während der Stillzeit gilt: Langsames Beginnen, damit sich der Körper anpassen kann. Muskelkater ist ein Zeichen von Überanstrengung der Muskulatur. Nach exzessiven sportlichen Tätigkeiten kann sich die Milch gering geschmacklich verändern. Das ist jedoch gesundheitlich nicht beeinträchtigend für das Baby. Die Milch ist nach Sport weder schlecht noch verdorben.



**Stillen führt zu Haarausfall – falsch!** Während der Schwangerschaft ist alles auf Erhalt angelegt. Der normale Haarausfall geht dadurch zurück. Ca. drei Monate nach der Geburt wird der Haarausfall nachgeholt und die Haarmenge kann vorübergehend geringer sein. Dieses Phänomen ist unabhängig vom Stillen.

**Stillen zehrt, die Mutter verliert immer mehr an Gewicht, das Kind saugt die Mutter aus – falsch!** Normalerweise hat der Körper während der Schwangerschaft ein Polster angelegt. Stillen erleichtert die Gewichtsreduktion der Mutter. Ein Kind zu haben ist anstrengend. Die Frauen sollten darauf achten, dass sie nicht zu kurz kommen. Meist denken sie an sich selbst zuletzt, zuerst kommen Baby, Kinder, Ehemann und Haushalt. Da hilft es den Frauen, sich selbst auch etwas Gutes tun zu können. Ein Mittagsschlaf z. B. ist kein Luxus, sondern eine Pflichtübung einer jungen Mutter. Unabhängig davon, ob sie stillt oder nicht. Muttersein bedeutet Präsenz 24 Stunden am Tag, sieben

Tage die Woche, 52 Wochen im Jahr - ohne gesetzlich geregelte Ruhephasen.

**Wenn Babys abends richtig satt und vollgefüllt sind, schlafen sie besser – falsch!** Das ist ein Argument, dass die Industrie gern ausnutzt, damit der „Gute-Nacht-Brei“ gefüttert wird. Doch leider funktioniert es weder bei uns Erwachsenen noch bei den Babys. Wir Erwachsene sollen abends eine leichte Kost zu uns nehmen, um besser schlafen zu können. Babys haben ein anderes Schlafverhalten als Erwachsene, doch auch sie werden nachts meist nicht deshalb wach, weil sie Hunger haben, sondern aus anderen Gründen. Stillen macht sowohl das Baby als auch die Mutter müde.

**Durch Stillen bekommt man Hängebrüste – falsch!** Die Form der Brust ist genetisch festgelegt. Die Brust wird in der Schwangerschaft auf das Stillen vorbereitet, diese Veränderung passiert unabhängig vom Stillwunsch der zukünftigen Mutter. Nach der Schwangerschaft oder Stillzeit dauert es einige Zeit, bis das Drüsengewebe sich zurückgebildet hat und wieder mehr Fett eingebaut wird. Dann hat die Brust wieder ihre frühere Form. Die größten Veränderungen der Brustform stellen sich durch die Schwangerschaft an sich und allgemein durch das Älterwerden ein.



**Wenn eine Frau wieder schwanger ist, darf sie nicht weiterstillen – falsch!** Es gibt keine Untersuchungen, die bestätigen, dass das Stillen eine erneute Schwangerschaft nachteilig beeinträchtigen würde. Es kann für die wieder schwangere Mutter aber anstrengend sein. Stillen während einer erneuten Schwangerschaft ist eine individuelle Entscheidung, die jede Frau selbst treffen sollte. Die Milchzusammensetzung wird wieder dem Kolostrum (der Vormilch angepasst, der Geschmack der Muttermilch kann sich dadurch leicht ändern). Die Brustwarzen sind am Anfang einer neuen Schwangerschaft grundsätzlich empfindlicher, und ihre Stimulation kann Wehen fördern. Deshalb wird Frauen mit zurückliegenden Frühgeburten empfohlen, vorsichtshalber abzustillen.

### **Langes Stillen (über ein Jahr hinaus) verzieht die Kinder – falsch!**

Die globale Strategie der WHO zur Säuglingsernährung empfiehlt weltweit ein ausschließliches Stillen in den ersten sechs Monaten sowie erst nach dem sechsten Lebensmonat das Zufüttern von geeigneten Nahrungsmitteln mit weiterem Stillen bis zu zwei Jahren und länger. **Wie lange ein Kind gestillt wird, sollte jede Familie für sich entscheiden.** Jede Gesellschaft scheint einen eigenen Mythos zu haben, warum länger oder kürzer als ein Jahr gestillt werden soll. Wissenschaftliche Studien zu den z. T. sehr unsinnigen Begründungen fehlen.



### **Nach dem 6. Lebensmonat dürfen Babys nachts nicht mehr gestillt werden – falsch!**

Es gibt dazu keinerlei wissenschaftlicher Studie, die das belegen würde. Weder gewöhnen sich gestillte Babys an nächtliches Essen, noch werden sie zu dick. Babys werden durch das Stillen nicht überfüttert. Zudem ist Stillen mehr als nur Ernährung, es stillt alle Bedürfnisse.

**Nach 6, 7, 10, ... Monaten gehört die Brust wieder dem Mann, die Mutter sollte nun langsam abstillen – falsch!** Wie ein Paar mit Sex nach der Schwangerschaft umgeht, ist individuell und von der Stillzeit unabhängig. Generell gehört der Busen der Frau und weder dem Kind noch dem Mann.

**Stillen ist Schuld an allem – ganz falsch!** Wie schön wäre es, wenn unsere Gesellschaft eine kinder-, familien- und stillfreundlichere wäre und junge, stillwillige Mütter mehr Unterstützung erhielten!



## Aufbewahrung von Muttermilch

Viele Mütter werden Muttermilch nie abpumpen oder mit der Hand aus ihrer Brust entleeren müssen, weil sie ihr Baby immer direkt stillen können.

Falls Muttermilch aber für ein Frühgeborenes oder für ein krankes Baby in einer Kinderklinik oder aus anderen Gründen abgepumpt und transportiert werden muss, gelten dafür bestimmte, recht strenge Hygieneregeln. Die genauen Empfehlungen erhalten die Mütter dann von der Klinik, in der das Baby behandelt wird.

Da Muttermilch an sich Bakterienwachstum hemmen kann, sind die Vorgaben für die Aufbewahrung von zu Hause abgepumpter Muttermilch für gesunde, voll ausgetragene Babys weniger strikt als die für Früh- und Neugeborene im Krankenhaus. **Beachten Sie auf jeden Fall die folgenden Empfehlungen, auch wenn Sie Muttermilch nur gelegentlich abpumpen**, z. B. weil Sie eine kurzfristige Abwesenheit überbrücken möchten.

- ➡ Waschen Sie vor der Milchgewinnung Ihre Hände immer gründlich mit Seife und trocknen Sie sie mit einem frischen oder Einmal-Handtuch ab.
- ➡ Setzen Sie sich zum Abpumpen bequem hin und achten Sie darauf, dass Ihre Kleidung nicht Ihre Brust berührt.
- ➡ Verwenden Sie zum Aufbewahren von Muttermilch nur solche Behälter und Gefäße, die vom Hersteller dafür vorgesehen sind.
- ➡ Die Behälter und das Abpumpset müssen (auch vor dem ersten Gebrauch sofern sie nicht als „steril“ gekennzeichnet angeliefert werden) immer nach Verwendung in heißem Spülwasser gründlich gereinigt und mit klarem Wasser nachgespült und anschließend in einer Spülmaschine mit Heißprogramm (65°C) gewaschen oder drei Minuten ausgekocht bzw. in einem Vaporisator sterilisiert werden. Beim Auskochen in einem Topf müssen alle Gegenstände vollständig mit Wasser bedeckt sein. Bis zum späteren (Wieder-)Gebrauch sind die Behälter und das Abpumpset trocken und sauber aufzubewahren (eingeschlagen in ein frisches, gebügeltes Geschirrtuch). Eine chemische Desinfektion reicht nicht aus.
- ➡ Beim Öffnen und Schließen der Aufbewahrungsgefäße dürfen die Innenseite des Deckels und der Rand der Gefäße nicht berührt werden. Alle Utensilien sollten auf einer sauberen Unterlage abgelegt werden, z. B. auf ein frisches, gebügeltes und dadurch keimarmes/-freies Geschirrtuch.
- ➡ Ein Umfüllen von Muttermilch birgt die Gefahr der Verunreinigung und sollte deshalb unterbleiben. Geben Sie auch nie frisch abgepumpte und noch warme Muttermilch zur Aufbewahrung in ein Gefäß, in dem schon gekühlte Muttermilch ist. Erst wenn die neue Portion separat abgekühlt

wurde, darf sie mit früher gewonnener Milch für gesunde Kinder (nicht für Frühgeborene oder kranke Neugeborene!) zusammengeschüttet werden. Die maximale Aufbewahrungszeit richtet sich dann nach der zuerst gewonnenen Milchportion.

- ➔ Behälter mit Muttermilch müssen immer mit dem Datum und der Uhrzeit der Milchgewinnung und beim Transport in eine Klinik mit dem Namen des Babys beschriftet werden.
- ➔ Muttermilch, die eingefroren wird, dehnt sich aus. Verwenden Sie am besten zum Einfrieren von Muttermilch sterile Beutel (Einmalartikel, ohne Weichmacher) aus Polyethylen. Zur Aufbewahrung von Muttermilch nicht geeignet und deshalb nicht empfehlenswert sind Edelstahlgefäße, normale Gefrierbeutel, Eiswürfelbehälter oder anderes, wie z. B. Joghurtbehälter. Um Plastik elastisch zu machen, werden herkömmlichen Gefrierbeuteln sogenannte Weichmacher (chemische Bezeichnung: Phthalate) beigemischt. Die Europäische Union hat diese Substanzklasse aufgrund ihres krebsauslösenden und fertilitätsschädigenden Potentials für die Verwendung in Spielzeug und Medizinprodukten verboten.
- ➔ **Bei Raumtemperatur (d. h. bis max. 25° C) ist reife Muttermilch 6 bis 8 Stunden, Kolostrum (die Neugeborenenmilch der ersten Tage) bis zu 12 Stunden haltbar.**
- ➔ **Im Kühlschrank bei +4 bis +6° C ist reife Muttermilch 2 bis 3 Tage haltbar.** Stellen Sie die Muttermilch immer weit hinten in den Kühlschrank, nicht aber in die Kühlschranktür, da dort die notwendigen 4 bis 6° C nicht gewährleistet sind. Während eines Transportes (z. B. in eine Kinderklinik) darf die Kühlkette bis zum Eintreffen am Bestimmungsort nicht unterbrochen werden. Verwenden Sie dann unbedingt Kühlflaschen und eine ausreichende Anzahl an Kühlelementen, um ein Bakterienwachstum in der Muttermilch zu verhindern. Beim Transport müssen die Flaschen aufrecht stehen.
- ➔ **Tiefgekühlt** ist Muttermilch ein bis zwei Wochen in einem separaten Tiefkühlfach in einem Kühlschrank haltbar, in einem Drei-Sterne-Tiefkühlabteil sogar drei bis sechs Monate, und **sechs Monate und länger** in einem separaten Tiefkühlgerät bei konstanter Temperatur von **-18° C bis -20° C**. Es ist günstig, wenn abgepumpte Muttermilch, die nicht gebraucht wird, möglichst rasch eingefroren wird. Sie darf zuvor nicht länger als 24 Stunden gekühlt gelagert worden sein. Es empfiehlt sich, Trinkmengen in Portionen von 60 bis 120 ml einzufrieren. Abgekühlte Milch kann (muss aber nicht!) zu gefrorener Milch hinzugegeben werden. Die zugegebene Menge darf dann aber nicht größer sein als die schon gefrorene Menge.

## Behandlung, Auftauen und Erwärmen von Muttermilch

Steht abgepumpte Muttermilch einige Zeit, setzt sich die Fettschicht oben ab, da die Milch nicht homogenisiert ist. Die Milch darunter kann bläulich, gelblich oder bräunlich aussehen. Durch Erwärmen und Schwenken (nicht Schütteln) werden die Bestandteile wieder gut miteinander vermischt.



Gefrorene Milch sollte schonend aufgetaut werden, am besten langsam im Kühlschrank oder in kaltem Wasser. Ungeöffnet kann sie dann bis zu 24 Stunden gekühlt aufbewahrt werden, geöffnet maximal 12 Stunden.

Gekühlte oder aufgetaute Muttermilch muss schonend wieder auf Trinktemperatur gebracht werden. Das geht unter fließendem, warmem Wasser, im Wasserbad oder in einem Flaschenwärmer. Um das Fett der Muttermilch wieder gleichmäßig zu verteilen,

schwenken Sie die Milch nach dem Erwärmen vorsichtig. **Überprüfen Sie vor dem Füttern immer die Trinktemperatur der Milch.**

Eine Erwärmung von Muttermilch in der Mikrowelle wird nicht empfohlen, da durch die stellenweise starke Erhitzung (hot spots) wichtige Nähr- und Abwehrstoffe der Muttermilch zerstört werden. Außerdem wird die Milch nicht gleichmäßig erwärmt. Aus Hartplastikflaschen kann Bisphenol A freigesetzt werden. Bisphenol A steht im Verdacht, Krebs und andere schwerwiegende Störungen der körperlichen und geistigen Entwicklung hervorzurufen.

Und ganz wichtig: **Einmal erwärmte Muttermilch darf nicht wieder gekühlt und ein zweites Mal erwärmt und dann verfüttert werden.** Deshalb immer nur soviel an Muttermilch auftauen und/oder erwärmen, wie das Kind erwartungsgemäß trinken wird. Bereiten Sie lieber bei Bedarf eine zweite, zusätzliche Portion auf.

## Internethandel mit Frauenmilch – nein, danke!

Muttermilch ist zweifelsohne die gesündeste Nahrung für ein Baby. Aber gilt das auch, wenn sie von einer fremden Mutter aus dem Internet stammt? Nach dem Start von Muttermilchbörsen in den USA vor einigen Jahren gab es entsprechende Internetangebote vorübergehend auch in Deutschland.

Ärzte und Behörden stehen diesem Vertriebsweg für Frauenmilch allerdings äußerst skeptisch gegenüber. Die US-amerikanische Arznei- und Lebensmittelbehörde (FDA) rät z. B. strikt vom Kauf von (fremder) Frauenmilch ab:

**„Sie sollten (als Käufer/in) wissen, dass Sie mögliche gesundheitliche Nachteile in Kauf nehmen, wenn Sie erwägen, Ihr Kind mit der Milch einen anderen Frau als der Mutter des Babys zu ernähren. Die Risiken für das Baby betreffen mögliche Infektionen, u. a. HIV (AIDS) und Hepatitis, die Schädigung Ihres Babys durch chemische Stoffe (z. B. illegale Drogen oder Medikamente) in der erworbenen Frauenmilch, wenn die Milchspenderin nicht qualifiziert untersucht worden ist. Außerdem können Verunreinigungen der Frauenmilch bei der Gewinnung, vor oder auf dem Transport bzw. während der Lagerung entstehen, die den Verzehr dieser Frauenmilch dann gefährlich erscheinen lassen.“**

So beurteilt auch Dr. Corinna Gebauer, ärztliche Leiterin der größten deutschen Frauenmilchbank am Universitätsklinikum Leipzig, den unkontrollierten Handel mit Frauenmilch. **„Um die Risiken bei einer Muttermilchspende so gering wie möglich zu halten, befragen und testen wir unsere Spenderinnen genau. Wer Muttermilch abgibt, wird untersucht wie ein Blutspender. Zusätzlich screenen wir die gespendete Frauenmilch auf Keime. Ich würde mein Kind nicht mit ungeprüfter Milch einer Fremden füttern“**, sagt Dr. Gebauer. Schließlich kenne man den Lebenswandel und den Gesundheitszustand der Spenderin nicht: Nimmt sie Medikamente oder Drogen, hat sie ansteckende Krankheiten, raucht oder trinkt sie? Die Spendermilch einer fremden Mutter dem eigenen Kind zu geben, ohne die notwendigen Sicherheitsstandards einzuhalten, hält sie für sehr riskant.

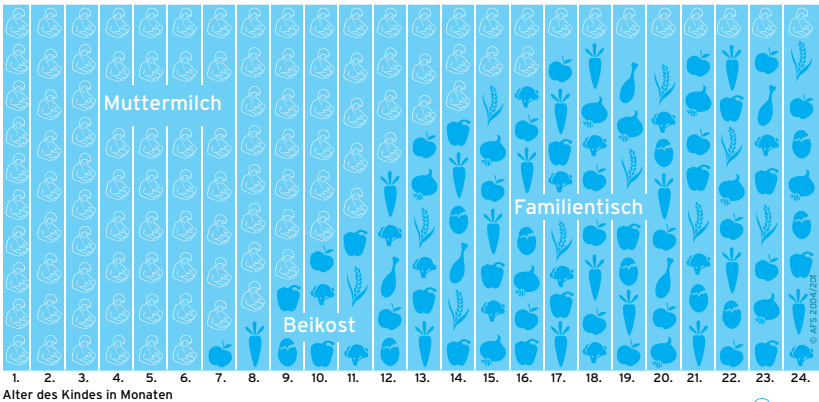
Ihr und vielen anderen Neugeborenenmedizinerinnen wäre es lieber, die Frauen würden ihre Milch gegen eine Aufwandsentschädigung der Milchbank einer Kinderklinik spenden, denn wertvolle Frauenmilch für kranke Frühchen ist knapp. Viel sinnvoller, als Frauen zu unsicherem Internet-Einkauf von Muttermilch zu motivieren, wäre es außerdem, Mütter beim Stillen ihres eigenen Kindes wirkungsvoll zu unterstützen.

## Das Baby zeigt, wann es bereit für Beikost ist.

Den individuellen Nahrungsaufbau für Ihr Kind besprechen Sie bitte mit dem Arzt bzw. der Ärztin, die die Vorsorgeuntersuchungen bei Ihrem Kind durchführt, oder mit einer Stillberaterin IBCLC, deren Ausbildung auch auf diese Übergangszeit zur Beikosternährung ausgerichtet ist.

Die **Weltgesundheitsorganisation (WHO)** empfiehlt in diesem Zusammenhang nach wie vor **ein zunächst 6-monatiges ausschließliches Stillen und erst dann, also erst mit Beginn des 7. Monats, den Beginn der Beikosternährung.**

### Allgemeine Ernährungsempfehlungen für Säuglinge und Kleinkinder nach WHO\*



\*die WHO empfiehlt (WHA-Resolution 54.2 vom 18.5.2001 und spätere Dokumente): 6 Monate ausschließlich stillen, das heißt, keine andere Nahrung oder Flüssigkeit außer Muttermilch, und danach neben geeigneter Beikost weiter stillen bis zum Alter von 2 Jahren und darüber hinaus.

Hinweis:  
Die abgebildeten Lebensmittel stehen beispielhaft für geeignete Bei- und Familienkost.

**AFS** Arbeitsgemeinschaft  
Freier Stillgruppen  
Bundesverband e.V.   
Angelika Reck & Uta Reich-Schottky © 2011  
AFS Geschäftsstelle  
Bornheimer Straße 100 53119 Bonn  
Tel. 0228 - 350 38 71 Fax: 0228 - 350 38 72  
geschaeftsstelle@afs-stillen.de [www.afs-stillen.de](http://www.afs-stillen.de)

Abweichend davon empfiehlt das „**Netzwerk Gesund ins Leben**“ Beikost frühestens mit Beginn des 5. Monats und spätestens mit Beginn des 7. Monats einzuführen. Das ist im Einklang mit Empfehlungen internationaler sowie nationaler Fachgesellschaften und -institutionen und schließt die Empfehlung zur Allergieprävention mit ein. **Ganz besonders wird hervorgehoben, dass für den genauen Zeitpunkt des Beikostbeginns in dem genannten Zeitfenster die individuelle Entwicklung des Kindes entscheidend ist.** Das gilt für alle Säuglinge, also auch für Kinder mit erhöhtem Allergierisiko. Es bedeutet: Ist das Kind bereits mit Beginn des 5. Monats reif für die Beikost, sollte die Einführung aus Gründen der Allergieprävention nicht ver-

zögert werden. Zeigt es allerdings noch keine Bereitschaft, sollte es auch nicht zu einem Beikoststart mit Beginn des 5. Monats gedrängt werden.

Insgesamt zeigt die Datenlage, dass Vorteile einer frühen Beikosteinführung (Beginn 5. Monat) im Vergleich zu einer späteren (Beginn 7. Monat) im Hinblick auf das Allergierisiko nicht belegt sind. Auch für Säuglinge mit erhöhtem Allergierisiko ist die individuelle Entwicklung für den Beikoststart entscheidend. Im Hinblick auf die Beikostzutaten ist Abwechslung empfehlenswert und auch potentielle Nahrungsmittelallergene sind durchaus erwünscht.

**Kinder unterscheiden sich in ihrer Entwicklung. Deshalb gibt es nicht den einen Starttermin für die Beikost, der für alle Säuglinge optimal ist. Eltern sollten den Zeitpunkt für die Einführung der Beikost von den Signalen des Kindes – seiner Essfähigkeit, seinem Gedeihen, seinem Interesse für Beikost – abhängig machen. Es gibt verschiedene Reifezeichen, die auf einen günstigen Zeitpunkt für den Beikoststart hinweisen:**

- ➡ Das Baby kann mit Hilfe aufrecht sitzen und den Kopf selbstständig halten.
- ➡ Es interessiert sich dafür, was Eltern, Geschwister und andere Personen essen.
- ➡ Es verlangt nach dem, was andere essen.
- ➡ Es öffnet den Mund, wenn der Löffel kommt.
- ➡ Es drückt den Brei nicht mehr mit der Zunge aus dem Mund.



Eltern brauchen nicht zu Beginn des 5. Monats auszutesten, ob ihr Kind den Brei bereits annimmt. Das empfohlene Zeitfenster von rund 60 Tagen gibt ihnen die Möglichkeit, gelassen abzuwarten, bis es von sich aus die Bereitschaft für feste Nahrung zeigt. Auch Säuglinge mit erhöhtem Allergierisiko sollten nicht zu einem frühen Beikoststart gedrängt werden.

Neben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) plädieren auch der amerikanische Verband der Kinderärzte (American Academy of Pediatrics) und professionelle Still- und Laktationsberaterinnen dafür, **zunächst 6 Monate ausschließlich zu stillen und erst dann mit Beikost zu beginnen**. Ihre Empfehlung basiert auf der Analyse des aktuellen Wissensstandes zum Stillen, in der die vielen Vorteile der Muttermilchernährung im Vergleich zu Formula-Nahrung (Flaschenmilchnahrung) dargestellt werden. Demzufolge haben nicht gestillte Kinder eine höhere Erkrankungsrate an

- ➡ Mittelohrentzündungen (doppelt so häufig wie bei Kindern, die mindestens drei bis sechs Monate gestillt wurden)
- ➡ Atemwegsinfektionen allgemein (bei gestillten Kindern seltener)
- ➡ Infektionen der unteren Atemwege (besonders selten bei Kindern, die sechs Monate ausschließlich gestillt wurden; häufiger bei Kindern, die nur vier Monate ausschließlich gestillt wurden)
- ➡ Infektionen der oberen Atemwege (besonders selten bei Kindern, die länger als sechs Monate ausschließlich gestillt wurden)
- ➡ atopischer Dermatitis (früher: Neurodermatitis; insbesondere bei familiärer Belastung tritt diese bei länger als drei Monate gestillten Kindern um 42 Prozent seltener auf – Untersuchungen zum Effekt von sechs Monaten ausschließlichem Stillen liegen nicht vor) und
- ➡ Plötzlichem Kindstod (SIDS); in den USA z. B. könnte durch Stillen statistisch gesehen jährlich der Tod von 900 Kindern an SIDS verhindert werden.

Die American Academy of Pediatrics geht insbesondere auch auf die Frage ein, ob sechs Monate und mehr ausschließlichen Stillens besser sind als weniger als sechs Monate. Das Ergebnis ist eindeutig: Die Vereinigung der amerikanischen Kinderärzte spricht sich dafür aus, **sechs Monate ausschließlich zu stillen, gefolgt von weiteren sechs Monaten einer gemischten Ernährung aus Stillen und Beikost**. Als babyfreundliche Geburtsklinik schließen wir uns dieser WHO-konformen Empfehlung an und bitten Sie, abhängig von der Beikostreife Ihres Kindes (s. o.) eine individuelle Entscheidung zu treffen. Berücksichtigen Sie bitte auch die Gesundheitsrisiken, die mit dem Nicht-Stillen oder dem Nicht-mehr-Stillen verbunden sind. Denken Sie bitte auch an die wirtschaftlichen Vorteile des Stillens für Sie selbst wie auch für die Gesellschaft im allgemeinen.

Aus der zitierten Veröffentlichung des Netzwerkes „Gesund ins Leben“ also abzuleiten, dass nach dem 4. Lebensmonat grundsätzlich mit Beikost begonnen werden sollte, ist nicht korrekt. Vielmehr **ist die Beikostreife des Säuglings entscheidend**. Darauf weisen auch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) und die Nationale Stillkommission hin. **Eltern sollten immer die jeweilige Entwicklung eines Säuglings beachten**. Außerdem ist nicht der Zeitpunkt der Beikosteinführung alleine maßgebend, sondern auch, dass **mit der Beikosternährung stets unter dem Schutz der Muttermilch, also unter fortgesetztem Stillen, begonnen werden sollte**. Auch die Empfehlungen zur Allergieprävention betonen die Wichtigkeit des ausschließlichen Stillens ab Geburt und die Notwendigkeit des Beistillens mit und nach dem Beginn der Beikosternährung.

**Zusammengefasst:** Wie bei anderen Entwicklungsschritten von Babys und Kindern gibt es ein **Zeitfenster für die Einführung von Beikost**. Babys zeigen meist gegen Ende des ersten Lebenshalbjahres ein zunehmendes Interesse an dem, was Mama und Papa auf dem Teller haben. **Dann, wenn Ihr Kind aufrecht sitzen kann, Neugier an Ihrem Essen zeigt und die angebotenen Lebensmittel nicht mehr mit der Zunge hinausschiebt, sondern sie herunterschlucken kann, dürfen Sie das als Zeichen für die Beikost-Reife Ihres Kindes werten.**





Drängen Sie Ihr Kind nicht, andere Lebensmittel außer Muttermilch zu akzeptieren. Dann werden Sie zusammen leicht den richtigen Zeitpunkt für den Beikostbeginn herausfinden.

**Stellen Sie Beikost für Ihr Baby so oft wie möglich selbst her, denn Sie und Ihre Familienangehörigen kochen und backen mit Liebe!**

Weitere Websites, die Beiträge zur Beikost bieten sind:

- ➔ [www.babyfreundlich.org](http://www.babyfreundlich.org) (Initiative Babyfreundlich)
- ➔ [www.lalecheliga.de](http://www.lalecheliga.de) „Mein Kind will nicht essen“ von Dr. Carlos Gonzáles
- ➔ [www.richtigessenvonanfangan.at](http://www.richtigessenvonanfangan.at)



**vorsorgen und vorbeugen**

## Vorsorgeuntersuchungen für das Baby

Bereits nach der Geburt untersucht einer unserer Frauenärzte oder unser Kinderarzt Ihr Baby gründlich. Das Ergebnis wird als **Vorsorgeuntersuchung U1** in das gelbe Kinder-Vorsorgeheft eingetragen. Sollten Auffälligkeiten festgestellt werden, werden Sie als Eltern umgehend darüber informiert. Neben eventuellen Besonderheiten werden auch die Körpermaße (Länge, Gewicht, Kopfumfang), der sog. Apgar-Wert (er beschreibt den aktuellen Zustand Ihres Kindes unmittelbar und wenige Minuten nach der Geburt), der pH-Wert sowie der so genannte Base-Excess (Basenüberschuss) im Nabelschnurblut im Kinder-Vorsorgeheft dokumentiert.

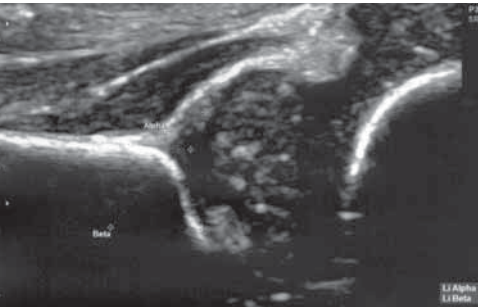
### Kinderärztliche Vorsorgeuntersuchung U2

Zwischen dem 3. - 5. Lebensstag führt unser Kinderarzt dann zusammen mit Ihnen die **Vorsorgeuntersuchung U2** bei Ihrem Neugeborenen durch. Die dabei erhobenen Befunde werden ebenfalls in das Vorsorgeheft eingetragen. Die kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen finden täglich, i. d. R. nachmittags, im Wickelzimmer statt. Wenn irgendwelche Besonderheiten auftreten, kann Ihr Kind umgehend untersucht werden.

Im Rahmen unserer ausführlichen Vorsorgediagnostik erhält jedes Kind außerdem, wenn Sie es wünschen, noch folgende Untersuchungen:

#### ➔ eine Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke zum Ausschluss einer angeborenen Hüftgelenkserkrankung („Hüftdysplasie“)

Die Entwicklung der Hüfte ist bei der Geburt noch längst nicht abgeschlossen. Wenn die Hüftgelenkspfanne noch nicht genügend ausgebildet ist, spricht man von einer Hüftreifungsverzögerung, bei schweren Formen von einer Hüftdysplasie. Ist der Hüftkopf nicht mehr in der Gelenkspfanne, handelt es sich um eine Hüftluxation. Mädchen sind deutlich häufiger von einer Hüftdysplasie betroffen als Knaben. Besonders hoch ist das Risiko, wenn in einer Familie bereits Hüftdysplasien vorgekommen sind oder wenn das Baby aus einer Steiß- bzw. aus einer Beckenendlage geboren worden ist. Für die etwa 10 bis 20% der Neugeborenen mit einer leichten Reifungsverzögerung der Hüfte wird eine spezielle Wickeltechnik (**Breites Wickeln**) empfohlen. Wir verwenden dazu spezielle Breitwickelbandagen. Eine Hüftdysplasie (1 bis 2% der Neugeborenen) wird mit einer orthopädischen Spreizhose therapiert.



- ➔ eine **Ultraschalluntersuchung der Blase und der beiden Nieren zum Ausschluss einer angeborenen Harntransportstörung**
- ➔ eine **orientierende Sonographie (Ultraschall) des Herzens**
- ➔ eine **Blutentnahme zum Ausschluss einer Schilddrüsenunterfunktion (TSH-Test), weiterer (14) Stoffwechselkrankheiten (z. B. Phenylketonurie und Galaktosämie) sowie einer Mukoviszidose (CF-Screening)**

Diese Stoffwechseldiagnostik erfordert wenige Tropfen Blut aus einer Vene oder aus der Ferse des Kindes. Der früheste Untersuchungstermin dafür ist 36 Stunden nach der Geburt. Falls eines der Untersuchungsergebnisse im Stoffwechsel-Screening auffällig sein sollte, werden wir Sie nach zeitgerechter Blutabnahme umgehend nach dem Befund eingang telefonisch benachrichtigen. Wenn Sie bis zum 10. Lebensjahr Ihre Kindes nichts von uns hören, können Sie davon ausgehen, dass das Ergebnis dieser Testung in Ordnung war (siehe nächste Seite). Stellen Sie sicher, dass wir Sie in dieser telefonischen Zeit erreichen können!



- ➔ die **Messung der otoakustischen Emissionen oder eine BERA (Hirnstamm-Audiometrie)** als einfaches und schmerzloses Verfahren der Hörprüfung (siehe Broschüre des LGL, Seite 150),
- ➔ **und eine augenärztliche Untersuchung** (siehe Seite 149 ff.).

Das **gelbe Vorsorgeheft**, in das alle Untersuchungsbefunde eingetragen werden, wird Ihr Kind die nächsten Jahre begleiten. Bei Ihrer Entlassung aus der Klinik wird es Ihnen die Pflegekraft zusammen mit anderen Unterlagen geben.

**Bei ambulanten Geburten oder früher Entlassung nach Hause muss die Vorsorgeuntersuchung U2 bei einem niedergelassenen Haus- oder Kinderarzt zwischen dem 3. - 7. (max. 10.) Lebensjahr durchgeführt werden.**



## Früherkennungsuntersuchungen bei Neugeborenen in Bayern (Neugeborenen-Screening)



Das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) hat für Sie alle wesentlichen Informationen zur Untersuchung von Neugeborenen auf angeborene Stoffwechselerkrankungen und Hörstörungen in einer ausführlichen Broschüre zusammengestellt. Sie bekommen sie unaufgefordert vom Pflegepersonal nach der Geburt Ihres Kindes.



Messung der Otoakustischen Emissionen (OAE)



Durchführung einer Hirnstammaudiometrie (BERA)

Sollten Sie weitere Fragen dazu haben, geben wir Ihnen gerne alle notwendigen Erläuterungen zum Hör- und Stoffwechselscreening.

In Bayern sind zwei Labore für das Neugeborenenstoffwechselscreening zertifiziert; die Untersuchung für die im Klinikum Kulmbach geborenen Kinder erfolgt im Labor Dr. Becker und Kollegen in München.



Neben uns und dem Screening-Labor in München steht Ihnen oder Ihrem Kinderarzt auch das Screeningzentrum des LGL für Fragen zum Stoffwechsel- und Hörscreening zur Verfügung:

Screeningzentrum, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit  
Veterinärstraße 2 · 85764 Oberschleißheim  
Telefon 09131/6808-5204 oder -5131.  
E-mail: [screening@lgl.bayern.de](mailto:screening@lgl.bayern.de)

## Augenärztliches Screening bei Neugeborenen

Die allermeisten unserer Sinneswahrnehmungen sind visueller Natur. Deshalb ist es sinnvoll, analog zum Hörscreening eine augenärztliche Screening-Untersuchung bereits im Säuglingsalter durchzuführen. Wenn nämlich Sehstörungen frühzeitig erkannt werden, sind die Erfolge der Behandlung für die weitere Sehentwicklung eines Kindes am besten.

Zum Zeitpunkt der Geburt verfügen Neugeborene über eine Sehleistung von 3 bis 5%, mit vier bis sechs Jahren haben sie i. d. R. die volle Sehleistung eines Erwachsenen (100-120%) erreicht. Ca. 5 von 100 Erstklässlern sehen allerdings schlecht, d. h. ihre Sehentwicklung ist z. B. infolge eines Brechungsfehlers der Augen nicht optimal verlaufen. Diese Fehl- oder Schwachsichtigkeit kann mit dem üblichen Sehtests beim Kinderarzt oder beim Optiker nicht erkannt werden.



Das Klinikum Kulmbach bietet deshalb seit 2001 in Zusammenarbeit mit den in Kulmbach niedergelassenen Augenärzten eine frühe augenfachärztliche Untersuchung der Neugeborenen bereits während der ersten Lebenstage an. Nahezu alle Eltern haben bisher von diesem Angebot Gebrauch gemacht.



Die augenärztlichen Untersuchungen finden montags, mittwochs und freitags in den Räumen der Wochenstation statt. Sie dienen dazu, Auffälligkeiten der Augen (z. B. eine Trübung der Augenlinse, einen hochgradigen Brechungsfehler des Auges, Schielen und andere Erkrankungen des Auges) zu

einem möglichst frühen Zeitpunkt zu erkennen und eine evtl. erforderliche Behandlung mit Ihnen zu besprechen. In den ersten ein bis zwei Lebensjahren ist es am ehesten möglich, einen Sehfehler zu heilen. Eine bis zur Einschulung nicht erreichte Sehleistung wird sich danach gar nicht mehr oder nur unwesentlich verbessern lassen.

Um die gesamte Sehentwicklung Ihres Babys richtig beurteilen zu können, sind **mindestens zwei**, evtl. drei **augenärztliche Untersuchungen in den ersten Lebensjahren** notwendig. Die zweite Untersuchung sollte etwa mit vier Monaten bei einem dazu qualifizierten Augenarzt erfolgen, sofern Ihnen kein früherer zweiter Untersuchungszeitpunkt für Ihr Baby mitgeteilt wird.

Auch nach der Entwicklung eines normalen beidäugigen Sehens kann sich in den Folgejahren noch ein (gut behandelbares) so genanntes „normosenorisches Spätschielen“ entwickeln. Um dem vorzubeugen, wäre generell eine abschließende augenärztliche Untersuchung mit ca. vier Jahren wünschenswert.

### **Beachten Sie bitte bei ambulanten Geburten oder bei früher Entlassung aus der Geburtsklinik:**

Bei ambulanten Entbindungen oder früher Entlassung nach Hause (d. h. ohne dass die augenärztliche Untersuchung zuvor erfolgen konnte) sollten Sie Ihr Kind umgehend einem Augenarzt vorstellen, wenn Sie oder Ihr Kinderarzt Auffälligkeiten im Bereich der Augen bemerken wie z. B. Lidveränderungen mit hängenden Lidern, insbesondere mit Verlegung der Pupille, Trübungen der Hornhaut, eine grau-weißliche Pupille, bei Augenzittern oder bei großen „Kulleraugen“ mit Lichtscheu. Das gilt auch, wenn Sie diese Auffälligkeiten nur an einem Auge sehen.

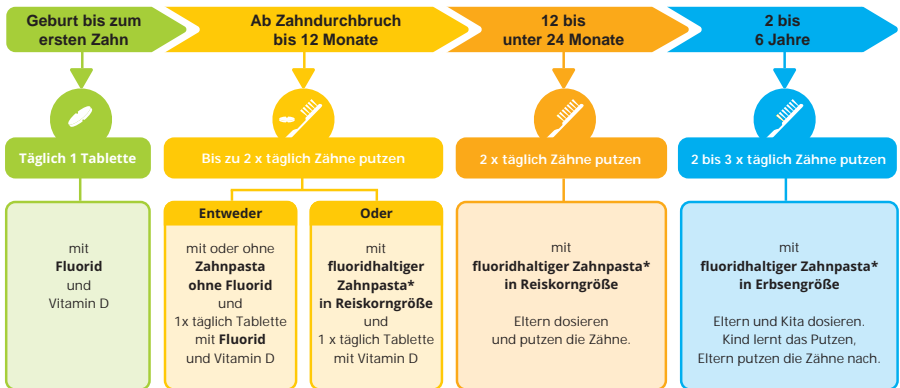
Ansonsten sollten alle ambulant geborenen oder früh entlassenen Babys in den ersten Lebenswochen zur Entdeckung von Brechungsfehlern oder kleinwinkeligem Schielen von einem Augenarzt untersucht werden, d. h. die in der Klinik „verpasste“ augenärztliche Untersuchung sollte zeitnah nachgeholt werden.

Alle Risikokinder für Schielen, Brechungsfehler und / oder erbliche Augenerkrankungen (dazu zählen u. a. ehemalige Frühgeborene, Kinder schielender oder stark kurzsichtiger Eltern [Brillenträger], Kinder aus Familien mit bekannten und / oder bereits bei Geburt vorhandenen erblichen Augenerkrankungen) sollten ebenfalls früh, spätestens aber mit 6 Monaten von einem Augenarzt untersucht werden.

## Kariesvorbeugung im Säuglings- und frühen Kindesalter

Fluoride sind wichtig für eine wirkungsvolle Karies-Vorbeugung. Sowohl Kinder- und Jugendärzte als auch Zahnärzte bestätigen, dass Fluorid erheblich dazu beigetragen hat, die Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen stetig zu verbessern. Ob aber die **lokale Fluoridierung** (aus Sicht der Zahnärzte die effektivere Methode) oder eine **systemische Verabreichung von Fluorid** (in Tablettenform; der kinderärztliche Ansatz) besser wäre, darüber ist lange Jahre intensiv und kontrovers diskutiert worden.

Im Frühjahr 2021 haben sich nun beide „Lager“, also zahnmedizinische Fachgesellschaften und kinder- und jugendärztliche Berufsverbände, mit Unterstützung durch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung und andere Akteure des Gesundheitswesens auf eine gemeinsame Empfehlung verständigen können. Auch für Säuglinge, Kleinkinder und Vorschulkinder wird die Anwendung von Fluoriden in angemessener Dosis zur Kariesprävention **nun einheitlich empfohlen**.



\* Fluoridhaltige Zahnpasta mit 1.000 ppm Fluorid

© BLE 2021/www.gesund-ims-leben.de

Die Höhe der empfohlenen Fluoriddosis und die Art der Fluoridanwendung richten sich dabei nach dem Alter des Kindes und der Fluoridzufuhr aus möglichen anderen Quellen (Anm: geringe bis geringste Mengen an Fluoriden finden sich u.a. im Trink- oder Mineralwasser und in manchen Lebensmitteln (wie z.B. in schwarzem oder grünem Tee).

Konkret bedeutet das

- ➡ für **Säuglinge vor dem Zahndurchbruch**, also zunächst in den ersten sechs Lebensmonaten, die einmal tägliche **Verwendung eines Kombi-**



**nationspräparates, das 0,25 mg Fluorid und 400-500 IE** (Internationale Einheiten) **Vitamin D** enthält (z.B. D-Fluoretten® 500 I.E., Zymaflour D® 500 oder Fluor-Vigantol® 500 I.E.)

- ➔ und dann ab **dem Durchbruch der ersten Zähne** (also ab ca. 6. /7. Monat) **alternativ** die Verwendung von **fluoridierter Zahnpasta** mit altersgerechter Fluoridkonzentration (1000 ppm für Säuglinge ab dem Zahndurchbruch und Kleinkinder; erst ab Schuleintritt dann mit 1500 ppm Fluorid) **und täglich einer Tablette mit 500 I.E. Vitamin D** (Vigantol® 500 I.E®) ohne Fluoridzusatz, oder es wird fortgesetzt die **Vitamin-D-Fluorid-Kombination, wie schon in den ersten sechs Lebensmonaten** weitergegeben und beim Zähneputzen wird eine **fluoridfreie oder gar keine Zahnpasta** verwendet.

## Was bewirken Fluoride an den Zähnen?

Fluoride sind für die Zahngesundheit deshalb so wichtig,

- ➔ weil sie bereits vor dem Zahndurchbruch in den Zahnschmelz eingelagert werden können; er wird dadurch widerstandsfähiger,
- ➔ weil sie nach dem Zahndurchbruch aus der Mundhöhle in die äußere Schicht des Zahnschmelzes eingebaut werden, was zu einer besonders wirksamen Oberflächenhärtung führt,
- ➔ weil sie im Speichel enthalten sind und auf diese Weise Bakterienwachstum im Zahnbelag hemmen können
- ➔ und weil sie sogar oberflächliche Kariesdefekte reparieren können.

Fluoride sind also eine wichtige Säule in der Kariesprophylaxe. Am besten wirken sie jedoch im Zusammenspiel mit **weiteren vorbeugenden Maßnahmen**:

- ➔ mit einer **ausgewogenen Ernährung** und ausreichend langen Pausen zwischen den Mahlzeiten,
- ➔ mit einer **sorgfältigen Zahn- und Mundpflege** des Kindes wie auch der Eltern mit mehrmals täglichem Zähneputzen. Die Eltern sollen deshalb das Kind nach dem Zahndurchbruch behutsam und allmählich an das Zähneputzen heranführen.
- ➔ und mit einer früh beginnenden **(kinder-)zahnärztlichen Betreuung**. In der Zahnarztpraxis kommt zur Kariesvorbeugung ggf. noch das Auftragen von höher dosierten Fluoridlacken, -lösungen oder -gelees bei Kleinkindern hinzu. (Anm.: Eine häusliche Anwendung von Fluoridgelees und -lösungen sollte erst vom Schulalter an bei Kindern mit erhöhtem Kariesrisiko in Erwägung gezogen werden und auch dann am besten nur nach Rücksprache mit dem Zahnarzt bzw. auf dessen Empfehlung hin.)

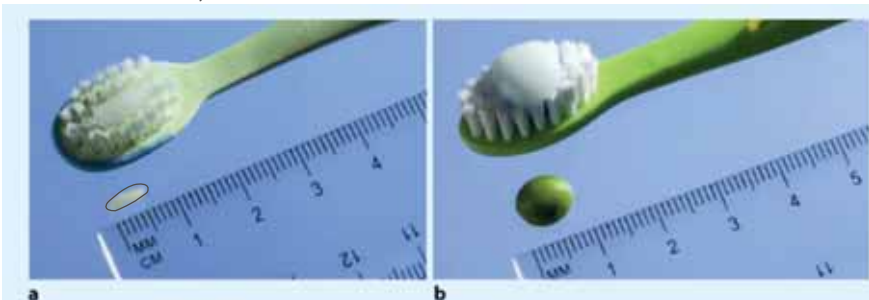
- Auch die Verwendung von fluoridiertem (und jodiertem) Speisesalz im Haushalt, das 0,025% Fluorid enthält, kann ein weiterer Baustein zur Kariesvorbeugung sein; davon profitieren allerdings Säuglinge und Kleinkinder kaum, da ihre Speisen üblicherweise (noch) nicht gesalzen werden.

## Die Menge an Zahnpasta ist entscheidend

Beim Zähneputzen bis zum Alter des Kindes von etwa vier Jahren lässt es sich kaum vermeiden, dass Säuglinge und Kleinkinder fluoridhaltige Zahnpasta zum Teil verschlucken werden. Da Zahnpasten mit Frucht- oder Bonbonschmack für Säuglinge und Kleinkinder einen zusätzlichen Anreiz zum Herunterschlucken geben würden, sind sie für diese Altersgruppe ganz besonders nicht geeignet. Mit einer unbeabsichtigten und dadurch eventuell überhöhten Fluoridaufnahme verbindet sich die Sorge mancher Eltern, dass es an den nachkommenden, bleibenden Zähnen zu ästhetischen Beeinträchtigungen in Form von weißen Schmelzflecken (Dentalfluorose) kommen kann.

Der gefleckte Schmelz entsteht nur während der Phase der Schmelzbildung, also bis zum 7./8. Lebensjahr. Insbesondere während dieser Phase darf eine als sicher angesehene höchste Zufuhrmenge an Fluoriden deshalb nicht überschritten werden. Das gelingt, indem **Eltern** immer selbst die **Zahnpasta** auf die Kinderzahnbürste **auftragen** und dabei die vorgegebene Menge beachten. Ideal und sicher sind:

- eine **reiskorngroße Menge ab Zahndurchbruch bis zum zweiten Geburtstag** (also vom 6. -24. Monat) und
- eine **erbsgroße Menge nach (!) dem 2. Geburtstag** (also nach 24 Monaten)



**Putzen Sie die Zähne** Ihres Kindes vorsichtig und behutsam mit einer altersgerecht geformten, weichen Kinderzahnbürste mit einem kleinen Borstenfeld (mit abgerundeten, glatten Borsten). Sie ist von Anfang an am besten geeignet, um Zahnbeläge wirksam zu entfernen und die Zähne eines Babys und Kleinkindes zu reinigen. Im Säuglingsalter kann dies auf dem Schoß oder auf

dem Wickeltisch erfolgen. Putzen Sie die Zähne des Kindes **keinesfalls gegen seinen Widerstand**.

Mit zunehmendem Alter lernt das Kind, sich selbst die Zähne zu putzen. Je nach individueller Entwicklung der motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten sind achtjährige Kinder dazu meist allein in der Lage. Bis dahin sollen Eltern ihre Kinder beim Zähneputzen immer durch Nachputzen unterstützen. Kinder lernen auch durch Beobachtung und Nachahmung von Eltern. Seien Sie also ein gutes Zahnputz-Vorbild!



Um die für Ihr Kind langfristig beste Vorgehensweise zur Kariesvorbeugung (Fluoridierung) mit Ihnen als Eltern festzulegen ist eine **individuelle Befragung (Fluorid-Anamnese) durch Ihren Kinder- und/oder Zahnarzt notwendig**. Dabei sollten auch der Konsum fluoridhaltiger Mineralwässer und spezielle Ernährungsgewohnheiten, die zu einer erhöhten Fluoridzufuhr führen, genannt werden.

Bedenken Sie bitte immer: **Karies ist keine Fluormangelkrankung**. Die Verwendung von Fluorid zur Kariesvorbeugung reicht deshalb alleine nicht aus.

- ➡ Erlauben Sie Ihrem Säugling oder Kleinkind **kein ständiges oder wiederkehrend häufiges Nuckeln oder Trinken aus einer Schnullerflasche**. Geben Sie Ihrem Kind die Flasche nur, wenn es Durst hat oder zur Nahrungsaufnahme, aber nicht, wenn Sie Ihr Kind zu Bett bringen. Ein Fläschchen darf nicht zur Einschlafhilfe werden!

Dauerndes Flasche-Nuckeln am Tag und in der Nacht kann die Zähne schwer schädigen. Die typische Frontzahnkaries (siehe Photo) wäre die schmerzhafteste Folge. Gewöhnen Sie Ihr Kind besser bald an eine kindgerechte Schnabeltasse oder einen Becher zum Trinken. Schränken Sie auch den Gebrauch eines Saugers/Schnullers soweit wie möglich ein.



- ➔ Wenn Ihr Kind Durst hat, geben Sie ihm bitte **ungesüßte Getränke** wie Leitungs- oder Mineralwasser oder Fruchtt Tee. Bieten Sie Ihrem Kind keine gesüßten Getränke und auch keine verdünnten Obstsaft e in der Flasche an. **Das beste Getränk zum Durststillen ist Wasser.** Trinkwasser wie auch Mineralwasser oder stilles Wasser sollten Sie für Kinder im ersten Lebensjahr jedoch immer abkochen und wieder erkalten lassen.

Limonaden und auch Fruchtsäfte enthalten viel zu viel Zucker. Sie sind deshalb zum Durstlöschen nicht geeignet. Gesüßte Tees oder Fruchtsaftverdünnungen sind allenfalls zu den Mahlzeiten in einer Tasse akzeptabel, nicht jedoch als Dauergetränk über den ganzen Tag. Ihr Kind bekommt ausreichend Vitamine und außerdem noch wertvolle Ballaststoffe, wenn Sie ihm ab dem 7. Monat Obst geben. Mit Obst und fester Kost übt Ihr Kind gleichzeitig das Kauen.

Auch **Mineralwasser** kann eine relevante Fluoridquelle sein, wenn es statt Leitungswasser zur Zubereitung der Speisen und Getränke verwendet wird. Allerdings ist der Fluoridgehalt von Mineralwässern sehr unterschiedlich.

Der **Fluoridgehalt von Mineralwasser** muss in Deutschland auf den Flaschenetiketten nicht aufgeführt werden, wenn er unter 1,5 mg Fluorid pro Liter Mineralwasser liegt. Erst ab Werten über 1,5 mg Fluorid/Liter muss der Gehalt generell deklariert und zusätzlich mit folgendem Hinweis versehen sein: „Enthält mehr als 1,5 mg/l Fluorid: Für Säuglinge und Kinder unter sieben Jahren nicht zum regelmäßigen Verzehr geeignet“. Mineralwässer mit einer Konzentration von mehr als 1,0 mg Fluorid/Liter können freiwillig als „fluoridhaltig“ gekennzeichnet werden. Wird Mineralwasser als „zur Zubereitung von Säuglingsnahrung geeignet“ bezeichnet, sind für die einzelnen Inhaltsstoffe Höchstwerte vorgesehen. Es darf dann z.B. nicht mehr als 0,7 mg Fluorid/Liter enthalten. Mineralwasser mit einem Gehalt von über 0,7 mg Fluorid/Liter sollte demzufolge für Säuglingsernährung nicht verwendet werden.

Anm.: Säuglinge, die bei besonderen Erkrankungen mit so genannten bilanzierten Diäten ernährt werden oder deren Flaschennahrung mit Trinkwasser oder Mineralwasser hergestellt wird, das mehr als 0,3 mg Fluorid pro Liter enthält, be-

nötigen keine zusätzliche Fluoridprophylaxe. Für das Zähneputzen ab dem Zahndurchbruch soll in diesen Fällen entweder nur einmal täglich eine reiskorngroße Menge (0,125 g) fluoridhaltiger Zahnpasta oder eine fluoridfreie Zahnpasta angewandt werden.

Die Fluoridkonzentration des Trinkwassers im Landkreis Kulmbach liegt durchwegs unter 0,3 mg Fluorid/Liter. Genauer Angaben erfahren Sie von Ihrem Wasserversorger. Wird Wasser (Trinkwasser, Mineralwasser) mit einem Fluoridgehalt von 0,3 mg/l oder mehr zur Zubereitung von Säuglings(milch)nahrung verwendet, sollen Vitamin D-Tabletten ohne Fluorid (z.B. Vigantol® 500 I.E.) gegeben werden.

- ➡ Sorgen Sie für eine **gesunde Ernährung** mit ausreichend langen Pausen zwischen den Mahlzeiten!
- ➡ Akzeptieren Sie kein Essen den ganzen Tag über; auch Kinder müssen lernen, zu festen (Mahl-)Zeiten zu essen. Füttern Sie Beikost grundsätzlich mit einem Löffel oder bieten Sie sie als Fingerfood an. Dicken Sie Nahrung nicht mit süßen Kohlehydraten an.
- ➡ Mit Beginn der Beikost sollte Ihr Kind lernen, **aus einem Becher zu trinken**.
- ➡ Nehmen Sie sich die Zeit für eine sorgfältige Zahn- und Mundpflege des Kindes wie auch von sich selbst.
- ➡ Eine ergänzende Zahnpflege mit Zahnseide sollte beginnen, sobald die Milchseitenzähne sehr eng bei einander stehen. Sie merken das daran, dass die Zahnseide nur schwer „durch geht“. Lassen sie sich am besten die richtige Zahnpflege und die Handhabung von Zahnseide bei Kindern in der Zahnarztpraxis von Ihrem Zahnarzt oder der Prophylaxehelferin erklären und zeigen. Elektrische Zahnbürsten für (Klein-)Kinder sind seit vielen Jahren schon preiswert erhältlich und können manchen „Zahnputzmuffel“ ermuntern, doch wieder fleißig die Zähne zu putzen.
- ➡ Gehen Sie nicht erst dann zum Zahnarzt, wenn Ihr Kind über Zahnschmerzen klagt. **Anfang des zweiten Lebensjahres wäre ein erster Besuch beim Zahnarzt eine gute Gelegenheit, die Zähne Ihres Kindes untersuchen zu lassen.**



Weitere Informationen zur Zahnpflege von Säuglingen und Kleinkindern finden Sie im Internet unter: [www.kindergesundheit-info.de/themen/risiken-vorbeugen/zahngesundheit](http://www.kindergesundheit-info.de/themen/risiken-vorbeugen/zahngesundheit) oder unter [www.zahn.de](http://www.zahn.de), der Informationsseite der Bayer. Landeszahnärztekammer. Dort finden Sie u.a. den **Zahnärztlichen Kinderpass**.

Abschließend zitieren wir für Sie noch gerne aus der Pressemitteilung des Netzwerks „Gesund ins Leben“ vom Mai 2021. Das Netzwerk ist im Bundeszentrum für Ernährung (BZfE) angesiedelt und ist eine Einrichtung im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL).

## Vorteile von kariesfreien Milchzähnen

Die Karieshäufigkeit im Milchgebiss ist seit Mitte der 1990er Jahre bisher nur um etwa 35 Prozent zurückgegangen. Fast die Hälfte der Sechs- bis Siebenjährigen ist von Karies betroffen – besonders häufig Kinder aus sozio-ökonomisch benachteiligten Familien. **„Kariöse Milchzähne können Schmer-**

*zen verursachen, beim Essen Schwierigkeiten machen und so die körperliche Entwicklung des Kindes verlangsamen. Insbesondere die Behandlung kleinerer Kinder kann mit Belastungen für die Familie verbunden sein“*, erläutert Zahnarzt Prof. Dr. Ulrich Schiffner, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde (DGKIZ) und Mitautor der neuen Empfehlungen. Und: Bleiben die Milchzähne kariesfrei, ist auch das Kariesrisiko bei den bleibenden Zähnen geringer. Sein Kollege aus dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), Dr. Burkhard Lawrenz, Kinder- und Jugendarzt, ergänzt: *„Wenn Präventionsmaßnahmen schon im frühen Kleinkindalter zur Gewohnheit werden und im Alltag verankert sind, bleiben sie im späteren Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter als Routinen etabliert.“*

## Fluorid spielt eine Schlüsselrolle

Neben der Begrenzung des Verzehrs von Süßigkeiten und süßen Getränken und der regelmäßigen Zahnreinigung spielt die Fluoridanwendung eine wichtige Rolle in der Kariesprävention.

- ➡ Bereits ab der Geburt wird Fluorid empfohlen: zunächst als tägliche Tablette in Kombination mit Vitamin D, bei Bedarf aufgelöst in ein paar Tröpfchen Wasser.
- ➡ Ab Durchbruch des ersten Zahnes bis zum Ende des ersten Lebensjahres wird das Kind behutsam an das Zähneputzen herangeführt.
- ➡ Eltern haben ab dann für die Fluoridanwendung zwei Wahlmöglichkeiten, die sie individuell mit dem/der Kinder- und Jugendärzt/in bei einer Vorsorgeuntersuchung besprechen, etwa der U5 (mit ca. sechs Monaten), und mit dem/der Zahnärzt/in bei der ersten zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchung (ZFU, ab dem sechsten Lebensmonat möglich): **Entweder** geben sie weiter die Tablette mit Fluorid und Vitamin D und beginnen das erste Zähneputzen ohne Zahnpasta oder mit einer geringen Menge Zahnpasta ohne Fluorid. **Oder** sie geben ab dem Zahndurchbruch nur Vitamin D als Tablette und putzen die Zähne mit einer bis zu reiskorngroßen Menge Zahnpasta mit 1.000 ppm Fluorid (parts per million, ppm) bis zu zweimal täglich.

## Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung

Der bisherige Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen wurde zum 1. Juli 2019 durch drei zusätzliche zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen für Kleinkinder bis zum vollendeten 33. Lebensmonat erweitert. Sie umfassen u.a. die eingehende zahnärztliche Untersuchung des Kindes, die Beratung der Eltern und eine Anleitung zum täglichen Zähneputzen beim Kleinkind. Außerdem haben Kleinkinder bis zum vollendeten 33. Lebensmonat Anspruch auf eine Zahnschmelzhärtung mit Fluoridlack zweimal je Kalenderhalbjahr in der Zahnarztpraxis.

Damit das alles gut dokumentiert werden kann, sind im Kinderuntersuchungsheft (Gelbes Heft) Ankreuzfelder mit sechs Verweisen vom Haus- oder Kinderarzt zum Zahnarzt für Kinder vom 6. bis zum 72. Lebensmonat eingefügt worden.

Von der Bayerischen und anderen Landeszahnärztekammern gibt es zusätzlich den **Zahnärztlichen Kinderpass**. Mit ihm behalten Eltern die zahnärztlichen Untersuchungstermine ihres Kindes immer im Blick. Sie erhalten mit dem Zahnärztlichen Kinderpass außerdem wertvolle Informationen zu Zahnpflege, Mundhygiene und zahngesunder Ernährung. Auch erfahren sie, wie sie die Zähne ihres Nachwuchses wirksam vor Karies schützen können. Als neues Extra gibt es für jeden Untersuchungstermin eine Gebiss-Grafik, in die Eltern schon zuvor eintragen können, an welchem Tag bei ihrem Nachwuchs die einzelnen Zähne durchgebrochen sind. Diese Dokumentation liefert dem Zahnarzt nützliche Informationen und ist gleichzeitig eine schöne Erinnerung für die Familie. Eltern können den Kinderpass der Landeszahnärztekammern in den Zahnarztpraxen für Ihr Kind bekommen. Fragen Sie einfach danach (ggf. kostenloser Download von der Homepage der Bayerischen Landeszahnärztekammer <https://www.blzk.de>).





## Osteopathie für Babys

Die Osteopathie ist eine spezielle Form der manuellen Medizin mit einem ganzheitlichen Therapieansatz. Körperliche Funktionsstörungen können durch feinfühligere Untersuchungstechniken erkannt und mit sanften Handgriffen behandelt werden.

Während ein Kind geboren wird, ist der Körper des Neugeborenen starken Kräften ausgesetzt. Diese können sich insbesondere bei vaginal-operativen Entbindungen und Kaiserschnittgeburten auf die Muskulatur, das Skelett oder die Funktion des vegetativen Nervensystems auswirken und zu Imbalancen führen. In der Folge können sich verschiedene Symptome bemerkbar machen, z. B. Haltungsasymmetrien, Verdauungsstörungen und andere vegetative Beeinträchtigungen.

Weil das osteopathische Therapiekonzept in solchen Situationen schon in den ersten Lebenstagen hilfreich und heilend sein kann, untersucht und behandelt ein erfahrener Physiotherapeut und Kinderosteopath, Herr Thomas Bieber aus Lichtenfels, seit Oktober 2010 Neugeborene nach einer Kaiserschnittentbindung oder nach Saugglocken- oder Zangengeburt am Klinikum Kulmbach nach den Grundsätzen der universitären Osteopathie. Mit einer informativen Broschüre werden wir Sie ausführlicher über den Ablauf der kinderosteopathischen Untersuchung und Behandlung unterrichten, wenn wir Ihnen für Ihr Baby eine solche manuelle Therapie vorschlagen würden. Meist reicht in den ersten Lebenstagen eine einzige osteopathische Behandlung aus. Dieser spezielle Service ist für Sie bzw. für Ihr Baby nach der Geburt im Klinikum Kulmbach kostenlos.



## Sicher schlafen - dem Plötzlichen Säuglingstod vorbeugen

Zum Themenbereich **Vorbeugende Maßnahmen** gehören auch Informationen, die Ihnen helfen werden, das Risiko eines **Plötzlichen Säuglingstodes** so gering wie möglich zu halten.

Der Plötzliche Kindstod (Plötzlicher Säuglingstod, Krippentod, Sudden Infant Death Syndrome [SIDS]) ist der plötzliche und unerwartete Tod eines gesunden Babys. Er ereignet sich ohne erkennbare Ursachen während des Schlafes, betrifft vor allem Babys im ersten Lebensjahr und kommt in allen sozialen Schichten vor. Die meisten Kinder, die durch den Plötzlichen Säuglingstod sterben, sind zwischen zwei und vier Monate alt. **Bis heute gibt es keine hinreichende Erklärung für das Ereignis des Plötzlichen Kindstodes. Das Risiko für ein einzelnes Kind lässt sich nicht vorhersagen.**



Bis heute gibt es keine hinreichende Erklärung für das Ereignis des Plötzlichen Kindstodes. Das Risiko für ein einzelnes Kind lässt sich nicht vorhersagen.

Innerhalb der letzten Jahre hat die Zahl der am Plötzlichen Säuglingstod gestorbenen Kinder abgenommen. Gab es in den 80er-Jahren in Deutschland noch 14 Fälle von Plötzlichem Säuglingstod pro 10.000 Lebendgeborene, so sind es nach intensiven Aufklärungskampagnen zur Vermeidung eines Plötzlichen Kindstodes mit besonderen Empfehlungen und Verhaltenstipps nur noch 2 bis 3 von 10.000 Babys.

Den größten Erfolg nach SIDS-Aufklärungsbemühungen konnten die Niederlande verzeichnen. Dort ist die Rate an SIDS europaweit am niedrigsten. Hervorragend zur Information der Eltern sind dort die Veröffentlichungen der holländischen **Stiftung Wiegedood** (Stiftung für die Erforschung und Vermeidung des Plötzlichen Säuglingstodes, [www.wiegedood.nl](http://www.wiegedood.nl)).

**Die Empfehlungen des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) zum Plötzlichen Säuglingstod erhalten Sie wegen der Wichtigkeit des Themas als separates Merkblatt** vom Pflegepersonal bei Ihrer Entlassung. Sie können es an Personen weitergeben, die Sie bei der Betreuung Ihres Kindes unterstützen werden.



Für Sie selbst drucken wir die ausführlicheren Empfehlungen auf den folgenden Seiten ab:

## Sicher schlafen

„Plötzlicher Säuglingstod kommt glücklicherweise immer weniger vor, ganz verhindern wird er sich aber nicht lassen. Durch das Beachten der folgenden Empfehlungen kann das Risiko deutlich vermindert werden.

Fast alle Fälle ereignen sich im ersten Lebensjahr, immer unerwartet und fast immer im Schlaf, und zwar nicht nur nachts, sondern auch tagsüber. Die genauen Ursachen sind bisher unbekannt. Von erblichen Faktoren oder einem Krankheitsbild kann man nicht ausgehen. Es wurden jedoch Risikofaktoren entdeckt, die bei einem schlafenden Kind Probleme verursachen können. Viele Risikofaktoren kann man durch geeignetes Verhalten vermeiden. Deshalb ist es ratsam, die Empfehlungen zu beherzigen. **Die folgenden Tipps sind nützlich für jeden, der ein Baby versorgt: Eltern, Großeltern, andere Familienmitglieder, Babysitter ... und alle professionellen Betreuer.**

Ein Säugling schläft viel, sowohl nachts als auch tagsüber, nicht nur zu Hause, sondern auch anderswo und unterwegs. Ihr Baby kann sicher schlafen.

### 1 Legen Sie Ihren Säugling immer in Rückenlage zum Schlafen.

Ein Säugling schläft am sichersten in Rückenlage. Aus der Seitenlage kann ein Baby schon nach einigen Wochen in die Bauchlage geraten.

Lassen Sie ein Baby niemals unbeaufsichtigt in der Bauchlage schlafen. Nicht ein einziges Mal und auch nicht, um es zu beruhigen. Es gibt Ausnahmesituationen, diesen Rat nicht zu befolgen, aber nur nach Rücksprache mit Ihrem Arzt.

Es ist dagegen gut, einen Säugling auf den Bauch zu legen, wenn er wach ist und beaufsichtigt wird. Dies ist für eine gute motorische Entwicklung wichtig.

Bedenken über Fehlbildungen des Schädels sind unbegründet, von vorübergehender Art, und man kann ihnen meistens vorbeugen. Empfehlenswert ist es jedoch, Ihr Baby schon bald nach der Geburt abwechselnd links und rechts anzulegen, wenn Sie stillen oder rechts und links zu halten, wenn Sie mit der Flasche füttern.

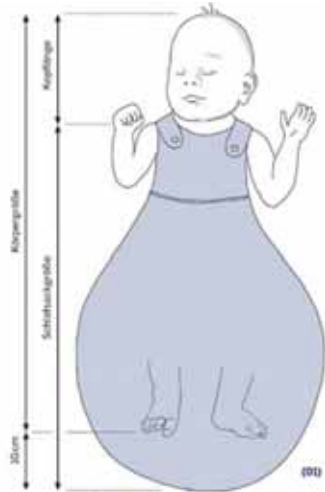
Auch beim Schlafen sollte der Kopf des Säuglings von Anfang an abwechselnd nach links oder nach rechts gelegt werden. Sorgen Sie dafür, dass das

Licht sich abwechselnd rechts oder links befindet oder hängen Sie ein Spielzeug abwechselnd rechts oder links auf. Entwickelt das Kind trotzdem eine bevorzugte Haltung, fragen Sie Ihren Arzt um Rat.

## 2 Schützen Sie das Baby vor zu starker Erwärmung.

Federdecken oder Daunettenbetten für das Kinderbett sind bis zum Alter von 2 Jahren ungeeignet, da eine zu große Erwärmung des Kindes und unter Umständen auch eine Rückatmung auftreten können. Durch zu große Erwärmung und Rückatmung werden schützende Aufwachreflexe verhindert. Decke oder Bettuch, ringsherum fixiert (fest eingesteckt), oder ein Schlafsack sind sicherer. Im Haus benötigt Ihr Baby keine Mütze. Ein fieberndes Baby dürfen Sie nicht zu warm zudecken.

Auch tagsüber sollte ein Baby nicht zu warm gekleidet sein, Schwitzen sollte vermieden werden. Berücksichtigen Sie das Wetter, die Zimmertemperatur, Sonneneinstrahlung, Autoheizung, überheizte Räume, Kaufhäuser usw. Die ideale Raumtemperatur liegt tagsüber bei 18 bis 20 Grad, nachts bei 15 bis 18 Grad Celsius.



Körperlänge  
- Kopfgröße  
+ 10 cm

= Richtmaß für die  
Sacklänge

© Landesinitiative NRW, www.mags.nrw.de

## 3 Sorgen Sie für Sicherheit in Wiege oder Bett.

Benutzen Sie kein weiches Material in Wiege oder Bett: eine druckfeste, nicht zu weiche Matratze, keine Bettdecke, kein Kopfkissen, keinen Kunststoffschonbezug für die Matratze - dies sind Umstände, die die Atmung beeinflussen können. Legen Sie Ihr Baby bitte so in sein Bettchen, dass es mit den Füßen bereits am Fußende des Bettes liegt und deshalb nicht so leicht unter die Decke rutschen kann.



Zu empfehlen ist ein Babyschlafsack mit passenden Öffnungen für Kopf und Arme und einem Verschluss, der verhindert, dass das Baby in den Schlafsack rutschen kann. Bei einem wattierten Schlafsack erübrigt sich eine zusätzliche Decke, bei einem unwattierten kann eine leichte Decke benutzt werden.

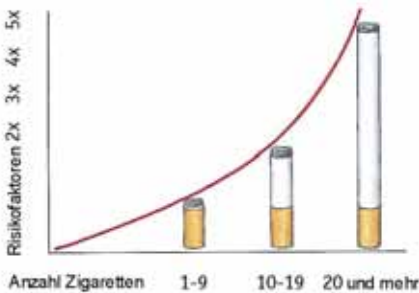
### 4 Bleiben Sie bei Ihrem Baby.



Lassen Sie Ihr Baby im ersten Lebensjahr wenn möglich im elterlichen Schlafzimmer schlafen. Durch Ihre natürliche Wachsamkeit wird das Risiko reduziert. Auch tagsüber schläft es am besten in Ihrer Nähe an einem ruhigen Platz.

### 5 Bitte nicht rauchen!

Rauchen schädigt die Gesundheit von Mutter und Kind erheblich. Bitte rauchen Sie deshalb nicht! Meiden Sie mit Ihrem Baby verqualmte Räume. Das Risiko für den Plötzlichen Säuglingstod erhöht sich mit jeder gerauchten Zigarette.



Tabakrauch schwächt u. a. das Immunsystem und behindert das gute Gedeihen der Säuglinge. Wer wirklich nicht aufhören kann zu rauchen, sollte so wenig wie möglich rauchen, um das Risiko zu verringern. Halten Sie auf jeden Fall das Kinderzimmer rauchfrei und vermeiden Sie generell jedes Rauchen in Gegenwart von Kindern. Denken Sie auch daran beim Autofahren. In einem Raum

bleibt Tabakrauch bis zu acht Stunden hängen. Lüften Sie (auch wenn Sie nicht rauchen) regelmäßig das Zimmer, in dem Ihr Baby schläft.

### 6 Stillen und der Gebrauch von Schnullern – Säuglinge sollten gestillt werden.

(Anm. d. Red.: Die Ausführungen zum Gebrauch von Schnullern bzw. Beruhigungssaugern an dieser Stelle im Originaltext sind als „nicht kodexkonform“ bewertet worden. Zusammenfassend lässt sich aber sagen, dass Stillen die Gesundheit von Mutter und Kind fördert und das Risiko senkt, dass ein Kind an Plötzlichem Säuglingstod verstirbt.)

## 7 Medikamente (der Mutter) mit schlaffördernder Wirkung.

Manche Medikamente (der Mutter) sind gefährlich für Säuglinge, besonders solche, wodurch ein Baby zu tief schläft. Stillende Mütter sollten diese Medikamente vermeiden. Beachten Sie bitte die Beipackzettel. Fragen Sie im Zweifelsfall Ihren Arzt um Rat. (Anm.: und besorgen Sie sich ggf. die notwendigen Informationen unter [www.embryotox.de](http://www.embryotox.de)).

## 8 Ruhe und Lebensrhythmus.

Säuglinge werden leicht gestört. Reisen, anstrengende Besuche und dergleichen sowie ungewöhnliche Ereignisse können die Ruhe und den Wach- und Schlafrhythmus eines Säuglings aus dem Gleichgewicht bringen. Dies kann Schlafprobleme verursachen und ungewöhnlich langen und tiefen Schlaf zur Folge haben. Vermeiden Sie im ersten Lebensjahr so weit wie möglich solche Risiko erhöhenden Situationen. Dies sollten auch andere Betreuer berücksichtigen, die Sie zeitweilig vertreten.

Sie sollten mit Ihrem Baby unbedingt einen Arzt aufsuchen, wenn das Verhalten Ihres Kindes Sie unsicher macht, um zu erfahren, ob eine Erkrankung oder sonstige Störung vorliegt, vor allem, wenn Ihr Baby nach dem Schlafen ohne ersichtlichen Grund schweißgebadet ist oder wenn während des Schlafens lange Atempausen auftreten. Zögern Sie niemals, dann ärztlichen Rat einzuholen.“

Diese **Empfehlungen**, die Sie **unbedingt befolgen** sollten, gelten grundsätzlich und insbesondere für die Zeit nach der Entlassung aus der Geburtsklinik. Erlauben Sie uns noch einige **Anmerkungen** dazu:

Überschüssige Wärme kann ein Baby am besten über das Gesicht und den frei liegenden Kopf abgeben. Es sollte deshalb in der Wohnung keine Kopfbedeckung und auch keine Handschuhe (Fäustlinge) tragen. Man erkennt, ob ein Baby ausreichend warm angezogen ist, wenn man es am Nacken oder zwischen den Schulterblättern berührt. Seine Haut sollte dort warm sein. Das Baby darf - wenn es ruhig und zufrieden ist - aber nicht schwitzen. Die Hände des Babys sind oftmals kühl und ermöglichen keine verlässliche Einschätzung der Körpertemperatur (normal wäre 37° C, rektal gemessen). Bei kalten Füßen reichen oft schon zusätzliche Socken aus. Nach dem ersten Lebensmonat braucht das Neugeborene, so sagt man, i. d. R. nicht mehr Kleidung als ein Erwachsener. **Wärmflaschen und Heizkissen sind für ein Baby niemals geeignet.** Insbesondere bei fieberhaften Infekten muss das Kind ausreichend Wärme abgeben können – daher dann weniger Kleidung, und viel trinken lassen. **Wir möchten an dieser Stelle auch darauf hinweisen, dass auf Wochenstationen, so auch im Klinikum Kulmbach, meist noch in den ersten Lebenstagen eines Babys medizinisch begründet anders verfahren wird,**

**als Sie es gerade auf den vorherigen Seiten gelesen haben. Dies ändert aber nichts an den o.g. Empfehlungen für Sie zu Hause. Sie geben Ihnen die derzeit größtmögliche Sicherheit für Ihr Baby im Hinblick auf das Risiko eines Plötzlichen Säuglingstodes.**

Gründe für ein abweichendes Vorgehen ausschließlich während der ersten Lebenstage eines Neu- oder Frühgeborenen in der Klinik könnten sein:

- ➡ In den ersten Lebenstagen und Wochen haben manche Neugeborenen, insbesondere früh- oder mangelgeborene Babys, durchaus noch Probleme, ihre Körpertemperatur konstant um  $37^{\circ}\text{C}$  zu halten. Sie drohen bei zu geringer Raumtemperatur oder bei Weglassen einer Zudecke auszukühlen, was dann weitere Probleme mit sich bringen würde: verminderte Trinkfreude, eine Gewichtsabnahme in den ersten Lebenstagen über das normale Maß hinaus, usw. Deshalb ist es durchaus gängige und bewährte Praxis, diese Babys nach der Geburt und ggf. auch noch in den ersten Lebenstagen mit einer extra Decke zuzudecken und natürlich dann regelmäßig ihre Körpertemperatur (rektal) zu messen.
- ➡ Auch werden manche Babys in Bauchlage ins Bettchen gelegt, wenn sie in den ersten Stunden nach der Geburt Atemprobleme haben. Die Bauchlage hilft diesen Babys manchmal sehr. Da diese Kinder dann aber auch kontinuierlich mit einem Monitor (zur Messung von Puls und Sauerstoffsättigung) überwacht werden, ist die vorübergehende Bauchlage in solchen Fällen vertretbar.

**Grundsätzlich gilt:** Ein Baby schläft am besten auf einer festen Unterlage. Es sollte deshalb eine „feste“, wenig (1 - 2 cm) eindrückbare, luftdurchlässige Matratze in seinem Bettchen haben. Wegen der Gefahr eines Wärmestaus oder einer Atembehinderung sollte **auf Kopfkissen, Fellunterlagen und weiche Um- oder Unterpolsterungen völlig verzichtet** werden. Schaf- oder Lammfelle sind nicht atmungsaktiv, ebenso wenig wie Schaumstoffmatratzen, Plastikeinlagen oder Plastiküberzüge zur Schonung der Matratze. Am besten verwenden Sie Matratzen und Schlafsäcke aus atmungsaktiven Naturmaterialien. Schwere Bettdecken, flauschige Schaffelle oder die Verwendung mehrerer Lagen von Zudecken tragen das Risiko einer gefährlichen Überwärmung in sich. Das Baby sollte keiner Zugluft ausgesetzt werden, aber stets sollte eine gute Frischluftzirkulation gewährleistet sein.

Legen Sie Ihr Baby, falls es aus irgendeinem Grund doch über dem Schlafsack eine Zudecke bräuchte, immer so in sein Bettchen, dass es auf keinen Fall unter die Bettdecke rutschen kann (siehe Seite 163).

**Tragetaschen, Autositze, Autoliegeschalen, Kinderwagen, Körbchen, ausgelegene Matratzen, hängemattenartige Bettschaukeln, Sofas oder Wasserbetten sind keine geeigneten Schlafstätten für Babys.**

Um das nächtliche Stillen zu erleichtern, nehmen viele Mütter ihre Babys (entgegen den offiziellen deutschen Empfehlungen) mit in ihr eigenes Bett. Sie müssen dann nicht extra aufstehen und es ist einfach bequemer, das Baby bei sich zu haben. Dem Baby darf es auch in dieser Situation nicht zu warm werden, d. h. es sollte nie unter der Bettdecke der Mutter liegen (und sich



©basionline.org.uk

auch später, wenn es älter geworden ist, nicht selbst unter die elterliche Bettdecke „hinein schmuggeln“ können). Die ideale Raumtemperatur im Schlafzimmer sollte, wie sonst auch, bei ca. 18°C liegen, das Kind ist nicht wärmer angezogen als die Mutter selbst, und es hat einen Schlafsack an, der auch verhindert, dass es unter das Oberbett der Mutter (oder des Vaters) rutschen und sich überwärmen kann.

**Wenn die Mutter oder ihr Partner selbst krank sind, muss das Baby immer in einem eigenen Bettchen schlafen.** Gleiches gilt, wenn die Eltern rauchen, Alkohol getrunken oder Drogen oder Medikamente eingenommen haben, die schläfrig machen oder wenn das Baby ein Frühgeborenes gewesen ist. Wenn ein älteres Kind ebenfalls mit im Elternbett schläft, ist es am besten, ein Elternteil schläft zwischen dem Baby und dem älteren Kind.

**Kleine Kinder sollten grundsätzlich nicht mit einem Neugeborenen oder einem Säugling im gleichen Bett schlafen.** Sie würden nicht bemerken, wenn sie sich im Schlaf über das Baby legen. Haustiere haben im gleichen Bett wie ein Baby absolut nichts verloren!

**Elterliches Rauchen nach der Schwangerschaft erhöht das Risiko bezüglich des Plötzlichen Säuglingstodes genauso wie das Rauchen während der Schwangerschaft.** Wegen dieser erhöhten Risikokonstellation (5- bis 10-fach erhöht) sollten rauchende Eltern ihr Baby grundsätzlich nicht in ihrem Bett mitschlafen lassen und alle o. g. Empfehlungen zur Vermeidung des plötzlichen Säuglingstodes strikt einhalten. Wenn auf das Rauchen in der Stillzeit nicht verzichtet werden kann, dann sollte die Mutter direkt nach der Stillmahlzeit und nicht in Gegenwart des Kindes rauchen.

Mehr Informationen dazu in englischer Sprache finden Sie online unter [www.basionline.org.uk](http://www.basionline.org.uk).



## Orientierungshilfe für die Auswahl eines Babyschlafsacks

Quelle: <http://www.praeventionskonzept.nrw.de/mutterukind/babyschlafsack>;  
Hildegard Jorch, Stadtlohnweg 34, 48161 Münster • Hildegard.Jorch@schlafumgebung.de

**Richtige Größe:** Faustregel: Körperlänge minus Länge des Kopfes plus 0-15 cm zum Strampeln und Wachsen

**Halsausschnitt:** so klein, dass der Kopf des Babys nicht durchrutschen kann, dass die Kragenlage zur Seite zu neigen.

**Armausschnitte:** nicht zu groß, damit das Baby nicht mit den Ärmchen hineinrutschen kann, nicht zuviel Wärme verliert und nicht im Schlafsack nach unten rutschen kann.

**keine Bänder** weder um den Hals- noch im Armausschnitt wegen der möglichen Strangulationsgefahr

**planes Rückenteil** keine Naht, kein Gummizug, keine Stoffraffelung

**Material** weich, nicht zu schwer, feuchtigkeitsaufnahmefähig (= atmungsaktiv), Waschbarkeit mit Feinwaschmittel bei mind. 40° C ohne einzulaufen, speichel- und schweißechte Einfärbungen, pillingfest (darf keine Flusen bilden), keine Flammschutzmittel, Weichmacher, organische Phosphorverbindungen, halogenorganische Verbindungen, Formaldehyd- oder Schwermetallverbindungen als Textilausrüstung

### keine Scheuerkanten oder Nähte in Hautnähe

Der **Reißverschluss** sollte die kindliche Haut nicht verletzen können: **Knöpfe** ausschließlich im Schulterriegelbereich oder in Schlafsackmitte; immer alle schließen.

**Angenähte Knöpfe** auf Abreißfestigkeit, Druckknöpfe auf feste Verschleißbarkeit prüfen.

**Klettverschlüsse** müssen den Eigenbewegungen des Kindes standhalten und dürfen sich nicht auf geringfügiges Ziehen am Verschluss öffnen lassen. Sie müssen in jedem Fall so platziert sein, dass bei keiner Einstellung des Klettverschluss versehentlich eine zu große Hals- oder Armausschnittöffnung zustande kommt.



## Vor der Entlassung nach Hause

## Checkliste für die (stillende) Wöchnerin

Die Nationale Stillkommission am Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) empfiehlt die Weitergabe einer **Checkliste** an die (stillende) Mutter als schriftliches Hilfsangebot für Eltern. Die nachfolgende Checkliste soll Ihnen also helfen, festzustellen, was Sie bereits wissen und in welchem Bereich Sie noch Hilfe oder Unterstützung brauchen. Die Fragen bzw. Aussagen in der Checkliste sollte eine (stillende) Mutter vor der Entlassung beantworten bzw. bejahen können.

- Ich kann mein Kind an beiden Brüsten ohne Probleme und in mehreren Stillpositionen anlegen.
- Ich weiß, dass ich durch richtiges Anlegen wunde Brustwarzen, Milchstau und andere Probleme vermeide.
- Mein Baby kann beide Brüste gut erfassen.
- Stillen sollte nicht schmerzhaft sein.
- Ich weiß, wann es Zeit ist, mein Baby zu stillen und kenne die Stillsignale (Schreien ist ein spätes Hungersignal!).
- Ich weiß, wie oft ich mein Baby in 24 Stunden stillen sollte (8-12 mal in 24 Stunden in den ersten 4 Wochen).
- Ich weiß, dass mein Baby die Trinkdauer selbst bestimmen darf.
- Ich kenne Möglichkeiten, falls nötig, mein Baby zum Trinken zu bringen, auch wenn es schläfrig ist (z. B. Aufnehmen, Entkleiden, Windeln).
- Ich weiß, wie viele volle Windeln mein Baby in den ersten Wochen täglich haben sollte (mindestens 6 nasse Windeln, mindestens 2 Stuhlwindeln).
- Ich weiß, wie ich feststellen kann, dass eine Einmalwindel nass ist (ist schwerer).
- Ich weiß, wie viel mein Baby nach den ersten 14 Tagen pro Woche zunehmen soll (mindestens 125 g).
- Ich weiß, dass Flaschensauger, Schnuller (Beruhigungssauger) und Brusthütchen zu einer Saugverwirrung führen können und kenne andere Möglichkeiten, meinem Baby Flüssigkeit zu geben, wenn es nötig sein sollte.
- Ich weiß, wo ich mir Hilfe beim Stillen und im Wochenbett holen kann.
- Ich habe meine Nachsorgehebamme, die mich zu Hause weiterbetreut, informiert, und ich weiß, dass mir die Hebammenbetreuung zusteht, solange ich stille.
- Ich weiß, wo es eine Stillgruppe gibt, in der mir stillende Mütter Rat geben können.
- Ich weiß, dass mein Kind täglich Vitamin D bekommen soll.

- Ich weiß, dass ich mich innerhalb der ersten 6 Wochen nach der Entbindung bei meinem Frauenarzt oder bei meiner Frauenärztin melden soll.
- Ich weiß, dass ich mich körperlich schonen muss, damit die Muttermilchmenge nicht zurückgeht. Weil ich mich auf mein Kind konzentrieren will, kann ich jemanden beauftragen (schriftliche Vollmacht), die Behördengänge zu erledigen, z. B. beim Standesamt Kulmbach.
- Ich habe mich entschieden, bei welcher Krankenkasse mein Kind versichert sein wird. Eine Kopie der Geburtsurkunde schicke ich mit dem Antrag für die Krankenversicherung des Kindes an diese Krankenkasse.
- Ich weiß, dass ich eine Kopie der Geburtsurkunde an meine Krankenkasse schicken muss, um das Mutterschaftsgeld zu bekommen (Anm.: Bei Selbstständigen und Beamtinnen gelten andere Bedingungen in Bezug auf das Mutterschaftsgeld).
- Ich weiß, dass ich einen Antrag auf Erziehungsgeld beim Standesamt bekomme oder ich lasse ihn mir vom Versorgungsamt schicken oder lade ihn selbst von der Internetseite des zuständigen Amtes (Versorgungsamt, Zentrum Bayern Familie und Soziales) herunter (s. S. 206).
- Ich weiß, dass ich den Antrag auf staatliches Kindergeld von meinem Arbeitgeber (falls öffentlicher Dienst) oder vom Arbeitsamt bekomme und ihn ausgefüllt mit einer Kopie der Geburtsurkunde zurückschicke.

## Wochenbett-Nachsorge durch die Hebammen

In den ersten Tagen nach der Geburt des Kindes hat jede Mutter Anspruch auf eine **Hebammennachsorge**. Die Hebamme kommt nach der Entlassung aus der Klinik zu Ihnen nach Hause und begleitet Sie und Ihr Baby die ersten Wochen nach der Geburt. Sie

- ➡ überwacht die Rückbildungs- und Heilungsvorgänge,
- ➡ spricht mit Ihnen über Ihre Erlebnisse und Erfahrungen, die Sie unter der Geburt gemacht haben,
- ➡ gibt Hilfestellungen bei evtl. Schwierigkeiten,
- ➡ beobachtet und fördert die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung und die körperliche und emotionale Entwicklung des Kindes,
- ➡ unterstützt und fördert das Stillen,
- ➡ beobachtet den Gewichtsverlauf des Kindes und
- ➡ leitet zu altersgerechter Ernährung, Pflege und Förderung an.



Bis zum 10. Lebenstag des Kindes haben Sie Anspruch auf mindestens einen täglichen Besuch der Nachsorgehebamme, falls notwendig auch zwei Besuche pro Tag. Da ab dem Tag der Geburt gerechnet wird, bedeutet das z. B. bei einer Entlassung aus dem Krankenhaus nach vier Tagen (z. B. nach einer Kaiserschnittbindung), dass eigentlich auch nur noch sechs Tage Hebammennachsorge übrig bleiben. Das ist manchmal zu wenig. Wenn es nötig ist (und das kann die Hebamme ohne Nachweispflicht gegenüber der Krankenkasse entscheiden), können Sie auch noch zwischen dem elften Tag bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt insgesamt bis zu 16-mal die Leistungen einer Hebamme in der Nachsorge in Anspruch nehmen (Hausbesuch, Telefonat, SMS, E-Mail-Anfrage zählen dabei gleich).

Mehr als 16 Leistungen sind in diesem Zeitraum nur berechnungsfähig (als Krankenkassenleistung), soweit sie ärztlich angeordnet sind. Das gilt auch für Hebammenleistungen nach der zwölften Woche. Eine Ausnahme gibt es jedoch: Mütter können auch noch nach der zwölften Woche die **Stillberatung**

einer Hebamme bis zum Ende der Abstillphase oder bei Ernährungsproblemen eines mit Formula ernährten Babys bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt in Anspruch nehmen, ohne dass dafür eine ärztliche Verordnung notwendig ist. Die **Kosten für die Hebammenbetreuung** werden von den gesetzlichen Krankenkassen, alternativ vom Sozialamt, übernommen. Bei Müttern, die privat krankenversichert sind, richtet sich der Umfang der Kostenübernahme nach den individuellen Vereinbarungen im Versicherungsvertrag. Um sicher zu gehen, welche Kosten erstattet werden, sollte vor Inanspruchnahme von Hebammenleistungen die Frage der Kostenübernahme sicherheitshalber mit der privaten Krankenversicherung geklärt werden.

Die Leistungen von speziell ausgebildeten **Familienhebammen** werden von anderen Kostenträgern als den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Diese Tätigkeit umfasst weit mehr als die übliche Wochenbettnachsorge (siehe Seite 177) und kommt überwiegend in besonderen Situationen in Frage.



Die Hebammen des Klinikums Kulmbach bieten die Nachsorge für Sie und Ihr Baby als freiberufliche Leistung neben ihrer angestellten Tätigkeit an. Daneben gibt es ausschließlich freiberuflich tätige Hebammen, die Sie ebenfalls kontaktieren können. Es ist grundsätzlich vorteilhaft für Sie und die Hebamme, eine „wohnortnahe“ Hebamme um Betreuung zu bitten.

**Bitte vereinbaren Sie den ersten Nachsorgetermin mit einer Hebamme möglichst noch während Ihres Klinikaufenthaltes, damit der erste Hausbesuch bei Ihnen zeitnah erfolgen kann.**

Die Adressen der Hebammen (die Hebammen des Klinikums Kulmbach sind mit einem \* gekennzeichnet, Stand Januar 2024) finden Sie auf den nächsten zwei Seiten.

**Hermine Bäuerlein\***

96199 Zapfendorf  
Tel.: (09547) 79 08

**Julia Beitzinger\***

96352 Wilhelmsthal  
Mobil: (0151) 61 11 55 73

**Linda Bergemann**

95448 Bayreuth  
Mobil: (0173) 60 74 268

**Julia Dörfler**

95512 Neudrossenfeld  
Mobil: (0151) 46 32 25 64

**Erika Ebert**

92660 Neustadt a.d. Waldnaab  
Mobil: (0176) 83 03 77 30

**Alexandra Gahn\***

95346 Stadtsteinach  
Mobil: (0151) 44 55 38 93

**Regina Hofmann**

95213 Münchberg  
Tel.: (09251) 8 08 22  
Mobil: (0176) 80 08 65 32

**Andrea Jahreiß**

95493 Bischofsgrün  
Tel.: (09276) 7 29  
Mobil: (0172) 8 62 28 49

**Franziska Kraus\***

96215 Lichtenfels  
Mobil: (0176) 55 43 78 13

**Elisabeth Kropf**

95126 Schwarzenbach/Saale  
Mobil: (0171) 6 19 27 39

**Simone Langenhorst**

95326 Kulmbach  
Mobil: (0176) 46 57 91 34

**Michaela Limmer**

96142 Hollfeld  
Mobil: (0171) 3 88 43 98

**Anja Meier**

96167 Wonsees  
Tel.: (09274) 90 95 40

**Ute Mötsch\***

95326 Kulmbach  
Tel.: (09221) 8 27 28 76

**Bianca Müller**

96224 Burgkunstadt  
Mobil: (0176) 82 49 96 57

**Luisa Popp**

95326 Kulmbach  
Mobil: (0177) 91 66 011

**Kathrin Reich**

95488 Eckersdorf  
Mobil: (0151) 56 13 59 16

**Alexandra Schmidt-Maurer**

**Familienhebamme**  
95460 Bad Berneck  
Mobil: (0175) 9 26 54 22

**Dana Stochmal**

95482 Gefrees  
Tel.: (09254) 72 87

**Shima Varmili**

**Familienhebamme**  
Sprachen: Farsi, Dari (Afghani)  
95445 Bayreuth  
Mobil: (0157) 52 38 93 74

**Maren Wolfrum\***

95336 Mainleus

Mobil: (0175) 8 65 07 76

**Silke Vollrath**

95326 Kulmbach

Mobil: (0174) 6 33 75 54

**Elisabeth Zipfel**

96257 Marktzeuln

Tel.: (09574) 47 81

**Klaudia Zetti-Kaufenstein**

95100 Selb

Tel.: (09287) 7 82 69

Mobil: (0172) 8 10 61 45

mehr Informationen auf den Homepages der Hebammen:

[www.hebammen-kulmbach.de](http://www.hebammen-kulmbach.de) und [www.gesundheitsregion-bayreuth.de](http://www.gesundheitsregion-bayreuth.de).

## Familienhebammen

Die Tätigkeit einer **Familienhebamme** geht weit über den für eine Wochenbett-nachsorge festgelegten Rahmen hinaus und unterscheidet sich wesentlich im Hinblick auf Auftrag, Betreuungszeitraum und -dauer sowie Inhalte der Hebammenarbeit. Deshalb muss eine Familienhebamme eine zusätzliche Ausbildung absolvieren; erst danach darf sie mit dieser speziellen Aufgabenstellung tätig werden. Familienhebammen sind also berufserfahrene, staatlich examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation. Diese befähigt sie dazu, Eltern und Familien in belastenden Lebenssituationen zu helfen.

Familienhebammen gehen bis zu einem Jahr nach der Geburt des Kindes in die Familien, unterstützen bei der gesundheitlichen Versorgung und leisten psychosoziale Unterstützung. Sie unterliegen wie alle Gesundheitsberufe der Schweigepflicht.

### Die zusätzlichen Schwerpunkte der Betreuung durch eine Familienhebamme sind

- ➡ Beratung in allen Lebenslagen rund um die Geburt bis zum ersten Geburtstag eines Kindes,
- ➡ Motivation von Mutter, Vater und Kind in schwierigen Lebensumständen durch Hilfe zur Selbsthilfe,
- ➡ Beratung zu altersentsprechender und kindgerechter Ernährung nach der Stillzeit,
- ➡ Unterstützung, Beratung und Begleitung von Eltern mit eingeschränkter Fähigkeit zur Alltagsbewältigung,
- ➡ Begleitung zu Ärzten und Behörden,
- ➡ Integration der Familie in bestehende Gruppenangebote und
- ➡ Netzwerk- und Kooperationsarbeit zur Schließung von Versorgungslücken und ggf. Überleitung in weitere Hilfen der sozialen Dienste.



### Die Betreuung durch eine Familienhebamme kommt in Betracht, wenn

- ➡ die neue Familiensituation nicht so ist, wie Sie sich das gewünscht haben,
- ➡ Ihr Kind wesentlich zu früh geboren ist oder durch eine extreme Frühgeburt weitere Hilfe (z. B. neben der Frühförderung) benötigt wird,
- ➡ Sie selbst schwer oder chronisch erkrankt sind,
- ➡ Konflikte mit dem Partner/der Partnerin so schwerwiegend sind, dass sie die Versorgung des Kindes oder Sie selber beeinträchtigen,
- ➡ alte oder neue Probleme mit Gewalterfahrungen oder mit Drogen eine Rolle spielen und/oder
- ➡ ernsthafte Schwierigkeiten bestehen, für den eigenen Unterhalt und den des Kindes/der Kinder zu sorgen.

Familienhebammen sind meist freiberuflich tätig und arbeiten unabhängig von Institutionen und Ämtern, auch wenn sie überwiegend von diesen Stellen der Familienfürsorge finanziert werden. Die Beauftragung einer Familienhebamme kann z. B. durch die **KoKi-Stelle des Jugendamtes**, die **Gemeinde** oder auch das **Sozialamt** in Frage kommen, an die Sie sich aktiv wenden können, wenn Sie sich in einer Situation befinden, in der Sie alleine nicht klar kommen. In der Regel brauchen Sie sich um die Bezahlung der Leistungen einer Familienhebamme nicht kümmern; die Finanzierung klärt die **Familienfürsorge**.

Eine Familienhebamme in Anspruch zu nehmen ist keine neue Form der Luxusversorgung, sondern unter Umständen eine echte Notwendigkeit für Eltern in schwierigen Lebenslagen, um die Zukunft mit dem Kind zu meistern.



## Nach der Entlassung aus der Klinik

Wenn Sie wieder zu Hause sind, nun mit Ihrem Neugeborenen, wird die Welt für Sie und Ihre Familie nicht mehr ganz so sein wie vorher. Etliche neue Herausforderungen haben sich mit der Geburt des Kindes ergeben. Viele Eindrücke und Erlebnisse der letzten Tage sind noch gar nicht richtig verarbeitet und die nächsten Anforderungen stehen schon bevor. Das meiste davon werden Sie ganz alleine schaffen, bestimmt.

**Überfordern Sie sich aber bitte nicht; sorgen Sie dafür, dass es auch Ihnen als Mutter selbst gut geht.** Viele Menschen, Freunde und Familienmitglieder werden Ihnen Hilfe anbieten. Wenn nicht, fragen Sie danach und bitten Sie konkret um Unterstützung. Auch außerhalb der Familie und des Freundeskreises gibt es wertvolle private und auch staatliche Hilfsangebote, z. B. Stillgruppen, die KoKi (Koordinationstelle Frühe Kindheit) usw; wir stellen Ihnen hier einige Hilfsangebote vor.

## Stillgruppen

Selbsthilfegruppen stillender Mütter helfen, Probleme zu vermeiden bzw. sie zu lösen. Dort finden Sie Kontakt zu anderen Müttern und treffen auch die Frauen wieder, die ihr Kind etwa zur gleichen Zeit wie Sie bekommen haben.



**Kontakt** mit der **Kulmbacher Stillgruppe der AFS** (Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen) können Sie telefonisch unter **092 25 - 204 45 92**

aufnehmen. Diese Stillgruppe wird vom Klinikum Kulmbach fachlich und personell unterstützt.

### Adressen von Stillgruppen in anderen Orten können erfragt werden bei

La Leche Liga Deutschland e. V.  
Louis-Mannstaedt-Str. 19  
53840 Troisdorf  
Telefon: 02241/123 25 81  
E-Mail: versand@lalecheliga.de  
www.lalecheliga.de



Geschäftsstelle Berufsverband  
Deutscher Laktationsberaterinnen IBCLC e. V.  
Hildesheimer Str. 124 E, 30880 Laatzen  
Telefon: 0511/87 64 98 60  
E-Mail: sekretariat@bdl-stillen.de  
www.bdl-stillen.de



Geschäftsstelle AFS e. V.  
Arbeitsgemeinschaft Freier Stillgruppen Bundesverband e. V.  
Wallfriedsweg 12  
45479 Mülheim an der Ruhr  
Telefon: 06081/6883399  
E-Mail: geschaeftsstelle@afs-stillen.de  
www.afs-stillen.de

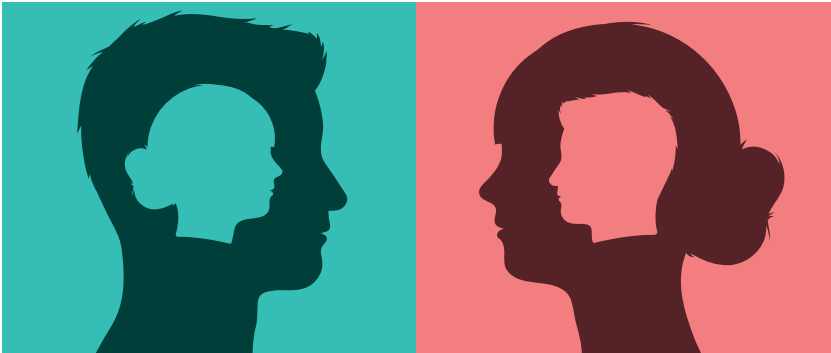


Bei einem Anruf an der **Still- und Ernährungshotline des Klinikums (Tel.: 092 21/98 - 4714)** geben Ihnen die diensthabenden Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegerinnen oder Hebammen gerne telefonische Auskünfte zum Stillen oder individuell auch zur Ernährung mit Formula-Nahrung.

## Tipps für Paare, die Eltern geworden sind

Der Familienforscher W. E. Fthenakis hat Tipps für Paare, die Eltern werden oder geworden sind, zusammengestellt, die Ihnen helfen können, sich in der neuen Situation „Familie“ gut zurecht zu finden. Er rät:

- ➡ Sprechen Sie mit befreundeten Paaren, die bereits ein Kind haben, über deren Erfahrungen.
- ➡ Sprechen Sie offen miteinander darüber, wie Sie sich Ihr gemeinsames Familienleben vorstellen und welche Erwartungen Sie an den Partner haben. Es ist hilfreich, die Wünsche und Erwartungen des anderen zu kennen und die eigenen Interessen frühzeitig deutlich zu machen.



- ➡ Schieben Sie aufkommende Probleme und Konflikte nicht „auf die lange Bank“. Suchen Sie nach Lösungen, bevor die Unzufriedenheit mit einer bestimmten Sache durchschlägt auf die gesamte Partnerschaft.
- ➡ Nehmen Sie sich auch wieder Zeit für Ihre Partnerschaft, wenn sich das Leben mit dem Kind soweit eingespielt hat. Pflegen Sie die Partnerschaft, indem Sie zu zweit Dinge unternehmen, die Ihnen beiden Spaß machen. Suchen Sie das Gespräch über Ihre Partnerschaft und sprechen Sie offen über Ihre Wünsche und Bedürfnisse.
- ➡ Viele Väter können sich nicht ausmalen, wie anstrengend die Pflege und Versorgung des Kindes ist. Und viele Mütter können sich kaum von dem Kind lösen und wissen gar nicht, dass auch ihr Partner das Kind gut versorgen kann. Vielleicht probieren Sie einmal aus, wie es ist, wenn der Vater das Kind ein Wochenende alleine versorgt, während die Mutter z. B. Freunde oder Verwandte besucht. Hinterher fällt es sicher leichter, den anderen zu verstehen.
- ➡ Scheuen Sie sich nicht, Hilfe von Beratungsstellen oder Paartherapeuten in Anspruch zu nehmen, wenn Sie den Eindruck haben, Ihre Partnerschaftsprobleme alleine nicht mehr in den Griff zu bekommen.

## Frühe Hilfe in schwierigen Lebenslagen

Mit der Geburt eines Kindes beginnt für die Eltern (und für ältere Geschwister wie auch die Großeltern) ein neuer Abschnitt der Familienbiografie. Es ergeben sich viele Veränderungen im bisher gewohnten Tagesablauf, der nun überdacht und neu gestaltet werden muss, um die Bedürfnisse des Neunkömmlings ausreichend zu berücksichtigen. Eltern sehen sich dabei manchmal großen Herausforderungen gegenüber. Sie suchen eine neue Ausrichtung, die jedem Elternteil und der gesamten Familie ein neues Gleichgewicht geben kann.



In dieser Phase erleben manche Eltern und Familien die Geburt des Kindes nicht nur als Beginn einer glücklichen Gemeinschaft, sondern mitunter als belastend. Sie machen sich eventuell große Sorgen:

- ➡ Werde ich die Aufgabe als Mutter/als Vater gut meistern können?
- ➡ Wie sollen wir/soll ich finanziell über die Runden kommen?
- ➡ Wie geht es mit mir selbst weiter?
- ➡ Wird unsere Beziehung halten?
- ➡ Werden Probleme, die uns während der Schwangerschaft schon Sorgen gemacht haben, nun nicht nur noch größer werden?
- ➡ Minderjährige Schwangere fragen sich womöglich: Wie reagieren meine Eltern? Können sie sich mit mir freuen oder werden die Probleme mit den Eltern jetzt unerträglich werden?

Insbesondere Neugeborene und sehr kleine Kinder in den ersten Lebensjahren brauchen eine intensive Fürsorge. Eine „schwere Zeit“ in den ersten Monaten und Jahren, die in einer Situation entsteht, die die Eltern als belastend erleben, kann sich auf das ganze weitere Leben des Kindes nachteilig auswirken.

**Wir bitten Sie deshalb, frühzeitig, das heißt immer dann kompetente und professionelle Hilfe zu suchen, wenn die Geburt Ihres Kindes eine ernste Belastungssituation für Sie oder den Vater Ihres Babys darstellt.**

Es gibt sowohl die medizinisch-psychologische Fürsorge im Gesundheitssystem (Hebammen, Ärzte, ausgebildete Familientherapeuten und Psychologen) als auch eine Vielzahl unterschiedlicher Hilfsprojekte und Beratungsangebote in verschiedener Trägerschaft in unserer Region, z. B. die **Koordinationsstelle Frühe Kindheit** (Koki) des Landkreises Kulmbach.

## KoKi – die „Koordinationsstelle Frühe Kindheit“ für einen guten Start ins Kinderleben



Der Anfang eines Kinderlebens ist entscheidend. Deshalb ist es das Anliegen der **Koordinationsstelle Frühe Kindheit** (vormals Frühe Hilfen, **KoKi**), die Lebensbedingungen für Kinder weiter zu verbessern. Um dies zu erreichen, will die **KoKi** Eltern in ihrer Erziehungskompetenz und -verantwortung stärken und Kinder frühzeitig und individuell fördern.

**KoKi's** wurden etabliert, um Eltern mit ihren Kindern in deren ersten Lebensjahren unbürokratisch zu unterstützen. **KoKi's** gibt es seit 2009 an Rathäusern vieler kreisfreier Städte und an fast allen Landratsämtern in Bayern. Sie sind Koordinationsstellen, die den Eltern frühzeitig Unterstützung und Beratung in allen Fragen der Entwicklung, Förderung und Erziehung eines Kindes anbieten. Die in der **KoKi** tätigen Fachkräfte arbeiten als Netzwerk-Koordinatoren in ihrem Einzugsbereich auf einer vertrauensvollen Basis mit anderen Einrichtungen zusammen.

Nach der Geburt eines Kindes können sich neben gemeinsamen schönen und glücklichen Momenten manchmal auch Fragen oder Situationen ergeben, bei denen sich Eltern fachliche Unterstützung wünschen oder

selbst erkennen, dass sie professionelle Hilfe brauchen werden. Hier greift das Beratungskonzept der **KoKi** als Koordinationsstelle für frühe Kindheit, damit den Eltern und ihrem Kind ein guter gemeinsamer Start gelingt. Die **KoKi** kann in solchen Lebenslagen ein erster Anlaufpunkt sein. Zusammen mit den Eltern werden die **KoKi**-Mitarbeiterinnen nach individuellen, passgenauen und praktikablen Lösungen suchen und bei Bedarf weiterführende Hilfsangebote vermitteln. An die **KoKi** können Sie sich als Eltern und Alleinerziehende mit Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahren wenden.

### Kontaktieren Sie bitte die KoKi, wenn Sie beunruhigt sind wegen

- ➡ Zukunftsfragen jeglicher Art
- ➡ Unsicherheit bzgl. der Versorgung und Betreuung des Babys,
- ➡ fehlender Unterstützung durch Ihr soziales Umfeld,
- ➡ Krankheit oder psychischer Belastung,
- ➡ Beziehungsproblemen der Eltern oder
- ➡ Problemen mit nahen Angehörigen oder
- ➡ auch wegen Geldsorgen, Arbeitslosigkeit oder Wohnungsproblemen.

Das Ziel der **KoKi** ist es, Ihnen hilfreiche Informationen zu geben und geeignete Angebote im Hinblick auf eine positive Entwicklung Ihres Kindes, die Stärkung der Erziehungs- und Elternkompetenzen und die Bewältigung schwieriger Alltagssituationen zu vermitteln. Dabei arbeitet die **KoKi** als Netzwerk für Frühe Hilfen mit Fachkräften aus dem Gesundheitsbereich, mit Frühförderstellen oder der Jugendhilfe und anderen Trägern zusammen, die interessante und hilfreiche Angebote für Schwangere, Eltern und Kinder als Arbeitsschwerpunkt haben.

- ➡ Die Beratungen der **KoKi** sind absolut kostenlos.
- ➡ Die Gespräche sind streng vertraulich, die **KoKi**-Mitarbeiterinnen unterliegen der Schweigepflicht.
- ➡ Die **KoKi** berät auf Wunsch auch anonym, d. h. ohne dass Sie sich namentlich vorstellen müssen, und
- ➡ die Beratungen können auch in der vertrauten Umgebung, z. B. zu Hause, stattfinden.

Sie erreichen die **Koordinationsstelle Frühe Kindheit** am Landratsamt Kulmbach, Konrad Adenauer-Str. 5, 95326 Kulmbach. Ihre KoKi-Ansprechpartnerinnen für den Landkreis Kulmbach sind Frau Monika Cosma, Dipl.-Sozialpädagogin (FH) und Frau Kerstin Ziegler, Dipl.-Sozialpädagogin (FH). Sie finden sie im Zimmer 003 (Erdgeschoss).

Die Kontaktdaten weiterer **qualifizierter Beratungsstellen**, bei denen Sie unverbindlich (auch anonym) anrufen und erforderliche Unterstützung erhalten können, sind:

Psychologische Beratungsstelle des Diakonischen Werkes,  
 Waaggasse 9, in Kulmbach (mit Beratung in Schwangerschaftsfragen),  
 Tel.: 0 92 21/8 21 50-78 oder 09 21/78 51 77-20



Staatliches Gesundheitsamt Kulmbach

Tel.: 0 92 21/7 07-6 00

Familienhilfe der Geschwister-Gummi-Stiftung, Kulmbach

Tel.: 0 92 21/82 82-0

Familientreff im Mehrgenerationenhaus Kulmbach

Tel.: 0 92 21/8 01 18 20

Ehe-, Familien- und Lebensberatung der Erzdiözese Bamberg  
(Beratungen erfolgen unabhängig von einer Konfessionszugehörigkeit)  
Kronacher Str. 9 in Kulmbach

Tel.: 0 92 21/80 49 66

Sozialpädagogische Familienhilfe beim Caritasverband Kulmbach

Tel.: 0 92 21/95 74-00



Auch die umfassenden Möglichkeiten der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe des Jugendamtes Kulmbach (Telefon: 0 92 21/ 7 07-2 34) sind vielen Eltern bisher eine wertvolle Hilfe gewesen. Zum Beispiel kann eine Hilfe zur Erziehung die Eltern und die junge Familie begleiten, bis „es alleine gut klappt“.

## Die Geburtssituation besprechen

Vieles im Leben einer Frau verändert sich durch das Gebären, durch die Geburt des Kindes. Dabei wird immer mehr realisiert, welche Bedeutung die Umstände und der Verlauf nicht nur der Schwangerschaft, sondern ganz besonders der Ablauf der Geburt an sich haben. Das Zusammenwirken vieler Momente (und Personen) in diesen Stunden ist vor allem dann sehr bedeutsam, wenn Gefühle von Angst, Kontrollverlust oder Verletztsein das Erleben bestimmt haben.

Solche Gefühle zu artikulieren, z. B. im vertraulichen Gespräch mit der Nachsorge-Hebamme oder mit dem Arzt/der Ärztin, die die Schwangere/das Elternpaar während der Geburt begleitet haben, haben sich für viele Frauen als hilfreich erwiesen. Sprechen Sie also mit Ihrer Hebamme/Ihrem Frauenarzt oder den Geburtshelfern über Ihre Gefühle und Sorgen, vor allem dann, wenn Sie die Geburt als traumatisierend erlebt haben.

Um Ihnen eine Hilfestellung zu geben, wie dringlich Gesprächsbedarf besteht oder nicht, stellen wir Ihnen hier den **Berliner Fragebogen zu Auswirkungen von Traumatisierungen während der Geburt – BFAG®** vor, den Frau Tanja Sahib, eine erfahrene systemische und traumatherapeutische Psychologin in einer Berliner Beratungsstelle für Schwangere und Eltern von Babys, entwickelt hat. Aus ihrem Buch **„Es ist vorbei - ich weiß es nur noch nicht“** über die Verarbeitung traumatischer Erfahrungen nach einer Geburt dürfen wir mit ihrer freundlichen Genehmigung den Fragebogen (gering modifiziert) abdrucken. (Anm.: Für weitere Kopien des Originals und Veröffentlichungen muss das Einverständnis der Urheberin individuell eingeholt werden: [info@tanja-sahib.de](mailto:info@tanja-sahib.de).)



**Denken Sie an die Geburt Ihres Kindes. Vieles in Ihrem Leben hat sich seitdem verändert. Aufwühlende Gedanken und Gefühle nach einer Geburt erleben fast alle Frauen. Halten diese jedoch Wochen oder sogar Monate an, könnten sie Hinweise auf posttraumatische Belastungsreaktionen sein.**

Kreuzen Sie in dem folgenden Fragebogen an, wie Sie sich in den letzten Tagen gefühlt oder verhalten haben. Bitte entscheiden Sie sich pro Frage nur für eine Antwort! Geben Sie für „nie“ - einen Punkt, für „selten“ - zwei Punkte, für „manchmal“ - drei Punkte, für „oft“ - vier Punkte und für „sehr oft“ - fünf Punkte.

	nie	selten	manchmal	oft	Sehr oft
1. Wie häufig haben Sie über die Geburt Ihres Kindes gegrübelt?	1	2	3	4	5
2. Kommt es vor, dass sich bildhafte Vorstellungen aufdrängen, die mit der damaligen Situation zu tun haben?	1	2	3	4	5
3. Ist es so, als würden Sie in bestimmten Momenten die Geburt nacherleben?	1	2	3	4	5
4. Vermeiden Sie es, Orten oder Menschen zubegegnen, die Sie erinnern könnten?	1	2	3	4	5
5. Wie häufig denken Sie, ohne es zu wollen, plötzlich an das Geburtsgeschehen?	1	2	3	4	5
6. Haben Sie das Gefühl, dass Sie sich an vieles nicht erinnern oder bestimmten Erinnerungen der Zusammenhang fehlt?	1	2	3	4	5
7. Wie groß ist Ihre Angst, Ihnen selbst könnte erneut etwas zustoßen?	1	2	3	4	5
8. Fühlen Sie sich in Ihrem Körper nach der Geburt noch nicht wohl und führen Sie das auf Ihr Erleben bei der Geburt zurück?	1	2	3	4	5
9. Haben Sie mehr Angst als andere Mütter, die Sie kennen, dass Ihrem Kind etwas zustoßen könnte?	1	2	3	4	5
10. Wie häufig haben Sie belastende Träume, die mit dem Erlebten im Zusammenhang stehen?	1	2	3	4	5

11. Sind Sie körperlich angespannt und aufgeregt, wenn Sie an die Geburt denken?	1	2	3	4	5
12. Haben Sie Angst, Sie könnten Ihr Kind verletzen?	1	2	3	4	5
13. Sind Sie bei lauten Geräuschen sehr schreckhaft?	1	2	3	4	5
14. Wie häufig ziehen Sie sich von anderen Menschen zurück und sind wesentlich weniger aktiv als vorher?	1	2	3	4	5
15. Wie häufig vermeiden Sie es, Ihrem Kind nahe zu sein?	1	2	3	4	5
16. Wie häufig haben Sie Wutanfälle, die Sie bisher nicht von sich kannten?	1	2	3	4	5
17. Kommt es vor, dass Ihnen einiges keine Freude mehr macht, das für Sie früher sehr erfüllend war?	1	2	3	4	5
18. Haben Sie häufig Kopf- oder Rückenschmerzen und können nicht gut durchatmen?	1	2	3	4	5
19. Sind Sie wütend oder beschämt, weil Sie glauben, dass Ihr Körper versagt hat?	1	2	3	4	5
20. Kommt es vor, dass Sie keine Worte finden für das, was Sie erlebt haben?	1	2	3	4	5
Summe:					

Nun addieren Sie alle Punkte!

- ➡ Erreichen Sie eine Punktzahl von 21-49, haben Sie die Geburt gut verkraftet und müssen nur noch kleine Schritte auf dem Weg der Verarbeitung gehen.
- ➡ Erreichen Sie eine Punktzahl zwischen 50-70, sollten Sie für sich überlegen, wie Ihr soziales Umfeld Sie dabei unterstützen kann, diese Erfahrung in Ihr Leben zu integrieren.

- ➔ Erreichen Sie eine Punktzahl zwischen 71 - 100, haben Sie den Mut, sich einer Beratungsstelle oder einer Psychotherapeutin anzuvertrauen, um professionelle Unterstützung zu erhalten! Halten die beschriebenen Gedanken und Gefühle länger als sechs Monate an, könnten sie ohne Unterstützung die Lebensqualität dauerhaft beeinträchtigen.

## Postpartale Depression (Wochenbettdepression)

Über den **kurz dauernden Babyblues**, das vorübergehende Stimmungstief nach der Geburt, das mit Traurigkeit, Weinen, Müdigkeit, Erschöpfung, Stimmungsschwankungen und anderen misslichen Gefühlen einhergeht, haben wir Sie bereits informiert. Sie wissen, dass diese Stimmungsphase meistens innerhalb von Stunden oder Tagen wieder verschwindet.

Manchmal halten diese Symptome jedoch an, werden vielleicht sogar schlimmer. Dann ist aus einem postpartalen Stimmungstief wahrscheinlich eine **postpartale Depression, eine Wochenbett-Depression**, geworden. Die beiden Befindlichkeitsstörungen Babyblues und Wochenbettdepression sind anhand ihrer Symptome kaum zu unterscheiden. Eine Differenzierung gelingt jedoch über die Dauer, in der die genannten Symptome bestehen. **Halten die geschilderten Beschwerden des Stimmungstiefes nach der Geburt mehr als zwei Wochen an, besteht zumindest der Verdacht auf eine postpartale Depression (PPD).**

Eine postpartale Depression ist keine neuzeitliche Erkrankung, sondern etwas, das schon den Menschen in der Antike bekannt war. Aber erst 1858 wurde die Wochenbettdepression von dem französischen Arzt Louis Victor Marcé ausführlich beschrieben. Postpartale Depressionen treten in allen Kulturen auf, wenngleich unterschiedlich häufig und mit verschiedener Symptomausprägung. Das Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes und ihr Beruf, die Art der Entbindung und das Geschlecht des Kindes haben keinen oder allenfalls nur einen sehr geringen Einfluss auf die Entstehung einer postpartalen Depression.

### Zu den Zeichen einer postpartalen Depression (PPD) gehören

- ➔ Müdigkeit, Erschöpfung
- ➔ Konzentrationsprobleme
- ➔ Schlaf- und Appetitstörungen
- ➔ Antriebslosigkeit, Leere
- ➔ Stimmungsschwankungen
- ➔ Ängste, Panikattacken
- ➔ Körperliche Beschwerden
- ➔ Keine oder ablehnende Gefühle zum Kind
- ➔ Schuldgefühle
- ➔ Selbstmordgedanken

Es ist sehr schwer für die betroffene Mutter und auch für ihr Umfeld, rechtzeitig zu erkennen, dass sich bei ihr eine postpartale Depression anbahnt. Es gibt deshalb Fragebögen, die Anhaltspunkte liefern können, ob man professionelle Hilfe braucht.

Bitte bearbeiten Sie die nachfolgende Checkliste zur Selbsteinschätzung **3 bis 4 Wochen nach der Entbindung**. Kreuzen Sie an, wie Sie sich in den letzten 7 Tagen (oder bei Verwendung in den ersten Tagen nach der Geburt: seit der Geburt) gefühlt haben. Bitte markieren Sie die Antworten durch Ankreuzen des Kästchens vor jener Antwortzeile, welche für Sie am ehesten zutrifft.

<b>In den letzten 7 Tagen oder in den Tagen seit der Geburt...</b>	<b>Punkte</b>
1. ... konnte ich lachen und das Leben von der sonnigen Seite sehen	
<input type="checkbox"/> so wie ich es immer konnte	0
<input type="checkbox"/> nicht ganz so wie sonst	1
<input type="checkbox"/> deutlich weniger als früher	2
<input type="checkbox"/> überhaupt nicht	3
2. ... konnte ich mich so richtig auf etwas freuen	
<input type="checkbox"/> so wie immer	0
<input type="checkbox"/> etwas weniger als sonst	1
<input type="checkbox"/> deutlich weniger als früher	2
<input type="checkbox"/> kaum	3
3. ... fühlte ich mich unnötigerweise schuldig, wenn etwas schief lief	
<input type="checkbox"/> so wie ich es immer konnte	3
<input type="checkbox"/> nicht ganz so wie sonst	2
<input type="checkbox"/> deutlich weniger als früher	1
<input type="checkbox"/> überhaupt nicht	0
4. ... war ich ängstlich und besorgt aus nichtigen Gründen	
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht	0
<input type="checkbox"/> selten	1
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nein, häufig	3
5. ... erschrak ich leicht bzw. reagierte panisch aus unerfindlichen Gründen	
<input type="checkbox"/> ja, oft	3
<input type="checkbox"/> ja, manchmal	2
<input type="checkbox"/> nein, nicht oft	1
<input type="checkbox"/> nein, überhaupt nicht	0

6. ... überforderten mich verschiedenste Umstände
- ja, die meiste Zeit war ich nicht in der Lage, damit fertig zu werden 3
  - ja, manchmal konnte ich damit nicht fertig werden 2
  - nein, die meiste Zeit konnte ich gut damit fertig werden 1
  - nein, ich wurde so gut wie immer damit fertig 0
7. ... war ich so unglücklich, dass ich nicht schlafen konnte
- ja, die meiste Zeit 3
  - ja, manchmal 2
  - nein, nicht sehr oft 1
  - nein, überhaupt nicht 0
8. ... habe ich mich traurig und schlecht gefühlt
- ja, die meiste Zeit 3
  - ja, manchmal 2
  - nein, nicht sehr oft 1
  - nein, überhaupt nicht 0
9. ... war ich so unglücklich, dass ich geweint habe
- ja, die ganze Zeit 3
  - ja, manchmal 2
  - nur gelegentlich 1
  - nein, niemals 0
10. ... überkam mich der Gedanke, mir selbst Schaden zuzufügen
- ja, ziemlich oft 3
  - manchmal 2
  - kaum 1
  - niemals 0

Quelle: M. Hofecker Fallahpour, Ch. Zinkernagel, U. Frisch, C. Neuhofer, R.-D. Stieglitz, A. Riecher-Rössler: Was Mütter depressiv macht ... und wodurch sie wieder Zuversicht gewinnen. Ein Therapiehandbuch, Verlag Hans Huber 2005.

**Zählen Sie die Punkte zusammen. Haben Sie eine Gesamtpunktzahl von 10 oder höher, kontaktieren Sie in Ihrem eigenen und im Interesse Ihres Kindes / Ihrer Familie bitte zeitnah eine Fachperson zur genaueren Abklärung.**

Mehr zum Thema postpartale Depressionen finden Sie im Internet:

- ➡ [www.postnatale-depression.ch](http://www.postnatale-depression.ch)
- ➡ [www.marce-gesellschaft.de](http://www.marce-gesellschaft.de)
- ➡ [www.schatten-und-licht.de](http://www.schatten-und-licht.de)
- ➡ [www.postpartum.net](http://www.postpartum.net) (engl.)

Auch dort werden – neben weiterführenden Erläuterungen – zur Wochenbettdepression ausführliche Checklisten (EPDS-Text zur Selbsteinschätzung) angeboten (z. T. mehrsprachig).

**Wichtig:** PPD kann jede Frau bekommen.  
PPD kann erst Wochen oder Monate nach der Geburt einsetzen.  
PPD braucht Beachtung und Behandlung.  
PPD kann geheilt werden.

## Rückbildungsgymnastik

Ab der 7. Woche nach der Entbindung bis zum 9. Lebensmonat Ihres Kindes haben Sie die Möglichkeit, einen Rückbildungskurs zu besuchen. Unabhängig davon, wie Ihr Kind zur Welt kam, ob „normal“ oder per Kaiserschnitt, wird jeder Frau der Besuch eines Rückbildungskurses empfohlen. Ziel eines Rückbildungskurses ist es, die durch Schwangerschaft und Geburt veränderten muskulären und bindegeweblichen Strukturen im Bauch- und Beckenbereich wieder zu straffen und gezielt zu trainieren.



Rückbildungskurse werden von Hebammen und/oder Physiotherapeuten angeboten. Die Kosten dafür werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen; bei privaten Krankenversicherern empfiehlt es sich, die Vertragsbedingungen genau zu studieren oder bei der Versicherung anzurufen, um die Kostenübernahme vorab zu klären.



## Mutterschutz, Elterngeld, Kindergeld

Das deutsche Mutterschutzgesetz (MuSchuG) wurde 2002 durch eine wichtige Regelung ergänzt. Sie besagt, dass die Mutterschutzfrist auf jeden Fall insgesamt mindestens 14 Wochen beträgt, auch wenn das Baby vor dem errechneten Termin geboren wird. Diese Änderung sichert für alle erwerbstätigen Frauen, die Anspruch auf die Mutterschutzfristen haben – üblicherweise 6 Wochen vor und 8 Wochen nach der Geburt – nun den gesetzlichen Anspruch auf **insgesamt 14 Wochen Mutterschutz**.

Da die wenigsten Babys pünktlich zum errechneten Termin geboren werden, gingen bis 2002 vielen Frauen durch eine vorzeitige Geburt ihres Kindes Tage oder gar Wochen der Mutterschutzzeit verloren. Die neue Regelung besagt nun, dass die Tage, die das Kind vor dem errechneten Geburtstermin geboren wurde, in jedem Fall an den 8-Wochen-Zeitraum nach der Geburt angehängt werden.



Wird das Baby später als am errechneten Termin geboren, beträgt die Schutzfrist nach der Geburt weiterhin 8 Wochen. In dieser Zeit dürfen Mütter, die geboren haben, nicht beschäftigt werden.

Weitere und ausführlichere Informationen zum Mutterschutzgesetz finden Sie auf den Internetseiten des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (<https://www.bmfjsf.de>).

Zuständig für das **Elterngeld** ist in Oberfranken das Versorgungsamt Bayreuth mit seinem Beratungsteam im Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS), Region Oberfranken. Sie können dort allgemeine Auskünfte und Beratungen u. a. zum Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG), zum Bundeserziehungsgeldgesetz (BERzGG) und zum bayerischen Landeserziehungsgeldgesetz (LErzGG) erhalten und auch dort das Elterngeld beantragen.

Die Kontaktadresse lautet:

ZBFS – Region Oberfranken, 95447 Bayreuth, Hegelstraße 2

Tel.: 09 21/6 05-1, Info: 09 21/6 05 - 2310

E-Mail: poststelle.ofr@zbfs.bayern.de

Wie und wo Sie **Kindergeld** beantragen müssen, kann Ihnen am besten Ihr Arbeitgeber erläutern. Er wird Sie sicherlich auch darauf hinweisen, dass Sie mit der Geburt Ihres Babys einen Kinderfreibetrag zur Lohnsteuer beantragen können. Sollten Sie das im laufenden Jahr versäumen, wird es spätestens bei Ihrem Lohnsteuerjahresausgleich oder bei Ihrer Steuererklärung berücksichtigt werden.

## Anmeldung der Geburt beim Standesamt

Die Geburt eines Kindes ist dem Standesamt des Geburtsortes laut Gesetz von der Hebamme, dem Geburtshelfer oder den Eltern anzuzeigen. Für Kinder, die im Klinikum Kulmbach geboren werden, übernimmt die Verwaltung des Klinikums diese Aufgabe. Damit die Eintragung im Geburtenregister des Standesamtes ordnungsgemäß erfolgen kann, werden Sie oder einer Ihrer nächsten Angehörigen gebeten, sich innerhalb der vom Gesetz vorgesehenen **Frist von einer Woche** nach der Geburt des Kindes mit dem Standesamt Kulmbach persönlich oder – bei Verhinderung – telefonisch in Verbindung zu setzen. Bei Beurkundungen mit Auslandsberührung (ausländische Staatsangehörigkeit, Eheschließung im Ausland etc.) wollen Sie bitte möglichst umgehend nach der Geburt mit dem Standesamt Kulmbach Kontakt aufnehmen, ggf. telefonisch.

Vom Standesamt Kulmbach werden zur Beurkundung einer Geburt folgende Unterlagen benötigt:

**a) bei Kindern, deren Eltern miteinander verheiratet sind**, eine beglaubigte Abschrift aus dem Familienbuch oder das Stammbuch der Familie. Bei Eheschließung der Eltern nach dem 01.01.2009 eine beglaubigte Abschrift aus dem Eheregister mit Hinweisen über die Geburt der Eltern oder eine Eheurkundung zusammen mit den Geburtsurkunden der Eltern. Weiterhin eine Er-

klärung zum oder zu den Vornamen des Kindes, unterschrieben von beiden Elternteilen. Mitarbeiter des Klinikums werden Ihnen das dazu erforderliche Formblatt aushändigen.

**b) bei Kindern, deren Eltern nicht miteinander verheiratet sind,**

- ➔ für **ledige** Mütter: die Geburtsurkunde der Mutter und falls vorhanden: die Urkunde über die Anerkennung der Vaterschaft, die Urkunde über die Sorgeerklärung und die Geburtsurkunde des Vaters
- ➔ für **geschiedene** Mütter: die gleichen Unterlagen wie bei Kindern, deren Eltern miteinander verheiratet sind, zusätzlich das Scheidungsurteil mit Rechtskraftvermerk; bei erfolgter Namensänderung jedoch eine aktuelle Eheurkunde
- ➔ für **verwitwete** Mütter: die gleichen Unterlagen wie bei Kindern, deren Eltern miteinander verheiratet sind, zusätzlich noch die Sterbeurkunde des Ehemannes,

und **immer auch** eine Erklärung zum Vornamen des Kindes, unterschrieben von der Mutter oder von beiden Elternteilen. Das entsprechende Formblatt bekommen Sie von Mitarbeitern des Klinikums.

**Bitte beachten Sie: Wählen Sie die Vornamen, die das Kind erhalten und ein Leben lang führen soll, mit Bedacht.** Denn im Geburtenregister eingetragene Vornamen können vom Standesamt praktisch nicht geändert und auch nicht ergänzt werden. Übereilen Sie sich daher nicht bei der Vornamensgebung. Der Gesetzgeber räumt Ihnen eine Frist von einem Monat nach der Geburt des Kindes bis zur Anzeige der Vornamen ein.

Seinen **Familien- bzw. Geburtsnamen** wird Ihr Kind hingegen ab Geburt tragen.

- ➔ **Wenn Sie verheiratet sind,** ist das der bei der Eheschließung von Ihnen gewählte Ehe name. Bei getrennter Namensführung der Eltern muss der Familienname des Kindes bestimmt werden, wenn es sich um das erste Kind der Ehe handelt.
- ➔ **Wenn Sie nicht verheiratet sind,** wird Ihr neugeborenes Kind den Familiennamen bekommen, den die Mutter zum Zeitpunkt der Geburt führt. Sie haben aber die Möglichkeit, Ihrem gemeinsamen Kind durch Erklärung den Familiennamen des Vaters zu geben. Zum Beispiel kann ein Kind nicht miteinander verheirateter Eltern den Namen des Vaters durch eine so genannte „**Namenserteilung**“ erhalten. Diese Namenserteilung kann bei einem Standesamt beurkundet werden. Voraussetzung ist jedoch, dass die Vaterschaft zu dem Kind beim Jugendamt, beim Standesamt oder bei einem Notar anerkannt wurde.

Haben nicht miteinander verheiratete Eltern eine Erklärung über die gemeinsame elterliche Sorge (nur beim Jugendamt möglich) bereits vor der Geburt abgegeben, kann das Kind dann auch durch eine so genannte „**Bestimmungserklärung**“ beim Standesamt ebenfalls den Namen des Vaters erhalten.

**Eine beglaubigte Kopie oder Abschrift der beurkundeten Namenserteilung, der Vaterschaftsanerkennung und ggf. der Sorgeerklärung (s.o.) sollten Sie bitte unbedingt zur Anmeldung der Geburt mit ins Standesamt bringen**, damit alle personenbezogenen Angaben Ihres Babys von Anfang an mit dem gewünschten Namen versehen werden können. Sind die vorgenannten Voraussetzungen nämlich nicht erfüllt, wird das Kind bei nicht miteinander verheirateten Eltern den Familiennamen der Mutter (deutsche Staatsangehörigkeit vorausgesetzt) als Geburtsnamen bekommen.

## Standesamtliche Nachrichten

Das Standesamt darf aus Gründen des **Datenschutzes** nur dann die Geburt eines Kindes veröffentlichen, wenn Sie als Eltern damit einverstanden sind. Wenn Sie keine Einwände haben (und hier benötigt das Standesamt Ihr schriftliches Einverständnis auf einem Vordruck, den Sie von der Klinikumsverwaltung bekommen), erfolgt die Veröffentlichung der Geburt Ihres Kindes in einer zum Aushang bestimmten Aufstellung an der Amtstafel der Stadt Kulmbach, in den regionalen Tageszeitungen „**Bayerische Rundschau**“ und „**Frankenpost**“ sowie im wöchentlich erscheinenden „**Kulmbacher Anzeiger**“. Die Angaben beschränken sich dabei auf den Tag und den Ort der Geburt sowie auf Vornamen, Familienname bzw. Geburtsname, Wohnung und Wohnort des Kindes und der Eltern.

Wenn Sie mit der Veröffentlichung der Geburt Ihres Kindes nicht einverstanden sind, entstehen Ihnen daraus keine Rechtsnachteile.

Das Standesamt Kulmbach befindet sich im Rathaus der Stadt Kulmbach, Marktplatz 1, im Erdgeschoss.

Die aktuellen Dienstzeiten des Standesamtes Kulmbach sind:

Montag – Mittwoch	08.00 Uhr – 16.30 Uhr
Donnerstag	08.00 Uhr – 18.00 Uhr
Freitag	08.00 Uhr – 12.00 Uhr

Telefonisch erreichen Sie die Mitarbeiter des Standesamtes Kulmbach unter folgenden **Rufnummern: (09221) 940-239, -228 oder -244.**

## Krankenversicherungsschutz Ihres Kindes

Der Ehegatte/die Ehegattin und die Kinder eines Mitglieds der gesetzlichen Krankenkassen sind im Allgemeinen kostenlos familienversichert. Voraussetzung ist allerdings, dass diese Familienangehörigen kein höheres allgemeines Einkommen als monatlich 455,00 Euro (im Jahr 2020) haben.

Ob ein Anspruch auf eine kostenfreie Mitversicherung in Ihrer Krankenkasse für ein Neugeborenes besteht, hängt zunächst davon ab, wo Sie als Eltern eines Babys selbst krankenversichert sind:

### Fall A: Vater und Mutter sind beide Mitglieder von gesetzlichen Krankenkassen.

Grundsätzlich besteht ein Anspruch auf die Mitversicherung des Kindes bei jedem Elternteil, das selbst Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse ist. Da es aber Doppelversicherungen in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gibt, kann das Kind nur beim Vater oder der Mutter versichert sein. Wo das Kind versichert wird, entscheiden die Eltern selbst. Allerdings müssen sie dies auch der Krankenkasse, die sie gewählt haben, mitteilen. Dies kann nur derjenige tun, bei dem das Kind auch familienversichert sein soll.

### Fall B: Ein Elternteil ist selbst schon familienversichert in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Sind Sie selbst bei Ihrem Partner bereits familienversichert, so beantragen Sie auch dort die Familienversicherung Ihres Kindes.

### Fall C: Ein Elternteil ist bei einer privaten Krankenversicherung versichert, der andere bei einer gesetzlichen Krankenkasse.

Hier müssen Sie besonders achtsam sein, denn es kann durchaus sein, dass Ihr Kind nicht in der gesetzlichen Krankenkasse familienversichert werden kann. Dies ist dann der Fall, wenn **alle** der nachfolgenden Sachverhalte zutreffen:

- ➔ Die Eltern sind miteinander verheiratet **und**
- ➔ der Elternteil, der nicht gesetzlich versichert ist, hat das höhere Einkommen **und**
- ➔ dieses **Bruttoeinkommen** beträgt mehr als **69.300 Euro/Jahr\*** und ist regelmäßig höher als das Gesamteinkommen des gesetzlich versicherten Mitglieds. Diese Grenze gilt für das Jahr 2024; sie wird jährlich neu festgelegt und gilt, egal ob 12 oder 13 Monatsgehälter gezahlt werden. Bei 12 Monatsgehältern errechnet

sich das monatliche Bruttoeinkommen mit **5.775,00 Euro/Monat**. WICHTIG: Sollte die private Krankenversicherung wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze des betreffenden Elternteils schon am 31. 12. 2002 bestanden haben, so gelten **62.100,00 Euro\*** (resp. 5.175,00 Euro/Monat) in 2023 als Grenze für den Jahresbruttolohn.

**Trifft auch nur eine dieser drei Vorgaben nicht zu, so besteht ein Anspruch auf Familienversicherung** bei dem in der gesetzlichen Krankenkasse versicherten Elternteil. Also z. B. dann, wenn die Eltern nicht miteinander verheiratet sind. Das gleiche gilt, wenn das Bruttoeinkommen des nicht gesetzlich versicherten Elternteils zwar höher als das des Ehepartners ist, aber die oben genannten Grenzen nicht überschreitet.

Informieren Sie sich bitte unbedingt **umgehend** bei Ihrer Krankenkasse, wenn Sie gesetzlich versichert sind, und klären Sie, ob Sie Anspruch auf eine Familienversicherung Ihres Kindes haben werden. Dazu benötigen Sie in der Regel einen Einkommensnachweis.

Bedenken Sie bitte, falls Sie keinen Anspruch auf eine Familienmitversicherung für Ihr Kind bei einer gesetzlichen Krankenkasse haben, dass das private Krankenversicherungsunternehmen eines Elternteils nur während der ersten zwei Lebensmonate des Kindes dem so genannten „Kontrahierungszwang“ unterliegt.

Grundlage für den Kontrahierungszwang ist § 198 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), in dem die Kindernachversicherung in der privaten Krankenversicherung (PKV) geregelt ist. Der Gesetzestext besagt: „(1) Besteht am Tag der Geburt für mindestens einen Elternteil eine (private) Krankenversicherung, ist der Versicherer verpflichtet, dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten zu versichern, wenn die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend erfolgt. Diese Verpflichtung besteht nur insoweit, als der beantragte Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher und nicht umfassender als der des versicherten Elternteils ist.“

Der Elternteil, der das Kind in der PKV versichert, muss i. d. R. außerdem mindestens 3 Monate in der privaten Krankenversicherung versichert gewesen sein.

\* diese Angaben erfolgen ohne Gewähr

## Bauchweh – 3-Monats-Koliken – Blähungen

Besonders in den **ersten drei Monaten** kann es vorkommen, dass das Baby immer wieder von **Bauchweh** geplagt wird. Es schreit ohne ersichtlichen Grund. Man spricht in diesen Fällen von so genannten **3-Monats-Koliken** und vermutet Blähungen als Grund für das Unwohlsein.

Was sind **Blähungen** überhaupt? – Sie sind allermeistens nicht verschluckte Luft, denn durch das Aufstoßen-Lassen („Bäuerchen machen lassen“) kann die Luft, die das Kind beim Trinken an der Brust oder aus der Flasche mitgeschluckt hat, wieder aus dem Magen entweichen. Deshalb ist es am besten, wenn Sie das Baby zum Aufstoßen senkrecht halten. Blähungen ergeben sich vielmehr als Folge von Gärungsprozessen in den unteren Darmabschnitten, wo insbesondere Kohlenhydrate (speziell Lactose) von den dort lebenden Mikroorganismen verstoffwechselt werden. Dabei entstehen Gase im Darm, die dann als Blähungen (aufgetriebener Leib) bemerkbar werden und die den Babys heftig zu schaffen machen können, vor allem dann, wenn das Kind sehr viel bzw. zu viel Nahrung erhalten hat.

Blähungen treten sowohl bei mit dem Fläschchen gefütterten Babys auf als auch bei Brustkindern. Bei letzteren jedoch deutlich seltener, da Muttermilch für Babys wesentlich leichter verdaulich ist als Formula-Nahrung. In den ersten Lebenstagen sind Blähungen eher die Ausnahme. Neugeborene können in dieser Phase allerdings durch das zähe Kindspech durchaus Unwohlsein im Bauch verspüren, wenn selbiges noch nicht vollständig ausgeschieden ist. Stillende Mütter können Tees von Fenchel-, Anis- oder Kümmelsamen trinken und die Wirkung mit der Muttermilch an ihr Baby weitergeben. Geschmacksstoffe aus der Nahrung stillender Mütter gelangen schnell und nur vorübergehend (ca. 6 - 8 Std.) in die Muttermilch. Um dem Baby Linderung bei Bauchweh zu verschaffen, ist auch eine sanfte Babymassage geeignet. Sie fördert indirekt die Darmtätigkeit und beugt Blähungen vor. Es hilft auch, wenn man das Baby mit dem Bauch nach unten auf den eigenen Arm nimmt („Fliegergriff“) und es so beruhigend herumträgt.

## Hygienemaßnahmen bei Lippenherpes

Das Immunsystem von Neugeborenen und Säuglingen ist noch nicht ausge-reift. Personen mit ansteckenden Erkrankungen sollten deshalb den Kontakt zum Baby meiden. Sie als Eltern sollten generell Sorge dafür tragen, dass Ihr neugeborenes Kind keiner erhöhten Infektionsgefahr ausgesetzt wird. Hier verdient insbesondere das Problem **Herpes** Ihre Aufmerksamkeit:

Während Lippenherpes bei Erwachse-nen und bei älteren Kindern häufiger auftritt und meist ohne schwere Kom-plikationen verläuft, kann eine **Herpes-infektion** bei Neugeborenen, Frühge-borenen oder bei Personen mit beeinträchtigtem Immunsystem eine äußerst ernste, ja sogar lebensbedrohliche Er-krankung darstellen. Das heißt: Herpes-bläschen (bzw. deren infektiöser In-halt) von Eltern und Bezugspersonen des Babys können sehr gefährlich für die Gesundheit eines Neugeborenen sein.



Um das Risiko einer Infektion mit dem Herpes simplex-Virus für ein Baby möglichst gering zu halten, müssen Personen mit Lippenherpes, die Kontakt zu einem Baby haben, bis zum vollständigen Abheilen der Herpesbläschen sehr strenge **Hygienegebote** befolgen. Dazu gehören u. a. die Händedesin-fektion, ein Kussverbot und das Tragen eines Mundschutzes beim Stillen und Versorgen des Babys.

Sprechen Sie uns (oder nach der Entlassung Ihre Hebamme oder Ihren Haus- oder Kinderarzt) immer sofort auf Herpes an, wenn bei Ihnen als Eltern oder einem Geschwisterkind oder einer anderen Person, die engen Kontakt zu Ih-rem Baby hat, eine Herpesinfektion (z. B. in Form von Lippenherpes) neu oder wieder auftritt. Sie erhalten dann weitere Informationen und Instruktionen.

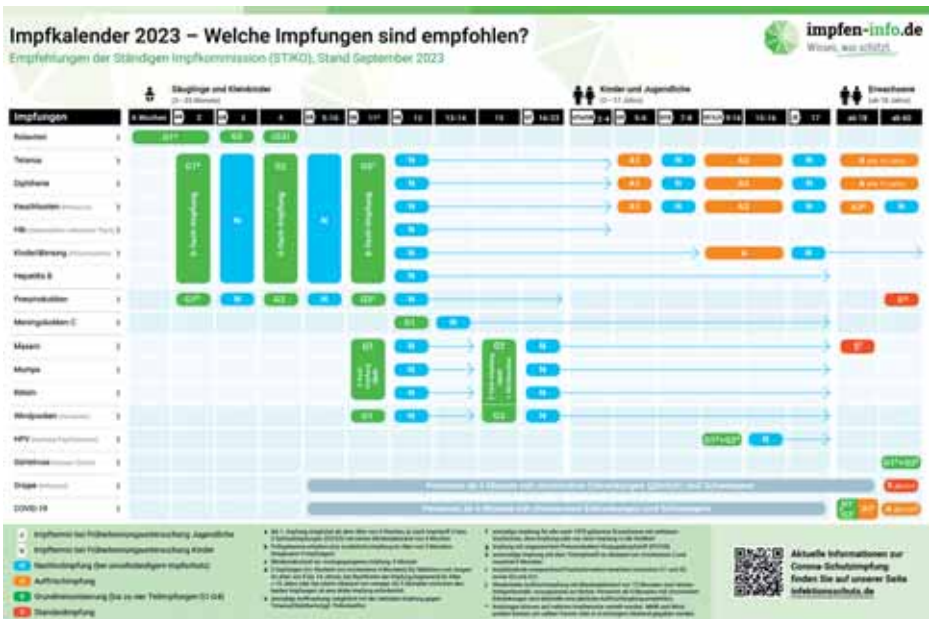
Sollten Sie als stillende Mutter **Herpesbläschen an Ihrer Brust** entdecken, so dürfen Sie an der betroffenen Brust **auf keinen Fall stillen**, solange die Herpesbläschen dort bestehen. Sagen Sie in der Klinik sofort uns und nach der Entlassung in einem solchen Fall unbedingt und umgehend Ihrer Hebam-me und Ihrem Haus- oder Kinderarzt Bescheid.



# Impfungen

Die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) sehen die ersten Impfungen für Ihr Kind erst nach der 8. Lebenswoche vor. Als frühere Impfung käme unmittelbar nach der Geburt nur die aktive und passive Impfung gegen Hepatitis B in Frage, wenn die vorausgegangene Untersuchung der Mutter während der Schwangerschaft eine infektiöse Gelbsucht (Hepatitis B) bei ihr ergeben hat. Die frühere Tuberkuloseschutzimpfung hat die in sie gesetzten Erwartungen nicht erfüllen können und wird heute deshalb ausschließlich nur noch für Kinder mit extrem erhöhtem Tuberkuloserisiko in Erwägung gezogen.

Eine Übersicht über die **aktuellen Impfeempfehlungen** finden Sie auf der Homepage des Robert-Koch-Institutes ([www.rki.de](http://www.rki.de)).



## Unfallverhütung

Mit Kindern kommt Leben ins Haus, der Alltag der Familie ändert sich. Sie werden als Eltern viel Freude mit Ihren Kindern haben. Zur kindlichen Entwicklung gehören der natürliche Bewegungsdrang und die Neugierde für die Umgebung. Ihr Kind möchte alles erforschen. Durch elterliche Umsicht können Sie dabei mögliche Gefahren erkennen und somit Verletzungen oder Unfälle verhindern. Deshalb möchten wir Ihnen bereits jetzt Empfehlungen mitgeben, wie Sie Ihr Zuhause sicherer machen können. **Sorgen Sie unbedingt dafür, dass Ihr Kind durch vermeidbare (!) Unfälle keinen Schaden nimmt!**

Stürze sind die häufigste Unfallart. Säuglinge fallen von der Wickelkommode, aus Tragetüchern und Wippen, aus Kinderwägen oder einfach durch unerwartete Bewegungen vom Arm. Kinder stürzen auch aus dem Hochstuhl oder überschlagen sich in einem sog. „Gehfrei“ oder „Babywalker“, wenn sie eine Treppe oder einige - nicht gesicherte - Stufen hinunterfallen.

### Lauflehren – Gefahr für Sicherheit und Gesundheit Ihres Kindes!

„Gehfrei“, „Lauflehrenhilfe“ oder „Babywalker“ sind Plastikgestelle auf Rollen mit eingebautem Sitz. Die Kinder hängen in einer Art Hosengurt und stoßen sich mit den Zehenspitzen vom Boden ab. Einige Geräte haben zusätzlich einen Spieltisch mit Figuren oder Rasseln. Es wird damit geworben, dass Kinder mit Unterstützung der Geräte schneller und leichter Laufen lernen. Zahlreiche wissenschaftliche Studien belegen gegenteilige Effekte und insbesondere **sehr hohe Unfallrisiken für Kinder!**



**Deshalb warnen Experten schon seit vielen Jahren eindringlich alle Eltern: Verzicht auf Lauflehren! Sie schaden der natürlichen Bewegungsentwicklung Ihres Kindes und bringen es in Gefahr!**



Nach Aussagen der Fachleute verunfallen pro Jahr ca. 6.000 Kinder mit einer Lauflehrenhilfe, vorwiegend Säuglinge zwischen 6 und 12 Monaten. Warum das so ist, ergibt sich aus den Risiken, die beim Gebrauch von Lauflehren entstehen

- ➡ Kinder bewegen sich in dem Gerät gefährlich weit über ihre altersspezifischen motorischen Fähigkeiten hinaus.
- ➡ Sie erreichen unnatürlich hohe Geschwindigkeiten (bis zu 10 km/h).
- ➡ Kinder gelangen in gefährliche Bereiche.
- ➡ Sie stürzen mit dem Gerät über Türschwellen, über Gegenstände am Boden und fallen sogar Stufen und Treppen hinab.
- ➡ Kopfverletzungen von Schürfwunden bis zu Schädelbrüchen sind die Folge.
- ➡ Kinder erleiden Verbrühungen, da sie durch die Lauflernhilfe auch an höher stehende Gegenstände herankommen und z. B. an Kabeln von Elektrogeräten ziehen oder
- ➡ es kommt zu Vergiftungen, da sie Medikamente oder Zigaretten erreichen, an die sie sonst nicht herangekommen wären.

Mehr Informationen dazu finden Sie unter

[www.kindersicherheit.de/kinderunfaelle-vermeiden/artikel/laulernhilfe.html](http://www.kindersicherheit.de/kinderunfaelle-vermeiden/artikel/laulernhilfe.html).

Jährlich kommen in Deutschland etwa 100 (!) Kinder durch **Verbrühungs- und Verbrennungsunfälle** ums Leben. Verbrennungswunden sind schwerwiegend, sie hinterlassen bleibende Narben und Gelenkfehlstellungen. Viele wertvolle Informationen zu diesem Thema finden Sie auf der Internetseite von **Paulinchen e.V.** Dort wird z. B. empfohlen:

- ➡ Verzicht auf Tischdecken in Haushalten mit Kleinkindern.
- ➡ Verwenden Sie ausschließlich Kaffeemaschinen, Thermoskannen und Kochtöpfe mit geschlossenem festen Deckel (z. B. Überdrucktöpfe).
- ➡ Benutzen Sie nur die hinteren Herdplatten, richten Sie die Pfannenstiele in Richtung Wand. Sichern Sie den Herd durch ein entsprechendes Schutzgitter.
- ➡ Stellen Sie Bügeleisen und Toaster unerreichbar für Kinder auf- bzw. ab.
- ➡ Lassen Sie in die Badewanne zuerst kaltes Wasser einlaufen. Benutzen Sie Warm- und Kaltwasser-Mischbatterien mit feststellbarem Begrenzer.
- ➡ Bewahren Sie Streichhölzer und Feuerzeuge stets kindersicher auf.
- ➡ Verwenden Sie keine Flüssigbrennstoffe zum Grillanzünden.



**Vergiftungen** sind ein immer noch zu häufiges Unfallereignis, vor allem in der Altersgruppe der ein- bis zweijährigen Kinder, die alles in den Mund stecken, was sie in die Finger bekommen können. **Beugen Sie vor!**

- ➡ Sagen Sie Ihrem Kind nie, dass Medizin wie Bonbon schmeckt.
- ➡ Verabreichen Sie Medikamente nur dem, dem sie verschrieben worden sind.
- ➡ Bewahren Sie Medikamente nur im kindersicheren Medikamentenschrank auf.
- ➡ Verwahren Sie Haushaltsreiniger oder andere Chemikalien nur in verschlossenen Originalbehältern.
- ➡ Bewahren Sie ätzende Reinigungsmittel wie WC- und Badreiniger ebenso wie Insektenspray und alle anderen Gefahrenstoffe in verschließbaren, für Kinder nicht erreichbaren Schränken auf.
- ➡ Bewahren Sie alkoholische Getränke sowie Zigaretten, Zigarren oder Tabak stets außerhalb der Reichweite von Kindern auf.
- ➡ Überprüfen Sie Haus, Garten und Balkon auf giftige Pflanzen. Fragen Sie Ihren Gärtner / Ihre Floristin, welche Pflanzen in Haus und Garten oder auf dem Balkon für Ihr Kind ungefährlich sind!

Bitte **überprüfen Sie** mit der folgenden **Checkliste** Ihre persönliche Umgebung und Ihre eigenen persönlichen Gewohnheiten auf Kindersicherheit:

- ➡ Sind alle Innen- und Außensteckdosen mit Kindersicherungen versehen?
- ➡ Sind alle Treppen durch Gitter gesichert?
- ➡ Sind alle Haushaltschemikalien, Medikamente, Alkoholika, Rauchwaren stets geschlossen oder unerreichbar (höher als 1,60 m) aufbewahrt?
- ➡ Sind die Bücherwände, Regale, Fernseher in Ihrer Wohnung gegen Umstürzen ausreichend gesichert?
- ➡ Sind alle Regentonnen fest verschlossen? Verzichten Sie nach einer Möglichkeit auf einen Gartenteich, ansonsten umzäunen Sie diesen. Versehen Sie ihn mit einer Flachwasserzone und decken Sie ihn mit einem Gitter ab.

## Babywippen

Schräg stehende Babywippen **sind kein Dauerliegeplatz für Babys**. Die Entwicklung der Rumpfmuskulatur (wichtig für die Aufrichtung zum Stehen und Laufen) wird durch langes Wippenliegen behindert.

## Angebote für Eltern im Internet

Dieser Eltern-Ratgeber kann nicht das Gespräch mit Ihrem Haus-, Frauen- oder Kinderarzt oder Ihrer Hebamme ersetzen. Er soll aber ein Einstieg sein und Sie ermutigen, sich weiter mit allem zu befassen, was für die Gesundheit, die Ernährung und die Erziehung Ihres Kindes und für Sie und Ihre Familie förderlich ist.

Gute Informationen finden Sie i. d. R. auf Internetseiten von Institutionen, die mit öffentlichen Mitteln gefördert werden und solchen, die keine kommerziellen Absichten verfolgen. Die wichtigsten sind:

[www.bzga.de](http://www.bzga.de) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 51101 Köln; Broschüren wie zum Beispiel „Das Baby - Ein Leitfaden für Eltern“, „Das Baby ist da - rauchfrei“, „Eltern sein - Die erste Zeit zu dritt“, „Sicherheitsfibel“, „Entwicklungskalender“ und „Impfkalender“ und vieles andere (meist kostenlos)

[www.bmfsfj.de](http://www.bmfsfj.de) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 1018 Berlin; Broschüren zum „Mutterschutzgesetz“, „Familienferien“ (Katalog), „Erziehungsgeld und Erziehungsurlaub“, „Kindergeld“ (jeweils kostenlos)

[www.bfr.bund.de/de/nationale\\_Stillkommission2404.html](http://www.bfr.bund.de/de/nationale_Stillkommission2404.html)  
Elternmerkblätter der Nationalen Stillkommission

[www.familien-wegweiser.de](http://www.familien-wegweiser.de) Informationen des Bundesministeriums für Familie, Frauen, Senioren und Jugend

[www.zbfs.bayern.de](http://www.zbfs.bayern.de) Zentrum „Bayern - Familie und Soziales“

[www.schwanger-in-bayern.de](http://www.schwanger-in-bayern.de)

[www.ifp.bayern.de](http://www.ifp.bayern.de) Bayer. Staatsinstitut für Frühpädagogik

[www.elacta.eu](http://www.elacta.eu) Europäische Laktationsberaterinnen Allianz, Stillinformationen (sehr empfehlenswert)

[www.lalecheliga.de](http://www.lalecheliga.de) La Leche Liga Deutschland e. V. Postfach 65 00 96, 81214 München; Stillinformationen (sehr empfehlenswert)

[www.stillen.de](http://www.stillen.de) Homepage des Ausbildungszentrums für Still- und Laktationsberaterinnen; Stillinformationen (sehr empfehlenswert)

[www.still-lexikon.de](http://www.still-lexikon.de)

[www.bdh.de](http://www.bdh.de) Bund Deutscher Hebammen

[www.hebammenverband.de](http://www.hebammenverband.de)

[www.afs-stillen.de](http://www.afs-stillen.de) Arbeitsgemeinschaft freier Stillgruppen

[www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de) Berufsverband der Dt. Kinderärzte; Allgemein- es zu Kindergesundheit, Impfpfehlungen, Ernährung, Krankheiten bei Kindern etc. (sehr umfangreich und informativ)

[www.dgzmk.de](http://www.dgzmk.de) Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde; Ratschläge zur Zahnpflege bei Kindern

[www.schlafumgebung.de](http://www.schlafumgebung.de) Hinweise zur empfohlenen Schlafposition und zum Schlafplatz für einen Säugling

[www.babyschlaf.de](http://www.babyschlaf.de)

[www.kindergesundheit-info.de](http://www.kindergesundheit-info.de) Elternbriefe im Abonnement

[www.eltern.babyfreundlich.org](http://www.eltern.babyfreundlich.org) WHO/Unicef-Initiative babyfreundliches Krankenhaus (BFHI) e.V.

[www.geps.de](http://www.geps.de) Gesellschaft zur Erforschung des plötzlichen Säuglingstodes

[www.lgl.bayern.de](http://www.lgl.bayern.de)

[www.rki.de](http://www.rki.de) Bayerisches Landesamt für Lebensmittelsicherheit und Gesundheit (Screening-Zentrum). Übersicht über die aktuellen Impfeempfehlungen des Robert-Koch-Institutes.

[www.familienbildung.bayern.de](http://www.familienbildung.bayern.de)

[www.elternbriefe.bayern.de](http://www.elternbriefe.bayern.de)

[www.erziehungsberatung.bayern.de](http://www.erziehungsberatung.bayern.de)

[www.zahn.de](http://www.zahn.de) Ratschläge zur Zahnpflege des Bayer. Landeszahnärztekammer

[www.stillgruppe-kulmbach.de](http://www.stillgruppe-kulmbach.de)

[www.schwanger-null-promille.de](http://www.schwanger-null-promille.de) Werdende Mütter und alle, die sie in der Schwangerschaft begleiten, finden hier Informationen, warum ein kleiner Verzicht Sicherheit für ein ganzes Leben bedeutet. Wer ganz persönliche Fragen zum Thema hat, findet in einer eigens eingerichteten Datenbank die Kontaktadressen von Schwangerenberatungsstellen in allen bayerischen Landkreisen.



Eine wertvolle Internet-Adresse ist der Online-Elternratgeber [www.elternimnetz.de](http://www.elternimnetz.de); dort können Sie die Elternbriefe



des Landesjugendamtes aufrufen, die es früher noch per Post für alle Eltern regelmäßig gab. „Eltern im Netz“ wendet sich an Mütter, Väter und alle, die mit Kindern und Jugendlichen zusammenleben. „Eltern im Netz“ informiert und beantwortet Fragen rund um Erziehung und Familie. „Eltern im Netz“ ist der etwas andere Ratgeber der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe.

Unter [www.familienhandbuch.de](http://www.familienhandbuch.de) finden Sie ein internetbasiertes Handbuch zu Themen der Kindererziehung, Partnerschaft und Familienbildung für Eltern und alle, die mit Kindern zusammenleben.



Auf [www.embryotox.de](http://www.embryotox.de), dem Internetportal der Charité zu Pharmakovigilanz- und Embryonaltoxikologie finden Sie Antworten zu Fragen der Medikamenteneinnahme während Schwangerschaft und Stillzeit. Dieses Internetangebot ist ein öffentlich gefördertes, unabhängiges Non-Profit-Projekt.

[www.embryotox.de](http://www.embryotox.de)

## Informationen zum Schnuller (Beruhigungs-sauger): Hintergründe und richtiger Umgang

© Gudrun von der Ohe, Ärztin und IBCLC  
für das Europäisches Institut für Stillen und Laktation

Das Bedürfnis von Babys zu saugen ist angeboren, deshalb werden Menschenkinder im ersten Lebensjahr auch Säuglinge genannt. Saugen ist nicht nur notwendig zur Nahrungsaufnahme (nährendes oder nutritives Saugen) sondern geht darüber hinaus (nicht-nährendes Saugen oder non-nutritives Saugen, auch Trostsaugen oder Nuckeln genannt). Non-nutritives Saugen unterstützt das Baby dabei, sich zu regulieren, z.B. beim Einschlafen oder wenn es sich unwohl fühlt.

Beim Stillen werden beide Formen des Saugbedürfnisses befriedigt, nutritives und nonnutritives Saugen wechselt sich ab, anfangs überwiegt das nutritive Saugen, gegen Ende einer Stillepisode das non-nutritive Saugen.

Alle Babys möchten gerne saugen und benötigen dies zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse – manche Babys haben ein intensiveres Bedürfnis danach, andere etwas weniger. Das Bedürfnis, den Babys etwas anderes als die Brust zum Saugen anzubieten, ist wahrscheinlich so alt, wie es die Menschheit gibt – so zeigen es Ausgrabungen aus vergangenen Kulturen. Auch Wilhelm Busch hat es mit Versen beschrieben: „Der Schnuller“ von 1865: „Hier hast du ihn! Nun sei hübsch still, weil ich die Wäsche trocknen will.“

Früher wurden häufig so genannte Zusel, Stofflappen mit Füllungen unterschiedlicher Art genutzt, **die gesundheitliche Probleme** bargen. Im Jahr 1958 wurde schließlich erstmals von der Firma MAPA ein Schnuller entwickelt, wie wir ihn heute kennen. Vorlage dafür war ein einziges Mutter-Kind-Paar, das beim (leider nicht korrekt angelegten) Stillen beobachtet wurde, wie es den Originalstudien zu entnehmen ist.

Einen wirklich „**kiefergerechten**“ **Schnuller oder Sauger**, wie ihn verschiedenen Firmen immer wieder bewerben, **gibt es nicht** – egal, wie er beschaffen ist. Diese Behauptung bleibt ein reines Werbeversprechen, das so alt ist wie die Produktion der heutigen Schnuller.

**Wenn Sie stillen ist es sinnvoll, auf den Schnuller in den ersten vier bis sechs Wochen zu verzichten.** Stillen ist die erste und wichtigste Präventionsmaßnahme gegen eine Vielzahl von Erkrankungen, sowohl für Kinder als auch für Mütter. Anders als jeder Schnuller ist Stillen tatsächlich „kiefergerecht“: etliche Studien konnten zeigen, dass Stillen aktiv zur Prävention von

Zahn- und Kieferfehlstellungen beiträgt, die Mund- und Gesichtsmuskulatur stärkt und sich positiv auf die Sprachentwicklung auswirkt.

Daher sollte das Augenmerk vor der Einführung eines Beruhigungssaugers zunächst auf der **Etablierung einer gelingenden Stillbeziehung** liegen. Dazu erlernt das Neugeborene zuerst das korrekte Saugen an der Brust und trägt durch häufiges und ausgedehntes Saugen zum Erreichen der vollen Milchmenge bei.

Wenn Sie sich entscheiden, einen Schnuller zu geben, ist ein **gezieltes bewusstes Einsetzen** sinnvoll – ähnlich wie ein Medikament. Das heißt, es braucht

- ➡ eine Indikation (ist er für die jetzige Situation das richtige Mittel?)
- ➡ eine Dosierung (wie lange wird er im Moment gebraucht?) und
- ➡ die Dauer des Einsatzes (wann wird er wieder abgewöhnt?)

Der Einsatz soll nach dem Prinzip „**so wenig wie möglich**“ und „**so viel wie nötig**“ erfolgen. Wie alle Medikamente hat auch der Schnuller Nebenwirkungen.

Ein Kind sollte nie gegen seinen Willen zum Saugen angehalten werden („zugestöpselt“). Manchmal wollen Babys auch nur getröstet, gehalten und getragen werden oder sie benötigen Abwechslung und Anregungen durch Zuwendung und Ansprache.

**Wenn ein Kind saugen möchte, ist die Empfehlung der ersten Wahl, es zu stillen, bis es die Brust von selbst loslässt.** Beim Stillen brauchen Sie sich keine Gedanken zu machen, wo Sie den Schnuller zuletzt hingelegt haben, ob er auch sauber ist, ob es vielleicht dem Kiefer schadet oder ob das Baby eher Hunger hat oder sich nur beruhigen möchte.

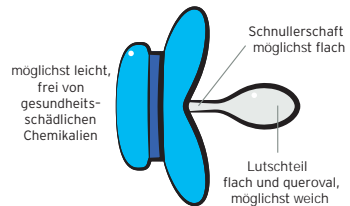
Wenn Sie einen Beruhigungssauger anbieten wollen, sollte das Kind solange saugen dürfen, wie es dies braucht. Am besten ist es, dabei das Kind sich nicht selbst zu überlassen, sondern es zu begleiten, ihm Körperkontakt und Zuwendung zu geben. Und anschließend können Sie den Schnuller wieder bewusst wegräumen.

Schnullerketten bewirken, dass der Schnuller häufiger eingesetzt wird als nötig, weil er ständig zur Verfügung steht. Außerdem erhöht die Kette das Gewicht des Schnullers und der fortwährende Zug bewirkt, dass das Kind zusätzliche Spannung beim Festhalten mit den Lippen aufbaut. **Deshalb sind Schnullerketten nicht zu empfehlen.**



Wenn Sie sich für den Gebrauch eines Schnullers entscheiden,

- ist es besser, einen Sauger zu verwenden, der möglichst weich und anpassungsfähig ist und im Zahn- und Lippenbereich einen möglichst kleinen Durchmesser hat bzw. dort sehr flach ist, um den Mundschluss und die Zahnentwicklung möglichst wenig zu behindern
- ist eine flache symmetrische Form zu bevorzugen, die wenig Raum einnimmt. Latex ist weicher als Silikon.
- sollte das Gesamtgewicht des Schnullers möglichst gering sein, um den Druck auf den Unterkiefer zu vermeiden.



Außerdem wichtig zu wissen:

- Falls der Schnuller zum Einschlafen genutzt wird, soll er nicht wieder in den Mund geschoben werden, wenn er nach dem Einschlafen aus dem Mund gefallen ist.
- Der Schnuller ist nicht immer die beste Antwort auf die Bedürfnisse Ihres Babys: Säuglinge haben viele Ursachen für Unruhe und profitieren von Zuwendung und Körperkontakt.
- Es ist wichtig, dass der Mund bei einem wachen, interessierten Baby frei bleibt, um die Hand-Mund-Koordination zu üben, zum Lautieren und zur Entdeckung der Umwelt.
- Der Schnuller sollte nicht „mitwachsen“, anders als es Hersteller gerne suggerieren. Verwenden Sie die gesamte Zeit über immer den kleinsten Sauger für Neugeborene.
- Im Kleinkindalter sollten liebevoll Grenzen gesetzt werden, wann der Schnuller genutzt wird: zum Beispiel im Bett, im Autositz, im Kinderwagen – nicht aber zum Spielen und während des Sprechens.

Ein Schnuller kann hilfreich sein in folgenden Situationen:

- bei kranken Kindern, wenn die Eltern nicht bei ihm sein können.
- Frühgeborene profitieren vom Saugen am Schnuller, wenn gerade kein Haut- und Körperkontakt mit den Eltern stattfindet und/oder das Stillen noch nicht möglich ist.
- bei längeren schmerzhaften Untersuchungen kann ein Schnuller das Baby beruhigen, wenn Hautkontakt/Stillen nicht möglich ist.
- bei nicht gestillten Säuglingen zum non-nutritivem Saugen und zu Fütter-Unterbrechungen nach den ersten Tagen
- vor allem nicht gestillte Säuglinge scheinen vom Schnuller (beim Einschlafen) als SIDS-Prophylaxe zu profitieren. Dies gilt generell für alle

Säuglinge, wenn die Schlafumgebung ungünstig ist. Gestillte Säuglinge schlafen anders als mit der Flasche gefütterte Kinder.

- ➡ bei Überforderung der Mutter, der Eltern, der Betreuenden, wenn Körperkontakt mit den Eltern und andere Maßnahmen keinen Erfolg hatten.
- ➡ wenn das Baby beim Autofahren weint und die Fahrer\*innen sich nicht auf den Verkehr konzentrieren können
- ➡ wenn eine stillende Mutter nach erfolgreich etablierter Milchbildung und trotz gutem Stillmanagement immer sehr viel Milch hat und das Baby an der Brust kaum non-nutritiv saugen kann, weil ihm jedes Mal die Milch „entgegen schießt“.

Kinder, die als Baby ihr Saugbedürfnis ausreichend stillen konnten, zeigen später weniger sekundäre Habits (Fingernägelbeißen, Stifte kauen, Lippen saugen, ...). Sich mit einem lachenden Baby zu freuen und sich einem weinenden Baby liebevoll zuzuwenden, legt den Grundstein für eine Entwicklung zu einem selbstständigen zufriedenen Erwachsenen.

## Wie beruhige ich mein Baby? - Alternativen zum Schnuller

Bei vielen Babys fängt es abends an. Sie werden missgelaunt und sind durch nichts länger als ein paar Minuten zufrieden zu stellen. Wie können Sie Ihrem Baby helfen? Manchmal hilft beruhigende Musik, eine Spieluhr oder das Ticken einer Uhr. Oder Sie singen ihm etwas vor. Wenn Sie es in einem Tragetuch herumtragen, hält das manchmal länger vor, vor allem wenn Sie in Bewegung bleiben. Oder legen Sie sich, mit dem Baby bäuchlings auf Ihrem Körper, in einem abgedunkelten Zimmer hin. Dann hört es Ihren beruhigende Herzschlag und spürt Ihre wohlige Körperwärme. Sehr entspannend ist ein warmes Bad für das Baby. Legen Sie die Badezeit deshalb am besten in diese Unruhezeit am Abend. Gönnen Sie Ihrem Baby und sich feste **Rituale**. Sie werden Ihnen allen gut tun. **Vermeiden Sie eine Reizüberflutung Ihres Babys** (also kein Radio, kein Fernsehen während des Stillens oder Fütterns).

## Wenn Sie noch weitere Fragen haben....

Vor der Entlassung, bei der Sie neben den üblichen Entlassungspapieren (Brief an den Frauenarzt und ggf. an den Kinderarzt) auch das gelbe Vorsorgeheft, Ihren Mutterpass, Vitamin D-Tabletten für Ihr Baby und Utensilien zur Nabelpflege erhalten, bestehen für Sie vielleicht noch Unsicherheiten zur Pflege und Ernährung Ihres Kindes. Fragen Sie uns! Wir werden Ihre Fragen so gut wie möglich beantworten.

Sollten sich später noch Unklarheiten auftun, wenden Sie sich bitte an die Sie betreuende Hebamme, an Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin, an Ihren Frauenarzt/Ihre Frauenärztin bzw. an Ihren Kinderarzt/Ihre Kinderärztin. In Ernährungsfragen können Sie die Still- und Ernährungshotline für Neugeborene und Säuglinge (Tel.: 092 21/98 - 4714) am Klinikum Kulmbach nutzen.

## Wenn Sie Wünsche und Verbesserungsvorschläge für diesen Online-Ratgeber haben ...

teilen Sie uns dies bitte unbedingt mit! Trotz größter Sorgfalt beim Korrekturlesen konnten vielleicht (leider) manche Tippfehler „überleben“ – dafür entschuldigen wir uns. Vielleicht vermissen Sie trotz des gewachsenen Umfangs unseres Ratgeber immer noch ein für Sie wichtiges Thema – sagen Sie es uns bitte! Wir freuen uns über jede Kritik, jede Anregung und jeden Vorschlag! Die Mütter, die nach Ihnen bei uns in Kulmbach entbinden werden, werden davon profitieren, wenn wir sie mit Ihrer Hilfe noch besser informieren können.

## Wir wünschen Ihnen und Ihrer Familie alles Gute und viel Freude mit Ihrem Baby!

Ihre Gesundheits- und Kinder-/Krankenpflegerinnen,  
Stillberaterinnen, Hebammen und Ärzte der Station 1A  
am Klinikum Kulmbach



## Die Seiten für die Väter

## Die Seiten für die Väter

Nach der Geburt des Kindes ist vieles anders als es noch während der Schwangerschaft war, auch wenn die letzten Monate schon etwas ganz Besonderes in Ihrer Beziehung waren. Die Rolle der Väter definiert sich in jeder Zeit neu. Jeder Mann braucht dabei aber seine eigene Zeit, bis er sich in der neuen Situation zurechtfindet. Trotz dieser „Anlaufzeit“ sollten Sie als Vater die Mutter ihres Kindes nach Kräften unterstützen, bei der Baby-pflege, im Haushalt, bei allen Dingen, bei denen Hilfestellung gut tut.

Einen sehr wichtigen Beitrag der Väter in den ersten Wochen und Monaten nach der Geburt möchten wir an dieser Stelle in den Focus stellen, da es ganz entscheidend von der **Einstellung des Vaters** abhängt, ob und wie lange eine Mutter ihr Kind stillen wird. Zunächst werden wir Ihnen also Informationen rund um Muttermilch und das Stillen vermitteln und Ihnen Vorschläge machen, wie Sie das Stillen Ihres Babys fördern können. Danach beschäftigen wir uns auch noch ein bisschen intensiver mit der (neuen Vaterrolle als solches).

**Bitte lesen Sie die nachfolgenden Seiten mit Informationen über die Gesundheit Ihres Kindes und Ihrer Frau aufmerksam durch, denn Stillkinder brauchen ihren Vater – und Stillmütter ihre Partner!** Sollte sich die Mutter für eine andere Form der Säuglingsernährung als das Stillen entschieden haben, hat sie eine ausführliche Broschüre zur Formula-Ernährung von uns bekommen. Bitte lesen sie dann diese Broschüre und unterstützen Sie die Mutter intensiv und nachhaltig bei den dort beschriebenen Vorgehensweisen.

Seit mehr als 400.000 Jahren stillen Mütter in allen Kulturen dieser Erde ihre Kinder. Ohne die wertvolle Muttermilch wäre ein Überleben der Menschheit nicht geglückt. Erfreulicherweise entscheiden sich **wieder immer mehr Mütter, ihr Baby zu stillen**. Wenn der Vater des Kindes eine positive Einstellung zum Stillen hat und seine Frau dabei emotional unterstützt, stillt Sie wesentlich länger, als wenn der Partner sich indifferent zum Stillen äußert oder das Stillen sogar ablehnt. **Sie als Vater spielen also eine äußerst wichtige Rolle, wenn es um die beste Ernährung für Ihr Baby geht.**

Auf welche Weise Sie in Ihre „Stillvater“-Rolle hineinwachsen können, möchten wir Ihnen auf den folgenden Seiten skizzieren. Denn die Beziehung des Babys zu einem Erwachsenen entwickelt sich nicht alleine oder ausschließlich über das Stillen: Es gibt viele Wege, ein guter Vater zu werden. Und Sie werden erleben, dass dadurch auch die Beziehung zu Ihrer Partnerin/Frau in eine neue Dimension wachsen wird.

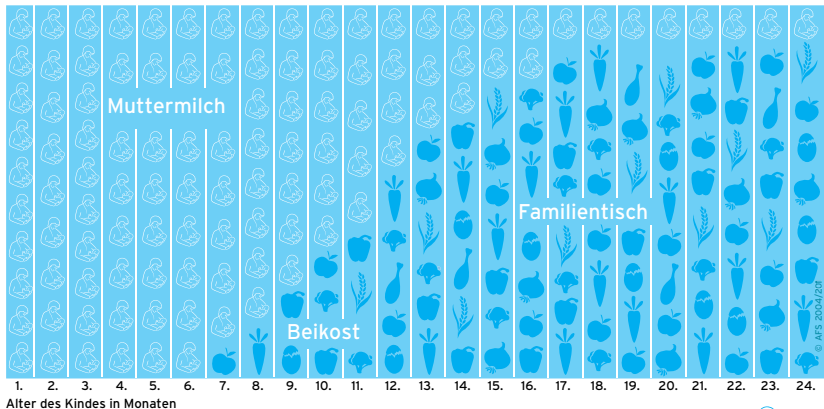
## Warum ist Stillen so wichtig für das Baby?

Alle Experten sind sich darin einig, dass Muttermilch die beste Nahrung für einen Säugling ist. Muttermilch ist nicht nur „Nährstoff“, sondern auch ein wirksamer Schutz gegen Allergien, späteres Übergewicht und andere Zivilisationskrankheiten. Stillen hilft den Babys, ein natürliches Sättigungsgefühl zu entwickeln, das sie bis in die Pubertät hinein schützen wird, zu viel auf einmal essen zu wollen.

Muttermilch enthält die Nahrungsbausteine Eiweiß, Fett und Kohlenhydrate in der genau richtigen Zusammensetzung. Sie liefert dem Baby Enzyme zur Verdauung und Antikörper als Schutz vor Infektionen der oberen Luftwege und des Magen-Darm-Traktes. In letzter Zeit verdichten sich auch die Hinweise darauf, dass Stillen das Risiko des Plötzlichen Säuglingstodes (SIDS) senken kann.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt, **sechs Monate nach der Geburt ausschließlich zu stillen**, d. h. keine andere Nahrung oder Flüssig-

### Allgemeine Ernährungsempfehlungen für Säuglinge und Kleinkinder nach WHO\*



\*die WHO empfiehlt (WHA-Resolution 54.2 vom 18.5.2001 und spätere Dokumente): 6 Monate ausschließlich stillen, das heißt, keine andere Nahrung oder Flüssigkeit außer Muttermilch, und danach neben geeigneter Beikost weiter stillen bis zum Alter von 2 Jahren und darüber hinaus.

Hinweis:  
Die abgebildeten Lebensmittel stehen beispielhaft für geeignete Bei- und Familienkost.

**AFS** Arbeitsgemeinschaft  
Freier Stillgruppen  
Bundesverband e. V. 

Angelika Reck & Uta Reich-Schottky © 2011  
AFS Geschäftsstelle  
Bornheimer Straße 100 53119 Bonn  
Tel. 0228 - 350 3871 Fax: 0228 - 350 3872  
geschaeftsstelle@afs-stillen.de www.afs-stillen.de

keit außer Muttermilch zu geben, und dann bis zum Ende des zweiten Lebensjahres das Stillen als „Beistillen“ fortzuführen. Diese Empfehlung unterstützt das Klinikum Kulmbach als babyfreundliche Geburtsklinik ausdrücklich. Mut-

termilch hat eine einzigartige Zusammensetzung an Fettsäuren und anderen, für die Entwicklung des Gehirns wichtigen Stoffen. Somit fördert Stillen die geistige und kognitive Entwicklung des Kindes. Es wird besser Sehen lernen und sich besser in seiner Umwelt zurechtfinden können. Es wird wahrscheinlich sogar um einige IQ-Punkte höher liegen und sich in der Schule in Mathematik und beim Lesen etwas leichter tun, später im Leben „besser organisiert“ und weniger anfällig für Stress sein.



In den ersten Tagen bekommt das Baby aus der Brust seiner Mutter eine **Vormilch**, das **Kolostrum**. In dieser Vormilch, die sich bereits zum Ende der Schwangerschaft bildet und über die jede Mutter verfügt, sind extrem viele Abwehrzellen (weiße Blutkörperchen) und sehr viele Abwehrstoffe, so genannte Antikörper, enthalten, die den Verdauungstrakt des Kindes schützen. Kolostrum wirkt zudem leicht abführend, so dass sich der erste Stuhlgang des Babys, das „Kindspech“, leichter ausscheiden lässt. Ein spezieller Inhaltsstoff der Muttermilch fördert die gesunde Entwicklung des Darmes und schützt, auch in späteren Jahren, vor chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

wie Colitis ulcerosa oder Crohn'scher Erkrankung und vor Diabetes mellitus, der Zuckerkrankheit.

**Stillen fördert auch die Entwicklung der Kieferform und der Zähne.** Es beugt somit Karies und Zahnfehlstellungen vor, die bei anhaltender Verwendung von Schnullern und Saugen aus Trinkflaschen entstehen können.

Flaschenmilchnahrung ist keine Alternative zur Muttermilch. Säuglinge wurden ursprünglich nur dann mit Nahrung aus einer Flasche ernährt, wenn ihre Mutter nicht mehr lebte und sie auch nicht von einer anderen Frau, die Milch geben konnte, gestillt werden konnten.

Die **Fähigkeit** einer Frau, **zu stillen, ist so gut wie nie eingeschränkt.** Egal ob die Brüste einer Frau groß oder eher klein sind - sie wird unabhängig davon ein Baby an der Brust ernähren können, wenn sie sich entscheidet zu stillen. Bereits in der Schwangerschaft werden alle Hormone in ausreichender Menge gebildet, damit das Stillen gleich nach der Geburt losgehen kann. Mit einer guten Stillanleitung können nahezu alle Frauen erfolgreich stillen,

vorausgesetzt sie wollen es und sind bereit, es zusammen mit ihrem Baby zu erlernen. Auch nach einer Brustoperation ist (Teil-) Stillen meist möglich.

## Warum ist Stillen so gut für die Mütter?

Stillen ist nicht nur gesünder für ein Baby - auch die stillende Mutter profitiert in vielfältiger Weise, wenn sie ihrem Baby die Brust gibt.

Mütter, die stillen, erholen sich schneller von den Anstrengungen der Geburt. Durch das Hormon **Oxytocin**, das beim Stillen in ihrem Körper freigesetzt wird, zieht sich die Gebärmutter nach der Geburt besser und kräftiger zusammen. Bereits der Blutverlust bei der Lösung der Nachgeburt wird dadurch verringert. Außerdem wird die Rückbildung der Gebärmutter durch Stillen gefördert, und das bei jedem Anlegen des Kindes. Oxytocin fördert das so genannte **Bonding**. Es ist eines der Hormone, das auch beim Sex eine wichtige Rolle spielt und die emotionale Bindung des Mannes zur Frau und umgekehrt bewirkt.

Stillende Mütter erreichen im Vergleich zu nichtstillenden Müttern schneller wieder das Gewicht, das sie vor der Schwangerschaft hatten. Sie sind insge-





samt zuversichtlicher und weniger ängstlicher als Mütter, die nicht stillen. Neben dem Oxytocin ist dafür das Hormon **Prolaktin**, ein milchbildendes und bindungsförderndes Hormon, verantwortlich. Eine Wochenbettdepression, die für die Elternbeziehung und das Wohlergehen des Babys eine ernste Belastungsprobe darstellen kann, ist für stillende Mütter ein viel selteneres Problem als für Formula (Flaschenmilch) fütternde Eltern.

**Die Vorteile des Stillens für die Mütter reichen weit über die Zeit des eigentlichen Stillens hinaus.** Mütter, die gestillt haben, erkranken seltener an Eierstock- und an Brustkrebs. Eine Stilldauer bis ins zweite Lebensjahr hinein bei möglichst jedem Baby der Frau reduziert das Risiko für die beiden genannten Krebsarten um die Hälfte. Auch haben stillende Mütter ein geringeres Risiko, im Alter an Osteoporose oder Herzproblemen zu erkranken.

## Warum ist Stillen auch besser für den Vater?

Stillen stärkt das emotionale Band zwischen Mutter und Baby, das für das Vertrauen des Kindes in seine neue Welt besonders wichtig ist. Der Vater ist aber genauso wichtig, um dieses Urvertrauen aufzubauen.



Nicht alle Zuwendung und Liebe müssen mit Nahrungsaufnahme verbunden sein! Ihre **väterliche Fürsorge** vermitteln Sie dem Baby auch durch jede andere Form von Hinwendung wie Baden, An- oder Ausziehen und die Windeln wechseln, durch das Tragen und Kuscheln mit dem Baby. Lachen, Streicheln, Vorlesen oder Singen werden dem Baby gefallen. Spielen mit dem Baby natürlich auch! All das sind wunderbare Gelegenheiten, sich gegenseitig kennen und sich verlieben zu lernen. Es gibt keinen Grund, sich als Vater ausgeschlossen zu fühlen, wenn Ihre Frau das Baby stillt. Das ist zwar ihr Privileg, aber als Vater haben Sie eine andere, nicht minder erfüllende und wichtige Rolle, die Sie übernehmen und ausfüllen können.

**Für Ihre Frau ist es besonders wichtig zu spüren, dass Sie hinter ihr stehen, wenn sie sich für das Stillen entschieden hat.** Sie unterstützen sie dabei, indem Sie ihr sagen, wie wichtig und gut Stillen für Ihr gemeinsames Baby ist, und dass Sie es toll finden, dass sie stillt. Wenn Sie ihr zusätzlich durch Mithilfe im Haushalt oder bei der Pflege des Babys den Rücken frei halten, wird sie sich sehr bestärkt fühlen, das Richtige zu tun. Bringen Sie ihr das Baby zum Stillen, stellen Sie ihr etwas zu Essen oder zu Trinken bereit, damit sie die Stillzeit nicht unterbrechen muss, wenn sie selbst hungrig wird oder Durst hat.

**Sagen Sie auch anderen – Großeltern, Freunden, Arbeitskollegen – wie gut Sie es finden, dass Ihre Frau stillt.** Manch ein unnötiger Kommentar, der eine junge Mutter bezüglich des Stillens verunsichern könnte, dürfte so unterbleiben. Bitten Sie Besucher um etwas Geduld, wenn ihre Frau gerade stillt, damit sie das ungestört tun kann.

Auch wenn es darum geht, Muttermilch zu verfüttern, die Ihre Frau/Ihre Partnerin vorsorglich abgepumpt hat, weil sie für einige Stunden außer Haus sein muss, können Sie diese Aufgabe übernehmen, statt sie an eine andere Person zu delegieren.

Um abschließend zu beantworten, warum Stillen auch aus Sicht der Väter besser ist: **Stillen erhält die Gesundheit** der stillenden Mutter, **schont den Geldbeutel** (ca. 80 Euro/Monat werden gespart) **und sorgt für eine gute Entwicklung des Babys.** Alle diese Vorteile kommen indirekt natürlich auch dem Vater zugute. Genießen Sie es auch, einfach beim Stillen dabei zu sein, einfach so, ganz nah bei Ihrem Baby und Ihrer Frau. Es ist eine gute Gelegenheit, Zeit miteinander zu verbringen, das eine oder andere zu besprechen, am Leben des anderen intensiv teilzuhaben, wenn Sie tagsüber nicht beisammen sein können.

**Ermutigen Sie Ihre Frau und ermöglichen Sie ihr, eine Stillgruppe zu besuchen.** Hier trifft sie Frauen, die sich in der gleichen Situation befinden und die sich gegenseitig zusätzliche Unterstützung und Gemeinschaft anbieten können.



AFS-Stillgruppe Kulmbach (2017)

## Stillen, Sex und Eifersucht

Bis in die Gegenwart glauben viele Männer, dass Frauen durch Stillen weniger attraktiv würden, dass Stillen schlecht für die Brüste sei, und so-wieso, Stillen sei schlecht für die Sexualität. Von allen diesen Vorurteilen ist keines berechtigt.

### Stillen und nachfolgende Schwangerschaften

Konsequentes Stillen verzögert die Rückkehr eines regelmäßigen Zyklus der Frau, so dass es einen gewissen, aber nicht 100%igen **Schutz vor einer erneuten Schwangerschaft** bietet. Um sie sicher zu vermeiden, sollten Paare **auf zusätzliche Verhütungsmethoden deshalb nicht verzichten**.

Es ist nicht das Stillen, sondern die Geburt und die danach folgende hormonelle Umstellung, die die Mutter und auch den Partner ihre **Sexualität nach der Schwangerschaft** meist anders erleben lassen. Der gesamte Tagesablauf hat sich mit dem Baby geändert und Mütter sind einfach erschöpft, füh-

len sich „wie ausgelaugt“ am Ende eines anstrengenden Tages und damit einfach zu müde für körperliche Intimität. Hinzu kommt, dass selbst kleine, noch nicht vollständig abgeheilte Wunden in der Scheide oder ein Dammschnitt beim ersten Sex nach der Geburt noch Unbehagen bereiten können, so dass viele Partner doch einige Wochen bis zum nächsten „ersten Mal“ warten. Auch das ganz normale, vorübergehende Trockenheitsgefühl in der Scheide in den ersten Wochen nach der Geburt macht manchmal Probleme. Mit der Zeit wird sich das sexuelle Verlangen aber wieder auf das gleiche Niveau wie vor der Schwangerschaft einstellen. Viele Frauen werden ihre Sexualität, nachdem sie ein Baby geboren haben, sogar noch erfüllender erleben.

Manchmal entsteht durch die Geburt des Kindes **Eifersucht** in der Partnerschaft. Einerseits sind die Väter eifersüchtig auf das Kind, das ihnen so ganz die Partnerin zu nehmen scheint. Andererseits sind die Frauen eifersüchtig, wenn sie sehen, wie zärtlich die Väter mit ihren Kindern umgehen, während die Männer sich gleichzeitig weniger um sie kümmern. Wichtig ist gerade in dieser sensiblen Anfangszeit, dass Sie sich als Elternpaar **Zeit für Gespräche** miteinander nehmen. Wenn Sie die eigenen Gefühle wahrnehmen und darüber sprechen, wenn Sie diese gegenseitig akzeptieren und gemeinsam nach Lösungsmöglichkeiten suchen, können Konflikte in der Partnerschaft schon von vornherein vermieden werden.

## Wie funktioniert das Stillen eigentlich?

Wenn das Baby angelegt wird und an die Brust, genauer gesagt an der Brustwarze (der Mamille) „andockt“, stimuliert es über feine Nervenbahnen die



Hirnanhangsdrüse der Mutter. Dort werden dann zwei Hormone freigesetzt, die äußerst wichtig sind: Prolaktin, das die Drüsenzellen der Brust dazu stimuliert, Milch zu bilden, und Oxytocin, das die milchbildenden Zellen zur Kontraktion anregt, damit die Milch über feine Milchgänge bis zur Brustwarze und in den Mund des Babys transportiert wird. Diesen Regelkreis nennt man den „**Milchspendereflex**“.

Milch wird in der Stillzeit immerzu gebildet. Während das Baby an der Brust trinkt, werden die milchbildenden Zellen intensiver angeregt Milch bereitzustellen als zwischen den Stillmahlzeiten. Bald nach einer Stillmahlzeit ist der „Milchvorrat“ schon wieder so groß, dass er für die nächste Mahlzeit des Babys einen guten Start bildet.

**Je häufiger eine Frau ihr Baby stillt,  
desto mehr Milch wird sie haben.**

Deshalb ist es von großer Wichtigkeit, dem Baby am ersten Lebenstag ca. 6-8 Stillmahlzeiten, und am 2.-10. Lebenstag zwischen 8-12 (und mehr) Stillmahlzeiten in 24 Stunden zu ermöglichen, um die Milchbildung gut in Gang zu bringen. Das ist anstrengend! Nachts darf deshalb einmal eine längere Pause von 4-5 Stunden entstehen, damit sich die Mutter erholen kann.

Nach ein paar Tagen, insbesondere nach dem Milcheinschuss am 3.-5. Tag, wird die Milch leichter und vor allem reichlicher fließen. Damit dürfen sich die Zeiten zwischen den Mahlzeiten verlängern. Nach der Neugeborenenphase mit mindestens 8-12 mal Stillen in 24 Stunden können dann 6-8 Stillmahlzeiten pro Tag genügen, um das Baby gut gedeihen zu lassen.

## Ist Frauenmilch von Anfang an gleich?

Die Milch von verschiedenen Frauen unterscheidet sich nur wenig, und selbst in Krisenzeiten wie z. B. während Hungersnöten bleibt die Zusammensetzung der Muttermilch fast gleich. Muttermilch durchläuft jedoch verschiedene Entwicklungsstufen: Es gibt das Kolostrum (Vormilch), die Übergangsmilch (transitorische Milch) und schließlich, nach ca. 10 - 14 Tagen, die reife Muttermilch.

### Kolostrum

In den ersten Tagen nach der Geburt bildet die Frau eine besondere Milch, die dick, klebrig und gelblich aussieht. Diese besondere Milch wird Kolostrum genannt und enthält große Mengen an Antikörpern und Wachstumsfaktoren. Das Kolostrum fördert die Entwicklung des Verdauungstraktes des Babys. Kolostrum wirkt außerdem leicht abführend, so dass das Baby das Kindspech (Meconium, den ersten Stuhlgang) leichter ausscheiden kann. Auf diese Weise trägt Kolostrum dazu bei, der Neugeborenenengelbsucht vorzubeugen, da das Bilirubin (der gelbe Farbstoff) mit dem Stuhlgang leichter ausgeschieden wird. Obwohl nur geringe Mengen Kolostrum gebildet werden, braucht das Baby in den ersten Tagen normalerweise nichts anderes.

### Übergangsmilch (Transitorische Milch)

In den darauf folgenden zwei Wochen nimmt die Milchmenge deutlich zu. Sowohl das Aussehen als auch die Zusammensetzung der Muttermilch verändern sich. Während der Gehalt an Abwehrfaktoren und Eiweiß abnimmt, enthält die Milch nun mehr Fett und mehr Kohlenhydrate (Zucker). Zu diesem Zeitpunkt können sich die Brüste voll, fest und schwer anfühlen. Die damit einhergehende Anschwellung der Brust empfinden die meisten Mütter als „Milcheinschuss“. Durch häufiges Anlegen kann das Spannungsgefühl beim Milcheinschuss abgemildert werden.

### Reife Muttermilch

Nach etwa 10-14 Tagen gibt es dann die reife Frauenmilch. Sie ist im Aussehen dünner und wässriger als Kuhmilch, doch sie enthält alle Nährstoffe, die für eine gesunde Entwicklung des Babys erforderlich sind. Muttermilch ist niemals „zu dünn“. Die reife Muttermilch verändert sich auch im Verlauf der einzelnen Stillmahlzeit, um exakt den Bedürfnissen des Babys zu entsprechen.

## Wie wachsen Väter in die Vaterrolle?

Eine einfache Frage: Wann (nicht wie!) wird man Vater? Aber gibt es darauf eine schnelle und noch dazu eindeutige Antwort? Frauen haben es da viel leichter als Männer: Eine Frau wird zur Mutter durch die Geburt ihres Kindes.

Väter brauchen, auch wenn sie bei der Geburt des gemeinsamen Babys dabei sind und diesen Moment als ganz bedeutsam in ihrem Leben wahrnehmen, in der Regel länger, um in ihre neue Rolle hineinzuwachsen. Für manche Männer ergibt sich die Anwesenheit bei der Geburt als soziale Erwünschtheit, ohne dass sie innerlich beteiligt sind. Gerade aber die innere Einstellung der Männer, ihrer Partnerin beizustehen und von Anfang an gemeinsam für das Baby da zu sein, ist für ihr späteres Engagement in der Familie und bei der Erziehung der Kinder bedeutsam, nicht dagegen die bloße Tatsache einer Teilnahme an der Geburt.

Die Aufgabe, sich als Mann möglichst optimal auf die Rolle als Vater einzustellen, bedeutet heutzutage für viele Männer eine Herausforderung. Für diese neue Aufgabe gibt es nur wenige oder gar keine konkreten Vorgaben durch die Gesellschaft als Orientierung und Hilfestellung. Als Vater heute seinen Mann zu stehen, bedeutet deshalb, die für sich beste Lösung selbst zu erarbeiten. Diese individuelle Aufgabe ist eine wichtige Chance für den werdenden Vater, denn jeder Mann kann eine für sich neue Rolle als Vater erschaffen. Am wichtigsten ist dabei allerdings, dass er dies in Abstimmung mit der Mutter des Kindes tut.

Nicht nur in der Paarbeziehung sind Einfühlsamkeit und Sensibilität wichtig. Als Vater erleben Sie, wie das Baby sich in Ihrer Welt schnell daheim fühlen wird, wie es sich bemerkbar macht und den Tagesablauf der Eltern neu „gestaltet“. Nehmen Sie sich die Zeit, ja genießen Sie sie. **Kuscheln und schmuse** Sie mit Ihrem Baby und staunen Sie über jeden Fortschritt, den es machen wird. Nutzen Sie die Gelegenheiten, gemeinsame Unternehmungen zu starten, anfangs kleine Spaziergänge, später Ausflüge mit Ihrer Frau und dem Baby zu machen. Stillen unterwegs ist kein Problem! Es gibt überall Möglichkeiten, sich zum Stillen zurückzuziehen, wenn Ihre Frau vor neugierigen Blicken in der Öffentlichkeit geschützt sein will. Manche Väter mögen es unschicklich finden, wenn die Brust ihrer Frau beim Stillen zu sehen ist. Dabei kann praktische Kleidung helfen, die von unten her zu öffnen oder einfach hochzuschieben ist, so dass kaum mehr wahrzunehmen ist, dass eine Frau stillt.

## Erfolgreiche Stillunterstützung durch den Vater

(von der Initiative Liewensufank, Luxemburg)

- ➡ **Unterstützen und ermutigen Sie Ihre Frau zum Stillen.**  
 Manchmal wird sie sich in Ihrer Stillfähigkeit verunsichert fühlen. Dann ist Ihre Unterstützung am wichtigsten.
- ➡ **Teilen Sie Ihre Frau mit dem Baby.**  
 Wenn dies manchmal schwierig zu akzeptieren ist, erinnern Sie sich dann daran, dass die Stillzeit vorübergeht. Geben Sie jetzt Ihrem Kind den Vorrang.
- ➡ **Nehmen Sie am Stillen teil, wann immer es Ihnen möglich ist.**  
 Ihre Präsenz, Ihre Berührungen und Ihr Streicheln während des Stillens sind ideal, um die Bindung (Bande) zwischen Mutter, Kind und Vater zu entwickeln und zu stärken.
- ➡ **Seien Sie geduldig und verständnisvoll.**  
 Während der anfänglichen Stillzeit wird es Ihrer Frau wahrscheinlich nicht möglich sein, eine perfekte Hausführung beizubehalten und ausgiebige Mahlzeiten zuzubereiten. Die Bedürfnisse des Babys sind vorrangig in dieser ersten Zeit als junge Familie.
- ➡ **Nehmen Sie Ihrer Frau Arbeiten ab.**  
 Helfen Sie bei der Hausarbeit und übernehmen Sie z. B. das Windelwechseln, das Baden oder Anziehen des Babys.
- ➡ **Bewahren Sie Ihre Ruhe.**  
 Obwohl Stillen viel Zufriedenheit bringt, können auch Schwierigkeiten und Erschöpfung auftreten. Manchmal wird Ihre Frau vielleicht ungeduldig sein. Bleiben Sie dann liebevoll und voller Verständnis. Vermeiden Sie unnötige Unannehmlichkeiten, welche den Milchspendereflex bremsen könnten.
- ➡ **Kümmern Sie sich um ältere Geschwisterkinder.**  
 Ihr Ziel sollte es sein, sich vermehrt um die Geschwister zu kümmern, damit diese sich nicht durch die Präsenz des neuen Geschwisterchens vernachlässigt fühlen. Dies gibt Ihrer Frau die Möglichkeit, sich um die Bedürfnisse des Babys zu kümmern.
- ➡ **Streicheln Sie ruhig weiterhin die Brust Ihrer Frau.**  
 Wenn dies Bestandteil Ihres Umgangs war, sind die Brüste jetzt nicht tabu für Sie, nur weil Ihre Frau stillt. Studien haben gezeigt, dass das Streicheln der Brüste durch den Partner sie sogar empfänglicher macht für die Stimulation durch das Baby.



➔ **Seien Sie einfühlsam gegenüber Veränderungen der sexuellen Bedürfnisse Ihrer Partnerin.**

Bei einigen Frauen steigern sich die Bedürfnisse, bei anderen werden sie weniger, beides ist normal. Dies ist eine gute Gelegenheit neue Wege auszuprobieren, um flexibel auf die Bedürfnisse von jedem einzugehen.

➔ **Bringen Sie nie Babyflaschen, Schnuller oder Ersatzmilch mit nach Hause!**

Der Stillterfolg hängt viel von Ihrer Einstellung ab. Ausschließliches Stillen während der ersten sechs Monate, Ihre Liebe und Unterstützung ist alles, was Ihr Baby braucht, um sich gesund und optimal zu entwickeln.

## Blumen machen Freude

Falls Sie Ihrer Frau nach der Geburt (noch) keinen Blumenstrauß geschenkt haben, holen Sie das möglichst bald nach! – Sie werden überrascht sein, was Sie damit bewirken...



Sie können uns auch nach der Entlassung aus der Klinik zu Fragen der Ernährung Ihres Babys in den ersten Monaten telefonisch kontaktieren. Die Telefonnummer für ein Beratungsgespräch mit einer erfahrenen Pflegefachkraft (Gesundheits- und [Kinder-] Krankenschwester oder Hebamme) ist

**09221/98-4714**

[www.klinikum-kulmbach.de](http://www.klinikum-kulmbach.de)

Wir sind für Sie da.

Für weitere allgemeine Informationen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Kontaktieren Sie uns:

Frauenklinik  
im Klinikum Kulmbach  
Albert-Schweitzer-Straße 10  
95326 Kulmbach  
Telefon: 0 92 21 - 98 - 0  
Telefax: 0 92 21 - 98 - 50 94  
E-Mail: [service@klinikum-kulmbach.de](mailto:service@klinikum-kulmbach.de)  
Internet: [www.klinikum-kulmbach.de](http://www.klinikum-kulmbach.de)