

pinard

Kongressbericht
2024



consilium
Hebamme

A large, white silhouette of a human head in profile, facing right, is positioned on the left side of the page. The silhouette is defined by a thick, blue outline. The interior of the head is white, creating a strong contrast with the dark teal background.

pädiatrisch gut beraten

IMPRESSUM

Ausgabe

Kongressbericht *pinard* 2024

Autorinnen und Autoren

Alexandra Raupach
Bettina Kraus
Dr. Marcus Riemer
Prof. Dr. Mirjam Fischer
Dr. Frank Paulus
PD Dr. Christina Schnopp
Prof. Dr. Wolfgang Kölfen
Lars Ruppel
PhD Kerstin Römermann

Redaktion

Dr. Dirk Schilling
Dr. Jacob Dawitz
Dr. Kristin Brendel-Walter

Herausgeber

Pädia GmbH
Von-Humboldt-Straße 1
64646 Heppenheim

Telefon: +49 6252 9128700
E-Mail: kontakt@paedia.de
www.paedia.de

ISSN 2751-1537

Der Kongressbericht des pinard 2024

Liebe Leserinnen und Leser,

vor Ihnen liegt das Kongressheft zum 2. Hebammen-Großkongress pinard, dem Höhepunkt der Reihe „consilium Hebamme“ im Jahr 2024. Der 17. Februar war es, an dem der pinard-Kongress im ehemaligen Bonner Bundestag mit rund 1.700 Teilnehmenden und einem bunten Rahmenprogramm seinen 1. Geburtstag feierte!

Wir haben die Vorträge hier für Sie zusammengefasst und aufbereitet. Wenn Sie am Kongress teilgenommen haben, dient dies der Auffrischung Ihrer Erinnerung. Wenn Sie nicht dabei waren, als Anregung und Motivation, beim nächsten pinard live dabei zu sein.

Tragen Sie sich schon jetzt den **28. Februar 2026** in Ihren Kalender ein.

Mit viel Schwung startete das Symposium mit einem Vortrag „Sportlich durch die Schwangerschaft“ der Sportwissenschaftlerin Alexandra Raupach. Sie motivierte im Laufe des Tages die Zuhörerschaft mehrfach mit praktischen sportlichen Einheiten zu einer aktiven Teilnahme am pinard. Hebamme Bettina Kraus stellte das Thema „Strategien für einen gelingenden Stillstart bei Late Preterms“ vor und gab praxisrelevante Tipps. Dr. med. Marcus Riemer wiederum konfrontierte die Kongressteilnehmenden mit dem sensiblen Thema „Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD)“. Dem Themenbereich „Kinder gleichgeschlechtlicher Eltern“ und dessen besonderen Herausforderungen für den heutigen Hebammenalltag widmete sich die Soziologin Prof. Mirjam Fischer. Psychologe Dr. Frank Paulus erläuterte mit seinem Vortrag zum „Medienkonsum im Säuglingsalter“, wie empfindlich Säuglinge auf Medienkonsum reagieren. In einem bildreichen Referat illustrierte die Fachärztin PD Dr. med. Christina Schnopp „Hautveränderungen in den ersten drei Lebensmonaten“. Und unter dem prägnanten Titel „Hören Sie mich nur oder verstehen Sie mich auch?“ beleuchtete Prof. Dr. Kölfen, Pädiater und Kommunikationstrainer, schließlich am Ende des Kongresses das wichtige Thema Kommunikation in der Hebammenarbeit.

Unterhaltsam begleitet wurde die Veranstaltung durch Lars Ruppel, seit 2005 Poetry Slam Meister mit zahlreichen Titeln. Seine Ode über das Wirken von Hebammen finden Sie an besonderer Stelle in der Mitte des Heftes.

Wir wünschen Ihnen eine gewinnbringende Lektüre, wann und wo auch immer es Ihnen am besten passt. Viel Spaß beim Lesen wünschen Ihnen





Dr. Dirk Schilling
Leiter Produktmanagement Hebammen



Julia Hammel
Produktmanagement Hebammen



Bianca Köhler-Schweikart
Beratende Hebamme

Inhalt

1. Sportlich durch die Schwangerschaft.	6
Alexandra Raupach	
2. Strategien für einen gelingenden Stillstart bei Late Preterms	11
Bettina Kraus	
3. Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD)	16
Dr. Marcus Riemer	
4. Kinder gleichgeschlechtlicher Eltern	23
Prof. Dr. Mirjam Fischer	
5. Medienkonsum im Säuglingsalter	30
Dr. Frank Paulus	
6. Hautveränderungen in den ersten drei Lebensmonaten.	34
PD Dr. Christina Schnopp	
7. „Hören Sie mich nur oder verstehen Sie mich auch?“	41
Prof. Dr. Wolfgang Kölfen	
8. Literatur	44
Selbsttest	47

Sponsoren des Kongresses



Referierende



Prof. Dr. Mirjam Fischer, Frankfurt

ist Soziologin der sexuellen und geschlechtsspezifischen Vielfalt in Europa. Konkret liegt ihre Forschungsexpertise bei sexuellen und geschlechtsspezifischen Ungerechtigkeiten in sozialen Netzwerken, familiären Beziehungen und auf dem Arbeitsmarkt.



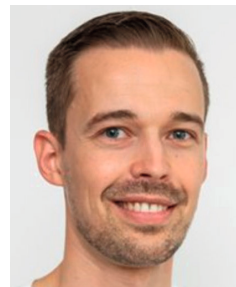
MSc. Alexandra Raupach, Wiesbaden

ist Sport- und Bewegungswissenschaftlerin und Gründerin von Motion Matters. Sie ist spezialisiert auf prä- und postpartales Bewegungstraining und begleitet Frauen in der Schwangerschaft, nach Geburt und zurück in den Sport nach der Rückbildung.



Prof. Dr. Wolfgang Kölfen, Mönchengladbach

ist ehemaliger Chefarzt der Klinik für Kinder und Jugendliche am Elisabeth-Krankenhaus Rheydt der Städtischen Kliniken Mönchengladbach sowie Kommunikationstrainer mit Fokus auf dem ärztlichen Patientengespräch.



Dr. Marcus Riemer, Halle

ist leitender Oberarzt der Universitätsklinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin der Universitätsmedizin Halle.



Bettina Kraus

Bettina Kraus ist Hebamme, Stillexpertin sowie Studynurse und als Stillbeauftragte im St. Joseph Krankenhaus in Berlin Tempelhof tätig. Zudem hat sie einen Master in Erwachsenenbildung.



PD Dr. Christina Schnopp, München

ist Fachärztin für Dermatologie und Venerologie. Funktionsoberärztin an der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie am Biederstein, Technische Universität München.



Dr. Frank Paulus, Homburg

ist leitender Psychologe der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum des Saarlandes mit den Behandlungs- und Forschungsschwerpunkten „Gefahren der Digitalisierung“ und „Psychische Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter“.

1 Sportlich durch die Schwangerschaft

Alexandra Raupach

1.1 Einleitung

Bewegung während der Schwangerschaft hat einen immensen Nutzen bei zeitgleich nur sehr wenigen Risiken [1-4]. Auch Personen, die vor der Schwangerschaft nicht sportlich aktiv waren, profitieren vom Beginn mit sportlicher Bewegung während der Schwangerschaft. Zu den zahlreichen positiven Effekten von Sport während der Schwangerschaft gehören:

- > Erhalt des jeweiligen Fitnesslevels
- > Steigerung des körperlichen Wohlbefindens und infolge größere und langfristige Bewegungsbereitschaft
- > Verminderung von Gewichtszunahme während der Schwangerschaft
- > Verminderung der Kaiserschnitttrate
- > Verminderung von Gestationsdiabetes mellitus
- > Verminderung von Präeklampsie

Hinzu kommt, dass körperliche Aktivität insgesamt das Nachdenken über einen gesunden Lebensstil anregt. Über epigenetische

Effekte wirkt sich Sport in der Schwangerschaft zusätzlich positiv auf das Erwachsenwerden des Kindes aus.

1.2 Häufigkeit und Intensität der Bewegung während der Schwangerschaft

Insgesamt sollten sich Schwangere über 30 Minuten am Stück an den meisten Tagen der Woche, d. h. 150 bis 180 Minuten pro Woche, kontinuierlich bewegen. Unter kontinuierliche Bewegung fallen Aktivitäten wie z. B. Spazierengehen, Walken, Wandern, Radfahren, Rudern, Crosstrainer, Schwimmen und weitere. Hinsichtlich der Intensität empfiehlt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) während der Schwangerschaft eine moderate sportliche Aktivität [5]. Konkret bedeutet moderate Aktivität, dass man sich während des Sportprogramms nebenbei noch gut unterhalten kann.

Das Training muss individuell auf die jeweilige schwangere Person abgestimmt und an Gestationsalter sowie Gesundheitszustand angepasst sein. Der häufig gehörte Satz „Mach alles weiter wie vor der Schwangerschaft“ sollte zumindest eingeschränkt werden. So kann z. B. eine bereits vor der Schwangerschaft bestehende, aber noch nicht bemerkte Schwäche vorliegen, die der Körper zuvor kompensieren konnte. Mit den körperlichen Veränderungen während der Schwangerschaft kann diese dann zum Vorschein kommen.

Sportlich durch die Schwangerschaft

Sport in der Schwangerschaft tut gut!

- ↓ Gewicht
- ↓ Kaiserschnitt
- ↓ Gestationsdiabetes mellitus
- ↓ Präeklampsie

einzigste Regel: So viel, dass Rücken möglich ist

Laufen, Tanzen, Schwimmen, Forcierter Atmen

Becken kippen, neutrale Position wieder herstellen

Bewegung in der Hebammenarbeit

10x Knie gebeugt, nur die linke Beugt sich

aufstützen, Arme durchdrücken, Rücken wieder rund

alles ist individuell

Bewegungsübungen bei Schwangerschaftsbeschwerden

- Kräftigung
- Entlastung
- Dehnung
- Stabilisierung

Off Schmerzen im unteren Rücken

Tief einatmen, Bauch ist gespannt → Rücken wird gedehnt

Seite öffnen, Blick folgt Atmung integrieren!

Alle Übungen auf meinem YouTube Kanal

Alexandra Raupach

pinard

17. Februar 2024 • Bonn

christine-muenzenmaier.de

Andererseits ist es auch nicht erforderlich, allen Schwangeren, z. B. beim Crossfit, das Heben eines gewissen Gewichts zu verbieten oder generelle Gewichtsvorgaben zu machen, insbesondere dann nicht, wenn eine gute Haltung und ein entsprechender Trainingszustand mitgebracht wird. Sinnvoller ist es, jeden schwangeren Menschen individuell zu betrachten und im Zweifelsfall unter Hinzuziehen einer Physiotherapie praktizierenden Person mögliche Probleme zu identifizieren und darauf einzugehen.

1.3 Schwangerschaftsspezifisches Training

Im Laufe der Schwangerschaft erfahren alle Schwangeren eine veränderte Haltung und Stabilität durch ihren wachsenden Bauch. Jedoch ist eine Einflussnahme durch gezieltes Training möglich. Wichtige Bestandteile des Trainings stellen Haltungsschulung, Druckregulation, Stabilisation sowie Dehnung und Mobilität dar.

Im Rahmen der Haltungsschulung liegt der Fokus darauf, Schwangeren zu zeigen, mit welchen Übungen sie ihre Haltung von vor der Schwangerschaft möglichst lange beibehalten können. Das Erlernen von Techniken zur Druckregulation ist wichtig, weil im Bauchraum insgesamt viel Druck reguliert werden muss, wie z. B. beim Heben, Schnäuzen, Niesen oder Husten. Während der Schwangerschaft entsteht zusätzlicher Druck auf den Beckenboden sowie auf die Vorderseite des Bauches. Daher sollte der Fokus daraufgelegt werden, dass an Schwachstellen, wie z. B. der Linea Alba oder dem Beckenboden, nicht zu viel Druck entsteht. Erlernte und bewusste Druckregulation beugt auch Beckenbodenproblemen und übermäßiger Rektusdiastase vor. Für den Alltag können entsprechende Bewegungen bzw. Bewegungsänderungen etabliert werden, die den Beckenboden aktivieren sowie den Druck auf die Vorderseite des Bauches reduzieren.

Die Stabilisation dient dem Erhalt von Stabilität und Gleichgewicht, die durch die hormonellen und körperlichen Veränderungen im Laufe der Schwangerschaft, insbesondere zum 3. Trimester hin, stark beeinflusst werden [1, 6]. Daher ist das Unterstützen und Erhalten der Stabilität, die möglicherweise gegen Ende der Schwangerschaft nachlässt, von Anfang an sehr wichtig. Entsprechende Übungen sollten auch das Becken einbeziehen, da dieses als Basis des Rumpfes viel Einfluss auf das Gleichgewicht hat.

Der Erhalt von Dehnung und Mobilität ist wichtig, weil durch die schwangerschaftsbedingten Veränderungen des Körpers insbesondere die hinteren Körperregionen (z. B. Gesäß, rückseitige Oberschenkelmuskulatur, unterer Rücken) mehr arbeiten als gewohnt und dadurch überbelastet werden können. Ein Muskel unter Dauerspannung nimmt mit der Zeit an Kraft ab, während ein Muskel, der sich in seinem gesamten Bewegungsspektrum bewegen und zwischendrin entspannen darf, gesund und stark bleibt.



1.4 Bewegungsübungen bei Schwangerschaftsbeschwerden

1.4.1 Orthopädische Beschwerden in der Schwangerschaft

Viele Schwangere erleben in dieser Zeit orthopädische Beschwerden und dadurch Beeinträchtigungen ihrer Arbeit, ihres Alltags und ihres Schlafs. Insgesamt haben Schmerzen in der Schwangerschaft einen großen negativen Einfluss auf ihr Leben und Wohlbefinden.

Bei zwei Drittel der Schwangeren sind Schmerzen im unteren Rücken am häufigsten, gefolgt von Beckenschmerzen, im speziellen in der Symphyse und im Iliosakralgelenk, bei einer von fünf betroffenen Schwangeren. Die orthopädischen Beschwerden bzw. Schmerzen können im Laufe der Schwangerschaft noch zunehmen. So sind im 3. Trimester etwa 85 % der Gebärenden von Schmerzen betroffen.

Als Folge von Schmerzen im unteren Rücken und Becken lässt die Kraft in der Rumpfmuskulatur, im Gesäß und der rückseitigen Beinmuskulatur nach [7]. Zudem sind auch Beweglichkeit, Balance und Stabilität eingeschränkt im Vergleich zu Schwangeren, die nicht unter Schmerzen im unteren Rücken und Beckenbereich leiden.

1.4.2 Positive Effekte durch Bewegung

Individuell angepasste Übungen in Bezug auf die Schmerzen der Betroffenen in ihrem Alltag, bei sonstigen Aktivitäten und auf

das Gestationsalter können die Beschwerden und Schmerzen reduzieren. Gezieltes Training erhöht zudem die Lebensqualität, senkt nachhaltig Schmerzen (auch postpartum) und steigert die Selbstständigkeit im Alltag sowie das körperliche Wohlbefinden [8-13].

Für Übungen bei Schwangerschaftsbeschwerden gilt das gleiche wie bei Sport in der Schwangerschaft im Allgemeinen: Kräftigungsübungen sollen die stützende Muskulatur von Becken und Lendenwirbelsäule kräftigen, damit die Schwangeren ihre (annähernd) normale Haltung in der Schwangerschaft so lange wie möglich beibehalten können.

Für die Stabilisation aus der Tiefe heraus eignen sich Gleichgewichtsübungen, wie z. B. klassisch auf einem Bein stehen bis hin zum Balancehalten sitzend auf einem Gymnastikball. Diese Übungen helfen dem Körper, schneller wieder in die Balance zu kommen oder diese beizubehalten [6].

Mit Dehnungsübungen können zum einen überbeanspruchte Muskelgruppen entlastet werden, zum anderen helfen sie dabei, Körperregionen fit zu halten, die im Laufe der Schwangerschaft zu Immobilität neigen.

Für den Alltag der Schwangeren kann man individuelle Tipps für Entlastung bieten und Verhaltensmuster aufzeigen, wie die Betroffenen diese Entlastung selbst herbeiführen können.

1.5 Praktische Übungen für Schwangere

Zu allen Übungen können Videos auf dem YouTube-Kanal von Motion Matters abgerufen werden:



1.5.1 Becken aufrichten

Die Übung dient dem Finden einer neutralen Beckenposition, bei gleichzeitig entspannter Gesäßmuskulatur. Denn oft suchen Schwangere Stabilität über die Gesäßmuskulatur, wenn der Bauch wächst. Gut zu sehen ist das an einem nach hinten gekippten Becken und häufig an gleichzeitig nach außen zeigenden Fußspitzen. In dieser Haltung ist die Gesäßmuskulatur permanent angespannt, was wiederum die Muskulatur überlastet, schwächt und in der Folge noch weniger Stabilität bietet. Schwangeren kann man als Tipp mitgeben, ab und zu auf den eigenen Stand zu achten und

ggf. mit den eigenen Händen am Gesäß zu überprüfen, ob die Gesäßmuskulatur noch entspannt ist.

Zunächst stellt man sich auf beide Füße in stabilem Stand mit weichen entspannten Knien, die nicht ganz durchgestreckt sind. Dann wird das Becken aufgerichtet, mit den Händen seitlich an die Hüfte gefasst und eine neutrale Beckenhaltung gefunden. Dazu kippt man das Becken im Wechsel nach vorne und nach hinten und fühlt sich dabei selbst ins Becken ein. In der neutralen Beckenhaltung ist das Becken gerade unter dem Rippenbogen ausgerichtet. Ist das noch nicht der Fall, erreicht man die Neutralposition, indem man den Beckenkamm nach vorne oder nach hinten justiert.

In der Steigerung wird nach dem Erreichen der Neutralposition in die Hocke gegangen und dann wieder aufgestanden. Im besten Fall befindet man sich nach dem Aufrichten wieder in der neutralen Position. Wenn nicht, wird das Becken wieder neutral ausgerichtet.

1.5.2 Druckregulation über die Atmung

Über die Atmung ist die Druckregulation gut steuerbar und gleichzeitig eine Aktivierung der tiefen Bauchmuskulatur möglich. Die tiefe Bauchmuskulatur kann viel Stabilität im Laufe der Schwangerschaft bieten. Deshalb ist die Übung auch gut im Alltag anwendbar, wenn Stabilität von vorne benötigt wird.

Für die Übung setzt man sich vorne auf eine Stuhlkante. Eine Hand liegt auf der Brust, die andere auf dem Bauch. Das Ziel ist eine Zwerchfellatmung. Die Hand auf der Brust sollte während der Atmung relativ ruhig bleiben, wohingegen sich die untere Hand mit der Ausdehnung des Bauches bei der Einatmung spürbar nach vorne und bei der Ausatmung nach hinten bewegt. Nach dem Einfühlen über ein paar Atemzüge macht man beim Ausatmen die Lippen etwas fest und stellt sich vor, man würde durch einen Strohhalm ausatmen. Das Ausatmen soll von unten nach oben erfolgen, d. h., der Beckenboden beginnt und gibt Druck, gefolgt von Spannung in der Bauchmuskulatur, woraufhin der Atem durch die festen Lippen nach außen strömt.

Mit der Hand auf dem Bauch kann man die tiefe Bauchspannung gut erfühlen, denn bei forcierter Ausatmung kann die tiefe Bauchmuskulatur (M. Transversus Abdominis) mit angespannt werden. Auf diese Weise kann die Spannung von der vorderen Bauchmuskulatur (M. Rectus Abdominis) weggenommen werden, die während der Schwangerschaft ohnehin nicht gefördert werden sollte.

1.5.3 Mobilisierung mit der Atmung von innen nach außen

Mit dieser Übung kann Spannung aus dem unteren Rücken genommen und gleichzeitig die Bauchatmung weiter gefördert werden.

Man setzt sich auf einen Stuhl und beugt sich nach vorne. Schwangere mit größerem Bauch können die Beine dabei gerne etwas auseinanderstellen. Dann nach vorne rund machen, die Arme mit nach vorne nehmen und vor den Knien verschränken. In dieser Haltung in die Bauchatmung kommen. Weil der Bauch sich durch die Begrenzung durch die Beine nicht nach vorne ausdehnen kann, muss sich dafür der Rücken lang machen und dehnen. Bei jedem Atemzug versuchen, die Muskeln, die die Wirbelsäule umgeben, zu fühlen. Bei der tiefen Einatmung das Dehnen und bei der Ausatmung die Entspannung spüren.

In Variationen kann die Übung auch am Boden durchgeführt werden, z. B. im Fersensitz nach vorne gebeugt und dabei Arme vor dem Körper auf den Boden legen. Wichtig ist immer die Begrenzung von vorne durch die Beine, damit sich der Rücken dehnen kann.

1.5.4 Beckenstabilität

1.5.4.1 Kräftigung der Adduktoren

Die Übung dient der Stärkung der beckenumgebenden Muskulatur, welche auch von außen Stabilität geben kann. Einen Teil dieser Muskulatur stellen die Adduktoren dar, die auch im Sitzen gekräftigt werden können.

Auf einem Stuhl zum Sitzen kommen und die Beine aufstellen. Dann bildet man mit den Händen Fäuste und legt diese zusammen mit den Handflächen nach oben zwischen die Knie. Der Oberkörper ist dabei vorgebeugt. In dieser Haltung übt man sanft Druck mit den Knien gegen die Fäuste aus. Dabei sollte die Anspannung an der Innenseite der Oberschenkel spürbar sein. Diese Anspannung im Wechsel für ein paar Sekunden halten und kurz lösen.

1.5.4.2 Kräftigung der Gesäßmuskulatur

Als Gegenspieler der Adduktoren lässt die Gesäßmuskulatur im Laufe der Schwangerschaft an Kraft nach und tendiert zu Verspannungen, da die Muskulatur in der Schwangerschaft häufig überbeansprucht wird.

Seitlich an einen festen Gegenstand stellen, der nicht wegrutschen kann (z. B. Stuhl, Couch, Wand, etc.). In dieser Position wird der Fuß, der näher an dem Gegenstand steht, angehoben und mit dem Unterschenkel seitlich Druck gegen den Gegenstand, also nach außen, ausgeübt. Dadurch wird die Gesäßmuskulatur aktiv. Die Spannung wird gehalten und soll erspürt werden. Im Optimalfall behält man eine neutrale Beckenstellung bei. So wird in die Hocke gegangen. Wichtig ist, dass beim Aufstehen Druck gegen den Stuhl gegeben und so Spannung in der Gesäßmuskulatur des freien Beins aufgebaut wird. Die Übung wird auf beiden Seiten wiederholt.

1.5.4.3 Oberer Rücken und Brustwirbelsäule

Der obere Rücken und die Brustwirbelsäule sind während der Schwangerschaft durch die wachsenden Brüste sowie durch Ausgleichbewegungen aufgrund der Lendenlordose stark beansprucht. Diese Übung dient dem Erhalt der Beweglichkeit im oberen Rücken.

Dazu stützt man sich vorne auf, z. B. an einer Sessellehne oder einer Tischkante. Im Stand geht man ein bisschen nach hinten, sodass eine leicht vorgebeugte Haltung eingenommen werden kann. Das Becken wird neutral gehalten. Aus dieser Haltung heraus rotiert man mit einem Arm gestreckt im Oberkörper seitlich nach oben auf und schaut den Fingerspitzen dabei hinterher. Die Position wird über einen Atemzug gehalten, dann zurück zur Mitte rotieren und die Hand wechseln.

1.6 Bewegung in der Hebammenarbeit

Der Beruf der Hebamme bringt besondere Herausforderungen mit sich. Anforderungen im Alltag sind z. B. Arbeiten in unergonomischen Positionen (wie vorgebeugter Haltung), viel Laufen, Tragen/Heben, Stress und lange Arbeitszeiten.

Um diesen Anforderungen im Alltag gewachsen zu sein, hilft die Stärkung des eigenen Körpers mit regelmäßiger Bewegung. Auch wenn der Weg ins Fitnessstudio nach langen Arbeitstagen einiges an Überwindung kostet, lohnt es sich. Nur durch regelmäßige sportliche Aktivität kann man einer Negativspirale entgehen und im Alltag leistungsfähig bleiben.

Die von der WHO empfohlenen 150 bis 300 Minuten moderate Aktivität pro Woche für einen gesunden, aktiven Lebensstil ist eine ganze Menge an Aktivität [5]. Diese ist für viele Berufstätige mit Familie nur schwer zu stemmen. Gemäß WHO haben aber auch 75 bis 150 Minuten intensive Bewegung (z. B. flottes Treppensteigen über mehrere Stockwerke, Laufen, Spielsport) pro Woche den gleichen Effekt.

An mindestens zwei Tagen pro Woche sollte die Muskulatur gefordert und gekräftigt werden. Das ist nicht nur gut für die Muskeln selbst, sondern liefert auch einen Reiz für das Knochenwachstum und den Erhalt der Knochenfestigkeit. Als Ergänzung und bei besonderem Bedarf sollten Übungen für das Gleichgewicht und die Beweglichkeit eingebaut werden. Das gilt insbesondere bei Verspannungen und festen Muskelgruppen, z. B. in der Schulter- und Nackenmuskulatur.

Auch im Alltag sollte man in kontinuierlicher Bewegung bleiben, häufige Positionswechsel einbauen sowie zu langes Sitzen vermeiden. Unser Körper ist dafür gemacht, sich zu bewegen und benötigt das auch, um fit zu bleiben. Wenn sich längeres Sitzen

nicht vermeiden lässt, sollte man die Position verändern, nicht zu lange im Stillstand verharren und zwischendurch auch aufstehen.

1.6.1 Praktische Übungen

Zu allen Übungen können Videos auf dem YouTube-Kanal von Motion Matters abgerufen werden:



1.6.1.1 Gesäß und Rückenmuskulatur stärken

Für die Übung steht man auf beiden Beinen bei entspannten weichen Knien in der Beckenneutralposition. Der Oberkörper wird aus dieser Position nach vorne gebeugt, während das Gesäß nach hinten geschoben wird. Wichtig ist, dass der Rücken gerade in die Vorbeuge geht. Anschließend richtet man sich wieder auf und wiederholt die Übung.

1.6.1.2 Schultern und Schulterblätter kräftigen

Gekräftigte Schultern und Schulterblätter helfen, aufrecht zu bleiben und den Nacken zu unterstützen, damit dieser locker bleiben kann.

Zunächst geht man mit den Händen auf eine Stuhllehne gestützt in eine Vorhaltung. Bei fast gestreckten Armen lässt man sich dann in die Schultern hineinfallen, so dass die Schulterblätter nach hinten zusammengehen. Danach drückt man sich aus den Schultern heraus von der Stuhllehne weg nach oben. Dabei darf der obere Rücken rund gemacht werden. Auf diese Weise wird dann gleich die Wirbelsäule mitmobilisiert. Die Übung wird wiederholt mit Fallenlassen und Herausdrücken der Schultern im Wechsel.

1.6.1.3 Dehnung des Gesäßmuskels

Für die Dehnung des Gesäßmuskels kommt man aufrecht an der Stuhlkante zum Sitzen. Ein Bein wird über das andere überschlagen, das Knie fällt nach außen und die Haltung im Oberkörper ist gerade. Um die Dehnung im Gesäßmuskel zu verstärken, lehnt man sich mit geradem Rücken nach vorne und hält die Position über ein paar Sekunden. Dann richtet man sich wieder auf. Das nächste Vorbeugen geschieht mit rundem Rücken. Dazu wird das Kinn auf die Brust gelegt und der Rücken rund gemacht. In der Position nach vorne beugen und für ein paar Sekunden halten.

Nach dem Wiederaufrichten wird die Seite gewechselt und das Vorbeugen erst mit geradem Rücken und dann gebeugt wiederholt.

1.6.1.4 Boxatmung zur Stressreduktion

Die Boxatmung ist eine Atemtechnik, die helfen kann, schneller in einen Entspannungszustand zu kommen. Dazu setzt man sich bequem hin und atmet vier Sekunden lang ein und hält daraufhin die Luft für vier Sekunden an. Anschließend wird acht Sekunden lang ausgeatmet und die Luft wieder für vier Sekunden angehalten. Die Atmung in diesem Rhythmus wird für ein paar Atemzüge wiederholt.

1.7 „Ab morgen ...“

Ab morgen nehme ich meinen Schwangeren die Unsicherheit bei Bewegung in der Schwangerschaft, kann ihnen die Vorteile einer bewegten Schwangerschaft nennen und motiviere sie zu regelmäßiger und angepasster Bewegung. Darüber hinaus kann ich ihnen Entlastungsvorschläge und Bewegungsübungen zur Linderung ihrer Beschwerden geben.

Um leistungsfähig im Beruf der Hebamme zu bleiben und meinen eigenen Körper fit zu halten, starte ich ab morgen in meinen bewegten Alltag!

2 Strategien für einen gelingenden Stillstart bei Late Preterms

Bettina Kraus

2.1 Einleitung

Unter die sogenannten „Late Preterms“ fallen die späten Frühgeborenen, die zwischen der 34. und der 37. Schwangerschaftswoche geboren werden [1].

Bei den Late Preterms kommen gleich mehrere Faktoren zusammen, die problematisch für das Stillen sein können. Späte Frühgeborene zeigen meist ein unreifes Saugen, haben häufig Blutzuckerprobleme sowie einen Mangel an braunem Fettgewebe. Das führt häufig zu einer frühen Zufütterung, was, gepaart mit mangelndem Stillmanagement, unzureichende Milchmengen der Mutter und mangelnde Gewichtsentwicklung des Kindes zur Folge haben kann. Letztendlich resultieren daraus höhere Raten an Wiederaufnahmen in die Klinik, nach einer ohnehin schon längeren Verweildauer als bei Termingeborenen.

2.2 Besonderheiten bei Late Preterms

Die frisch gebackenen Eltern eines Late Preterms sehen ein fertiges Neugeborenes, was lediglich ein wenig kleiner als ein reif geborenes Kind ist. Daher fehlt ihnen meist das Gespür für die Unreife ihres Kindes, welches Hebammen aufgrund ihrer Erfahrung und Ausbildung mitbringen.

Tatsächlich sind praktisch alle Organe bereits in der 34. Schwangerschaftswoche so weit herangereift, dass diese ihre Funktion aufnehmen können. Jedoch ist insbesondere die Entwicklung des Gehirns zu dem Zeitpunkt noch in vollem Gange. Etwa ein Drittel des gesamten Gehirnwachstums findet erst zwischen der 34. und der 37. Schwangerschaftswoche statt [2]. Das führt zu einer neurologischen Unreife, die wiederum ein unreifes Saugen zur Folge haben kann.

Darüber hinaus haben Late Preterms häufiger als Termingeborene Blutzuckerprobleme (Hypoglykämien), respiratorische Probleme, Neugeboreneninfektionen sowie ein 14-fach erhöhtes Risiko, eine Hyperbilirubinämie zu entwickeln [1-3]

Late Preterms -
34.-37. Schwangerschaftswoche

Herausforderung: Frühfütterung → Bauch voll → weniger Milchfluss → Muttermilch reicht nicht mehr aus → Wähhh

Neurologische Unreife: Essensbeschaffung wird mühsam

Hunger? Energiesparmodus (Vorsicht Greflex) | Still & entspannt

Start immer mit Bonding & Handentleerung

Darf ich helfen? Nase unter der Brust parken

Überproduktion = Training für die BRUST! | Einrieren für später

Stillprotokoll hilft dem Überblick | mind 8x besser 10-12x am Tag

Pumpen, um den Milchfluss singul-Regen

Alternativen: Löffel / Becherr / Softcup / Fingerfeeding / Bruststützwand / Setze

pinard | 17. Februar 2024 • Bonn

Strategien für einen gelingenden Stillstart

christine-muenzenmaier.de

2.2.1 Wärmeverlust

Late Preterms haben, bedingt durch ihr mangelndes Gewicht bzw. wenig braunes Fettgewebe, gegenüber Termingeborenen ein größeres Körperoberfläche-Masse-Verhältnis, was das Risiko von Hypothermien steigert [1]. Das fehlende braune Fettgewebe verhindert außerdem die Speicherung und Produktion eigener Wärme, weshalb Frühgeborene nach der Geburt Kältestress lediglich durch Vasokonstriktion der Hautgefäße begegnen können. Die Möglichkeit zur Vasokonstriktion der Hautgefäße ist jedoch durch die Hautunreife bei Late Preterms noch sehr eingeschränkt. Weiterhin kommt erschwerend hinzu, dass aufgrund der geringen Muskelmasse der Wärmehaushalt nicht durch zittern reguliert werden kann. All diese Gründe bedingen, dass Late Preterms schnell auskühlen und daher unter regelmäßiger Temperaturkontrolle entsprechend geschützt werden müssen.

Darum ist das Bonding im engen Hautkontakt zu den Eltern für Late Preterms immens wichtig und sollte wann immer möglich erfolgen. Jedoch wird gerade bei (späten) Frühgeborenen die goldene Stunde im Bonding viel von Untersuchungen unterbrochen und ist insgesamt meist kürzer als bei Termingeborenen. Diese Unterbrechungen sollten vermieden und so kurz wie möglich gehalten werden.

2.2.2 Unreifes Stillverhalten

Zum einen zeigen Late Preterms durch die neurologische Unreife oft ein unreifes Stillverhalten [4]. Sie zeigen nur subtile Stillzeichen und können eher Probleme haben, Saugen, Schlucken und Atmen zu koordinieren. Zum anderen befinden sich Late Preterms häufig im „Energiesparmodus“. Das Saugen, um an die elterliche Milch zu kommen, ist für diese Kinder per se sehr anstrengend und es fehlt ihnen an Ausdauer und Durchhaltevermögen. Erschwerend kommt hinzu, dass späte Frühgeborene durch ihre geringe Körpergröße auch rein anatomisch Schwierigkeiten damit haben können, an den Brustwarzen der stillenden Person zu saugen.

Des Weiteren ist der Muskeltonus bei Late Preterms niedriger als bei Termingeborenen. Dadurch können die Kinder oft keine stabile Stillposition einnehmen und keine ausreichende Kraft beim Stillen entwickeln, was durch zu wenig Fettgewebe in den Wangen noch verstärkt wird.

Um Energie zu sparen, schlafen diese Kinder viel, und das auch, wenn der Magen leer ist. Zur Orientierung bzgl. der Füllung des Magens kann bei schlafenden Neugeborenen die Handstellung dienen. Ein Kind, das die Hand im Schlaf zu einer Faust geschlossen hat, hat noch Platz im Magen. Ein voller Magen hingegen drückt auf den Vagus-Nerv und sorgt dadurch für entspannt geöffnete Hände im Schlaf. Daher schlafen satte Säuglinge mit geöffneten Händen, wenn nicht der Greifreflex ausgelöst wurde.

2.2.3 Das Elternmilchparadoxon

Stillen hat nachweislich positive Effekte auf viele der oben genannten Probleme (z. B. Hypoglykämien, Neugeboreneninfektionen sowie Hyperbilirubinämien), für deren Auftreten bei Late Preterms ein erhöhtes Risiko besteht. Dennoch sind auch voll gestillte Frühgeborene überdurchschnittlich oft von Beeinträchtigungen betroffen. Daraus folgt, dass auch diese Kinder besonders engmaschig überprüft und rechtzeitig entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden müssen, um Erkrankungen nach Möglichkeit zu vermeiden.

Hinzukommt, dass Frühgeborene deutlich seltener (auch in der ersten Stunde postpartum), meistens kürzer (nur wenige Wochen) und seltener ausschließlich gestillt werden und die Unreife somit hier als unabhängiger Risikofaktor gilt [5]. Die häufigsten Ursachen für ein frühes Abstillen sind sowohl bei Frühgeborenen als auch bei Termingeborenen Milchmangel oder wunde Brustwarzen.

2.3 Tipps zum Stillstart

2.3.1 Entleerung der Brust per Hand

Die Entleerung der Brust per Hand (EPH) kommt zum Einsatz, wenn Stillen nicht gleich möglich ist. Bei Müttern, deren Kinder beim ersten Bonding keine Anstalten machen, die Brust zu suchen, kann die Entleerung der Brust per Hand noch im Kreißsaal zu einem gelingenden Stillstart beitragen. Hebammen müssen die Technik beherrschen, um diese vermitteln zu können. Viele Eltern sind dankbar, wenn ihnen nach vorheriger Absprache assistiert wird. Mit der Handentleerung können sich die Stillenden, auch ohne auf eine Milchpumpe angewiesen zu sein, selbst Erleichterung verschaffen.

Bei der Handentleerung werden Zeigefinger und Daumen zwei Querfinger entfernt von der Brustwarze auf dem Warzenvorhof oder dahinter positioniert, die Haut nach hinten gestrafft und in der Tiefe auf den Drüsenkörper gedrückt. Einige beherrschen die Technik nicht gleich, weil sie eher an den Brustwarzen ziehen als in die Tiefe drücken.

Die noch immer verwendete Beschreibung „die Brust wird ausgestrichen“ sollte hingegen am besten aus dem Wortschatz gestrichen werden, denn setzt man das Ausstreichen wörtlich um, so wird das nicht funktionieren. Zum Ausstreichen der Brust gibt es nur einen Grund: nach der Eröffnung eines überwachsenen Milchausführungsganges in einem Areal, in dem die Milch eingedickt und stehengeblieben ist.

Auch das Kolostrum kann gut per Handentleerung der Brust gewonnen werden. Häufig klebt das Kolostrum regelrecht am Rand der Alveole. Nach der ersten Entleerung läuft es meistens für die Stillenden sehr viel einfacher nach. Da das Kolostrum auch schmerzstillend wirkt, kann das per Handentleerung gewonnene

Kolostrum z. B. auch gut zur Blutabnahme bei Kindern verabreicht werden, die nicht an der Brust gestillt werden können. Die Milch kann dann z. B. mit einer Spritze aufgezogen und dem Kind gegeben werden.

2.3.2 Anlegeversuche

Late Preterms sollten trotz der unreifen Stillreflexe die Chance bekommen, die Brust selbst zu erreichen. Daher sollte direkt im Kreißsaal mit Anlegeversuchen begonnen und das intuitive Stillen unterstützt werden. Häufig sind späte Frühgeborene nach dem Suchen nach der Brust aufgeschlossener dem Stillen gegenüber, als wenn ihnen direkt die Brustwarze angeboten wird.

Im Rahmen der Unterstützung des intuitiven Stillens ist auch das Saugen an der eigenen Hand essenziell wichtig für die Kinder. Diese riecht und schmeckt noch nach Fruchtwasser und vermittelt auf diese Weise ein bekanntes Gefühl. Mit dem Greifen nach der Brust und dem Saugen an der eigenen Hand wird die Assoziation mit der Brust effektiver hergestellt. Es hilft den Kindern, die Brustwarze besser zu finden, ist ein Suchreflex und ein gutes Zeichen.

Um den Kindern zu helfen, sollte die Brustwarze unter der Nase positioniert werden, denn der Geruch spielt eine große Rolle für das Finden der Brustwarze. Zusätzlich Stabilität für das Kind kann der Rückhaltegriff bieten. Die Late Preterms profitieren oft sehr,

wenn sie etwas mehr Körperspannung haben können und im Schultergürtel unterstützt werden.

2.3.3 Stillschema und -protokoll

Ein Stillprotokoll ist nicht zwingend notwendig, kann aber vielen Eltern helfen und ist abhängig davon, was für Persönlichkeiten die Eltern sind. Einige empfinden die Führung eines Stillprotokolls als starres Korsett und können nicht gut damit arbeiten.

Häufig informieren sich werdende Eltern während der Schwangerschaft kaum zum Thema Stillen. Was sie aber meistens wissen, ist, dass Kinder ad libitum gestillt werden sollen. Gleichzeitig denken viele, dass sich ihre Kinder schon melden werden, wenn sie gestillt werden wollen. Diese Eltern sind ganz begeistert, was sie für pflegeleichte und ruhige Kinder haben, wenn diese die ganze Nacht durchgeschlafen haben. Ihnen ist nicht bewusst, dass Kinder, insbesondere späte Frühgeborene, alle zwei bis drei Stunden geweckt und gestillt werden müssen. Die leisen und stillen Kinder werden in den großen Kliniken aus dem Grund auch vom medizinischen Personal selten bemerkt und fallen dann erst bei der U2 auf.

Deshalb ist es von Beginn an – ob mit oder ohne Stillprotokoll – essenziell, zu vermitteln, dass ein Kind regelmäßig geweckt und gestillt werden sollte. Physiologisch sollten reif geborene Säuglinge



10- bis 12-mal innerhalb von 24 Stunden saugen. Späte Frühgeborene müssen spätestens alle drei Stunden (mindestens 8-mal in 24 Stunden) angelegt werden. Die Anlegeversuche sollen aber unbedingt zeitlich begrenzt werden auf etwa 20 Minuten pro Seite.

Damit die Kinder beim Stillen schnell zum Erfolg kommen, kann die Brust vor dem Anlegen massiert und kurz vorgepumpt werden. Etwa 30 Minuten nach dem Anlegen sollte wieder abgepumpt werden, für ca. 10 bis 15 Minuten. Dabei ist die Häufigkeit wichtiger als die Dauer. Wenn noch kleinere Milchmengen (unter 10 ml) abgepumpt werden können, können diese meist noch als Nachschlag verabreicht werden. Milchmengen über 10 ml können im Kühlschrank für die nächste Mahlzeit aufbewahrt werden.

Bei Schwierigkeiten mit der Gewichtsentwicklung sollte die Elternmilch mit Fortifiern angereichert werden. Wenn erforderlich, sollte auch eine alternative Zufütterung von Pre- bzw. Frühgeborenen-Nahrung erfolgen.

2.3.4 Alternative Füttermethoden

Zu den alternativen Füttermethoden gehören Löffeln, Bechern oder Softcup, Fingerfeeding sowie Breastfeeding oder das Brustnährungsset.

Das Löffeln bzw. Bechern wird hierzulande eher seltener praktiziert, ist aber eine tolle Technik, bei der die Kinder die Milch mit der Oberlippe selbst vom Löffel saugen. Stillende Elternteile aus anderen Herkunftsländern beherrschen diese Technik fast selbstverständlich, während Personen aus Industrieländern damit häufig nicht so gut zurechtkommen. Bei Frühgeborenen sollte zunächst eher Fingerfeeding genutzt werden, weil bei ihnen wegen der neurologischen Unreife die Verschluckungsgefahr größer als bei Termingeborenen ist.

Ist nicht ausreichend Elternmilch vorhanden, kann auch an der Brust zugefüttert werden. Frühchen sind die einzige Ausnahme von der Regel, dass man nur an der Brust zufüttern sollte, wenn das Stillen gut klappt.

Eine Flasche sollte eher nicht verwendet werden, da diese eher einer mühelosen „Druckbetankung“ gleichkommt. Das führt dazu, dass die Kinder schnell den Unterschied zwischen 30 Minuten Anstrengung an der Brust gegenüber mühelosem Trinken aus der Flasche lernen und diese deshalb der Brust vorziehen. Diese Kinder sind nicht „saugverwirrt“, sondern „saugschlau“, aber können auch wieder umlernen. Saugverwirrung tritt selten auf, aber kann bei Kindern vorkommen, bei denen sich das Saugzentrum aufgrund vieler oraler Stimuli, z. B. nach künstlicher Beatmung, abgeschaltet hat.

Der Habermansauger, der mittlerweile unter dem Namen „Specialneeds“ bekannt ist, stellt für Late Preterms keine alternative Zufüttermethode dar. Dieser sollte nur für Kinder verwendet werden, die anders begründete Saugschwächen haben.

Zum Thema alternative Füttermethoden, aber auch zu anderen Themen wie dem Stillen oder allgemein zu Frühgeborenen stellt die Webseite <https://globalhealthmedia.org/> Videos in vielen Sprachen, z. B. arabisch, asiatisch, spanisch, englisch zur Verfügung. Diese Videos können ein gutes Hilfsmittel sein, wenn die Verständigung mit den Eltern aufgrund einer Sprachbarriere schwierig ist.



2.3.5 Milchproduktion

Insbesondere, wenn das Kolostrum nicht regelmäßig abgefragt wird, sind die Symptome einer verstärkten initialen Brustdrüsenanschwellung häufiger zu sehen [6]. Die Beschwerden bei der verstärkten initialen Brustdrüsenanschwellung kommen zumeist von einem Lymphstau, der den Milcheinschuss begleitet. Ursächlich dafür ist, dass Blut und Milch Richtung Brustwarze fließen, die Lymphe aber in die entgegengesetzte Richtung fließen soll.

Bei der verstärkten initialen Brustdrüsenanschwellung kann die Massagetechnik nach der Reverse-Pressure-Softening-Methode helfen, um damit die Lymphe am Vorhof abzurücken. Dadurch kann die Brustwarze besser vom Kind ergriffen werden. Auch eine Tapinganlage zur Unterstützung des Lymphflusses kann helfen. Unterstützend kann auch vor dem Anlegen bzw. Pumpen noch gekühlt werden. Unbedingt Abstand genommen werden sollte von dem häufig gehörten Satz: „Pumpen Sie weniger, Sie haben ja viel zu viel Milch, das kann das Kind gar nicht trinken.“ Ein spätes Frühgeborenes wird diese Milchmengen in wenigen Wochen benötigen.

Um dem Kind das Stillen zu erleichtern, kann der Stillhut einen Versuch wert sein. Dieser sollte aber frühestens ab der 72. Lebensstunde oder, wenn mindestens 10 ml Milch kommen, eingesetzt werden. Bei späten Frühgeborenen kann der Stillhut evtl. helfen, um den fehlenden Wangenspeck auszugleichen.

Die angestrebte Milchmenge nach 14 Tagen beträgt 500 ml, noch besser wären 600 bis 800 ml Milch pro Tag. Bei geringeren Milchvolumina können milchbildungsfördernde und entstressende Massagen hilfreich sein. Zunächst kann das späte Frühgeborene diese Milchmengen nicht trinken. Jedoch soll das Kind auch perspektivisch noch mit Elternmilch versorgt werden können. Die Brust „lernt“ in den ersten 3 bis 4 Wochen, wie viel Milch zu produzieren ist. Dadurch wird zwar anfangs ein Milchüberschuss produziert, aber so ist die Brust schon auf die in etwa 4 Wochen benötigten Milchmengen eingestellt.

Die abgepumpte Milch wird sowohl in der Klinik als auch später zu Hause unverzüglich im Kühlschrank (bei max. 4°C) über maximal 36 Stunden im Kühlschrank aufbewahrt. Danach muss die Milch in die Tiefkühltruhe (bei mind. -18°C), wo sie bis zu 6 Monate lang haltbar ist.

2.4 Hilfe für die Eltern

Die Eltern von Late Preterms sind nach der Geburt ihres Kindes häufig anfangs unvorbereitet und benötigen entsprechende Hilfe. Schließlich kam das Kind unerwartet 3 bis 7 Wochen zu früh in die Familie, sodass die Eltern vermutlich noch nicht alles für die Ankunft ihres Kindes durchdenken und vorbereiten konnten. Daher ist es auch wichtig, den Eltern Anlaufstellen zu Informationen, z. B. über erweiterten Elternschutz und Wochenbettbetreuung, sozialmedizinische Nachsorge, Kontakt zu den Frühen Hilfen oder finanzielle Hilfen der Krankenkassen zur Verfügung zu stellen.

Die Eltern profitieren von einer gemeinsamen Planung des weiteren Vorgehens, Kontakt zu einer „Apotheke des Vertrauens“, um dort benötigte Materialien, Pumpen etc. zu beziehen sowie von einer Anbindung an Frühchen- oder Stillgruppen und Kontakt zu Stillambulanzen. Sehr gutes Informationsmaterial für die Eltern von Frühgeborenen liefert die Internetseite des Familienportals des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unter dem Stichwort **Frühgeborene**.



Auch wenn die Eltern nicht unbedingt traumatisierend verletzt wurden, so sind in jedem Fall Erwartungsverletzungen entstanden, die auch heilen müssen. Ein Bondingbad kann sehr heilsam sein und das körperliche Wohlbefinden von Mutter und Kind steigern. Erfahrungsberichte und gute Informationen für Eltern mit frühgeborenen Kindern sind in der Broschüre **Muttermilch für Frühgeborene** zusammengestellt.



Einen Einblick zum Thema Bonding und stillfördernde Pflege am St. Joseph Krankenhaus in Berlin gibt der Dokumentarfilm „Und plötzlich ist die Welt ganz klein“ von Maja Classen aus dem Jahr 2016 in der 3sat-Mediathek unter dem Link <http://www.3sat.de/page/?source=/film/dokumentarfilm/191668/index.html> oder <http://majaclassen.eu/portfolio/welt-ganzklein/>



2.5 „Ab morgen...“

Ab morgen kenne ich die Besonderheiten der Late Preterms und die Vorteile der Entleerung der Brust per Hand. Ich vermittele den Eltern, dass sie keine Angst vor zu viel Milch haben müssen und dass ihre Säuglinge spätestens alle drei Stunden angelegt werden müssen. Den Eltern von späten Frühgeborenen kann ich Links zu guten Online-Informationen (Broschüren, Videos, Erfahrungsberichte, Videos) mitgeben und auf Möglichkeiten zur Vernetzung mit anderen betroffenen Eltern hinweisen.

3 Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD)

Dr. Marcus Riemer

3.1 Einleitung

Die Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD) ist eine heterogene Gruppe von alkoholassoziierten und pränatal geprägten Symptomkomplexen und mit bis zu 12.000 betroffenen Kindern pro Jahr die häufigste nicht-genetisch bedingte und mit schweren Einschränkungen einhergehende angeborene Erkrankung. Jedoch werden betroffene Kinder sehr selten im ersten Lebensjahr entdeckt, was durch mangelndes Wissen von medizinischem Personal, aber auch zu geringe Kontakten mit fachkompetenten medizinischen Institutionen zusammenhängen könnte. Da das Krankheitsbild mit einem kompletten Alkoholverzicht in der Schwangerschaft verhindert werden kann, ist präventive aufklärende Arbeit außerordentlich wichtig [1].

3.2 FASD

Insbesondere FASD in milderer Ausprägungen werden i. d. R. erst im Verlauf der Kindheit sichtbar [2]. Problematisch ist, dass die Diagnosestellung der betroffenen Kinder häufig erst im Grundschulalter erfolgt. Gründe hierfür sind zum einen die Fremdbetreuung vieler dieser Kinder und zum anderen weitere (Fehl-)Diagnosen (z. B. ADHS) in den ersten Lebensjahren.

Kinder mit FASD zeigen häufig Wachstumsstörungen. Diese treten bereits während der Schwangerschaft auf und setzen sich im weiteren Verlauf auch nach der Geburt fort. Betroffene Kinder zeigen zudem fasziale Auffälligkeiten. Typisch sind Auffälligkeiten im Bereich der Nase, der Augen und der Lippen [1]. Bei ausgeprägten Krankheitsbildern fallen eine sehr schmale Oberlippe, das Fehlen des Philtrums sowie enge Augenlidspalten auf (Abbildung 3.1).

Auffälligkeiten im zentralen Nervensystem (ZNS) bei FASD betreffen dessen Struktur (wie z. B. Mikrozephalie) und Funktion, wie globale Intelligenzminderung, einen gestörten Schlafrhythmus und funktionelle Einschränkungen im Bereich von exekutiven Funktionen, d. h. im Bereich Rechnen und Planen.

Aufgrund der hohen Dunkelziffer zum Konsum von Alkohol in der Schwangerschaft könnten laut einer Registerstudie in Deutschland jährlich 1,77 Kinder pro 100 Lebendgeburten mit einer Form von FASD zur Welt kommen [3].

Fetale Alkoholspektrumstörungen (FASD)

Wer trinkt Alkohol in der Schwangerschaft?

- sozialer Druck
- Mythen
- Selbstbehandlung von Depression
- oft ungewollt schwanger
- oft Raucherinnen
- oft gebildete Frauen

am nächsten Tag: unbewusst

Entzug? Risiken verbunden! ist möglich, aber mit nur unter Aufsicht!

Geburt

- diverse Meditationen nicht möglich
- Entzugserscheinungen lindern

Stillzeit

Weitere Risiken durch:

- Erdrücken im Bett
- Stürze
- Alkohol in der Muttermilch
- ↳ Abpumpen & wegwerfen

Stärke Fehlbildungen: Herz, ZNS, Skelett

Diagnose oft erst im 8. Lebensjahr

kleine Mengen schädigen schon

Ändert die Genetik des Kindes & dessen Nachfahren

Kinder zeigen später oft Suchtverhalten

Schädigung: ? ? ? ? ?

kein Empfehlung Menge möglich!

Es gibt Hilfe - offline & online

pinard 17. Februar 2024 • Bonn christine-muenzenmaier.de

Fasziale Auffälligkeiten

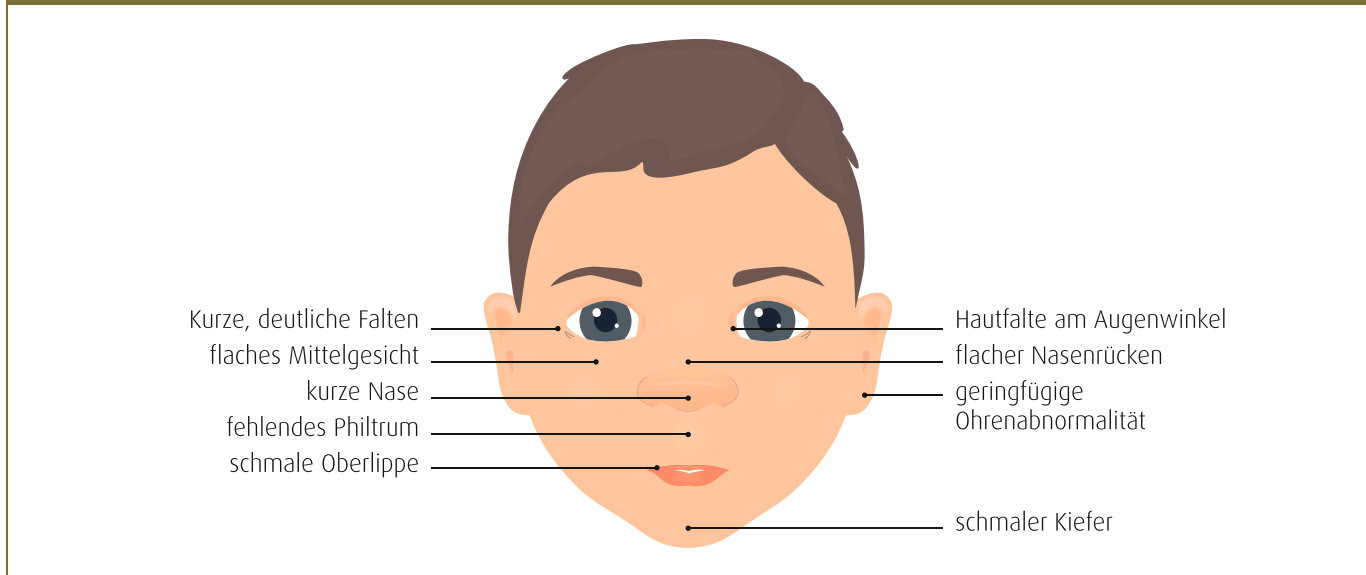


Abbildung 3.1: Fasziale Auffälligkeiten bei FASD [2]

3.3 Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

3.3.1 Häufigkeiten und Charakteristika

Aktuelle Zahlen zur Häufigkeit von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft in Deutschland liegen nicht vor. Die aktuellsten verfügbaren Daten stammen aus der Studie „Gesundheit in Deutschland Aktuell“ aus dem Jahr 2012 und zeigen ein bedrückendes Ergebnis [4]. Demnach gaben 20 % der befragten Schwangeren einen moderaten Alkoholkonsum während der Schwangerschaft an. 8 % der Befragten antworteten, riskant Alkohol in der Schwangerschaft konsumiert zu haben, wobei riskant das Trinken von mehr als 5 alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit bedeutet. Schwächen der Studie waren die Mitbetrachtung von Gebärenden, die in Unkenntnis ihrer Schwangerschaft einmalig Alkohol konsumierten, und, dass es sich um einen Selbstfragebogen handelte. Mit dem Wissen, dass Alkoholkonsum in der Schwangerschaft gesellschaftlich stark hinterfragt ist, antworteten vermutlich nicht alle wahrheitsgemäß.

In einem systematischen Review und einer Meta-Analyse im Lancet wurde der Anteil der in der Schwangerschaft Alkohol konsumierenden Schwangeren in Deutschland sogar auf ca. 30 % geschätzt [5]. Mit diesen Häufigkeiten liegt Deutschland hinter Russland, dem Vereinigten Königreich, Dänemark, Belarus und Irland weltweit unter den Top 10 der Länder, in denen Schwangere Alkohol konsumieren.

3.3.2 Auswirkungen von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

Mit Alkoholkonsum in der Schwangerschaft sind schwere Wachstumsretardierungen, hohe Raten an Frühgeburten und Fehlbildungen assoziiert. Alkohol ist das stärkste bekannte Teratogen und übertrifft sogar Thalidomid (bekannt aus dem Contergan-Skandal) und ionisierende Strahlung. Bereits in geringen Mengen kann Alkohol zu schweren Fehlbildungen beim Kind führen. Erwiesen ist auch, dass die Ausprägung der Symptome mit steigender Menge konsumierten Alkohols zunimmt. Deshalb gilt:

„Es gibt keine Grenzwerte, keine Unbedenklichkeiten. Es gibt keinen Zeitpunkt in der Schwangerschaft, zu dem Alkohol gerechtfertigt ist. In keiner Menge und in keiner Häufigkeit!“

- > Alkohol beeinflusst die Zellteilung und Differenzierung, aber auch die Aufnahmekapazität des Gehirns für Glukose [6]. Eine Hemmung der Glukoseaufnahme führt dazu, dass letztendlich zu wenig Glukose im Gehirn ankommt, was wiederum wichtig für die neurologische Entwicklung und für die Zellteilung ist.
- > Alkohol beeinflusst zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der Schwangerschaft unterschiedliche Systeme und kann damit Schädigungen in verschiedenen Schweregraden verursachen [7]. In den ersten 14 Tagen nach der Befruchtung gilt für Alkohol wie für alle anderen Schädigungen das Alles-oder-Nichts-Prinzip. Entweder können entstandene Schäden an der befruchteten Eizelle wieder korrigiert werden oder es kommt zu einem, meist unbemerkten, frühen Abort.
- > Große strukturelle Schäden kann Alkohol mit Beginn der sensibelsten Zeit ab dem 15. Tag nach der Befruchtung an-

richten. Im 1. Trimester erfolgt die Organdifferenzierung und die Embryogenese schließt ab. Daher ist die Empfindlichkeit gegenüber Infektionskrankheiten (z. B. Röteln), ionisierender Strahlung und auch Alkohol im 1. Trimester sehr hoch, wodurch in dieser Zeit schwerste Schäden hervorgerufen werden können.

Im weiteren Verlauf der Schwangerschaft nimmt das Risiko für Fehlbildungen beim Kind immer weiter ab, während das Risiko für andere Formen von Entwicklungs- und Wachstumsstörungen ansteigt. Kinder, die zu einem späteren Zeitpunkt, d. h. nach dem 1. Trimester, durch Alkohol geschädigt wurden, werden im Verlauf der Kindheit häufig nicht oder sehr spät diagnostiziert, weil diese nicht die klassischen Symptome von FASD im Vollbild zeigen.

Alkohol hat auch einen enormen Einfluss auf die Epigenetik [8]. Epigenetische Veränderungen entstehen durch das An- und Abschalten gewisser Gene bzw. Teile von Genen, die so entsprechend beeinflusst werden. Dazu gehören auch Gene im Bereich des Dopaminsystems, das nicht ohne Grund auch als Belohnungssystem bezeichnet wird. Eine epigenetische Prägung durch Alkohol in der Schwangerschaft führt zu einem hohen Risiko, später ebenfalls ein Suchtverhalten zu zeigen. Diese genetische Veränderung wirkt sich nicht nur auf das Leben des Kindes selbst aus, sondern auch auf das Leben der Nachfahren dieses Kindes. In Familien, in denen viel Alkohol konsumiert wurde, sind bestimmte Gene und deren Abschaltung deutlich häufiger als in anderen Familien zu finden.

Darüber hinaus führt Alkohol auch bei der Schwangeren zu negativen Veränderungen. So haben gebärende Eltern, die in der Schwangerschaft regelmäßig Alkohol konsumieren, ein deutlich höheres Risiko für plazentaassoziierte Störungen, insbesondere Präeklampsie. Auch geht mit Alkoholkonsum in der Schwangerschaft ein erhöhtes Risiko für Fehl-, Früh- sowie Totgeburtlichkeit einher.

3.3.3 Risikofaktoren

Alkoholranke Frauen unterscheiden sich von Frauen, die von anderen Suchtmitteln abhängig sind. Heroin- und Crystal-Konsumentinnen z. B. sind durchschnittlich um die 20 bis etwa 25 Jahre alt. Alkoholranke Frauen hingegen sind zumeist 30 Jahre und älter, mit einer hohen Bildung und einem hohen sozioökonomischen Status [9]. Diese Frauen wissen selbst, dass Alkohol schädlich ist. Da es sich aber um eine schwere Suchterkrankung handelt, muss in der Beratung entsprechend viel Überzeugungsarbeit geleistet werden.

Oft sind die betroffenen Personen ungewollt schwanger, Single und haben kaum soziale Unterstützung durch Familie oder Bezugspersonen. Häufig sind Personen betroffen, die psychische Störungen in der Anamnese haben (auch in der Kindheit). Diese können z. B. unter posttraumatischen Belastungsstörungen leiden oder bereits körperliche Misshandlung oder sexualisierte Gewalt in der Familie oder Beziehung erfahren haben.

Schwangere, die Alkohol konsumieren, sind oft auch Raucherinnen oder von anderem Suchtverhalten betroffen. Hinzu kommen oft auch ausgeprägtes Alkoholverhalten in der Elternschaft, Familie oder Beziehung sowie ein früher Beginn des eigenen Alkoholkonsums, bereits vor der Schwangerschaft.

3.3.4 Gründe für den Konsum

Die Gründe für den Konsum von Alkohol in der Schwangerschaft sind vielfältig [10]. Teils vertrauen Schwangere noch auf sich hartnäckig haltende Mythen, wie z. B. „so ein Glas Rotwein schadet ja nicht“. Es gibt auch Betroffene, für die der Verzicht auf Alkohol eine zu große gesellschaftliche Bevormundung darstellt und die sich dadurch in ihrer Freiheit eingeschränkt fühlen.



Andere Schwangere trinken Alkohol im Grunde zur Selbsttherapie als eine dysfunktionale Strategie bei Belastung und Konflikten. Andere Gründe sind soziale Anlässe im Zwiespalt, z. B. wenn im Mitarbeiterkreis Alkohol getrunken wird und die schwangere Person ihren Status als solche nicht preisgeben möchte und aus Unsicherheit mittrinkt.

Ein weiterer Grund für Alkoholkonsum während der Schwangerschaft ist die Unwissenheit über eine bestehende Schwangerschaft, meist zu einem frühen Zeitpunkt.

3.4 Besonderheiten in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

FASD ist in der Schwangerschaft nicht erkennbar, weshalb die Diagnostik sehr eingeschränkt ist. Aufgrund der häufig erst spät festgestellten Schwangerschaft findet bei vielen Betroffenen,

die in der Schwangerschaft wissentlich und regelmäßig Alkohol konsumieren, zudem eine unzureichende Schwangerschaftsvorsorge statt.

Schwangere Personen, die in der 20. Woche zur Feindiagnostik kommen, können und werden in der Kürze der Zeit wahrscheinlich nicht offen über eine evtl. vorhandene Suchterkrankung oder bereits mit ihrer Hebamme oder ihrem ärztlichen Fachpersonal für Gynäkologie diskutierte Themen sprechen. Im Eltern-Kind-Pass finden sich wiederum selten alle Angaben und so bleibt verborgen, was in der Frühschwangerschaft möglicherweise vorgefallen ist. Um die wichtigen Informationen herauszubekommen, muss es gelingen, in den wenigen, zeitlich begrenzten Untersuchungsminuten eine ehrliche und wertschätzende Beziehung zu den Schwangeren aufzubauen, die frei von Stigmatisierung ist.

3.4.1 Alkoholentzug in der Schwangerschaft

Wenn bekannt ist, dass eine schwangere Person alkoholabhängig ist, sollte ein Entzug dringend empfohlen werden. Dieser muss, ähnlich wie bei Opiaten (z. B. Heroin), im stationären Setting und am besten in einem Perinatalzentrum erfolgen. Nötig für einen gelingenden Entzug sind Verhaltensänderungen unter intensivmedizinischem Monitoring [11].

Nur wenige Kliniken sind darauf spezialisiert, einen Entzug unter intensivmedizinischem Monitoring durchzuführen, welches aufgrund des hohen Risikos für vorzeitige Wehen, hypertensive Entgleisungen sowie Delir oder Halluzinationen notwendig ist.

Ist eine medikamentöse symptomatische Behandlung nötig, können die Schwangeren mit Benzodiazepinen unterstützt werden. Diese sollten in der Schwangerschaft ebenfalls vermieden werden und nicht auf Dauer Mittel der Wahl sein. Gegenüber Alkohol bieten Benzodiazepine jedoch ein deutlich niedrigeres Nebenwirkungs- und Risikospektrum und somit immerhin eine Risiko-Reduktion.

3.4.2 Pränataldiagnostische Möglichkeiten

In der Pränataldiagnostik werden Fortschritte gemacht, insbesondere durch die Möglichkeit des nicht-invasiven Pränataltestes, bei dem nicht nur nach Trisomien, sondern auch nach anderen fetalen DNA-Splittern im Blut der schwangeren Person gescreent werden kann. In Studien besteht z. B. die Möglichkeit des Screenings nach familiärer Veranlagung, für die aber noch Untersuchungen mit hohen Fallzahlen an Schwangeren fehlen, die ehrlich mit ihrem Alkoholkonsum umgehen.

Eine weitere Diagnosemöglichkeit wäre die Fruchtwasserpunktion, über die aber lediglich nachgewiesen werden könnte, ob in den vergangenen 2 bis 3 Wochen Alkohol konsumiert wurde. Ein großer Nachteil ist die Invasivität des Verfahrens, weshalb es für diese Diagnostik nicht genutzt werden sollte.

Durch die Fehlbildungs-sonographie können zwar Fehlbildungen z. B. an Herz, Gesicht, Skelett- und Urogenitalsystem sichtbar gemacht werden, verborgen bleiben jedoch neuronale Defekte auf Zellebene. Dennoch kann die Fehlbildungsdiagnostik Hinweise liefern. So sollte z. B. bei jungen Gebärenden, deren Kinder ohne eine genetische Ursache schwere Herzfehler zeigen, Konsum von Alkohol oder anderen Suchtmittel hinterfragt werden. Die häufig mit Folsäuremangel einhergehenden Neuralrohrdefekte können ein Hinweis sein, speziell vor dem Hintergrund, dass Folsäuremangel assoziiert mit hohem Alkoholkonsum ist.

3.5 Begleiterkrankungen

Neben den Problemen, die Alkoholkonsum in der Schwangerschaft und das Kind betreffend verursacht, haben diese Menschen meistens auch Begleiterkrankungen. Körperlich bewirkt Alkohol ein gesteigertes Risiko für Krebs (insbesondere Leberzellkarzinom), Leberzirrhose, Pankreatitis, arteriellen Hypertonus sowie Demenz [12–14]. Durch den Alkoholkonsum kann es darüber hinaus zu Mangelernährung, Unfällen oder Stürzen sowie Gewalt (v. a., wenn in der Familie ebenfalls Alkohol konsumiert wird) kommen [3].

Psychiatrische Erkrankungen wie Depressionen, Schizophrenie, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörung, ADHS, Selbstmord (-gedanken, -versuche) sind häufige Begleiterkrankungen und sogar oft der ausschlaggebende Punkt, die in eine Selbstmedikation mit Alkohol führen [15–17].

Eine Alkoholabhängigkeit zerstört ganze Biografien, wirkt sich drastisch auf das soziale Gefüge aus und kann u. a. zu sozialer Isolation, Arbeitsplatz- und Beziehungsverlust, häuslicher Gewalt, Führerscheinverlust, Straffälligkeit, Armut und Stigmatisierung führen. Betroffene Menschen werden an den Rand der Gesellschaft gedrängt und bekommen nicht die Unterstützung, die sie dringend benötigen.

3.6 Besonderheiten unter der Geburt

Unter der Geburt sind einige Besonderheiten bei alkoholkonsumierenden Gebärenden zu beachten. Viele Standardmaßnahmen, wie z. B. das Verabreichen von Schmerzmitteln, können nicht durchgeführt werden, sofern der V.a. einen akuten Alkoholgebrauch vorliegt. Andererseits muss auf evtl. vorhandene Entzugserscheinungen reagiert und den Schwangeren ein besonderes Maß an Betreuung, Schutz und Aufmerksamkeit zuteilwerden.

Während im Laufe der Schwangerschaft grundsätzlich die Möglichkeit besteht, entzugslindernde Medikamente, wie z. B. Benzodiazepine, zu verabreichen, sollte davon kurz vor der Geburt

abgesehen werden. Benzodiazepine hemmen die Wehentätigkeit und haben bei vorgeburtlicher Gabe ein extrem hohes Risiko, Anpassungsstörungen beim Kind zu verursachen. Die Kinder müssen ohnehin mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die neonatologische Intensivstation übernommen werden und sollten nicht noch mehr Belastungen als unbedingt nötig ausgesetzt werden.

Bei Schwangeren, die alkoholisiert zu der Geburt erscheinen, können viele Schmerzmittel, im Speziellen Opiate, nicht verabreicht werden, weil diese dann zu einer schweren Atemdepression der zu Behandelnden führen können. Auch Lachgas darf häufig nicht gegeben werden, da mit Alkoholkonsum oft ein schwerer Vitamin B-12-Mangel assoziiert ist, der eine Kontraindikation darstellt.

Suchtkranke, die meist ohnehin an den Rand der Gesellschaft gedrängt wurden, benötigen ein besonderes Maß an Betreuung, Schutz und Aufmerksamkeit, sowohl im Kreißsaal als auch in der Zeit danach. Insbesondere bei Menschen mit psychiatrischen Vorerkrankungen ist es wichtig, Retraumatisierungen zu vermeiden, speziell bei der vaginalen Untersuchung.

3.6.1 Geburtshilfliche Mythen - Alkohol als Medizin

Nach wie vor kursieren Mythen, die den Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft, zur Geburt oder in der Stillzeit sogar positiv darstellen, z. B.:

- > „Na, ein Glas schadet doch nicht!“
- > „Alkoholentzug in der Schwangerschaft ist nicht möglich“
- > „Alkohol schützt vor Frühgeburtlichkeit“
- > „Alkoholhaltige Wehencocktails können die Geburt natürlich einleiten“
- > „Sekt regt die Milchbildung an“

Alle diese Mythen sind wissenschaftlich nicht haltbar und aufgrund der nachweislich pathologischen Wirkungen von Alkoholkonsum sogar schädlich.

Der häufig als alternative Geburtseinleitung genutzte, alkoholhaltige Wehencocktail wird gemäß der aktuellen Leitlinie „Geburtseinleitung“ nur noch unter Studienbedingungen empfohlen und ist ansonsten obsolet [18].

Bis in die Anfänge der 90er-Jahre hinein wurde Ethylethanol mit hohen Volumenprozenten i. v. zur Verhinderung der Frühgeburtlichkeit genutzt. Alkohol wirkt zwar relaxierend, dennoch sollte Alkohol, auch aufgrund der nicht ausreichenden Wirkung, nicht zur Wehenhemmung eingesetzt werden.

3.6.2 Entzugserscheinungen beim Kind

Bei Kindern von Gebärenden, die in der Schwangerschaft Opiate, Heroin sowie Substitute oder Alkohol konsumierten, sind Entzugserscheinungen meist direkt nach der Geburt feststellbar. Allerdings fallen die Kinder nach Alkoholkonsum in der Schwangerschaft anders auf. Diese zeigen nicht das typische Neugeborenen-Abstinenz-Syndrom, wie z. B. bei Heroin, mit Niesen, übermäßigem Gähnen und allgemeiner Schläppheit. Kinder mit alkoholbedingten Entzugserscheinungen haben eher respiratorische Anpassungsstörungen und zeigen zentralnervöse oder gastrointestinale Symptome. Sie schwitzen häufig und fallen durch Schlaflosigkeit auf. Daher kann der originale Finnegan-Score, der auf der neonatalen Intensivstation genutzt wird, nicht verwendet werden, um die Ausprägung der Symptome zu beschreiben. Für die Beurteilung der Notwendigkeit einer zusätzlichen medikamentösen Therapie von Kindern mit alkoholbedingten Entzugserscheinungen gibt es **adaptierte Scoring-Systeme**, die stattdessen genutzt werden können.



Die Therapie betroffener Kinder erfolgt symptombezogen. Ansonsten ist die Bezugspflege das Mittel der Wahl, nicht nur auf der neonatalen Intensivstation. Hinzu kommen Pucken, Kangarooing sowie kleine hochkalorische Mahlzeiten.

3.7 Besonderheiten im Wochenbett

Personen im Wochenbett sind insgesamt anfällig für psychische Probleme. Die enormen körperlichen und hormonellen Umstellungen führen zu einem steigenden Stressfaktor für die Elternteile. Hinzu kommen möglicherweise weitere Faktoren wie z. B. das schreiende Kind, Schlafmangel, fehlende Unterstützung, Zukunftsängste sowie fehlender Halt und Schutz durch die Partnerperson oder Familie. Entbundene, die während der Schwangerschaft mit dem Trinken aufhörten, haben in der Wochenbettzeit ein höheres Risiko, wieder mit dem Alkoholkonsum zu beginnen.

Im Wochenbett gaben 38 % der Personen an, bereits nach 6 bis 12 Wochen erstmals wieder Alkohol konsumiert zu haben. 5 % der Befragten gaben an, sogar täglich Alkohol zu konsumieren [19].

Häufig ist eine Wochenbettdepression ursächlich für Alkoholkonsum im Wochenbett. Das Risiko für eine solche Depression liegt bei 10 bis 12 %. Dabei nutzen 15 % der Betroffenen Alkohol als Selbstmedikation und 9 % illegale Suchtmittel.

3.8 Alkoholkonsum in der Stillzeit

Die Alkoholkonzentration im Blut der Mutter und in der Muttermilch sind gleich. Langzeitschäden bzgl. Wachstum und Motorik betroffener Kinder entstehen schon bei moderatem Alkoholkonsum. Jedoch kann nicht ganz abgegrenzt werden, ob die Mutter nicht bereits in der Schwangerschaft Alkohol konsumiert hat.

In der Stillzeit machen vor allem die indirekten Gefahren den Alkoholkonsum so gefährlich. Deshalb sollten weniger Verbote ausgesprochen, sondern den Eltern bewusst gemacht werden, welche Gefahren durch Alkoholisierung drohen. Solche Gefahren sind z. B. das Begraben und Ersticken des Kindes im Bett unter dem Bettzeug oder den Eltern selbst oder Stürze mit dem Kind auf dem Arm [20].

Wenn in der Stillzeit Alkohol konsumiert wird, z. B. auf einer Feier, sollten die Empfehlungen der Stillkommission beachtet werden [21]. Die größte Sicherheit bietet das Trinken von Alkohol zu unterlassen ODER:

- > <2 Getränke, max. ein- bis zweimal pro Woche
- > 2 bis 3 Stunden Pause bis zur nächsten Stillmahlzeit einhalten
- > abgepumpte Milch zufüttern
- > nicht abstillen
- > nicht im Elternbett schlafen lassen
- > nicht beim höchsten Pegel stillen



3.9 Wie gelingt die Behandlung alkoholabhängiger Schwangerer?

Alkohol gilt in Deutschland als Genussmittel und wird auch im Elternpass nur unter dem kleinen Punkt „Genussmittel“ abgefragt. Das zeigt gleichzeitig das Problem auf, nämlich dass Alkohol als Genussmittel gilt, aber eben auch ein Suchtmittel ist.

Schwierig ist auch die sehr begrenzte Zeit, die sich medizinisches Personal für Schwangere nehmen kann. Ärztliches Fachpersonal kommt bei einer Schwangerschaftsfeststellung im Durchschnitt auf 8 Minuten Behandlungszeit, einschließlich Ultraschall, Dokumentation der fetalen Herzaktion, Ausfüllen vom Elternpass und Beratung. Wird mehr Zeit investiert, wird diese nicht vergütet. Ganz wichtig ist das Setting, in dem das Gespräch stattfindet. Es sollte eine 1:1-Situation sein und im günstigsten Fall nicht gemeinsam mit der Partnerperson stattfinden. Hinzu kommt, dass selbst in Verdachtsmomenten Präventionsangebote meist nicht bekannt sind. Eine sinnvolle Unterstützung kann nur dann angeboten werden, wenn man weiß und vermitteln kann, wo diese zu finden ist.

Eine wichtige Rolle tragen daher Hebammen, da diese einen anderen Zugang zu den Schwangeren haben und im Haushalt auch die Chance bekommen, die Partnerperson miteinzubeziehen. Insbesondere dann, wenn bekannt ist, dass die gebärende Person in der Schwangerschaft bereits Alkohol konsumiert hat und zuvor ein Einzelgespräch stattgefunden hat. Partnerpersonen sollte aufgezeigt werden, wo und wie sie konkret unterstützen können, sofern sie nicht das gleiche Problem haben.

Wir sind medizinisches Personal. Als solches wollen wir, dass Menschen gesund bleiben, eine gesunde Eltern-Kind-Beziehung entstehen kann und dass die Familie erhalten bleibt. Dafür muss die Kommunikation mit den Schwangeren gelingen. Betroffene sollten offen, respektvoll und nicht wertend angesprochen werden (siehe auch Tabelle 3.1 für die Dos und Donts in der Kommunikation mit möglicherweise suchtkranken Schwangeren). Um betroffenen Schwangeren und Elternteilen helfen zu können, ist die Vernetzung im Kollegium und allgemein mit entsprechenden Stellen sehr wichtig, ebenso wie Kontakt zu den frühen Hilfen im eigenen Landkreis oder der Stadt.

Tab. 3.1: Dos und Donts in der Kommunikation mit möglicherweise suchtkranken Schwangeren

DOs	DONTs
Offen ansprechen	Thema vermeiden
Wiederholt respektvoll ansprechen	Thema schnell abhaken oder umgehen
Informieren	Belehren
Unterstützen	Moralisieren
	„Schublade“ schließen



3.9.1 Spezialisierte, interprofessionelle Versorgung

In der Universitätsklinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin des Universitätsklinikums Halle (Saale) wurde eine Sprechstunde mit einem interprofessionellen Netzwerk aufgebaut. Die Sprechstunde ist medizinisch und ärztlich begleitet sowie unterstützt durch Hebammen im Rahmen der Ambulanz. Auch eine kinderpsychologische Fachkraft ist eingebunden, um einen Anschluss an das Netzwerk „Frühe Hilfen“ zu ermöglichen. Das Netzwerk arbeitet auch mit den Behörden zusammen, wenn das Einverständnis der Eltern dazu vorliegt. Die Betroffenen werden dazu motiviert, die Anonymität zu verlassen und von sich aus zum Jugendamt oder zum allgemeinen sozialen Dienst (ASD) zu gehen und um Unterstützung zu bitten. Dieser Weg ist für die Elternteile und ihre Kinder letztlich besser, als wenn die kinderärztlichen Fachkräfte später in der Pflicht stehen und den ASD informieren müssen.

Auch online kann den betroffenen Personen in einer anonymisierten Form Hilfe an die Hand gegeben werden. So liefert die **IRIS-Plattform** zahlreiche Angebote mit Coaching, Tagebuch und Elterntermin zum dauerhaften Verzicht von Nikotin und Alkohol in der Schwangerschaft. Darüber hinaus sind zu diesen Themen bereits spezielle Apps verfügbar, die geeignet sind, um Menschen anonym in Bezug auf das Thema zu unterstützen. Hinzu kommt, dass die digitalen Angebote einfacher und schneller für den Anfang sein können, da Termine bei den entsprechenden Stellen meist nur mit Vorlauf zu bekommen sind.



FASD ist zu 100 % vermeidbar und dennoch findet es im Screening und der Prävention nicht die notwendige Öffentlichkeit. Die Prävention darf nicht erst in der Schwangerschaft beginnen, sondern FASD muss schon im Schulalter thematisiert werden. Die Kommunikation zum Thema FASD muss präziser werden und darf nicht nur am 9. September, dem Tag des alkoholgeschädigten Kindes, erfolgen.

3.10 „Ab morgen ...“

Ab morgen sind wir noch mutiger und offener im Gespräch mit Schwangeren und Eltern und bleiben vertrauensvoll und wertungsfrei. Wir kennen unser Netzwerk und bauen es aus, um Betroffenen die Unterstützung zukommen zu lassen, die sie benötigen. Unsere „Schubladen“ lassen wir etwas offen und machen uns mit FASD-typischen Besonderheiten nochmals vertraut.

4 Kinder gleichgeschlechtlicher Eltern

Prof. Dr. Mirjam Fischer

4.1 Einleitung

In der Umfrage zu Beginn des Vortrags gaben 75 % der Teilnehmenden des *pinards* 2024 an, dass sie schon einmal eine Person bei der Geburt betreut haben, die offen lesbisch, schwul, bisexuell, trans(geschlechtlich), queer oder inter(geschlechtlich) (LSBTQI*) war. Das zeigt die Relevanz des Themas und wie wichtig es ist, die bisher als selbstverständlich betrachteten Annahmen bezogen auf Geschlecht, Beziehung und Familie sowie Sexualität zu hinterfragen.

Unter den Begriffen LSBTQI* oder Queer werden verschiedene Personengruppen anhand ihres Geschlechts und/oder ihrer sexuellen Orientierung zusammengefasst. Eine Übersicht über gängige Begriffe gibt Tabelle 4.1.

Tab. 4.1: Begriffsbestimmungen zu Geschlecht bzw. sexueller Orientierung

Abkürzung	Bedeutung
LSBTQI*	Lesbisch, Schwul, Bisexuell, Trans*, Queer, Intersex*
Queer	ein Überbegriff für die Gesamtheit dieser Menschen
TIN*	trans*, inter*, nicht-binär (Geschlecht)
cis	Personen, deren Geschlecht mit dem bei Geburt in ihre Geburtsurkunde eingetragenen Geschlecht übereinstimmt
Intersex*	Menschen, die sowohl mit weiblichen als auch männlichen Geschlechtsmerkmalen geboren werden (z. B. gleichzeitiges Vorhandensein von Uterus und Penis)
Nicht-binär	Menschen, die sich weder als Frau noch als Mann verorten

queer = Überbegriff

- Lesbisch
- Schwul
- Bisexuell
- Trans
- Queer
- Intersex

Unterscheidung zwischen Geschlecht und sexueller Orientierung
 TIN = trans, inter, nicht binär
 cis = Geschlecht/Geschlecht identisch mit Eintrag in Geburtsurkunde

Annahmen & Fragen

- Wie möchten Sie angesprochen werden?
- Gibt es noch eine andere Person(en) in der Betreuung?
- Haben Sie Fragen zu Ihrem sexuellen Leben?
- Wie soll das Kind Sie und den anderen Elternteil ansprechen?
- Wie stellen Sie sich den Kontakt zum Samenspender vor?

WUNSCHKINDER

STRESS

- sozial
- rechtlich
- bürokratisch
- finanziell
- Partnerwahl
- Qualität
- Abkürzung/Anpassung
- Wunschwunsch

GLEICHZEITIG GILT
Den Kindern geht es **GUT!**

Mobbing kommt (noch) vor...

Geburtsurkunde
nur eine FRAU kann Rechtlich eine MUTTER werden
↓
automatische PERSONENSTÄNDLICHKEIT

wege zum Kind: Adoption, Leihmutterschaft, Pflege, Samenspende

pinard 17. Februar 2024 • Bonn christine-muenzenmaier.de

4.2 Gleichgeschlechtliche Paare mit Kindern oder Kinderwunsch in Deutschland

4.2.1 Zahlen

Aus dem Mikrozensus von 2019 geht hervor, dass in Deutschland ca. 15.000 gleichgeschlechtliche Paare mit Kindern leben [1]. Damit haben 21 % der gleichgeschlechtlichen Paare in Deutschland Kinder. Die meisten davon sind Frauen mit einem Anteil von 89 % der Paare mit Kindern in gleichgeschlechtlichen Beziehungen. Aus dem Mikrozensus ist ebenfalls entnehmbar, dass 22.000 Kinder in Deutschland mit gleichgeschlechtlichen Eltern leben, wovon 19.000 noch minderjährige Kinder sind. Die Anzahl der gleichgeschlechtlichen Elternpaare ist seit 2015 um 60 % angestiegen [2].

Zum Thema Kinderwunsch liefert eine nicht repräsentative Studie der Universität Bielefeld aus dem Jahr 2019 unter 4.204 lesbischen, schwulen und bisexuellen (LSB) Personen in Deutschland Daten [2]. Auf die Frage: „Wenn Sie einmal alle Hindernisse außer Acht lassen: Wie viele Kinder würden Sie im Idealfall insgesamt gerne haben? Es geht um die Gesamtzahl, einschließlich bereits vorhandener Kinder!“ antworteten 27 % der Männer und 21 % der Frauen, keine Kinder zu wollen. D. h. im Umkehrschluss, dass ganze 73 % der Männer und 79 % der Frauen in dieser Studie einen

Kinderwunsch haben. Aus der Umfrage ging ebenfalls hervor, dass die meisten dieser Personen (64 %) sich mindestens zwei Kinder oder mehr wünschen.

Männer und Frauen haben verschiedene Präferenzen, um ihr Wunschkind zu bekommen. So würden bei den Männern 50 % der Befragten eine Adoption, 29 % eine Leihmutterschaft und 12 % eine Pflegeelternschaft in Betracht ziehen [2]. Unter den befragten Frauen würden sich 87 % für eine Samenspende entscheiden, während andere Wege kaum in Betracht kommen.

4.2.2 Hürden

Hürden für gleichgeschlechtliche Wunscheltern bestehen auf finanzieller, rechtlicher, sozialer und bürokratischer Ebene. Zunächst ist der Zugang zu reproduktiver Medizin und Adoption kostspielig und nicht alle Maßnahmen werden von den Krankenkassen übernommen. Rechtliche Hürden sind z. B., dass eine Leihmutterschaft in Deutschland nicht legal ist, Familien nicht einfach anerkannt werden und Kinderwünsche daher nicht so leicht erfüllt werden können.

Zudem wurde das Recht in Deutschland bis zum Jahr 2011 so ausgelegt, dass Personen, die sich einer Transition zum anderen Geschlecht unterzogen haben, bei den Eingriffen sterilisiert wurden. Dies geschah unabhängig davon, ob ein Mann zu einer Frau transitionierte oder umgekehrt.



Als soziale Hürden sind z. B. Ablehnung aus dem Umfeld oder fehlende Unterstützung durch die Familie zu nennen. Auf bürokratischer Ebene sehen die Formulare lediglich Eintragungen für Mutter und Vater vor, so kann z. B. nicht neutral Elternteil 1 und Elternteil 2 eingetragen werden.

4.3 Wie geht es gleichgeschlechtlichen Eltern?

Neben dem „normalen“ Stress des Elternseins erfahren gleichgeschlechtliche Eltern noch zusätzlichen Stress als minorisierte Personen. Im Minoritätenstressmodell beschreibt Meyer (2003) den zusätzlichen Stress, den minorisierte Personen im Zusammenhang mit ihrer Person erfahren [3]. Unterschieden wird dabei in externe und interne Stressoren. Externe Stressoren sind Diskriminierungserfahrungen und Gewalt von außen, während interne Stressoren durch Ablehnungserwartungen, Verstecken sowie internalisierte Stigmata zustande kommen.

Die Gesamtheit dieser Minoritätenstressoren können die mentale Gesundheit sehr stark beeinflussen. Aber es gibt auch Wege, um eine Resilienz zu schaffen, sich zu schützen und dem Minoritätenstress entgegenzuwirken. Bei queeren Personen geschieht das zum einen auf individueller Ebene und zum anderen auf kollektiver Ebene. Häufig schaffen sich queere Menschen Netzwerke, Communities und Wahlfamilien. Bei vielen queeren Personen ist der Kontakt zur leiblichen Familie nicht gut, stattdessen haben sie sich selbst Netzwerke geschaffen, die sie als ihre Familie bezeichnen.

Trotz der geschaffenen Resilienz spiegelt sich der Einfluss von Minoritätenstress in einer Studie wider, in der Frauen in gleichgeschlechtlichen Beziehungen befragt wurden und sich selbst als deutlich weniger kompetent in der Elternrolle empfanden als Frauen in verschiedengeschlechtlichen Beziehungen [4]. Sie geben auch an, mehr Stress in der Elternrolle zu erfahren.

4.4 Wie geht es den Kindern?

Häufig wird zur Beurteilung von Verhaltensaspekten bei Kindern der Fragebogen zu Stärken und Schwächen (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) verwendet. Dieser ist ein Instrument zur Erfassung von psychischen Problemen bei Kindern und Jugendlichen [5]. Der SDQ misst Skalen zu emotionalen Problemen, Verhaltensproblemen, Hyperaktivität, Verhaltensproblemen mit Gleichaltrigen und prosozialem Verhalten.

In nicht-repräsentativen Studien wurden geringe oder keine Unterschiede in SDQ-Verhaltensproblemen zwischen Kindern, die mit gleichgeschlechtlichen oder verschiedengeschlechtlichen Eltern aufwachsen, festgestellt [4]. Wenige Studien fanden kleine



Nachteile bei emotionalen Problemen und Schulerfolg [6]. Allerdings kamen diese Ergebnisse lediglich aus nicht-repräsentativen Studien, die per Definition lediglich eine kleine Gruppe und nicht eine Stichprobe der Gesamtgesellschaft befragen.

Neuere bevölkerungsrepräsentative Studien zeigen, dass es keinen Unterschied im allgemeinen Gesundheitszustand, bei der Problembewältigung, im Lernverhalten [7] sowie in den SDQ-Skalen gibt [8]. Stattdessen fällt auf, dass Kinder gleichgeschlechtlicher Eltern, bezogen auf den Schulerfolg, besser abschneiden als Kinder verschiedengeschlechtlicher Eltern. So haben die Kinder bessere Noten und niedrigere Schulabbrecherquoten. In den Niederlanden beginnen mehr Kinder und in Schweden mehr Söhne gleichgeschlechtlicher Eltern ein Studium [9, 10].

Der bessere Schulerfolg kann darauf zurückzuführen sein, dass diese Kinder ausgesprochene Wunsch Kinder sind. Kinder von Eltern, die im Vorfeld so viele Hürden bewältigt und viele Ressourcen hineingesteckt haben, sind immer Wunsch Kinder. Die Eltern sind gut vorbereitet und verfügen häufig über gute finanzielle Mittel, da bereits der Weg zum Wunsch Kind viel Geld erfordert.

Die bisherige Forschung auf dem Gebiet fokussierte sich auf den Defizitansatz im Sinne von „Geht es den Kindern schlechter? Sind sie ok?“. Mittlerweile ist bekannt, dass es keine Nachteile von Kindern mit gleichgeschlechtlichen Eltern gibt. Darüber hinaus sind die fehlenden Unterschiede bemerkenswert, wenn man die vielen Hürden und gesellschaftlichen Vorurteile in Betracht zieht.

Die aktuelle und zukünftige Forschung sollte nun mehr ressourcen-zentriert arbeiten im Sinne von „Welche Ressourcen haben diese Familien bereits und wie können wir diese stärken?“ Es sollte z. B. nicht so bleiben, dass nur reiche Familien ein Wunsch Kind bekommen können. Darüber hinaus verfügen queere Familien über eine hohe Resilienz (meist innerhalb der Community), sodass man auch viel von queeren Familien lernen kann. Nicht zuletzt sollte die zukünftige Forschung dahingehend ausgerichtet werden, dass auch queer-sensibel unterstützt werden kann.



4.5 Wie kann die Betreuung von Eltern und Kind inklusiver gestaltet werden?

Die Themen Beziehungen und Familie, Geschlecht und Sexualität sind mit Annahmen verknüpft, die zu unbedachten und verletzenden Anreden oder Aussagen führen können.

Ursächlich dafür ist, dass alle Menschen mit Bildern und gesellschaftlichen Normen aufwachsen. So wird z. B. Heterosexismus in vielen Gesellschaften als „normal“ empfunden [11]. Das als „normal“ angesehene ist unsichtbar, selbstverständlich und routinemäßig. Alles, was davon abweicht, überrascht stattdessen. Was uns überrascht, fällt auf, lädt zu Fragen ein und kann Berührungängste auslösen. Man weiß nicht, was man sagen soll. Das Nicht-normative ist daher oft mit einer Beweislast verbunden: „Ist das wirklich eine richtige Familie? Hat das Kind später alles, was es braucht?“ Diese Fragen nicht gestellt zu bekommen, ist ein Privileg und zeigt gleichzeitig, warum eine gleichgeschlechtliche Beziehung Stress bedeuten kann.

4.6 Annahmen

Die Arbeit von Hebammen richtet sich nicht nur auf das Baby. Hebammen sind Beratende, Vertraute und Lehrende für das gebärende Elternteil. In einer Umfrage im Rahmen des Vortrags auf dem pinard 2024 gaben die Teilnehmenden an, dass neben den Themen, die das Baby direkt betreffen, oft Themen wie Verhütung, Sexualität, Partnerschaft, Herkunftsfamilie, neues Leben als Paar u. a. angesprochen werden. Unter eben diese Themen können auch Geschlecht, Sexualität und Familie fallen. Insbesondere in dem Bereich werden viele Annahmen getroffen, die wir als normal erachten und die wir dennoch einmal genau hinterfragen sollten. Ganz besonders dann, wenn wir mit Familien arbeiten, die dieser Norm nicht entsprechen.

4.6.1 Annahmen zu Geschlecht

Eine Annahme zum Geschlecht ist z. B., dass das gebärende Elternteil die Mutter ist und auch mit „sie/ihre“ adressiert werden möchte. Jedoch kann das Geschlecht einer Person nicht von außen abgelesen werden. Allerdings kann die gebärende Person auch trans männlich sein. In der Anrede kann man hier auf die Verwendung von Pronomen verzichten oder direkt fragen, wie die Person angesprochen werden möchte. Ein queeres Hebammenkollektiv aus Berlin (**Cocoon**)



erstellt z. B. Sticker mit der Aufschrift „Schwangerschaftspass“, die auf den Mutterpass geklebt werden können.

Eine weitere Annahme wäre, dass die gebärende Person einen cis männlichen Partner hat, der in männlicher Form als „der Partner, der Papa, der Mann“ adressiert werden möchte. Stattdessen kann man auch „die begleitende Person“ sagen und nachfragen. Es ist z. B. möglich, dass die begleitende Person weiblich oder TIN* oder kein Partner bzw. keine Partnerin ist.

4.6.2 Annahmen zu Beziehung und Familie

Eine Annahme zur Beziehung der Eltern ist, dass es nur zwei Elternteile gibt. Jedoch ist auch eine Mehrelternschaft möglich, wenn sich z. B. ein Frauenpaar und ein Männerpaar entscheiden, zusammen ein Kind zu bekommen. Es kann auch Polybeziehungen geben oder befreundete Personen, die sich entscheiden, ein Kind zu bekommen, oder im Gegenteil eine Frau, die alleine ein Kind bekommt. Auch hier sollten offene Fragen gestellt werden, wie: „Gibt es neben Ihnen noch weitere Personen, die in die Geburtsvorbereitung miteinbezogen werden sollen?“

Ebenso muss nicht zwingend die Herkunftsfamilie zur Unterstützung da sein. Insbesondere bei queeren Menschen kann die Herkunftsfamilie ein sensibles Thema sein. Stattdessen sind sogenannte Wahlfamilien sehr verbreitet unter queeren Eltern.

4.6.3 Annahmen zur Sexualität

Sex muss nicht zwingend penetrativer Sex bedeuten und sollte deshalb auch nicht vorausgesetzt werden. Ebenso wenig sollte man verallgemeinern, dass alle Menschen ein Bedürfnis nach Sexualität haben. Der queeren Community gehören auch asexuelle Personen an, wobei asexuell sein nicht heißt, dass man nie Sex hat.

4.6.4 Queer-spezifische Themen berücksichtigen

Queer-spezifische Themen können vielfältig sein, z. B. dahingehend, wie die Personen von ihrem Kind angesprochen werden möchten. Was beschäftigt die (werdenden) Eltern, was ist für sie relevant? Queeren Menschen kann z. B. mit Beratungsangeboten oder Vernetzungsmöglichkeiten geholfen werden, falls diese beispielsweise Ablehnung aus der Familie erfahren.

Ein weiteres Thema könnte der Einfluss auf die Beziehung von zwei Frauen sein, wenn eine von beiden ein Kind gebärt und die andere nicht. So wird bei zwei Frauen, die ein Kind mit Samenspender bekommen haben, automatisch der Samenspender als Vater in der Geburtsurkunde eingetragen und nicht die Partnerin, auch wenn die Frauen verheiratet sind. Dabei möchten die wenigsten Frauen Kontakt zum Samenspender haben. In einer Studie wollten über

43 % der befragten lesbischen Frauen weitgehende Anonymität des geplanten Kindes gegenüber dem Samenspender [2]. Auch Gespräche über Adaptionsverfahren können relevant sein.

Bei TIN*-Eltern könnte ein sehr relevantes Thema der Personenstand sein. Für eine Frau, die eine Transition zu einem Mann durchgemacht hat und sich als Mann in das Personenstandsregister hat eintragen lassen, führt ein Eintrag als Mutter in die Geburtsurkunde des Kindes automatisch wieder zu einer Umkehrung des Personenstands. Wenn so etwas ansteht, muss das besprochen und der Person die bestmögliche Unterstützung gewährt werden.

Zusätzlich erfahren TIN*-Menschen im medizinischen Kontext häufig Diskriminierung und sind daher besonders vorsichtig. Beim Umgang mit TIN*-Körpern sollte vor jeder Berührung eine Zustimmung eingeholt und gemeinsam entschieden werden, in welchem Umfang z. B. die körperliche Heilung betreut werden soll. Fragen wie „Ich werde jetzt Ihren Bauch abtasten, ist das in Ordnung für Sie?“ und ein stilles „Nein“ hören lernen (d. h. nur „Ja“ heißt „Ja“) können helfen, TIN*-Eltern Sicherheit zu vermitteln.

4.7 „Ab morgen ...“

Ab morgen bin ich mir der heteronormativen Annahmen zu Paarbeziehungen und Familie, Geschlecht und Sexualität bewusst und kann sie reflektieren und ändern. Im Zweifel frage ich, wie Personen angesprochen werden wollen. Bezüglich der Elternschaft stelle ich offene Fragen und nehme nicht automatisch an, dass die Personen, die in die Geburtsvorbereitung miteinbezogen werden sollen, Väter sind. Die Herkunftsfamilie erkenne ich als sensibles Thema an. Damit ich queer-spezifische Themen ansprechen, queere Eltern vernetzen und Anlaufstellen/Tipps für rechtliche Fragen geben kann, hole ich ab Montag Informationen ein.

Ode an die Hebamme

(von Lars Ruppel)

Expecto Patronum

In der fantastischsten Zaubershow,
die's auf dieser Welt gibt,
hört man Herzen von Menschen,
die man gar nicht sieht

Die Magierinnen tragen Kasack
und Blutdruckmessgerät,
da gibt es einen Sturm,
der einen Menschen durchweht

Und auch eine Zahl,
die Schmerzen anzeigt,
man sieht wie ein Mensch
aus dem Wasser entsteigt

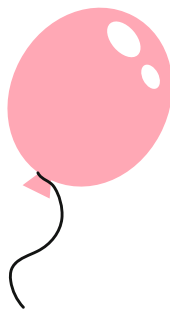
Da IST!!! plötzlich jemand,
der war grad noch nicht da,
da gibt's keinen Zauberstab,
da gibt's ein Pinard

In dieser Show wird geschrien
und Hände werden zerdrückt,
und das Publikum weint,
wenn der Zaubertrick glückt

Kein Hase springt aus dem Hut,
kein sexy Assistent,
kein Vorhang, keine Lichtshow,
kein Feuerwerk brennt

Nur ein Trick, der schon Monate
vorher beginnt,
sich ewig lang aufbaut
und dann ist da ein Kind

Ein Leben geht los
und das ist eure Magie,
die sich entfaltet aus Fachwissen
und Empathie



Aus Opferbereitschaft
und dem ganz großen Mut
und Unmengen Liebe,
für das, was ihr tut

Mit einem Partner an der Seite,
der eure Leidenschaft teilt,
und so lange bleibt,
bis jede Wunde verheilt

Ihr gebt oft mehr, als ihr habt
und gebt doch anderen Kraft,
Ihr macht, dass eine Frau
etwas Großes erschafft

Ihr könnt Muskeln
mit magischen Händen relaxen,
eure Worte sind Zaubersprüche,
die Berge versetzen

Ihr habt eine Stunde,
doch so lang dauert die Fahrt,
Ihr gebt 100 Prozent,
50 werden bezahlt

Ihr habt gar keine Zeit
und ihr nehmt sie euch doch,
und als ob das nicht reicht,
ihr vermehrt sie auch noch

Und schenkt sie danach
einem Mensch, der sie braucht,
Ihr leitet den Atem,
der Leben einhaucht

Ihr seid so nah am Leben,
nicht auf 'ner Schicht', die man schiebt,
Ihr erschafft einen Raum,
der alle schützend umgibt



Ihr bildet euch fort
und ihr bildet zurück,
Ihr bereitet vor, bereitet nach
und begleitet ein Stück

Und das in einer Zeit,
in der man Kreißsäle schließt,
Ihr macht, dass Blutungen stoppen,
aber die Milch wieder fließt

Ihr zieht Fäden
und durchschneidet die Schnur,
die zwei Menschen verband,
für eine Verbindung
von ewigem Bestand

Ihr schafft es gleichzeitig,
an verschiedenen Orten zu sein,
seid sowohl im Einsatz
und seid auch daheim

Immer grad auf dem Weg
und doch voll und ganz da,
Ihr seid Profis und Partner
und selber Mama

Von den ersten Gesprächen
bis zum großen Ta-Da,
egal ob B oder HG oder GH,
vergütet nach Paragraf 134 A

Für diesen uralten Trick,
Wissenschaft und Magie,
alle reden von Wundern,
Ihr ermöglichtet sie

Das Highlight in eurer
fantastischen Show,
selbst nach dem tausendsten Mal
ist da immer ein Wow

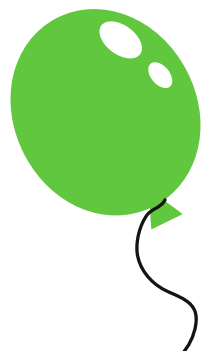
Ist da immer der Rausch
und da ist der Kick,
die Eltern, das Kind,
die Augen, der Blick

Der Herzschlag, die Atmung
das kleine Gewicht,
das Geschrei wie die Zeilen
von einem Gedicht

Die eigene Müdigkeit,
die Kopfschmerzen auch,
der Stolz und das Heimweh,
das Kribbeln im Bauch

Und auf dem Handy ein Anruf
und ihr wisst, was das heißt,
schon wieder ein Auftritt,
mit dem ihr beweist

The Show must go on,
aber die hier ist aus,
ich verneige mich vor euch
und das ist euer Applaus



5 Medienkonsum im Säuglingsalter

Dr. Frank Paulus

5.1 Einleitung

Durch die immer einfachere Handhabung digitaler Medien über berührungssensitive Bildschirme können bereits Säuglinge digitale Medien bedienen. Da Hebammen täglich mit dieser Altersgruppe arbeiten, bestehen für sie besondere Möglichkeiten der Einflussnahme auf die jungen Eltern in dieser sensiblen Lebensphase.

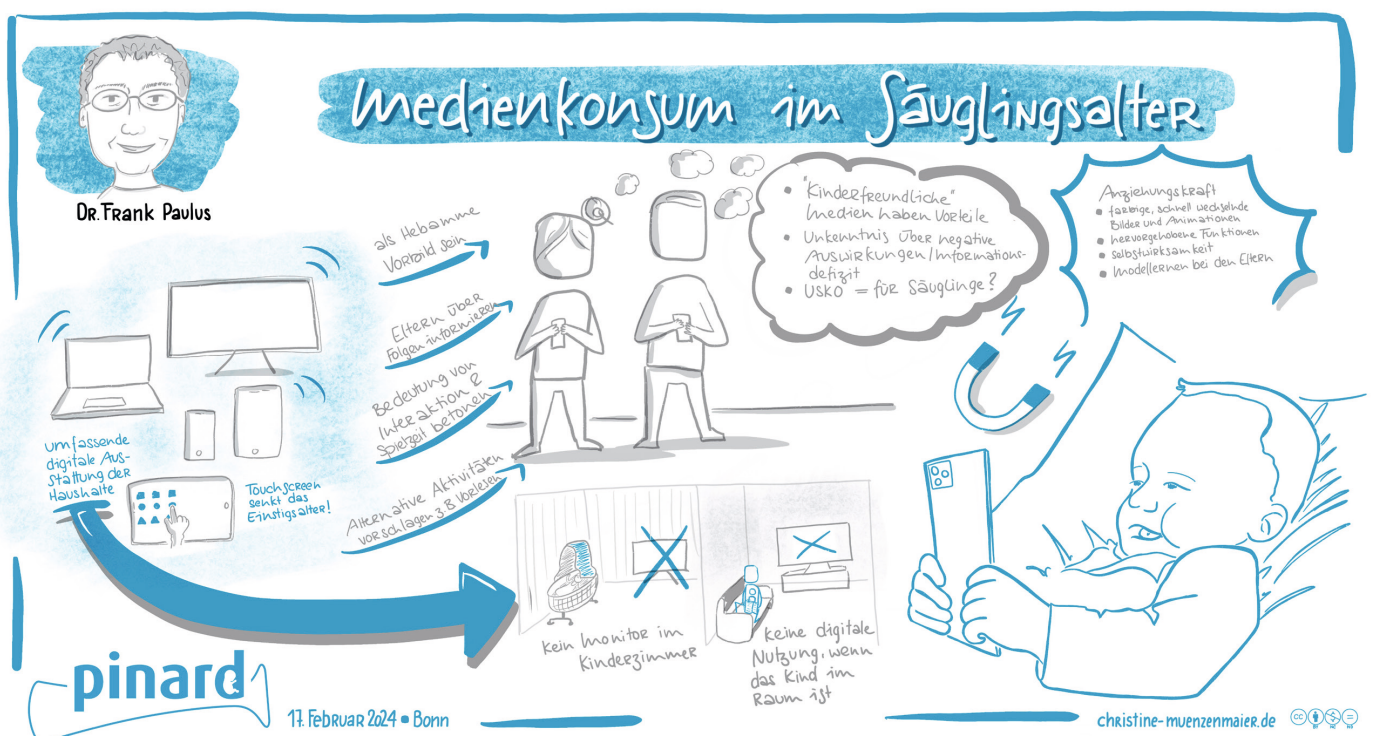
Der Autor dieses Artikels leitet an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum des Saarlandes zwei Spezialambulanzen: die Spezialambulanz für Säuglinge, Klein- und Vorschulkinder von 0 bis 6 Jahren mit psychischen Störungen (SKVA 0-6) und die Ambulanz Digitalisierung und psychische Störungen (ADUPS), die schwerpunktmäßig für Schulkinder- und Jugendliche ausgelegt ist. Die Weichenstellung für den digitalen Medienkonsum erfolgt beginnend im Säuglingsalter, d. h. bei Kindern im Alter von 0 bis 12 Monaten.

5.2 Nutzung digitaler Medien durch Säuglinge

Heutzutage wachsen die meisten Kinder in Haushalten mit umfassender Medieneinstattung auf. Mit dem technischen Fortschritt, insbesondere der Bedienung der Geräte über berührungssensible Touchscreens, hat sich in den letzten Jahren das „Einstiegsalter“ bei digitalen Medien bis zum Säuglingsalter hin abgesenkt. Für die Bedienung von Smartphones und anderen digitalen Geräten mit Touchscreen ist heutzutage kein Buchstabenwissen mehr notwendig, was die Nutzung durch Säuglinge erst möglich macht.

Eine repräsentative Studie aus Deutschland mit insgesamt 630 Kindern im Alter von 12 Monaten zeigte, dass 45 % der Säuglinge bis zu ihrem ersten Geburtstag bereits mit digitalen Medien (z. B. Tablets, Spielkonsolen, Smartphones) in Berührung gekommen waren. Davon nutzten 10 % der Säuglinge regelmäßig, d. h. jeden Tag bis zu einer halben Stunde digitale Geräte. Am häufigsten wurden Fernseher (33,0 %), Smartphones (16,9 %) und Tablets (5,3 %) genutzt. 20 % der Säuglinge verbrachten an einem normalen Wochentag 0,5 bis 1 Stunde vor dem Fernseher. 9 % der Säuglinge verbrachten 0,5 bis 1 Stunde am Smartphone. In der Studie gaben 31 % der Eltern eine gemeinsame Mediennutzung mit ihrem Säugling an. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass 70 % der Säuglinge digitale Medien allein nutzen.

Dieser, im Widerspruch zu sämtlichen pädiatrischen Empfehlungen stehende Medienkonsum ist kein isoliertes deutsches Phänomen. Mit 51 % Säuglingen im Alter zwischen 6 bis 12 Monaten, die Touchscreen-Geräte (Tablets und Smartphones) nutzen bzw.



einem Anteil von 34 % im Alter von 5 bis 14 Monaten Nutzer von Touchscreen-Geräten, kommen Studien aus dem Vereinigten Königreich und Frankreich zu ähnlichen Ergebnissen.

5.3 Was macht digitale Medien für Säuglinge interessant?

Säuglinge werden beinahe magisch angezogen von den farbigen, schnell wechselnden Bildern und Animationen, die digitale Medien vermitteln können. Darüber hinaus lösen diese bunten Bilder und begleitenden auditorischen Stimuli auch Orientierungsreaktionen aus.

Viele Säuglinge können bereits im Rahmen der regulären motorischen Entwicklung die visuellen Stimuli mit den Händen antippen, durchstreichen oder darüberwischen. Dass diese häufig mit entsprechenden Soundeffekten untermalt sind, macht sie noch interessanter.

Zudem machen Säuglinge einzigartige Selbstwirksamkeitserfahrungen mit digitalen Geräten. Sie finden es toll, was sie mit ihren eigenen Handlungen bewirken können. Hinzu kommt, dass Säuglinge das Nutzungsverhalten ihrer Eltern beobachten und nachahmen (Modelllernen). Dieses Beobachtungslernen ist für Säuglinge zentral. Der Säugling möchte auch nicht vorenthalten bekommen, was er den ganzen Tag über bei seinen Eltern sieht.

5.4 Was macht es so interessant für Eltern, ihrem Säugling digitale Medien zur Verfügung zu stellen?

Eltern glauben häufig, dass digitale Medien, die als kinderfreundlich und lehrreich beschrieben und bewertet werden, Vorteile für die kognitive und sozioemotionale Entwicklung ihres Kindes haben. Weil auch massive Industrieinteressen mit den Säuglingen als neuer Zielgruppe dahinterstecken, werden einige digitale Medien mit entsprechenden Anwendungen bereits für das frühe Lebensalter entsprechend beworben.

Die meisten Eltern sind sich der negativen Auswirkungen nicht bewusst. Eltern werden zudem von Fachpersonen (z. B. Pädiatriefachkräften, Hebammen) immer noch zu selten über die dysfunktionalen und schädlichen Auswirkungen von digitalen Medien auf ihre Säuglinge informiert.

Viele Eltern wissen nicht, was USK 0 bedeutet und müssen eventuell dahingehend informiert werden. Bei USK 0 handelt es sich lediglich um Inhalte, „die aus Sicht des Jugendschutzes keinerlei Beeinträchtigungspotenzial für Kinder, Jugendliche, aber auch für



Erwachsene darstellen“. USK 0 bedeutet dagegen überhaupt nicht: „Diese Anwendung soll schon von Säuglingen genutzt werden!“

Eltern nutzen digitale Medien auch, um Zeit für sich selbst und eigene Aktivitäten oder die Erledigung der Hausarbeit zu schaffen oder um ihren Säugling zu beruhigen, d. h. zur Stress- und Emotionsregulation.

Eltern, die erst vor Kurzem zugewandert sind, können weitere Beweggründe haben, z. B. die Förderung des Erwerbs der neuen Sprache. Manche Eltern glauben, dass der im Hintergrund den ganzen Tag laufende Fernseher dazu beitragen kann. Alle Studien zeigen jedoch, dass gerade dies nicht förderlich, sondern im Gegenteil schädlich für die Sprachentwicklung des jungen Kindes ist.

5.5 Welchen Nutzen haben digitale Medien im Säuglingsalter?

In den ersten Wochen nehmen Säuglinge digitale Medien nur als Reizquelle für Orientierungsreaktion wahr. Im ersten Lebensjahr beobachten Babys die Mediennutzung von bedeutsamen Bezugspersonen (zumeist die Eltern) und versuchen dies nachzuahmen (z. B. nach einem Gerät zu greifen).

Allerdings erfassen und verstehen Kinder unter 2 Jahren den Inhalt von zweidimensionalen Bildschirmen nur begrenzt. Kinder lernen bei einer Videodemonstration weniger als bei einer entsprechenden Live-Demonstration. Studien bei Zweijährigen zeigen, dass das Erlernen einer Fremdsprache besser in der Interaktion mit einer echten Person als mit digitalen Geräten gelingt.

Da das sprachliche Verstehen von kommerziell produzierten Videos (z. B. Werbung, Serien oder Apps) frühestens in der Mitte des zweiten Lebensjahres eintritt, haben digitale Medien für Kinder unter 3 Jahren kaum einen pädagogischen Nutzen. Kinder brauchen stattdessen vor allem den Kontakt mit ihren Eltern und Bezugspersonen und die Möglichkeit zum freien Spiel.

5.6 Einfluss digitaler Medien auf die Eltern-Kind-Beziehung

Die Eltern-Kind-Interaktion stellt einen der wichtigsten und am besten abgesicherten Faktoren für die Entwicklung im Säuglingsalter dar. Zentrale Punkte dabei sind eine sichere Bindung und die emotionale Verfügbarkeit der bedeutsamen Bezugsperson(en) (insbesondere des gebärenden Elternteils). Damit eine sichere und stabile Bindungsbeziehung entstehen kann, wird in den ersten Monaten besonders viel ungestörte Zweisamkeit zwischen den Eltern und dem Kind benötigt. Häufige Unterbrechungen durch digitale Medien (z. B. eingehende Nachrichten) stören die Entwicklung der Bindungsbeziehung in dieser frühen Phase der Eltern-Kind-Interaktion. Erwachsene wissen, dass bei einer Unterbrechung durch das Handy das Gespräch in kurzer Zeit weitergeführt wird, ein Säugling weiß das jedoch nicht.

Mary Ainsworth beschreibt die zentrale Rolle der Interaktion für die Kindesentwicklung in dem Modell der Feinfühligkeit („Sensitivity“) des gebärenden Elternteils gegenüber den Signalen des Babys: Die Signale des Säuglings müssen zunächst richtig wahrgenommen werden. Das kann nur durch häufige Verfügbarkeit und eine niedrige Schwelle für kindliche Äußerungen gelingen, d. h. das Elternteil muss für seinen Säugling verfügbar und nicht etwa im Nachbarzimmer oder am Smartphone sein. In der Folge müssen die Signale des Säuglings richtig interpretiert werden, d. h., es darf keine verzerrten Bewertungen, z. B. auf der Basis einer eigenen elterlichen Psychopathologie oder problematischen Biographie geben. Zuletzt muss prompt und angemessen auf diese Signale reagiert werden. Dementsprechend muss die Latenzzeit der elterlichen Reaktion gering ausfallen, insbesondere auf Weinen und Quengeln des Säuglings.

Ein anhaltender Gebrauch digitaler Medien durch die Eltern reduziert alle beschriebenen Schritte der elterlichen Feinfühligkeit und ist entsprechend problematisch.

5.7 Still Face Paradigma

Das **Still Face Paradigma** zeigt, dass Säuglinge auf eine plötzlich und dauerhaft nicht mehr reagierende Bezugsperson (eingefrorene Mimik, keine Responsivität) typischerweise mit Misstrauen, Wegschauen, Unruhe, zunehmender Verzweiflung und Weinen reagieren. Das elterliche Gesicht verändert sich auf ebendiese Weise („eingefroren“), wenn sie aus der Interaktion und Beziehung mit dem Säugling herausgeht, um auf ihr Smartphone zu schauen, um beispielsweise Nachrichten zu lesen und zu beantworten.



Die elterliche Feinfühligkeit ist zentral für die Entwicklung einer positiven und sicheren Eltern-Kind-Bindung und -Beziehung in

den frühen Jahren. Das wird deutlich reduziert durch die intensive Nutzung digitaler Medien durch die Eltern. Letztere vermindert die Qualität der täglichen Eltern-Kind-Interaktionen.

Die Interaktion der Eltern mit digitalen Medien reduziert die verbale und die nonverbale Kommunikation und vermindert die Sensitivität gegenüber dem Kind. D. h., die Fähigkeit, Interaktionssignale des Kindes sowie emotionale und körperliche Bedürfnisse zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren, ist deutlich reduziert. Zudem vermindert die Nutzung digitaler Medien die Responsivität gegenüber dem Kind, d. h. Kontingenz, Konsistenz und Schnelligkeit der elterlichen Reaktionen auf das Kind. Weiterhin stört die Interaktion mit digitalen Medien den Prozess der Herstellung gemeinsamer Aufmerksamkeit von Eltern und Kind („Joint Attention“).

Eine randomisierte klinische Studie mit über 100 Mutter-Säugling-Dyaden, die die Reaktionen von Säuglingen auf die mütterliche Handynutzung untersuchte, kam zu dem Ergebnis, dass bei einer Handy-Störung der negative Affekt des Säuglings höher war im Vergleich zu einer Unterbrechung durch den Versuchsleiter im selben Raum. In der Studie wurden die Herzrate und mimische körperliche Reaktionen als Indikator für das Wohlbefinden vs. die Beeinträchtigung herangezogen. Das Ergebnis lässt auf ein besonderes Schädigungspotenzial von Unterbrechungen durch Smartphones schließen.

5.8 Tipps für Hebammen

Seien Sie selbst vor den Eltern ein Vorbild für eine angemessene Mediennutzung und informieren Sie Eltern über die Folgen der eigenen Bildschirmnutzung und der Bildschirmnutzung ihrer Säuglinge. Dabei sollten besonders die Bedeutung der von digitalen Mediengeräten ungestörten Eltern-Kind-Interaktion, der gemeinsamen Spielzeit sowie des unstrukturierten, ungestörten Spielens, welches allein oder zusammen mit einem Elternteil stattfinden kann, hervorgehoben werden. Zusätzlich können den Eltern Informationen zu alternativen Aktivitäten (z. B. Vorlesen) vermittelt werden.

5.8.1 Tipps, die Sie als Hebammen Eltern geben können

Eltern bringen Hebammen ein großes Vertrauen entgegen. Zudem treffen Hebammen Eltern in einer Phase an, in der diese sehr zugänglich gegenüber deren Empfehlungen und fachlichen Tipps sind.

Manchen Eltern muss explizit gesagt werden, was ihre Säuglinge benötigen. Manche Eltern dürfen wiederholt hören, dass sie ihrem Kind direkte Zuwendung geben und mit ihm sprechen sollen. Geben Sie den Eltern mit, wie wichtig unstrukturierte Spielzeiten für die Entwicklung des Gehirns sind und dass diese wertvoller als jeder Kontakt mit elektronischen Medien sind.

- > Für ihre Entwicklung brauchen Kinder authentische Erfahrungen: Sie müssen ihre Umwelt durch Hören, Schmecken, Sehen, Fühlen erleben und in lächelnde Gesichter von Bezugspersonen schauen können. Entspannende fröhliche Musik soll nicht aus digitalen Medien kommen, sondern z. B. aus Spieluhren oder besser vorgesungen werden, selbst wenn die Eltern nicht gut singen können.
- > Erklären Sie den Eltern, dass Babys gern den Geräuschen um sie herum lauschen, vor allem menschlichen Stimmen. Zu viele, zu laute, gestresst-aggressive oder dauerhafte Geräusche (wie z. B. ein laufender Fernseher oder Musik) können jedoch überstimulieren. Die Eltern sollen lernen, feinfühlig auf die Reaktionen ihres Babys (wie Weinen, Quengeln, Unruhe) zu achten und für ausreichend Ruhe zu sorgen. Eine Dauerberieselung, beispielsweise durch Hörbücher, soll vermieden werden.

Eltern sollten wissen, dass ab einem Alter von etwa sechs Monaten Bilderbücher interessant werden. Spätestens dann sollen sie diese mit ihrem Baby anschauen, ihm begleitend und kommentierend erzählen, was es sieht, und einfache Geschichten im direkten Kontakt vorlesen

5.8.2 Bedeutung der ungestörten Zeiten zwischen Eltern und Kind

Den Eltern soll unbedingt die Bedeutung der ungestörten Zeiten zwischen Eltern und Kind vermittelt werden. Sie sollten sich des eigenen Medien- bzw. Fernsehkonsums bewusst werden. Hilfreich können Reflektionsfragen sein wie z. B. „Wann schauen Sie morgens das erste Mal auf ihr Smartphone?“ oder „Verbringen Sie täglich mehr Zeit mit ihrem Smartphone oder mit ihrer Partnerperson?“.

Darüber hinaus sollten sich Eltern ihrer Modellfunktion für ihren Säugling bewusst sein und dass gemeinsame Zeit eine ungestörte Aufmerksamkeit für das Baby bedeutet. Das gilt insbesondere für Still- und Pflegezeiten, die medienfreie Zeiten sein sollten. Störungen können vermieden werden, wenn digitale Geräte in der Nähe des Kindes in den Flugmodus versetzt werden. Digitale Geräte gehören auf keinen Fall ins Kinderbett oder den Kinderwagen gelegt. Beim Blickkontakt zum Kind im Kinderwagen sollte das Telefon am besten ausgeschaltet werden.

5.8.3 Bedeutung der sozialen Kontakte

Kinder lernen auch die Bedeutung realer sozialer Kontakte von ihren Eltern. Diese sollten deshalb weiterhin den direkten und persönlichen Kontakt mit dem „früheren“ Umfeld pflegen (und nicht nur via Smartphone). Wenn Eltern den Wunsch nach mehr Kontakt zu ihren Mitmenschen äußern, können Sie als Hebamme auf die zahlreichen Angebote für junge Eltern (z. B. Krabbelgruppen, Babyschwimmen, Eltern-Kind-Gruppen, Elternschulungen) verweisen.

Empfehlen Sie den Eltern, den eigenen Medienkonsum in den ersten Lebenswochen ihres Kindes am besten auf die Zeiten zu verlagern, in denen das Kind schläft. Wenn Medien mit Ton konsumiert werden, sollte das Kind idealerweise in einem anderen Zimmer schlafen, um den Abstand zwischen Gerät und Kind möglichst groß zu halten.

- > Im Umgang mit Bildern ihrer Kinder sollten Eltern sensibilisiert werden. Einige Eltern sind sehr naiv, wenn es darum geht, Bilder ihres Säuglings in sozialen Medien zu posten. Hierfür eignen sich auch Links zu Online-Informationsbroschüren, wie z. B. „Zu nackt fürs Internet? 10 Schritte für mehr Sicherheit im Umgang mit Kinderfotos online“ von www.klicksafe.de.



5.8.4 Wenn doch Medien genutzt werden

Grundsätzlich sollte die Nutzung digitaler Medien vermieden werden. Sollten diese dennoch genutzt werden (müssen), dann ausschließlich gemeinsam und begleitet. Für Kinder unter 18 Monaten sollten digitale Medien zu jeder Zeit tabu sein.

- > Rasante Programme und Apps mit stark ablenkenden Inhalten sollen vermieden werden, da diese eine Überstimulation verursachen, an die sich das neuronale System adaptiert und gewöhnt. Die Medien sollen in der Muttersprache verwendet und nicht durch Werbung unterbrochen werden.
- > Bildschirmmedien eignen sich nicht als Mittel zur Beruhigung (d. h. Emotionsregulation) von Kindern und sollen daher auch nicht als solche eingesetzt werden. Fernsehgeräte und digitale Medien eignen sich generell nicht als Kinderbetreuung. Bildschirme sind während der Essenszeiten immer auszuschalten. Bildschirme gehören außerdem nicht in ein Kinderzimmer.

5.9 „Ab morgen ...“

Ab morgen erinnere ich, dass die Nutzung digitaler Medien im Säuglingsalter die psychosoziale, emotionale und motorische Entwicklung sowie Kognition, Sprache, Ernährung und Schlaf des Säuglings beeinträchtigt. Ich kann den Eltern vermitteln, dass ihr eigenes Nutzungsverhalten eine zentrale Rolle spielt und die Eltern-Kind-Interaktion, die die Grundlage für die Kindesentwicklung ist, durch elterliche Mediennutzung enorm gestört wird.

Als Hebamme bin ich im Idealfall den Eltern ein Modell für eine angemessene Mediennutzung und zeige ihnen die Wichtigkeit sozialer Kontakte in der realen Welt auch für sie selbst auf. Ich ermuntere die Eltern zu möglichst viel ungestörter, d. h. medienfreier Zeit mit ihrem Kind.

6 Hautveränderungen in den ersten drei Lebensmonaten

PD Dr. Christina Schnopp

6.1 Einleitung

Zu den häufigen Hautveränderungen in den ersten drei Lebensmonaten gehören z. B. kongenitale Nävi, Mosaik, Hämangiome, Pusteln im Gesicht, Knoten und die Windeldermatitis.

Einige dieser Hautveränderungen können Warnzeichen darstellen und sollten daher frühzeitig erkannt werden können. Dies ermöglicht eine zeitnahe Vorstellung bei einer dermatologischen (Kinder-)Fachperson und die rasche Einleitung einer adäquaten Therapie. Andere Hautveränderungen hingegen sehen evtl. dramatisch aus, aber sind erstmal ungefährlich. Diese sollten erkannt werden können, um die Eltern zu beruhigen und die Dringlichkeit der jeweiligen Situation richtig einschätzen zu können.

6.2 Kongenitale Nävi

Etwa 1 bis 2 % aller Kinder haben kongenitale melanozytäre Nävi (KMN) in verschiedener Größe, die mehr oder weniger behaart sein können. Daher sieht man diese relativ häufig im Hebammenalltag.

Bis ins Jahr 2000 hinein wurde noch empfohlen, alle KMN zu entfernen, während von 2000 bis 2010 nur noch die Entfernung aller großen und riesigen KMN empfohlen wurde. Seit dem Jahr 2010 wird die Entfernung von KMN nur noch zur Verbesserung des ästhetischen Erscheinungsbildes und bei Vorhandensein suspekter Anteile (d. h. bei Verdacht auf Melanome) empfohlen. „Hierbei steht das ästhetische Langzeitergebnis, nicht die Melanomprophylaxe im Mittelpunkt“ [1].

Auf großen KMN kommen gelegentlich Melanome vor. So entstehen 23 % der präpubertären Melanome auf einem kongenitalem Riesennävus; das Melanomrisiko bei KMN ist abhängig von der Größe [2]. Jedoch entstehen Melanome meist auf den KMN, die aufgrund ihrer Größe nicht herausgeschnitten werden können. Dabei handelt es sich um solche KMN, bei denen die größte projizierte Größe im Erwachsenenalter („projected adult size“, PAD) >60 cm beträgt.

Hinzu kommt, dass die Melanome bei Kindern mit KMN häufig an anderer Stelle entstehen, mit 58 % überwiegend im zentralen Nervensystem (ZNS) [2]. Nur bei 17 % der in der Studie untersuchten Kinder entstand das Melanom auf dem Nävus. Da das früher praktizierte komplizierte und teils verstümmelnde Herausschneiden nur wenig Risikoreduktion für die spätere

Hautveränderungen

Mosaik
Somatische Mutation
höheres Risiko für Fehlbildung
Ausdehnung zeigt Risikogröße
erhöhte Aufmerksamkeit ist geboten!

Kongenitale Nävi
kein Stress!
Operation nur bei:
• Schwarzem Hautkrebs
• Ästhetischen Gründen
i.d.R. nicht im 1. Lebensjahr

Hämangiome
große Dynamik
→ sorgfältige Beobachtung wichtig
bei Gesicht (Nase & Augen) & Genitalien
Eile ist geboten!

Mastozytome
Knoten
Lineal/Schullentast
Autschwellen nach Reizung
Entwarnung!
→ nicht googeln!!!

Pusteln
geht i.d.R. von allein weg
1/3 der Kinder entwickeln eine Neurodermitis
Wenn es nicht besser wird, kommen Sie wieder
Fußpilz-Creme hilft!
Öl/Fett nicht!

Windeldermatitis
Alternativen bedenken:
• Allergien
• "Schraubben"
• Seifen/Branketten
Wenn es nicht weg geht

in den ersten 3 Lebensmonaten

pinard | 17. Februar 2024 • Bonn | christine-muenzenmaier.de

Entstehung eines malignen Melanoms bringt, hat sich bezüglich der Entfernung von KMN in den letzten Jahrzehnten ein Paradigmenwechsel vollzogen.

6.2.1 Praktische Hinweise

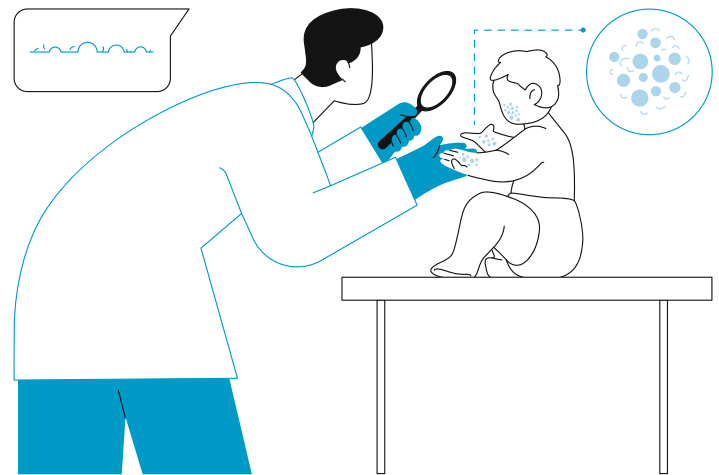
- > Bei KMN wird keine generelle präventive chirurgische Entfernung mehr empfohlen, da das Risiko für Melanome bei den KMN, die komplett exzidierbar sind, klein ist. Darüber hinaus ist das Melanomrisiko nicht auf den Nävus beschränkt und eine komplette Exzision bei den Hochrisikogruppen in der Regel nicht möglich. Zudem wird aufgrund von Komplikationen der chirurgischen Intervention (z. B. Sepsis, Narbenstränge) eine Dermabrasio bzw. ablativ Lasertherapie zu keinem Zeitpunkt mehr empfohlen.
- > Bei antizipierter Stigmatisierung sollte eine präventive frühe Entfernung (in den ersten 2 Lebensjahren) in Betracht gezogen werden. Da die Exzision i. d. R. unter Vollnarkose stattfindet, sollte diese jedoch nicht vor dem 1. Geburtstag erfolgen, da in den ersten Lebensmonaten das Narkoserisiko erhöht ist. Das gibt den Eltern gleichzeitig Zeit, um sich Gedanken zum weiteren Vorgehen zu machen.
- > Es ist möglich, dass Nävi abblassen zu lassen, was auch häufig zu sehen ist. Besonders an der Kopfhaut können KMN so weit verblasen, dass sie kaum noch sichtbar sind. Lediglich die Haare behalten bei verblassten KMN langfristig eine etwas andere Farbe und Struktur.
- > Insgesamt sollten KMN einer Fachperson vorgestellt werden, was jedoch nicht in den ersten 6 Monaten geschehen muss. Daher ist bei KMN keine Hektik geboten.

6.2.2 „Message für die Eltern“

Am wichtigsten ist es, den Eltern zu vermitteln, dass KMN zwar zunächst gewöhnungsbedürftig aussehen, aber erstmal kein dringender Handlungsbedarf besteht. Das Melanomrisiko bei KMN ist abhängig von deren Größe erhöht. Kinder mit großen und riesigen KMN sollten einer dermatologischen (Kinder-)Fachperson bereits in den ersten 3 Monaten, ansonsten im ersten Lebensjahr oder bei Auffälligkeiten vorgestellt werden.

Eine Ausnahme stellen Kinder dar, die einen großen und mehrere weitere KMN haben, was sehr selten vorkommt. Kinder mit dieser Konstellation können im Gehirn kleine Knötchen aufweisen, weshalb bei multiplen KMN evtl. ein MRT in Betracht gezogen werden kann.

Wenn eine Exzision aus kosmetischen Gründen erfolgen soll, dann idealerweise im zweiten Lebensjahr.



6.3 Mosaik

Ein genetisches Mosaik ist ein Nebeneinander verschiedener Zellpopulationen, die durch eine somatische Mutation entstehen. Somatische Mutationen treten im Verlauf der Embryogenese auf und werden nicht von den Eltern vererbt.

Abhängig davon, wann es in der Embryogenese zu der Mutation kommt, sind mehrere Organsysteme oder nur eines betroffen. Relativ häufig ist die Haut betroffen, wobei diese scheinbare Häufigkeit auch dadurch bedingt sein kann, dass es an der Haut am besten zu sehen ist.

Die Mosaik zeigen sich in den Entwicklungslinien der Haut, den sogenannten Blaschko-Linien. Wie sich die mutierten Zellen von ihrer Ursprungszelle den Blaschko-Linien entlang ausbreiten, ist beim Pigmentmosaik besonders gut zu sehen. Abhängig von der Art der Mutation, können die Linien sowohl mehr als auch weniger Pigment als die umliegenden Zellpopulationen aufweisen [3].

In Abbildung 6.1 und Abbildung 6.2 sind Nävi depigmentosus in schmalen bzw. breiten Blaschko-Linien gezeigt. Charakteristisch ist, dass die verminderte Pigmentierung an der Mittellinie aufhört.

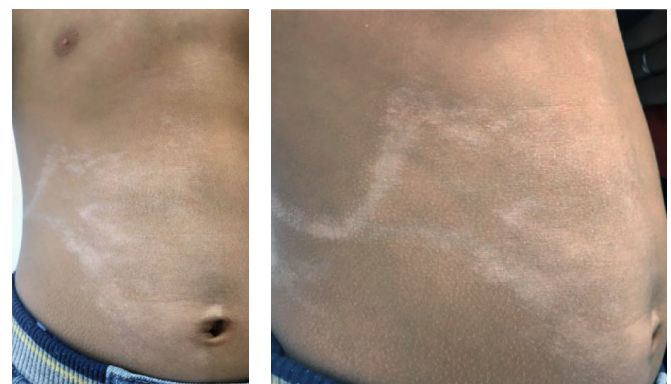


Abb. 6.1: Nävus depigmentosus in schmalen Blaschko-Linien



Abb. 6.2: Nävus depigmentosus in breiten Blaschko-Linien

Die klinische Ausprägung der Mosaik ist abhängig von der Art des betroffenen Gewebes bzw. des Zelltyps, dem Zeitpunkt des Auftretens, der die Ausdehnung bestimmt, sowie der Lokalisation der Genmutation, die den Phänotyp der Zellen bestimmt. Trat die somatische Mutation bereits zu einem frühen Zeitpunkt in der Embryogenese auf, besteht ein Risiko für assoziierte Fehlbildungen.

6.3.1 Fallbeispiel – Hypomelanosis Ito

Ein dreijähriges Mädchen mit sehr diskretem Nävus depigmentosus am linken Oberschenkel (Abbildung 6.3). Den Eltern fielen die Hautveränderungen im zweiten Lebensjahr auf. Assoziierte Symptome waren Augenprobleme (Schielen und Weitsichtigkeit links) und muskuloskeletale Veränderungen (Hüftdysplasie).



Abb. 6.3: Nävus depigmentosus am linken Oberschenkel eines dreijährigen Mädchens



Abb. 6.4: ILVEN (Inflammatorischer Lineärer Verruköser Epidermaler Nävus)

6.3.2 Inflammatorischer Lineärer Verruköser Epidermaler Nävus

Mosaik gibt es in vielen verschiedenen Variationen. Warzenartige Mosaik werden als ILVEN (Inflammatorischer Lineärer Verruköser Epidermaler Nävus) bezeichnet. Kinder mit einem einzelnen Streifen (siehe 6.4) haben ein geringes Risiko für assoziierte Fehlbildungen, während dieses Risiko bei Kindern mit mehreren Streifen erhöht ist.

6.3.3 Talgdrüsennävi

Talgdrüsennävi sind unbehaart und anfangs nicht besonders auffällig. Bis zum dritten Lebensmonat können diese aber dicker werden und eine deutlich gelbliche Färbung annehmen. Diese nimmt dann aufgrund der sinkenden Androgene i. d. R. wieder etwas ab, bis die Talgdrüsennävi in der Pubertät wieder zu wachsen beginnen. Hier sollte, wie beim Pigmentmosaik, die Kosmetik über die Notwendigkeit einer frühen Exzision entscheiden.

6.3.4 Praktische Hinweise

Mosaik auf der Haut können sich durch ein zu viel oder zu wenig bestimmter Zellen äußern (z. B. Hypopigmentierungen, Hyperpigmentierungen). Abhängig vom Zeitpunkt der Mutation können Mosaik mit Fehlbildungen am Skelett, den Augen, faszialen Dysmorphien oder z. B. Entwicklungsverzögerungen, Krampfanfällen bei ZNS-Beteiligung assoziiert sein.



Abb. 6.5: Talgdrüsennävus (Nävus sebaceus)

6.3.5 „Message an die Eltern“

Mosaik fallen meistens nur kosmetisch auf. Ein gewisses Risiko für assoziierte Fehlbildungen besteht abhängig von der Größe der Hautveränderungen. Deshalb sollten betroffene Kinder klinisch genau beobachtet werden. Eine „Durchuntersuchung“ ist jedoch nicht notwendig.

Bei Talgdrüsenävi können im Verlauf gutartige Hauttumoren entstehen. Für eine Entfernung der Hautveränderungen im Kindesalter besteht aber keine medizinische Indikation. Klinische Kontrollen im Erwachsenenalter und eine Exzision beim Auftreten der Tumoren reichen i. d. R. aus. Eine frühzeitige Exzision kann jedoch aus kosmetischen Gründen erwogen werden.

6.4 Hämangiome

Infantile Hämangiome treten häufig auf und sind gutartige Tumoren aus Blutgefäßen, die auch als „Blutschwamm“ bezeichnet werden (Abbildung 6.6). Bei der Geburt stellen sich Hämangiome oft ganz diskret dar. Viele Eltern sagen sogar, es wäre gar nicht da gewesen. Infantile Hämangiome können jedoch rasant wachsen, was gleichzeitig ein Unterscheidungsmerkmal zur möglichen Differenzialdiagnose vaskuläre Malformation („Feuermal“) darstellt [4].



Abb. 6.6: Infantiles Hämangiom

Vaskuläre Malformationen haben im Gegensatz zu infantilen Hämangiomen keine Dynamik und werden nicht dicker. In den ersten Lebenswochen sind die Gefäßveränderungen nicht immer sicher zu unterscheiden, weshalb diese, falls eine Behandlung erwogen wird, in den ersten Wochen engmaschig beobachtet werden sollten. Unterscheidungsmerkmale zwischen infantilem Hämangiom und vaskulärer Malformation sind in Tabelle 6.1 dargestellt.

Tab. 6.1: Unterscheidungsmerkmale bei infantilem Hämangiom vs. vaskulärer Malformation [4]

	Infantiles Hämangiom	Vaskuläre Malformation
Zeitpunkt der Manifestation	Nach der Geburt	Bei der Geburt vorhanden
Größenzunahme	In den ersten Lebensmonaten rasch, danach langsam	In den ersten Lebensmonaten kaum, über Jahrzehnte langsam
Regression	Immer	Keine

6.4.1 Praktische Hinweise

Eine frühzeitige Identifikation des infantilen Hämangioms in einer kritischen Lokalisation ist innerhalb der ersten Lebenswochen essenziell, damit den Eltern die wirkungsvolle Therapie mit Propranolol rechtzeitig angeboten werden kann. Diese sollte idealerweise in den ersten 4 bis 8 Wochen, allerspätstens bis zum 8. Lebensmonat erfolgen. Da infantile Hämangiome bis etwa zum ersten Lebensjahr wachsen und sich dann wieder etwas zurückbilden, wirkt Propranolol zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr.

Alle infantilen Hämangiome im Gesichtsbereich, vor allem in der Nähe der Augen, Nase oder Lippen sind als kritisch zu bewerten. An der Lippe können diese z. B. Fütterungsstörungen oder Probleme beim Spracherwerb verursachen. Hämangiome an den Augen können sich negativ auf die Entwicklung der Sehrinde auswirken, da diese durch ihr rasantes Wachstum sehr schnell die Öffnung der Augen verhindern können. Hämangiome an der Nase können sehr groß werden und stellen deshalb hauptsächlich ein kosmetisches Problem dar. Ebenso kritisch sind Hämangiome im Genitalbereich, weil diese häufig ulzerieren. Die resultierenden Wunden sind schwierig zu versorgen, bergen die Gefahr von Superinfektionen und verursachen Schmerzen.

6.4.2 „Message an die Eltern“

Die kritischen Hämangiome müssen sofort einer pädiatrischen Fachperson oder in der Kinderklinik mit der Frage der Einleitung Propranololtherapie vorgestellt werden. Damit sollte unter keinen Umständen abgewartet werden.

Bei unkomplizierten Hämangiomen kann hingegen die Spontanregression bis ins ca. 6. Lebensjahr abgewartet werden. Danach kann, sofern notwendig, eine chirurgische Therapie oder Lasertherapie der Residuen erfolgen.

6.5 Pusteln

6.5.1 Neugeborenenakne

Die Neugeborenenakne, charakterisiert durch kleine homogene Pusteln im Gesichtsbereich, verschwindet ohne weitere Interventionen von allein wieder.

6.5.2 Pityrosporum-Folliculitis

Die durch Hefepilze verursachte Pityrosporum-Folliculitis tritt meistens etwa im 2. bis 3. Lebensmonat auf. Charakteristisch sind größere Pusteln auf der Stirn, den Augenbrauen oder am Kopf. Gelegentlich können auch gelbliche Krusten auftreten. Aufgrund dieser Krusten können unerfahrene medizinische Fachkräfte dies auch mit einer bakteriellen Infektion verwechseln und eine unnötige Antibiotikatherapie veranlassen.

Die wichtigste Regel bei Pityrosporum-Folliculitis ist, dass diese nicht mit fetten Externa behandelt werden dürfen. Fette sind für Hefepilze ein optimaler Nährboden, die das Wachstum noch fördern. Ggf. kann eine Fußpilzcreme verwendet werden, was aber i. d. R. nicht notwendig ist.

6.5.3 Praktische Hinweise

Bei einem Verdacht auf Hefepilze (Pityrosporum ovale, Malassezia sympodialis) sollte der entsprechende Nachweis auf Öl-Agar erfolgen. Fette Externa sind zu vermeiden. Stattdessen können 2 % Ketoconazol oder 1 % Clotrimazol in wässriger Grundlage verwendet werden.

Die Pityrosporum-Folliculitis kann in ein seborrhoisches Säuglingsekzem und langfristig in eine schwere Neurodermitis übergehen. Deshalb sollten die Kinder etwa im 5. Monat nochmals einem Kinderdermatologen vorgestellt werden, wenn keine Besserung eingetreten ist.

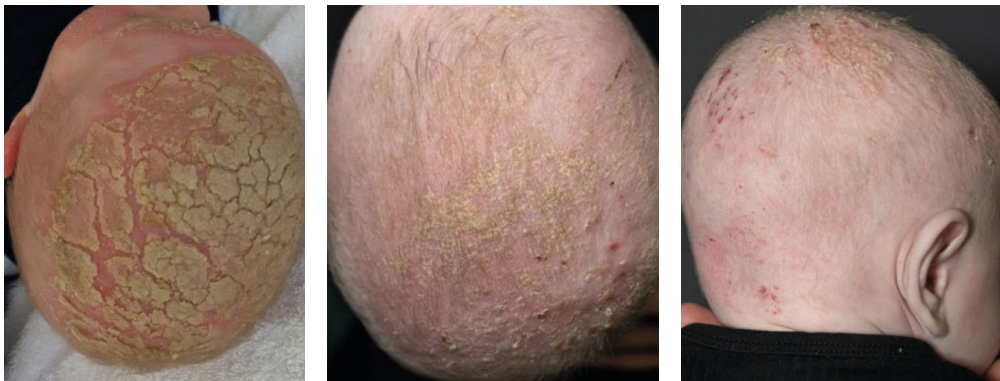


Abb. 6.7: Kopfgneis (links), Milchschorf (Mitte) und atopisches Kopfkopfkem (rechts)

6.5.4 „Message an die Eltern“

Pusteln in den ersten drei Lebensmonaten verschwinden meist nach Absinken der Hormonspiegel wieder von allein.

Bei einer Pityrosporum-Folliculitis sollen keine fettigen Cremes auf die betroffenen Stellen aufgetragen werden. Bei etwa einem Drittel der betroffenen Kinder ist ein Übergang in eine schwere Neurodermitis möglich.

6.6 Kopfgneis und Milchschorf

Kopfgneis und Milchschorf sind häufig nicht eindeutig zu unterscheiden, da beide Begriffe historisch gewachsen sind. Der Kopfgneis umfasst eher grobe gelbe Krustenschuppen (Abbildung 6.7, links). Milchschorf stellt sich mit kleinen, weißlichen Schuppen dar und kann sich zu einem atopischen Kopfkopfkem weiterentwickeln, was relativ häufig vorkommt (Abbildung 6.7, Mitte und rechts). Dies ist daran zu erkennen, dass neben dem Milchschorf auch Kratzspuren erkennbar sind. Beim Übergang in eine Neurodermitis fallen meistens auch andere Ekzemstellen am Körper auf, die entsprechend therapiert werden müssen. Da die Übergänge fließend sind, muss man darauf sensibilisiert sein.

6.6.1 Praktische Hinweise

Ob und wie Milchschorf oder Kopfgneis behandelt werden sollten, hängt vom individuellen Leidensdruck (z. B. Juckreiz, Geruch, bakterielle Besiedlung) ab.

Der klassische Milchschorf juckt nicht, aber kann mit Ölen (Babyöl, evtl. Muttermilch, Dimethicon) abgelöst werden. Empfehlenswert ist die Verwendung von Oleogelen, die sich gut auswaschen lassen. Haushaltsöle, wie z. B. Olivenöl oder Kokosöl, sind hingegen nicht geeignet, weil sie sich schlecht auswaschen lassen.

6.7 Mastozytome

Mastozytome sind einzelne, orangenhautähnliche, gelblich/rotbräunliche Knoten, die auf Druck anschwellen, z. B. beim Spielen oder wenn die Windel an der Stelle reibt (6.8). Hinzu kommt eine Rötung der betroffenen Stellen und es können sich Blasen bilden, was die Eltern meist sehr irritiert.

Gemäß der WHO-Klassifikation der Mastozytose handelt es sich bei Mastozytomen bei Kindern um kutane Mastozytosen [5]. Diese entstehen durch die lokale Vermehrung von Mastzellen in der Haut aufgrund einer somatischen Mutation. Mastozytome treten recht häufig auf, meist in den ersten drei Lebensmonaten, und können bis zum 6. Lebensmonat noch mehr werden.



Abbildung 6.8: Mastozytom an der Hand

6.7.1 Praktische Hinweise

Mastozytome können durch die Auflösung des Darier-Zeichens recht einfach erkannt werden. Ein Darier-Zeichen fällt positiv aus, wenn die Hautläsionen nach mechanischer Reizung anschwellen, z. B. mit einem Holzspatel, Lineal oder Ähnlichem. Ggf. kommen noch eine Rötung („Flush“) oder Blasen dazu. Mastozytome im Kindesalter sind nicht gefährlich und verschwinden im Allgemeinen bis zum Grundschulalter von allein.

6.7.2 „Message an die Eltern“

- > Mastozytome im Kindesalter sind nicht gefährlich und heilen in der Regel bis zum Grundschulalter spontan ab. Bei Blasenbildung kann Octenisept-Spray Linderung verschaffen.
- > Mastozytome im Kindesalter haben nichts mit der schweren Erkrankung Mastozytose bei Erwachsenen zu tun und sollten deshalb nicht mit Suchmaschinen im Internet gesucht werden.

6.8 Differentialdiagnosen Windeldermatitis

Die Windeldermatitis tritt häufig etwas später als innerhalb der ersten drei Lebensmonate auf. Bei einer mehr als drei Tagen andauernden Windeldermatitis sind fast immer Hefepilze (*Candida* ssp.) beteiligt. Eine Windeldermatitis mit *Candida*-Superinfektion zeigt sich ganz klassisch mit Satellitenpapeln (Abbildung 6.9A). Diese sollte dann mit einem antimykotischen Zusatz behandelt werden.

Vom Erscheinungsbild her kann eine im Windelbereich auftretende Schuppenflechte (*Psoriasis inversa*) der Windeldermatitis ähneln. *Psoriasis inversa* ist zwar selten bei kleinen Kindern, aber äußert sich, wenn sie auftritt, meist zuerst im Windelbereich mit roten, flächigen Stellen und scharf begrenzt Rändern (Abbildung 6.9B).

Selten kann auch Neurodermitis (intertriginöses atopisches Ekzem) im Windelbereich vorkommen (Abbildung 6.9C). Diese steht dann im Kontext mit der Grunderkrankung und muss antiinflammatorisch mit einer milden Cortisoncreme behandelt werden. Auch sehr

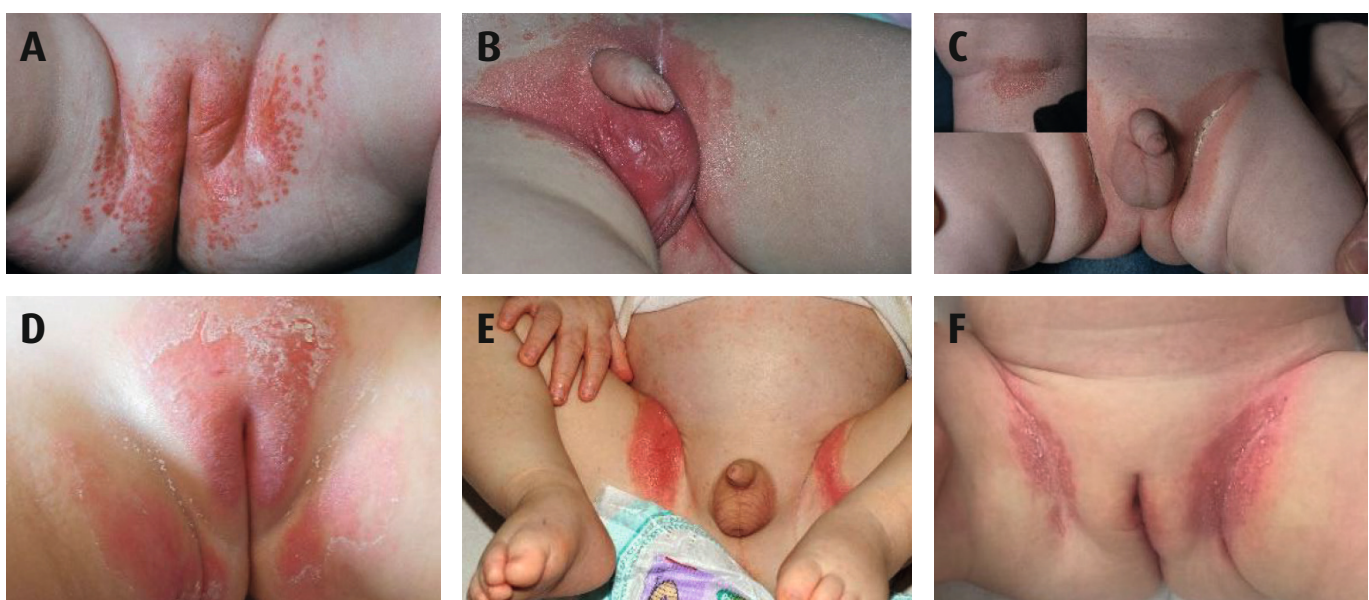


Abbildung 6.9: Differentialdiagnosen Windeldermatitis. A, Klassische Windeldermatitis mit *Candida*-Superinfektion; B, *Psoriasis inversa*; C, intertriginöses atopisches Ekzem; D, toxische Kontaktdermatitis; E, allergische Kontaktdermatitis; F, Langerhanszell-Histiozytose

selten kommt die Langerhanszell-Histiozytose vor, die eine sehr seltene Erkrankung der blutbildenden Zellen darstellt und daher praktisch nicht im Hebammenalltag vorkommt. Die betroffenen Hautareale stellen sich sehr rot dar (Abbildung 6.9F), oft sieht man auch kleine Knötchen. Bei Verdacht auf eine Langerhanszell-Histiozytose muss zur Bestätigung eine Hautbiopsie entnommen werden. Dies ist wichtig, weil die Haut oft lediglich „die Spitze des Eisbergs“ ist und auch andere Organe wie die Hypophyse, das Knochenmark und die Lunge befallen sein können.

Eine weitere Differentialdiagnose zur Windeldermatitis ist die Kontaktdermatitis. Diese äußert sich mit entzündlichen Veränderungen auf den erhabenen Hautarealen, im Gegensatz zur klassischen Windeldermatitis, die in den Furchungen auftritt (Abbildung 6.9D und E). Die toxische Kontaktdermatitis kann einerseits durch zu häufiges Waschen (z. B. Reibung mit einem Waschlappen) und andererseits durch zu seltene Windelwechsel oder die Verwendung ungeeigneter Windeln entstehen. Ursächlich für eine allergische Kontaktdermatitis kann z. B. eine allergische Reaktion auf Gummihilfsstoffe in Windelbündchen sein.

6.8.1 Praktische Hinweise

Versagen bei einer Windeldermatitis die üblichen therapeutischen Maßnahmen, sollte auch an seltenere Ursachen und zugrunde liegende Erkrankungen gedacht werden.

6.9 „Ab morgen ...“

Ab morgen kann ich die Eltern von Kindern mit einzelnen und kleinen kongenitalen Nävi kompetent beruhigen. Ich erkenne Mosaik- und Mastrozytome, kann komplizierte von unkomplizierten Hämangiomen unterscheiden und habe die Differentialdiagnosen der Windeldermatitis vor Augen.



7 Hören Sie mich nur oder verstehen Sie mich auch

Prof. Dr. Wolfgang Kölfen

7.1 Einleitung

Hebammen und jeglichem anderen medizinischen Personal, das in der Geburtshilfe tätig ist, werden starke Kommunikationsfähigkeiten abverlangt. Die Themen Schwangerschaft und Geburt stiften hohe Sympathiewerte und gleichzeitig hohe Ansprüche der Eltern. So wird die beste Klinik für die Begleitung der Geburt schon weit im Voraus sorgsam von den werdenden Eltern ausgewählt. Entsprechend hohe Erwartungen richten die Eltern an die Klinik und insbesondere an das Personal. Die Eltern möchten sich gut und sicher aufgehoben und verstanden fühlen.

Dass die (werdenden) Eltern nicht immer optimal in die Kommunikation mit Hebammen einsteigen, erschwert jedoch zielführende und vertrauensvolle Gespräche. Schlechte Kommunikation führt auf beiden Seiten zu Stress. Bei den Eltern löst das z. B. Aggression, Ablehnung, Ängste, geringe Compliance, Widerstand und negative Werbung für die Klinik aus. Bei medizinischem Personal kann schlechte Kommunikation z. B. zu Belastung, Erschöpfung,

Reizbarkeit, Unverständnis und Frust führen. Daher ist es unheimlich hilfreich, sich die Grundzüge der Kommunikation vor Augen zu führen und die eigene Kommunikation mit einfachen Mitteln zu verbessern, um stressige Situationen entschärfen zu können.

7.2 Grundzüge der Kommunikation

Kommunikation ist ein Wechselspiel zwischen dem, der etwas gesagt hat, und dem, der darauf antwortet. Die sendende Person vermittelt aus ihren Gedanken und Gefühlen heraus eine Botschaft, die sowohl aus verbalen als auch nonverbalen Signalen besteht. Diese Botschaft löst bei Empfangenden wiederum Gedanken und Gefühle aus und durchläuft diverse Filter.

Für die Kommunikation kommen drei Systeme zum Tragen. Das ist zum einen das „Reptiliengehirn“, das für die unterbewusst ablaufenden lebenswichtigen Prozesse wie z. B. Atmung, Herzschlag, Hunger, Durst und Schlaf-Wachrhythmus zuständig ist. Zum anderen sind das limbische System und das Frontalhirn beteiligt. Jede empfangene Botschaft wird im limbischen System, in dem Emotionen, Ängste, Gefühle und Erfahrungen gespeichert sind, gefiltert. Das Frontalhirn ist das denkende Gehirn und ermöglicht letztlich die durchdachte Bewertung der Botschaft.

Ein gehörter Satz wird zunächst im limbischen System durch Vorerfahrung und Eigeninteresse gefiltert, d. h. die empfangende

HÖREN SIE MICH NUR -

Prof. Dr. Wolfgang Kölfen

Vorerfahrung ✓✓ & ✓⊗⊗⊗

Filter

GEPLANT → GESAGT → GEHÖRT → VERSTANDEN

Wie behandeln auch Privatpatienten **freundlich & kompetent!**

Reden lernen ~ 2 Jahre
Zuhören lernen ~ ein Leben lang.

pinard

17. FEBRUAR 2024 • Bonn

1. KÖRPERSPRACHE

2. Empathie = Verständnis für meinen Gegenüber
WIR SIND DIE PROFIS

3. Zuhören
"zeig mir deine Wunde!"
"Was halten Sie nicht aus?"

4. Verständlichkeit

- einfach
- Gliederung & Ordnung
- kurz & prägnant
- zusätzliche Stimulanz

Struktur KISS 5K Turbo

oder verstehen Sie mich auch?

christine-muenzenmaier.de

Person nimmt unbewusst gedankliche Ergänzungen vor. Dadurch kann es zu Verzerrungen in der Situation kommen und die Bedeutung der Information verändert werden. Es kann auch eine Generalisierung im Sinne von: „Wenn ich einen kenne, dann kenne ich alle“ stattfinden.

Im Gespräch mit einer Hebamme oder anderem medizinischen Personal bringen die Eltern von vornherein gewisse Erwartungshaltungen mit. Sie erwarten eine verständliche Kommunikation und freundliche empathische Fachkräfte.

Die Voraussetzung für ein gutes Gespräch mit den Eltern sind Vertrauen und verständliche Inhalte. Deshalb glauben Menschen meistens ihrem Frisör mehr als gut ausgebildetem medizinischen Personal. Umso wichtiger ist es, dass man im Elterngespräch in der Kürze der Zeit Vertrauen schaffen kann. Wenn wir im Sympathiefeld sprechen, hören die Eltern ganz anders zu und sind wesentlich aufnahmefähiger.

7.3 KEAS-Methode

Die KEAS-Methode wendet vier Schlüssel für einen sicheren Weg zum erfolgreichen Gespräch an:

- > **Körpersprache:** Blickkontakt, Stimme, Kleidung
- > **Empathie:** gute Selbstwahrnehmung, Zurückstellen eigener Befindlichkeiten, die zu behandelnde Person steht im Mittelpunkt
- > **Aktives Zuhören**
- > **Klare Strukturierung im Gespräch**

7.3.1 Körpersprache

Die Körpersprache macht mit 55 % den Löwenanteil als Wirkungsmittel der Kommunikation aus. Sprechtechnik und Sprache machen lediglich 38 % bzw. 7 % der Kommunikation aus. D. h., das Gesagte ist eigentlich nur noch Beiwerk.

Die per Körpersprache gesendeten Signale sind sehr schnell, häufig unbewusst und sehr komplex. Aufgrund von Körperhaltung, Mimik und Gestik des Gegenübers gibt das limbische System schnell ein Signal an die empfangende Person. Deshalb spielen die körpersprachlichen Signale in den ersten Sekunden eine große Rolle, ob im Sympathiefeld gesprochen wird oder es zu Abwehrhaltungen kommt. Wenn z. B. die Hebamme einen Therapievorschlag macht und die schwangere Person verbal zustimmt, aber körpersprachlich das Gegenteil vermittelt, wird dieser Therapievorschlag sehr wahrscheinlich nicht umgesetzt. Da ist jede weitere Energie zur Erklärung der Anwendung nicht zielführend.



Um die eigene Körpersprache besser nutzen zu können, sollte man sich einiger wesentlicher Signale bewusst sein. Signale der Unsicherheit können z. B. ein gesenkter Kopf, eine insgesamt gekrümmte Haltung, das Verstecken der Hände oder ein ängstlicher Blick sein. Signale der Sympathie sind hingegen z. B. ein sicherer Stand, eine aufrechte Haltung, ein offener und fester Blick sowie eine gelassene Grundhaltung.

Dennoch sollten die nonverbalen Signale nie einzeln gedeutet und immer die konkrete Kommunikationssituation mitberücksichtigt werden. Die Körpersprache gibt aber Aufschluss über die Gefühlslage. Zuletzt muss man auch in der Lage sein, seine körpersprachliche Einschätzung zu revidieren, um zu bemerken, ob die Körpersprache und die Redeinhalte auch zusammenpassen.

7.3.2 Empathie

Der zweite Schlüssel für ein erfolgreiches Gespräch ist Empathie. Die Gefühle und Bedürfnisse der Eltern müssen erkannt und entsprechend wertgeschätzt werden. Daher sollen wertschätzende Fragen respektvoll gestellt und auf Ratschläge und Bewertungen verzichtet werden. Wertschätzung kann z. B. durch folgende Sätze zum Ausdruck gebracht werden: „Das ist Ihnen sehr wichtig ...“; „Das hört sich gut /schlecht an ...“; „Das ist sicher sehr belastend ...“.

Für das schnelle Zeigen von Empathie können auch „Turbo-Worte“ helfen, wie z. B. folgende:

- > zum Lob: gut, guter Anfang, klappt gut
- > zum Dank: danke, nett von Ihnen, freut mich
- > als Kompliment: prima, super, wichtiger Vorschlag
- > Fragen: Würde es Ihnen etwas ausmachen? Könnten Sie bitte? Es würde mir sehr helfen.

Empathie erfordert eine gute Selbstwahrnehmung, das Zurückstellen eigener Befindlichkeiten und, die zu behandelnde Person in den Mittelpunkt zu stellen. Dafür kann man sich zusätzlich vor Augen führen, dass die Menschen zu uns kommen, weil sie unsere Hilfe benötigen.

7.3.3 Aktives Zuhören

Aktives Zuhören ist der dritte Schlüssel für ein erfolgreiches Gespräch. Beim aktiven Zuhören vergesse ich meine Sichtweise, setze mich auf den Stuhl des Gegenübers und höre zu. Um das der anderen Seite zu zeigen, hilft es, die Äußerungen der beteiligten Person mit eigenen Worten wiederzugeben. Beim aktiven Zuhören ist es noch nicht notwendig, Lösungen anzubieten, und auch eigene Bewertungen sollten unterbleiben. Stattdessen sollten nur sachliche und emotionale Anteile wiedergegeben werden.

Sagt z. B. eine verzweifelte schwangere Person „Ich halte das hier nicht mehr aus“, kann man mit Rückfragen wie „Wovor haben Sie Angst?“ oder „Was ist das Problem?“ reagieren. Die Reaktionen sollen dabei so knapp wie möglich ausfallen und nicht breiter beantwortet werden.

Aktives Zuhören kann z. B. mit folgenden Worten beginnen und muss dabei nicht bedeuten, dass man zustimmt:

- > Zeigen von wertschätzendem Interesse: „Erzählen Sie mal ...“; „Mich würde interessieren ...“
- > Zeigen von inhaltlichem Verständnis: „Wenn ich Sie richtig verstehe ...“
- > Zeigen von emotionalem Verständnis: „Das war bestimmt sehr unangenehm ...“

7.3.4 Struktur im Gespräch

Erst der vierte Schlüssel zum erfolgreichen Gespräch – die Struktur im Gespräch – bezieht sich auf die zu besprechenden Inhalte. Eine durchdachte Gesprächsstruktur kann Verzerrungswinkel in der Kommunikation reduzieren.

Der Verzerrungswinkel beschreibt, ob und in welchem Maße die Bedeutung des Gesagten zwischen der empfangenden und der sendenden Person abweicht. So können auch Sätze, die inhaltlich eigentlich richtig sind, von den Eltern völlig falsch verstanden werden. Deshalb müssen die Emotionen der Eltern und ihre Verständnismöglichkeiten (Eltern sind i. d. R. medizinisch Fachkundige) berücksichtigt werden. Zusätzlich hat medizinisches Personal nur eine sehr begrenzte Zeit mit den Eltern.

Damit Eltern den Inhalten folgen können, muss die Gesprächsstruktur schon vor dem Sprechen durchdacht und es müssen am besten minimale und maximale Ziele festgelegt sein. Als Vorbereitung auf das Gespräch mit den jeweiligen Eltern kann es helfen, zu hinterfragen, wie die Situation für die Eltern und was das eigene Ziel des Gesprächs ist. Zusätzlich sollte man sich vor Augen führen, was man auf der Sachebene sagen möchte und was der Empfänger verstehen könnte. Ein durchdachter strukturierter Gesprächsaufbau enthält einen kurzen Einstieg mit Vorstellung der eigenen Person und der geplanten Untersuchung, der eigentlichen Botschaft und einen passenden Abschluss.

Am besten beachtet man *KISS = keep it short and simple* und die 5 wichtigen *K* in der Gesprächsführung:

- > Kurz: kurze Sätze mit nicht mehr als 7 bis 8 Worten
- > Klar
- > Konkret: visuelle Beispiele, verständliche Vergleiche
- > Konstruktiv: Positives zuerst nennen, ressourcenorientiert, nicht defizitär
- > Kontrolle des Verständnisses: Nachfragen

Im Gespräch selbst sollten Abschweifungen vermieden werden, man sollte schnell zum Punkt kommen und der rote Faden sollte erkennbar sein. Als wahre Zaubermittel können „Turbo-Sätze“ wirken, wie z. B. „Damit es für Sie schneller geht ...“; „Damit es für Sie sicherer ist ...“; „Damit ich mehr Zeit für Sie habe ...“; „Wir machen heute eine Ausnahme ...“. Ein weiteres Zaubermittel ist das Visualisieren. Das Gehirn nimmt visuelle Reize schneller und länger auf als nur gesprochene Inhalte. Bilder erlauben es, komplexe Sachverhalte in einfache Formen zu bringen – wenn man diese Sachverhalte selbst verstanden hat.

Meiden sollte man Worte wie „müssen, aber, dennoch, trotzdem“. Diese bringen einen um das Vertrauen. Worte wie „immer, nie, alle“ sowie abschwächende Wörter oder Redewendungen wie „vielleicht, ein bisschen, vermutlich, wahrscheinlich, ich will mal sagen ..., normalerweise würde ich ..., sage ich mal ...“ bringen einen um die Glaubwürdigkeit und sollten daher ebenfalls vermieden werden.

7.4 „Ab morgen ...“

Ab morgen weiß ich, wie ich in kurzer Zeit Vertrauen aufbauen und meinem Gegenüber im Gespräch Anerkennung und Wertschätzung vermitteln kann. Ich mache mir bewusst, dass es primär keine schwierigen Menschen, sondern schwierige Situationen und Konstellationen gibt. Diese kann ich durch Anwendung der KEAS-Methode entschärfen.

8 Literatur

8.1 Literatur zu Sportlich durch die Schwangerschaft

1. Mudd LM, Owe KM, Mottola MF, Pivarnik JM. Health benefits of physical activity during pregnancy: an international perspective. *Med Sci Sports Exerc.* 2013;45(2):268-77.
2. ACOG Committee Opinion No. 804: Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period: Correction. *Obstet Gynecol.* 2021;138(4):683.
3. ACOG Committee Opinion No. 650: Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. *Obstet Gynecol.* 2015;126(6):e135-e42.
4. Newton ER, May L. Adaptation of Maternal-Fetal Physiology to Exercise in Pregnancy: The Basis of Guidelines for Physical Activity in Pregnancy. *Clin Med Insights Womens Health.* 2017;10:1179562x17693224.
5. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med.* 2020;54(24):1451-62.
6. Danna-Dos-Santos A, Magalhães AT, Silva BA, Duarte BS, Barros GL, Silva MFC, et al. Upright balance control strategies during pregnancy. *Gait Posture.* 2018;66:7-12.
7. Berber MA, Satilmi G. Characteristics of Low Back Pain in Pregnancy, Risk Factors, and Its Effects on Quality of Life. *Pain Manag Nurs.* 2020;21(6):579-86.
8. Almousa S, Lamprianidou E, Kitsoulis G. The effectiveness of stabilising exercises in pelvic girdle pain during pregnancy and after delivery: A systematic review. *Physiotherapy Research International.* 2018;23(1):e1699.
9. Fontana Carvalho AP, Dufresne SS, Rogerio de Oliveira M, Couto Furlanetto K, Dubois M, Dallaire M, et al. Effects of lumbar stabilization and muscular stretching on pain, disabilities, postural control and muscle activation in pregnant woman with low back pain. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2020;56(3):297-306.
10. Kandru M, Zallipalli SN, Dendukuri NK, Linga S, Jeewa L, Jeewa A, et al. Effects of Conventional Exercises on Lower Back Pain and/or Pelvic Girdle Pain in Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus.* 2023;15(7):e42010.
11. Pennick V, Liddle SD. Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013(8):Cd001139.
12. Sarkar PK, Singh P, Dhillon MS, Bhattacharya S, Singh A. Postural deviation in pregnancy: A significant debilitating balance problem which can be rectified by physiotherapeutic intervention. *J Family Med Prim Care.* 2022;11(7):3717-25.
13. Zhou L, Feng X, Zheng R, Wang Y, Sun M, Liu Y. The correlation between pregnancy-related low back pain and physical fitness evaluated by an index system of maternal physical fitness test. *PLoS One.* 2023;18(12):e0294781.

8.2 Literatur zum Stillstart bei Late Preterms

1. Nelle M, Leone A, Pfister R. Späte Frühgeborene (late pre-terms) – Risikogeborene! *Paediatrica.* 2018;29(2):20-2.
2. Natalucci G. Langzeitentwicklung des späten Frühgeborenen. *Pädiatrie.* 2010;10(3):14-6.
3. Poets CF, Wallwiener D, Vetter K. Zwei bis sechs Wochen zu früh geboren – Risiken für das weitere Leben. *Dtsch Arztebl International.* 2012;109(43):721-6.
4. Köster HR. Das späte Frühgeborene: eine Herausforderung in der Stillberatung. *Die Hebamme.* 2014;27:246-51.
5. van Steenkiste K. Das späte Frühgeborene - Besonderheiten zum Stillmanagement. *Kinderkrankenschwester.* 2016;7:248-9.
6. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG). AWMF-Leitlinie Therapie entzündlicher Brusterkrankungen in der Stillzeit. S3 abgelaufen, AWMF Registernummer 015/071, Langfassung März 2013. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-071L_S3_Therapie_entz%C3%BCndlicher_Brustentz%C3%BCndungen_Stillzeit_2__2013-02-abgelaufen.pdf (abgerufen am: 15.03.2024).

8.3 Literatur zur Fetalen Alkoholspektrumstörung (FADS)

1. Moder JE, Ordenewitz LK, Schlüter JA, Weinmann T, Altbäumer P, Jung J, et al. [Fetal alcohol spectrum disorders-diagnosis, prognosis, and prevention]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2021;64(6):747-54.
2. Riemer M. Alkohol in der Schwangerschaft. Heft 14 der Reihe consilium Hebamme. URL: <https://www.paedia.de/wp-content/uploads/con-heb-alkohol-schwangerschaft.pdf> (abgerufen am: 04.03.2024).
3. Kraus L, Seitz NN, Shield KD, Gmel G, Rehm J. Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany: a register-based study. *BMC Med.* 2019;17(1):59.
4. Robert Koch-Institut (Hrsg). (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin.
5. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health.* 2017;5(3):e290-e9.
6. Abdul Muneer PM, Alikunju S, Szlachetka AM, Haorah J. Inhibitory effects of alcohol on glucose transport across the blood-brain barrier leads to neurodegeneration: preventive role of acetyl-L-carnitine. *Psychopharmacology (Berl).* 2011;214(3):707-18.
7. Fitzgerald J, Schlußner E. Die Effekte von legalen und illegalen Drogen auf die Plazentafunktion. In: Huppertz B, Schlußner E, editors. *Die Plazenta: Grundlagen und klinische Bedeutung.* Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2018. p. 119-33.

8. Zakhari S. Alcohol metabolism and epigenetics changes. *Alcohol Res.* 2013;35(1):6–16.
9. May PA, Gossage JP. Maternal risk factors for fetal alcohol spectrum disorders: not as simple as it might seem. *Alcohol Res Health.* 2011;34(1):15–26.
10. Binder A, Huber C, Batra A. „Pft... dann wechsele ich eben den Frauenarzt“. Fallstricke und Chancen in der Prävention von Alkoholkonsum in der Schwangerschaft. 2021;81(03):260–4.
11. Kiefer F, Batra A, Bischof G, Funke W, Lindenmeyer J, Mueller S, et al. S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. *SUCHT.* 2021;67(2):77–103.
12. Husain K, Ansari RA, Ferder L. Alcohol-induced hypertension: Mechanism and prevention. *World J Cardiol.* 2014;6(5):245–52.
13. Llovet JM, Burroughs A, Bruix J. Hepatocellular carcinoma. *Lancet.* 2003;362(9399):1907–17.
14. Longnecker MP, Enger SM. Epidemiologic data on alcoholic beverage consumption and risk of cancer. *Clin Chim Acta.* 1996;246(1-2):121–41.
15. Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction.* 2011;106(5):906–14.
16. Schneider B, Baumert J, Schneider A, Marten-Mittag B, Meisinger C, Erazo N, et al. The effect of risky alcohol use and smoking on suicide risk: findings from the German MONICA/KORA-Augsburg Cohort Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2011;46(11):1127–32.
17. Soyka M. Serie - Alkoholismus: Psychische und soziale Folgen chronischen Alkoholismus. *Dtsch Arztebl International.* 2001;98(42):2732–36.
18. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG). AWMF-Leitlinie Geburtseinleitung. S2k, AWMF Registernummer 015-088, Dezember 2020. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-088ladd_S2k_Geburtseinleitung_2021-04.pdf (abgerufen am: 15.03.2024).
19. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2018;104:235–48.
20. Elliott AJ, Kinney HC, Haynes RL, Dempers JD, Wright C, Fifer WP, et al. Concurrent prenatal drinking and smoking increases risk for SIDS: Safe Passage Study report. *EclinicalMedicine.* 2020;19:100247.
21. Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR). Alkohol in der Stillzeit – Eine Risikobewertung unter Berücksichtigung der Stillförderung. 2012. URL: <https://mobil.bfr.bund.de/cm/350/alkohol-in-der-stillzeit-eine-risikobewertung-unter-beruecksichtigung-der-stillfoerderung.pdf> (abgerufen am: 15.03.2024).

8.4 Literatur zu Kinder gleichgeschlechtlicher Eltern

1. Hochgürtel T, Sommer B. Bundeszentrale für politische Bildung. Datenreport 2021. Lebensformen in der Bevölkerung und Kinder. URL: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/datenreport-2021/familie-lebensformen-und-kinder/329544/lebensformen-in-der-bevoelkerung-und-kinder/> (abgerufen am: 04.03.2024).
2. de Vries L. Regenbogenfamilien in Deutschland. Ein Überblick über die Lebenssituation von homo- und bisexuellen Eltern und deren Kindern. 2021. URL: https://www.dji.de/fileadmin/user_upload/bibs2021/SoDr_01_de_Vries_Regenbogenfamilien.pdf (abgerufen am: 04.03.2024).
3. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* 2003;129(5):674–97.
4. Iraklis, G. Lesbian motherhood desires and challenges due to minority stress. *Curr Psychol* 42, 11133–11142 (2023). <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02376-1>
5. Muris P, Meesters C, van den Berg F. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)--further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2003;12(1):1–8.
6. Sullins DP. Emotional Problems among Children with Same-Sex Parents: Difference by Definition. *Journal of Education, Society and Behavioural Science.* 2015;7(2):99–120.
7. Bos HM, Knox JR, van Rijn-van Gelderen L, Gartrell NK. Same-Sex and Different-Sex Parent Households and Child Health Outcomes: Findings from the National Survey of Children's Health. *J Dev Behav Pediatr.* 2016;37(3):179–87.
8. Mazrekaj D, Fischer MM, Bos HMW. Behavioral Outcomes of Children with Same-Sex Parents in The Netherlands. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(10).
9. Boertien D, Bernardi F. Same-Sex Parents and Children's School Progress: An Association That Disappeared Over Time. *Demography.* 2019;56(2):477–501.
10. Aldén L, Bjorklund A, Hammarstedt M. Early health and school outcomes for children with lesbian parents: Evidence from Sweden. 2017.
11. Allen SH, Mendez SN. Hegemonic Heteronormativity: Toward a New Era of Queer Family Theory. *Journal of Family Theory & Review.* 2018;10(1):70–86.

8.5 Literatur zum Medienkonsum im Säuglingsalter

1. Ainsworth MS. Social development in the first year of life: Maternal influences on infant-mother attachment. London: Hodder & Stoughton; 1977. 1–20 p.
2. Bedford R, Saez de Urabain IR. Toddler's fine motor milestone achievement is associated with early touchscreen scrolling. *Frontiers in psychology*. 2016;7:1108.
3. Braune-Krickau K, Schneebeli L, Pehlke-Milde J, Gemperle M, Koch R, von Wyl A. Smartphones in the nursery: Parental smartphone use and parental sensitivity and responsiveness within parent-child interaction in early childhood (0-5 years): A scoping review. *Infant Ment Health J*. 2021;42(2):161-75.
4. Chassiakos YR, Radesky J, Christakis D. Children and adolescents and digital media. *Pediatrics*. 2016;138:e20162593.
5. Cristia A, Seidl A. Parental Reports on Touch Screen Use in Early Childhood. *PLoS One*. 2015;10(6):e0128338.
6. Durham K, Wethmar D, Melter M, Kabesch M, Kerzel S. Digital media exposure and predictors for screen time in 12-month-old children: a cross-sectional analysis of data from a German birth cohort. *Frontiers in psychiatry*. 2021;12:737178.
7. Golden SL, Blake JWC, Giuliano KK. Parental decision-making: infant engagement with smartphones. *Infant Behavior and Development*. 2020;61:101497.
8. Krogh MT, Egmo I, Stuart AC, Madsen EB, Haase TW, Væver MS. A longitudinal examination of daily amounts of screen time and technoference in infants aged 2-11 months and associations with maternal sociodemographic factors. *Infant Behav Dev*. 2021;63:101543.
9. McDaniel BT, Radesky JS. Technoference: Parent Distraction With Technology and Associations With Child Behavior Problems. *Child Dev*. 2018;89(1):100-9.
10. Paulus FW, Möhler E, Recktenwald F, Albert A, Mall V. Electronic Media and Early Childhood: A Review. *Klin Padiatr*. 2021;233(4):157-72.
11. Paulus FW, Joas J, Friedmann A, Fuschlberger T, Möhler E, Mall V. Familial context influences media usage in 0- to 4-year old children. *Frontiers in Public Health*. 2024;11.
12. Radesky JS, Miller AL, Rosenblum KL. Maternal mobile device use during a structured parent-child interaction task. *Academic pediatrics*. 2015;15:238-44.
13. Reid Chassiakos YL, Radesky J, Christakis D, Moreno MA, Cross C. Children and Adolescents and Digital Media. *Pediatrics*. 2016;138(5).
14. Swider-Cios E, Vermeij A, Sitskoorn MM. Young children and screen-based media: The impact on cognitive and socioemotional development and the importance of parental mediation. *Cognitive Development*. 2023;66:101319.

8.6 Literatur zu Hautveränderungen in den ersten 3 Lebensmonaten

1. Ott H, Kregel S, Beck O, Böhler K, Böttcher-Haberzeth S, Cangir Ö, et al. Multidisziplinäre Langzeitbetreuung und zeitgemäße chirurgische Therapie kongenitaler melanozytärer Nävi – Empfehlungen des Netzwerks Nävus chirurgie. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. 2019;17(10):1005-17.
2. Kinsler VA, O'Hare P, Bulstrode N, Calonje JE, Chong WK, Hargrave D, et al. Melanoma in congenital melanocytic naevi. *Br J Dermatol*. 2017;176(5):1131-43.
3. Kromann AB, Ousager LB, Ali IKM, Aydemir N, Bygum A. Pigmentary mosaicism: a review of original literature and recommendations for future handling. *Orphanet J Rare Dis*. 2018;13(1):39.
4. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie. AWMF-Leitlinie Infantile Hämangiome im Säuglings- und Kleinkindesalter. S2k, AWMF Registernummer 006/100, Langfassung Oktober 2020. URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/006-100L_S2k_Infantile-Haemangiome-Saeuglinge-Kleinkinder_2020-12.pdf (abgerufen am: 15.03.2024).
5. Valent P, Akin C, Metcalfe DD. Mastocytosis: 2016 updated WHO classification and novel emerging treatment concepts. *Blood*. 2017;129(11):1420-7.
6. Malignant melanoma in children aged 0-12. Review of 289 cases of the literature Bonifazi E, Bilancia M, Berloco A, Ciampo L, De Roma M.R. pp. 157-75
7. Bonifazi E., Bilancia M., Berloco A., Ciampo L., De Roma M.R. 2001. Malignant melanoma in children aged 0-12. Review of 289 cases of the literature. *Eur. J. Pediatr. Dermatol*. 11 (3):157-75.

8.7 Literatur zu Prof. Dr. W. Kölfen

1. Kölfen W. Ärztliche Gespräche, die wirken. Springer Verlag, 2. Auflage, 2018.
2. Sieper C. Sprache formt Realität. Tredition Verlag. 2021.

Selbsttest

1. Sportliche Einheiten

Frage 1: Welche Antwort ist falsch?

- A. Erlernte und bewusste Druckregulation beugt Beckenbodenproblemen und übermäßiger Rektusdiastase vor.
- B. Auf individuelle sportliche Interessen kann nur wenig eingegangen werden, da bei manchen Sportarten (z. B. Crossfit) strenge Gewichtsvorgaben für Schwangere bestehen.
- C. Sport senkt das Risiko für Gestationsdiabetes, Präeklampsie, Kaiserschnitte und die Gewichtszunahme während der Schwangerschaft.
- D. Schwangere sollten sich über 30 Minuten kontinuierlich an den meisten Tagen der Woche bewegen, z. B. durch Spazierengehen, Walken oder Schwimmen, insgesamt 150-180 Minuten pro Woche.

Frage 2: Welche Antwort ist falsch?

- A. Der Erhalt von Dehnung und Mobilität ist wichtig, weil durch die schwangerschaftsbedingten Veränderungen des Körpers insbesondere die hinteren Körperregionen mehr arbeiten werden als gewohnt und dadurch überbelastet werden können.
- B. Ein Muskel unter Dauerspannung nimmt mit der Zeit an Kraft zu.
- C. Das Erlernen von Techniken zur Druckregulation ist wichtig, weil im Bauchraum insgesamt viel Druck reguliert werden muss, wie z. B. beim Heben oder Husten.
- D. Als Folge von Schmerzen im unteren Rücken und Becken lässt die Kraft in der Rumpfmuskulatur, im Gesäß und der rückseitigen Beinmuskulatur nach.

2. Late Preterms

Frage 3: Welche Antwort ist richtig?

- A. Späten Frühgeborenen sollte die Brustwarze des stillenden Elternteils möglichst oft direkt angeboten werden, damit sie sich dem Stillen gegenüber aufgeschlossener zeigen.
- B. Eine zeitliche Begrenzung sollte es für Anlegeversuche nicht geben.
- C. Hypothermien, Hyperbilirubinämien und respiratorische Probleme kommen bei späten Frühgeborenen in etwa gleich häufig vor wie bei Termingeborenen.
- D. Neurologische Unreife, Koordinationsschwierigkeiten (beim Saugen, Schlucken und Trinken) und fehlende Ausdauer sorgen dafür, dass Late Preterms oft ein unreifes Stillverhalten zeigen.

Frage 4: Welche Antwort ist richtig?

- A. Late Preterms können wegen neurologischer Unreife dazu neigen, das Saugen an der eigenen Hand mit dem Saugen an der Brust zu verwechseln, weswegen das Verhalten unterbunden werden sollte.
- B. Der Habermansauger stellt eine gute alternative Zufüttermethode für alle saugschwachen Frühgeborenen dar.
- C. Personen mit sehr viel Elternmilch sollten darauf hingewiesen werden weniger Milch zu pumpen, da das Kind diese Menge nicht benötigt.
- D. Bei stillenden Elternteilen, deren Kinder beim ersten Bonding keine Anstalten machen, die Brust zu suchen, kann die Entleerung der Brust per Hand noch im Kreißsaal zu einem gelingenden Stillstart beitragen.

3. Fetale Alkoholspektrumsstörungen

Frage 5: Welche Antwort ist falsch?

- A. Kinder mit FASD zeigen häufig Wachstumsstörungen in der Schwangerschaft, die sich auch nach der Geburt fortsetzen.
- B. Alkoholhaltige Wehencocktails können die Geburt natürlich einleiten.
- C. Alkoholranke Schwangere sollten auch in der Schwangerschaft schon einen Entzug beginnen.
- D. Psychiatrische Erkrankungen sind häufige Begleiterkrankungen und sogar oft der ausschlaggebende Punkt, die in eine Selbstmedikation mit Alkohol führen.

Frage 6: Welche Antwort ist falsch?

- A. Wenn nicht auf den Alkoholkonsum während der Stillzeit verzichtet werden kann, sollte ein zeitlicher Abstand von 2-3 h zwischen Alkoholkonsum und Stillen liegen.
- B. Bei Alkoholkonsum während der Stillzeit sollte abgestillt werden.
- C. Häufig ist eine Wochenbettdepression ursächlich für Alkoholkonsum im Wochenbett.
- D. Alkoholhaltige Getränke wie Sekt regen die Milchbildung nicht an.

4. Kinder gleichgeschlechtlicher Eltern

Frage 7: Welche Antwort ist falsch?

- A. Externe Stressoren für gleichgeschlechtliche Paare sind Diskriminierungserfahrungen und Gewalt von außen, während interne Stressoren durch Ablehnungserwartungen, Verstecken sowie internalisierte Stigmata zustande kommen.
- B. Es fällt auf, dass Kinder gleichgeschlechtlicher Eltern, bezogen auf den Schulerfolg, besser abschneiden als Kinder verschiedengeschlechtlicher Eltern.
- C. Die Herkunftsfamilie kann bei queeren Menschen ein sensibles Thema sein.
- D. Ein Kinderwunsch ist unter queeren Personen im Allgemeinen eher selten.

Frage 8: Welche Antwort ist falsch?

- A. Nicht-binäre Menschen sind Menschen, die sich weder als Frau noch als Mann verorten.
- B. Cis Menschen sind Menschen, die sowohl mit weiblichen als auch mit männlichen Geschlechtsmerkmalen geboren werden (z. B. gleichzeitiges Vorhandensein von Uterus und Penis).
- C. Unter den Begriffen LSBTQI* oder queer werden verschiedene Personengruppen anhand ihres Geschlechts und/oder ihrer sexuellen Orientierung zusammengefasst.
- D. Die Abkürzung LSBTQI* steht für Lesbisch, Schwul, Bisexuell, Trans*, Queer, Intersex*.

5. Medienkonsum im Säuglingsalter

Frage 9: Welche Antwort ist richtig?

- A. Digitale Medien, die als kinderfreundlich und lehrreich beschrieben werden, haben einen hohen Wert für die kognitive und sozioemotionale Entwicklung von Kindern.
- B. USK 0 bedeutet, dass die Inhalte aus Sicht des Jugendschutzes für die Nutzung bereits durch sehr junge Kinder empfohlen sind.
- C. Eltern, die erst vor Kurzem zugewandert sind und Medien nutzen wollen, um den Spracherwerb ihrer Kinder zu fördern, sollte von dauerhaft laufendem Fernsehen abgeraten werden, weil sich dies sogar kontraproduktiv auf die Sprachentwicklung auswirkt.
- D. Die Störung einer Interaktion zwischen stillendem Elternteil und Säugling durch Handy-Nutzung oder durch eine Unterbrechung durch eine reale Person im selben Raum hat dieselben negativen Effekte auf Säuglinge.

Frage 10: Welche Antwort ist falsch?

- A. Um die Eltern für die Mediennutzung zu sensibilisieren, können Reflektionsfragen wie z. B. „Wann schauen Sie morgens das erste Mal auf Ihr Smartphone?“ hilfreich sein.
- B. Das Still Face Paradigma zeigt, dass Säuglinge auf eine plötzlich nicht mehr reagierende Sozialpartnerperson typischerweise mit Ernüchterung, Wegschauen und zunehmender Verzweiflung reagieren.
- C. Für Kinder unter 18 Monate sollten digitale Medien zu jeder Zeit tabu sein.
- D. Die Interaktion der Eltern mit digitalen Medien steigert die verbale und die nonverbale Kommunikation und steigert die Sensitivität gegenüber dem Kind, d. h. die Fähigkeit der Eltern, Interaktionssignale des Kindes gut wahrzunehmen.

6. Hautveränderungen in den ersten drei Lebensmonaten

Frage 11: Welche Antwort ist richtig?

- A. Kongenitale melanozytäre Nävi (KMN) sollten grundsätzlich zur Melanomprophylaxe entfernt werden.
- B. Je größer ein KMN ist, desto kleiner ist das Melanomrisiko.
- C. Kinder mit großen und riesigen KMN sollten einem (Kinder-) Dermatologen bereits in den ersten 3 Monaten, ansonsten im ersten Lebensjahr oder bei Auffälligkeiten vorgestellt werden.
- D. Wenn eine Exzision aus kosmetischen Gründen erfolgen soll, dann idealerweise in den ersten 6 Monaten.

Frage 12: Welche Antwort ist falsch?

- A. Kritische Hämangiome müssen nicht sofort einer pädiatrischen Fachperson oder in der Kinderklinik vorgestellt werden, es kann mehrere Wochen abgewartet werden, wie sie sich entwickeln.
- B. Infantile Hämangiome können rasant wachsen, was gleichzeitig ein Unterscheidungsmerkmal zur möglichen Differenzialdiagnose vaskuläre Malformation („Feuermal“) darstellt.
- C. Da infantile Hämangiome bis etwa zum ersten Lebensjahr wachsen und sich dann wieder etwas zurückbilden, wirkt eine Therapie mit Propranolol zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr.
- D. Alle infantilen Hämangiome im Gesichtsbereich, vor allem in der Nähe der Augen, Nase oder Lippen sind als kritisch zu bewerten

7. Hören Sie mich nur oder verstehen Sie mich auch

Frage 13: Welche Antwort ist richtig?

- A. Die Sprachtechnik nimmt den Hauptanteil als Wirkungsmittel der Kommunikation ein.
- B. Beim aktiven Zuhören sollte man ausführlich auf das Gesagte eingehen und Lösungen anbieten.
- C. Empathie erfordert eine gute Selbstwahrnehmung, das Zurückstellen eigener Befindlichkeiten und das Stellen des Patienten in den Mittelpunkt.
- D. Laut der KEAS-Methode sind die vier Schlüssel für ein erfolgreiches Gespräch: Kontext, Erwartung, Antworten und Kommunikation im Gespräch.

Frage 14: Welche Antwort ist falsch?

- A. Um die Glaubwürdigkeit im Gespräch zu unterstreichen, sollten abschwächende Wörter (z. B. vielleicht, wahrscheinlich, ein bisschen) vermieden werden.
- B. Die 5 wichtigen K in der Gesprächsführung stehen für: kurz, klar, konkret, konstruktiv und Kontrolle des Verständnisses.
- C. Um das Vertrauen zu fördern, sollten Formulierungen verwendet werden wie z. B. müssen, aber, dennoch.
- D. Der Verzerrungswinkel beschreibt, ob und in welchem Maße die Bedeutung des Gesagten zwischen der empfangenden und der sendenden Person abweicht.

Notizen

A large grid of small, light blue dots is positioned in the center of the page, intended for taking notes. The grid consists of approximately 25 columns and 35 rows of dots.

Gefunden!

Dein neuer Job – in unserem
Stellenmarkt für Hebammen!



**Nur 1 Klick
entfernt!**



QR-Code scannen oder unter
hebammenforum.de → Jobbörse
den aktuellen Stellenmarkt nur
für Hebammen checken und
neu durchstarten!



**Hebammen
forum**