

Persönliche PDF-Datei für

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:

Georg Thieme Verlag KG
Postfach 30 11 20
70451 Stuttgart
ISSN

Alle Rechte liegen beim
Verlag



Bonding und Self-Attachment zur Unterstützung des Stillbeginns

Beate Elvira Lamprecht, Ingrid Zittera

Bindungsförderung durch Gestaltung der frühen sensitiven Periode in den ersten Stunden nach der Geburt ist eine Kernaufgabe der Hebamme. Dies gilt auch für die Begleitung des Beginns einer Stillbeziehung. Aktuelle Best-practice-Empfehlungen und Leitlinien sollten umgesetzt werden – sei es als Hausgeburtshebamme, im interdisziplinären Team oder als Lehrende. Grundlage dafür ist primär die Bereitschaft, eigene Routinen immer wieder vor dem Hintergrund aktueller Evidenz zu reflektieren und aufgeschlossenen neue Wege zu beschreiten.



► **Abb. 1** Die Baby-Friendly Hospital Initiative beschreibt den Weg zum erfolgreichen Stillen in mehreren Schritten. Ein entscheidender Schritt ist es, der Mutter zu ermöglichen, unmittelbar ab der Geburt ununterbrochenen Hautkontakt mit ihrem Baby zu haben – und dies mindestens eine Stunde lang oder solange, bis das Baby das erste Mal gestillt wird. (© Kati Finell/stock.adobe.com – Stock Photo. Posed by a model).

Bindungsförderung – Kernaufgabe der Hebamme

Bindung ist eine wichtige Voraussetzung für Sicherheit und gesundes Gedeihen des Kindes. Überdies hat die erste intensive Mutter-Kind-Beziehung Einfluss auf alle weiteren Beziehungen im Leben eines Menschen. Die sensorische Stimulation zwischen Mutter und Neugeborenen resultiert langfristig in der Förderung sozialer Interaktion Mutter/Kind [1–3].

Unter **Bonding** wird die Gefühlsverbindung verstanden, die Eltern zu ihrem Kind entwickeln. Eine Aktivität oder Einstellung, die hilft, eine Beziehung zu etablieren oder aufrechtzuerhalten.

Hingegen wird im angloamerikanischen Raum **Attachment** als die Gefühlsverbindung des Babys mit seinen Eltern bzw. primären Bezugspersonen beschrieben. Es handelt sich dabei um eine besondere Art der emotionalen Beziehung, die Gegenseitigkeit, Trost, Sicherheit und Vergnügen für beide Individuen in der Beziehung beinhaltet [4].

Bonding im psychologischen Sinne, als die wachsende innige emotionale Bindung von Mutter und Kind(ern), ist ein Prozess, der bereits in der Schwangerschaft beginnt und rund um die Geburt bis nach der Geburt, weit über die ersten Stunden hinausgehend, stattfindet.

Da diese natürlichen Vorgänge einen maßgeblichen Einfluss auf die Eltern-Kind-Interaktion und Regulation sowie nachfolgend auf die seelische und körperliche Gesundheit der Kinder und Familien haben, ist das Wissen darum und eine professionelle Haltung aller Beteiligten in der Geburtshilfe, die Belange des Bondings berücksichtigt und fördert, grundsätzlich erforderlich [5].

Merke

Eine möglichst interventionsarme Geburt und der ununterbrochene Hautkontakt zwischen Neugeborenem und Mutter gewährleisten die Fortsetzung eines biologisch vorgesehenen Prozesses.

Intuitives Verhalten des Neugeborenen

Bezüglich der ersten Stunde nach der Geburt besteht rund um Haut-zu-Haut-Kontakt eine Diskrepanz zwischen Forschungswissen und dessen Umsetzung in die klinische Praxis. Durch ein verbessertes Verständnis des instinktiven und intuitiven Verhaltens des Neugeborenen und der Mütter sollen mittels praktischer Vorschläge Barrieren überwunden und der Wissenstransfer erleichtert werden. Entscheidend ist der Schutz dieser sensiblen Phase peripartal durch die Umsetzung evidenzbasierten Wissens in die Routinen des geburtshilflich tätigen Personals.

Hebammen haben hier eine Schlüsselfunktion und große Verantwortung [6–9].

Das gesunde Neugeborene ist mit verschiedenen Reflexen ausgestattet, die es ihm ermöglichen, sich durch Riechen, Sehen und Ertasten selbstständig auf dem Bauch bzw. Brustkorb der Mutter in Richtung Brust zu orientieren. Mittels robrender Bewegungen und Abstoßen der Beine sind Neugeborene in der Lage, in die Nähe der Brust zu gelangen. Der Saugreflex ist in dieser Zeit besonders ausgeprägt und Geruchssignale sowie die Hyperpigmentierung von Areola und Mamillen zeigen dem Neugeborenen den Weg.

Nach durchschnittlich 30–40 Minuten erreicht das Kind die Brust. Durch Suchbewegungen des Kopfes (Rooting), Mundöffnung, stoßende Bewegungen der Zunge, Saugen und Lecken – meist primär an den Händen – dockt es schließlich selbstständig am Mamillen-Areolakomplex an. Dabei zeigt es in der Regel ein korrektes Saugmuster. In ungestörtem Hautkontakt kann somit das Neugeborene selbstständig die Nahrungsaufnahme via Kolostrum initiieren.

Auslösen des Milchspendereflezes

Hautkontakt, Handbewegungen, Bewegungen des Neugeborenen und Saugen stimulieren dosisabhängig sowohl die Ausschüttung von Oxytocin als auch von Prolaktin. Dies führt zum Auslösen des Milchspendereflezes und zur Anregung der Milchproduktion. Dieser optimaler Weise ohne Unterbrechung und möglichst ohne Analgetikaeinfluss ablaufende Prozess wird als „Self-Attachment“ oder auch „Breast-Crawl“ bezeichnet. Er findet typischerweise in 9 Stadien statt (► **Tab. 1**), in denen es zu einer zunehmenden Entspannungsreaktion und Regulation von physiologischen Prozessen beim Neugeborenen und dessen Mutter postpartal kommt. Voraussetzung dafür ist der großflächige Haut-zu-Haut-Kontakt und ausreichend Zeit bzw. die Möglichkeit, dass dies ohne Unterbrechungen (durch klinische Routinen und Interventionen) stattfinden kann [2, 6, 11, 12].

Neurophysiologische und neuropsychologische Grundlage zur Initiierung des Stillens ist die Aktivierung der Ruhe/Entspannungs-Reaktion via Oxytocin als Neuropeptid. Dies führt zur Steigerung von Atemfrequenz, Puls, Blutdruck, zur Stabilisierung des Blutzuckers, zur Optimierung von Durchblutung der Skelettmuskulatur, Darmfunktion und Verdauung, es wirkt analgosedierend und steigert via Immunsystem die Wundheilung [12]. Unterbrechungen des Haut-zu-Haut-Kontaktes führen unweigerlich innerhalb kürzester Zeit zur Aktivierung der Kampf/Flucht-Reaktion und zum Abbruch dieses Prozesses, der in der Folge neu initiiert werden muss, wobei die Stadien neu durchlaufen werden müssen.

► **Tab. 1** Die neun Stadien des Verhaltens des Neugeborenen in Haut-zu-Haut-Kontakt nach Widström [6].

Nr.	Stadium (stage)	Verhalten
1	Birth cry	Das erste Schreien nach der Geburt: erleichtert die Ausdehnung und Belüftung der Lunge
2	Relaxation stage	Entspannungsphase: Das Baby liegt ruhig auf der Mutter, es macht keine Mundbewegungen, die Hände bleiben ruhig und entspannt
3	Awakening stage	Erwachen: Nach zirka drei Minuten macht das Baby erste kleine Bewegungen mit Kopf und Schultern
4	Active stage	Aktivität: Erste Mund- und Saugbewegungen sind zu beobachten, das Baby öffnet seine Augen, schaut die Mutter an, macht erste Suchbewegungen, der Rooting-Reflex wird deutlicher
5	Resting stage	Ruhephasen: sind zwischen den aktiven Phasen immer wieder zu beobachten
6	Crawling	Krabbeln und Robben: Nach zirka 35 Minuten beginnt das Baby, mithilfe von Krabbelbewegungen die Mamille und Areola zu suchen, es gibt dabei auch kleine Laute von sich
7	Familiarization	Kennenlernen und Gewöhnen: Das Baby berührt und massiert vermehrt die Brust, führt die Hand zur Mamille und wieder zum Mund, macht Suchlaute, streckt die Zunge heraus und schleckt an Areola und Mamille. Es reagiert mit Blickkontakt auf Stimme und Aktivitäten von Mutter und Vater.
8	Suckling stage	Saugen: Durchschnittlich nach 1 Stunde post partum erreicht das Baby die Brust, dockt selbstständig an und beginnt zu saugen. Wenn die Mutter während der Geburt Medikamente erhalten hat, dauert dies oft länger.
9	Sleeping stage	Schlafen: 1,5 bis 2 Stunden nach der Geburt schläft das Baby meist entspannt ein, oft auch die Mutter

Quelle: Windström [6].

Evidenz zur Auswirkung von Haut-zu-Haut-Kontakt aufs Stillen

Dosisabhängiger Effekt in Abhängigkeit von der Dauer des Haut-zu-Haut Kontaktes konnte nachgewiesen werden [21], zahlreiche (auch rezente) wissenschaftliche Untersuchungen zeigen signifikant höhere Raten an exklusivem Stillen aber auch eine längere Stilldauer [13, 14, 27–29, 31, 33, 39–41, 47]. Für die klinische Praxis bedeutet dies eine geringere Rate an SIBB (suboptimal infant breastfeeding behavior) beim Neugeborenen aber auch eine geringere Rate an pathologischer initialer Brustdrüsen-schwellung, wunden Mamillen, Milchstau, Mastitis, Brustdrüsenabszesse und Fällen von Laktationsinsuffizienz bei der Mutter.

Aufgrund der klaren Evidenz in der Auswirkung auf das Stillen nimmt der ungestörte Haut-zu-Haut-Kontakt (SCC) und das erste Stillen postpartum eine Schlüsselposition in den **10 Schritten zum erfolgreichen Stillen** der Initiative Baby-friendly Hospital weltweit ein. Schritt 4 der Initiative Babyfreundliches Krankenhaus in Deutschland und BFHI in Österreich sehen somit nachweislich die Integration in die klinische Praxis sowohl bei Vaginalgeburt als auch bei Sectio vor [22, 23].

Positiver Nebeneffekt dieses direkten Haut-zu-Haut-Kontaktes (SSC) und der massierenden Hand- und Körperbewegungen des Kindes ist eine Tonisierung des Uterus durch

zentrale und periphere Ausschüttung von Oxytocin. Dies verkürzt die Nachgeburtsperiode, erhöht die Vollständigkeit der abgelösten Plazenta und verringert somit das Risiko einer PPH und Atonie [25].

Wissenschaftlich messbare Effekte von frühem postpartalen Haut-zu-Haut-Kontakt sind somit eine stabilere Physiologie des Neugeborenen betreffende Thermoregulation, Metabolismus, Herzkreislaufsystem, Atmung und weniger Energieverlust durch Weinen. Es zeigt sich ein dosisabhängig klinischer Effekt von frühem Haut-zu-Haut-Kontakt auf eine Erhöhung der Rate ausschließlichen Stillens während des Krankenhausaufenthalts und auf weniger schmerzhaft initiale Brustdrüsen-schwellungen [21, 27–30, 45]. Dies resultiert in signifikant positiven Effekten auf höhere Stillraten (durchschnittlich 1–4 Monate) und eine längere Stilldauer (durchschnittlich 42 Tage) [31, 32].

Einfluss auf die Mutter-Kind-Interaktion

Diese neurophysiologischen Prozesse fördern zudem den postpartalen Bindungsaufbau insbesondere über die zentrale Oxytocin-Ausschüttung als Neuropeptid. Dies wird durch den intensiven Haut-zu-Haut- und Blickkontakt, zärtliche Berührungen, streicheln sowie suchende, stimulierende Laute des Kindes verstärkt. Mütter zeigen direkte Reaktionen u.a. durch verbale Interaktion in hoher Stimmlage. Entscheidend dabei ist auch beim Menschen ausgeprägtes Riechen aneinander (jeder Mensch strömt ein indi-

viduelles unverwechselbares Profil an verschiedenen Pheromonen aus, die über die Nase aufgenommen werden) [12]. Noch nach 12 Monaten ist eine bessere Mutter-Kind-Interaktion nachweisbar, falls es nach der Geburt zu ungestörtem, frühem postpartalen Haut-zu-Haut-Kontakt kommen konnte [26].

Eingang der Empfehlung in aktuelle Leitlinien

Diese in der Zwischenzeit umfassende Evidenz führte zur Integration in die Empfehlungen für alle Berufsgruppen, die Geburten begleiten. Die Empfehlung des frühen Haut-zu-Haut-Kontaktes und Stillbeginns wurde somit in die jüngsten S3-Leitlinien der DGGG sowohl zur vaginalen Geburt als auch zur Sectio caesarea aufgenommen [5, 33] und sind an uns als Personal in die klinische und außerklinische Praxis adressiert:

Merke

Ein leitlinienkonformes Procedere im Rahmen der Vaginalgeburt sieht explizit vor, pflegerische und diagnostische Maßnahmen oder medizinische Eingriffe auf ein Mindestmaß zu reduzieren und bei gutem Zustand des Kindes bei der Sectio bereits im OP mit dem Bonding (Hautkontakt) zu beginnen [5, 33].

Praktische Umsetzung des frühen Hautkontaktes

Selbstverständlich hat die Sicherheit von Mutter und Neugeborenem höchste Priorität. Darum werden für die praktische Umsetzung des SCC bspw. von The Swedish-

American Team for Baby Adapted Care of Health Infants in the First Hours after Birth zehn Sicherheitsregeln empfohlen [6]. Diese schaffen neben der Möglichkeit der Beobachtung des Verhaltens des Neugeborenen in den neun Stadien und den ersten Stillversuchen eine Lernsituation für Eltern. Durch eine unaufdringliche, sanfte, nahe Beobachtung ohne Interventionsversuche durch das Personal werden Eltern somit in die Beobachtung miteinbezogen. Dies hilft ihnen, potentiell gefährliche Positionen zu erkennen und zu vermeiden [34].

Zur Vermeidung von SUPC (Sudden unexpected postnatal collapse) beim Neugeborenen sollten Mütter und Kinder in SCC postpartum nie unbeaufsichtigt gelassen werden. Professionelles Monitoring und Dokumentation der Vitalparameter, etwa via Checkliste für Neugeborene in den ersten 2 Lebensstunden, werden in diesem Zusammenhang empfohlen [35]. Die Verifizierung der geeigneten Positionierung des Neugeborenen im SSC ist hier ebenfalls Kernaufgabe des Personals. SSC nach Analgetika und/oder schläfriger Mutter sollte nur unter kontinuierlichem Monitoring durch Personal begleitet werden.

Die ersten Stillversuche sollten beobachtet werden. Unbedingt zu vermeiden und ggf. gezielt anzusprechen ist Ablenkung, bspw. durch Smartphones. Die ständige Präsenz von Personal zum Erkennen einer Gefährdung der Vitalfunktionen bzw. jederzeitiges Vorhandensein von Interventionsmöglichkeiten und entsprechender Schulung der relevanten Berufsgruppe(n) im Vorfeld sind ebenfalls Gegenstand entsprechender Leitlinien [5, 33].

Selbst in diesen besonderen Situationen ist die verstärkende Datenlage für Hautkontakt mit dem frühgeborenen oder kranken Kind vorhanden [36–38].

► **Tab. 2** Unterstützung der Mutter auf dem Weg zum erfolgreichen Stillen nach BFHI.**Umsetzung in der Geburtsklinik**

1	Schriftliche Richtlinien zur Umsetzung der B.E.St.-Kriterien (Bindung, Entwicklung, Stillen) auf der Grundlage der „Zehn Schritte für eine babyfreundliche Einrichtung nach WHO und UNICEF“ sind vorhanden und werden mit allen Mitarbeitenden regelmäßig besprochen. Vollständige Einhaltung des internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten. Ein fortlaufendes Monitoring und Datenevaluierungssystem einrichten.
2	Schulungen aller Mitarbeitenden, sodass sie über die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten zur Umsetzung der B.E.St.-Richtlinien verfügen.
3	Alle schwangeren Frauen bzw. werdenden Eltern über die Bedeutung und Praxis des Stillens und der Bindungs- und Entwicklungsförderung informieren.
4	Den Müttern ermöglichen, unmittelbar nach der Geburt ununterbrochen Hautkontakt mit ihrem Baby zu haben – mindestens eine Stunde lang oder bis das Baby das erste Mal gestillt wurde.
5	Den Müttern das korrekte Anlegen zeigen und ihnen erklären, wie sie ihre Milchproduktion aufrechterhalten können.

Quelle: Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) in Österreich [22–24].

► **Tab. 3** Sicherer wechselseitiger Haut-zu-Haut-Kontakt in der ersten Stunde nach der Geburt nach Widström et al. (2019) [6].**10 Sicherheitsregeln für den Haut-zu-Haut-Kontakt nach der Geburt**

1	Stellen Sie sicher, dass sich die Mutter in einer bequemen, halbliegenden Position mit Unterstützung unter den Armen befindet.
2	Trocknen Sie das Neugeborene, dann legen Sie das Neugeborene sanft, um die Kompression des Thorax zu vermeiden, Haut-auf-Haut. Bringen Sie das Baby in längs gerichtete Bauchlage, mit dem Kopf auf dem Brustkorb über der mütterlichen Brust.
3	Bedecken Sie das Baby mit einer trockenen Decke/einem Handtuch. Lassen Sie das Gesicht gut einsehbar.
4	Stellen Sie sicher, dass Nase und Mund weder von der Brust oder dem Körper der Mutter noch vom Handtuch bedeckt werden. Zu Beginn sollte der Kopf des Babys zur Seite gedreht werden.
5	Das Neugeborene muss die Möglichkeit haben, seine Reflexe zu nutzen, um den Kopf zu heben, damit Nase und Mund frei sein können. Dies ist besonders wichtig, wenn die Mutter große und/oder sehr weiche Brüste hat.
6	Die Brustwarze muss für das Neugeborene zugänglich sein. Für einige Mütter kann es erforderlich sein, ein Behelfsmittel wie Handtuch, Windel, Waschlappen unter der Brust oder ein (Still-)Kissen an der Seite der Mutter zu positionieren.
7	Zeigen Sie den Eltern, wie sie die Brust halten oder unterstützen, um freie Atemwege zu sichern, besonders während der Zeit, in der das Baby beginnt, nach der Brust zu suchen. Überprüfen Sie, ob Ihre Erklärungen verstanden worden sind.
8	Erinnern Sie die Eltern daran, sich auf das Neugeborene zu konzentrieren und das frühe Verhalten des Neugeborenen zu beobachten, um sicherzustellen, dass die Eltern die neun Stadien nachvollziehen. Der andere Elternteil sollte das Verhalten des Neugeborenen im Haut-zu-Haut-Kontakt aufmerksam verfolgen, nicht durch Mobiltelefone usw. abgelenkt sein.
9	Zusätzliche Aufmerksamkeit kann erforderlich sein, wenn die Mutter während oder nach der Geburt sedierende Medikamente erhalten hat oder möglicherweise von einer Nahtversorgung betroffen ist. Der andere Elternteil sollte sich der Situation bewusst sein und auf die Sicherheit des Säuglings achten.
10	Medikamentengaben unter der Geburt können das Neugeborene beeinflussen und Reflexe behindern. Die Medikamente können die Reflexe des Neugeborenen so sehr beeinträchtigen, dass die Fähigkeit, den Kopf zu heben, um sich vor Ersticken zu schützen, verhindert wird. Babys, die von Wehen- oder Schmerzmedikationen beeinträchtigt sind, müssen ständig überwacht werden.

Quelle: Angepasst von The Swedish-American Team for Baby Adapted Care of Health Infants in the First Hours after Birth, Widström, Svensson and Brimdyr, for Kom Ombo Hospital, Egypt, 2007 and from www.lof.se/patientsakerhet.

Biological Nurturing – Fortführung als intuitives Stillen

Hautkontakt, Bonding und Self-Attachment enden nicht an der Kreißsaaltür. Denn dieses wertvolle Instrument kann im Wochenbett bei Stillproblemen wie Late-Preterm- oder Nearly-Term-Neugeborenen, schläfrigen, hypotonen

oder unruhigen Babys als aktiver Partner in der Stillbeziehung eingesetzt werden. Skin-to-Skin im Wochenbett, eine Fortsetzung des Haut-zu-Haut-Kontakts während der postpartalen Periode im Krankenhaus, resultiert in geringeren Zufütterungsraten und unterstützt die Mütter in ihrer Rolle [32, 39, 40].

Mutter und Kind werden optimalerweise im direkten Hautkontakt belassen und gemeinsam auf die Wochenstation verlegt. Dort kann der Hautkontakt weiterhin über lange Perioden aufrechterhalten und/oder jederzeit nach Unterbrechungen wiederhergestellt werden. Als Stillhaltung für die gesamten ersten Tage und Wochen ist die zurückgelehnte Position, in der das Kind durch die Schwerkraft unterstützt auf dem Körper der Mutter ruht und selbst aktiv zur Brust findet, die natürliche und logische Fortsetzung der Bondingphase in den ersten Stunden. Dies wird im Englischen als „Natural Nursing“, „Laid back breastfeeding“ oder „Biological Nurturing“ bezeichnet. Im deutschsprachigen Raum wird dafür der Begriff „Intuitives Stillen“ verwendet [41].

Die Arbeit der Hebamme und Forscherin Suzanne Colson ergab, dass Babys während des Stillens 20 primitive neonatale Reflexe (PNRs) verwenden, welche Indikatoren für die neurologische Funktion und Bestandteil des Intuitiven Stillens sind. Diese Frühreflexe sind angeborene Reaktionen auf externe und interne Reize [41, 42]. Frühreize mit signalisierter Funktion sind Stillzeichen wie Schmatzen und Hand-zu-Mund-Kontakt, Rudern mit Armen und Beinen. Zum Finden der Brust dienen Frühreize mit motorischer Funktion: Berührungen lösen Greifreflexe der Hände sowie Füße aus und triggern das Andocken, während Babkin-, Schreit- und Steigreflex zum „Breast Crawl“ führen. Heben, Drehen und Nicken des Kopfes sind beteiligt am Auffinden der Mamille. Saugen, Schlucken und Kieferschluss sind Reflexe zum Aufrechterhalten des Milchtransfers [43].

Regeln fürs Stillen in zurückgelehnter Körperhaltung

Das Stillen in zurückgelehnter Körperhaltung wird von folgenden Grundsätzen begleitet: „tummy to mummy“ – die Mutter legt das Baby auf ihren Körper, sodass die gesamte Vorderseite ihr zugewandt ist und abhängig von knöcherner Becken- und Rückenstütze eng an ihre Körperkurven oder die Umgebung (etwa Kissen) anschmiegt ist. Im Unterscheid zur eher ermüdenden aufrechten 90°-Sitzposition (ischial sitting) mit Potenzial für muskuläre Ermüdung, die am schwierigsten zu haltende Körperposition (etwa beim Flaschennahrung Verabreichen), bietet das Zurücklehnen in einem etwa 35°-Winkel (sacral sitting) entspanntes Stillen [41].

Jeder Teil des Körpers der Mutter - vor allem Kopf, Nacken, Schultern, oberer und unterer Rücken, sind entspannt. Schmerzen durch Nachwehen und Geburtsverletzungen oder Kaiserschnitt sind verringert. Schmerzen in den Mammillen werden oft sofort gelindert, was daran liegen kann, dass das Gewicht des Kindes durch den Körper, nicht die Arme, gehalten wird. Die Mütter haben mehr Bewegungsfreiheit, weil eine Hand oder beide Hände frei sind.

Biological Nurturing beim Stillbeginn

1. Erklären Sie der Mutter, dass es eine Haltung ist, bei der ihr Rücken die Rückenlehne des Stuhls oder Sofas berührt und dass das eigene Wohlbefinden Priorität hat. Sagen Sie ihr, dass es nicht die eine „richtige“ Stillposition gibt und dass sie vielleicht versuchen möchte, ihr Baby in denselben Positionen zu stillen, in denen sie fernsieht.
2. Erläutern Sie der Stillenden, dass ihr Körper das Baby stützt, nicht ihre Arme oder Kissen. Kissen können jedoch manchmal helfen, ihre eigenen Arme, den oberen Rücken, den Kopf und/oder die Schultern zu stützen.
3. Verdeutlichen Sie, dass Mütter oft ihren eigenen persönlichen Komfort für ein gutes Anlegen opfern. Sagen Sie der Mutter, dass es wichtig ist, zu überprüfen, ob jeder Teil ihres Körpers unterstützt wird.
4. Helfen Sie, das Baby auf den Körper der Mutter in eine Position zu legen, in der jeder Teil des Körpers des Babys mit einer ihrer Körperwölbungen oder einem Teil der Umgebung in Kontakt kommt, z.B. Decke, Bettzeug, Kissen, Bett oder Stuhl. Dies ist besonders wichtig für die Oberschenkel, Fußspitzen und Fußsohlen des Babys.
5. Teilen Sie mit, dass ein Baby oft angeborene Reflexe nutzt, um eine Position einzunehmen, die derjenigen ähnelt, in der es im Mutterleib lag. Diese Fortsetzung kann sowohl für die Mutter als auch für das Baby beruhigend sein [41].

Biological Nurturing bei Problemen wie Anlegen, Verweigerung, wunden Brustwarzen und Brustfülle

1. Schlagen Sie vor, dass mit der Lagerung begonnen wird, wenn das Baby im Schlafzustand ist. Dies bedeutet, dass Sie das schlafende Baby hochnehmen, ohne es zu wecken und es auf den Körper der Mutter positionieren. Es ist bekannt, dass Reflexe in Schlafzuständen ausgelöst werden können.
2. Verwenden Sie Biological Nurturing als Test für ein Zungenband, bevor Sie Baby und Mutter trennen, um eine Untersuchung des kindlichen Mundes vorzunehmen. Die Schwerkraft bringt Zunge und Kinn während der Positionierung nach vorne [41].

PRAXISWISSEN

Allgemeine Beobachtungen: Biological Nurturing

- Biological Nurturing (BN) ist keine mütterliche Flachlagerung.
- Biological Nurturing wird üblicherweise durchgeführt, wenn Mütter und Säuglinge leicht bekleidet sind, außer in den ersten Stunden nach der Geburt (hier SSC).
- Mütterliche Körperhaltungen eröffnen eine große Vielfalt an Positionen des Kindes. Wie die Zeiger einer Uhr kann sich das Baby der Brust aus jedem Winkel nähern. Das bedeutet, dass das Baby nicht immer mit dem Kinn, sondern mit dem gesamten Gesichtsbereich gegen die Brust der Mutter stoßen kann. Das Anlegen ist nicht immer asymmetrisch.
- Die Lage des Babys fördert die Selbstpositionierung, aber nicht immer erfolgreich, manchmal muss die Mutter helfen. Während des Ansaugens ist der Körper des Babys nicht immer in einer geraden Linie.
- Das Andocken kann anfangs wie das Saugen an der Brustwarze aussehen und solange es einen guten Milchtransfer gibt und kein Schmerz auftritt, funktioniert diese eher oberflächliche BN-Bindung gut.

Merke

Bei überschießendem Milchspendereflex vereinfacht sich das Stillen, ebenso bei ausgiebigen Clusterfeeding-Sequenzen. Intuitives Stillen stärkt die Kompetenz der Mutter, erhöht die Selbstwirksamkeit des Babys und unterstreicht die angeborene Fähigkeit, zu stillen.

Hürden in der Umsetzung

Trotz der seit den 1990-er Jahren bekannten eindeutigen Datenlage und Verankerung in klinischen Leitlinien erscheint die Umsetzung von ununterbrochenem Hautkontakt im Rahmen des Kaiserschnittes, aber auch der vaginalen Geburt offenbar immer noch schwierig. So zeigte eine Untersuchung aus Österreich, dass es zwar in 80 % der Klinikgeburten zu Hautkontakt postpartal kam. Allerdings wurde nur in weniger als 5 % der Klinikgeburten die empfohlene Dauer von mindestens 60 Minuten gewährleistet [44].

Bedauerlicherweise zählen immer noch klinische Routinemaßnahmen des Personals zu den Hauptgründen, die zur Unterbrechung des Hautkontaktes und des ersten Stillens führen [8, 46]. So kommt es zu den alltäglichen Situationen im Hebammenalltag, etwa zu mütterlichen Aussagen wie: „Der Papa mag das Baby auch einmal halten.“ Die Hebamme antwortet: „Wir schauen, dass wir die Plazenta kriegen und der Papa kann das Baby nehmen.“ Oder die

Ärztin sagt: „Wir versorgen jetzt den Riss und und das Baby darf zum Papa“. Die Hebamme zum Vater: „Wir nehmen jetzt den Kleinen ganz kurz herunter, Sie wollen ja sicher wissen, wie lang und wie schwer er ist.“ – oder: „Ich muss das Baby jetzt wiegen und messen, damit ich die Dokumentation abschließen kann“ ...

Fazit

Entweder sind wir uns unserer Schlüsselposition und Verantwortung für einen ungestörten Bindungsaufbau und einen erfolgreichen Stillbeginn immer noch nicht bewusst oder/und wir können das Wissen nicht in die tägliche Praxis umsetzen. Würden wir der sensiblen Phase nach der Geburt die gleiche Aufmerksamkeit schenken wie dem kritischen CTG (Wissenschaftler könnten beweisen, dass beide Situationen Sorgfalt benötigen), wäre der Umgang möglicherweise ein anderer als oben beschrieben.

Die Liste der Argumente, warum insbesondere im klinischen Alltag die o.g. Empfehlungen in den geburtshilflichen Teams nicht umgesetzt werden, ist lang. Insbesondere die Umsetzung des intraoperativen Sectio-Bondings ist bedauerlicher Weise noch eine Rarität. Faktoren, die Hebammen in der Umsetzung dabei einfordern müssen, sind Leadership, ausreichende Personalplanung und die multidisziplinäre Zusammenarbeit (Kommunikation/Diskussion/Kompromissbereitschaft), Schulung/Training inkl. praktischer Aspekte und Gewährleistung einer entsprechenden Überwachung des Neugeborenen bzw. der Mütter.

Es muss den gesamten geburtshilflichen Teams aber aktuell auch bewusst sein, dass ein Verzicht auf SCC einem Abweichen von aktuellen Leitlinien entspricht.

Hebammen sind u.a. verantwortlich für eine bindungsförderliche Umgebung, insbesondere im unmittelbaren Geburtsbereich – egal, ob es sich um einen Kreißaal, einen geburtshilflichen Operationssaal oder um die Wohnung der Mutter handelt.

Videos und wichtige Literatur

- Sehr empfehlenswert sind die frei verfügbaren Videos des Global-Media-Health-Projects, etwa „Early Initiation of Breastfeeding – Global Health Media Project“: <https://globalhealthmedia.org/portfolio-items/early-initiation-of-breastfeeding/?portfolioCategory=191%2C94%2C13%2C23%2C65>
- Des Weiteren das YouTube-Video von Jennifer Pitkin: „Breastcrawl“: <https://www.youtube.com/watch?v=a9SH55UzCSo>
- Praktische Handouts zum Stillbeginn: [47–53]
- Ergänzende Literatur: [54–59]

Autorinnen/Autoren



Mag. phil. Beate Elvira Lamprecht*

IBCLC, Akad. GPM, ist Leitende Hebamme im Klinikum Klagenfurt am Wörthersee. Sie ist zudem als Lehrbeauftragte der Fachhochschulen Joanneum in Graz, Fachhochschule Kärnten, Fachhochschule Krems tätig. Ferner ist sie Gutachterin für die Baby-friendly-Initiative der WHO in Österreich, Kräuterpädagogin nach der Gundermannschule sowie Still- und Laktationsberaterin IBCLC. (© Die Bildgreislerlei Stefan Grauf-Sixt)

Dr. med. univ. Ingrid Zittera

ist Oberärztin in der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe am allgemeinen öffentlichen Bezirkskrankenhaus Lienz. Sie ist zudem IBCLC Still- und Laktationsberaterin, Vorstandsmitglied im Österreichischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG) sowie Sprecherin der Sektion „Baby-friendly Hospitals“.

Korrespondenzadresse

Beate Elvira Lamprecht
Görzer Allee 22D 31
9020 Klagenfurt
Österreich
magbel@gmx.at

Literatur

- [1] Klaus MH, Jerauld R, Kreger NC, McAlpine W et al. Maternal attachment. Importance of the first post-partum days. *N Engl J Med* 1972; 286 (9): 460–3. doi:10.1056/NEJM197203022860904 Anderson et al., 2003
- [2] Klaus M. Mother and infant: early emotional ties. *Pediatrics* 1998; 102(5 Suppl E):1244–6 [Stand: 18.07.2021]. Verfügbar unter: https://pediatrics.aappublications.org/content/102/Supplement_E1/1244. Bramson et al 2010
- [3] Bowlby J. Attachment and loss: Vol 1. Attachment New York: Basic <https://www.simplypsychology.org/bowlby.html> BooksKennell et al. Evidence for a sensitive period in the human mother. *Ciba Found Symp*, 1975; 87-101 [Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Vol 1. New York: Basic] 1969; (Vol 1. Attachment).Carfoot et al., 2004
- [4] Perry BD. Bonding and Attachment in Maltreated Children: Bonding and Attachment in Maltreated Children. Ausgabe 4: The ChildTrauma Academy; 2001. (Caregiver education seriesBand 1) [Stand: 24.05.2021]. Verfügbar unter <https://www.childtrauma.org/>
- [5] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG), Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG). Sectio caesarea: AWMF-Registernummer 015-084 Leitlinienklasse S3; 2020 [Stand: 18.07.2021]. Verfügbar unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-084l_S3_Sectio-caesarea_2020-06_1_02.pdf
- [6] Widström A-M, Brimdyr K, Svensson K, Cadwell K, Nissen E. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice: (A–I): Pictures of the 9 stages [Stand: 24.05.2021]. Verfügbar unter: *Acta Paediatrica*, Volume: 108, Issue: 7, Pages: 1192–1204, First published: 14 February 2019, DOI: 10.1111/apa.14754
- [7] Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *The Lancet* 1990; 336(8723):1105–7. doi:10.1016/0140-6736(90)92579-7
- [8] Robiquet P, Zamiara P-E, Rakza T, Deruelle P, Mestdagh B, Blondel G et al. Observation of Skin-to-Skin Contact and Analysis of Factors Linked to Failure to Breastfeed Within 2 Hours After Birth. *Breastfeed Med* 2016; 11: 126–32. doi:10.1089/bfm.2015.0160
- [9] Alenchery AJ, Thoppil J, Britto CD, Onis JV de, Fernandez L, Suman Rao PN. Barriers and enablers to skin-to-skin contact at birth in healthy neonates-a qualitative study. *BMC Pediatr* 2018; 18 (1): 48. doi:10.1186/s12887-018-1033-y
- [10] Varendi H, Porter RH, Winberg J. Does the newborn baby find the nipple by smell? *The Lancet* 1994; 344(8928): 989–90. doi:10.1016/S0140-6736(94)91645-4
- [11] Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Nissen E, Uvnäs-Moberg K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *Birth* 2001; 28 (1): 13–9. doi:10.1046/j.1523-536x.2001.00013
- [12] Uvnäs-Moberg K, Streit U, Jansen F. Oxytocin, das Hormon der Nähe. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2016
- [13] Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (2):CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519
- [14] Chateau P de, Wiberg B. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. I. First observations at 36 hours. *Acta Paediatr Scand* 1977; 66 (2): 137–43. doi:10.1111/j.1651-2227.1977.tb07825.x
- [15] Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Bołtrusko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002; 91 (12): 1301–6. doi:10.1080/08035250216102
- [16] Mizuno K, Mizuno N, Shinohara T, Noda M. Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour. *Acta Paediatrica* 2004; 93 (12): 1640–5. doi:10.1111/j.1651-2227.2004.tb00856.x
- [17] Moore ER, Anderson GC. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2007; 52 (2): 116–25. doi:10.1016/j.jmwh.2006.12.002
- [18] Shiau S-HH. Randomized controlled trial of kangaroo care with fullterm infants: Effects on maternal anxiety, breastmilk maturation, breast engorgement, and breastfeeding status [Dissertation]. Ohio: Case Western Reserve University; 1997
- [19] Sosa R, Klaus M, Urrutia JJ. Feed the nursing mother, thereby the infant. *The Journal of Pediatrics* 1976; 88 (4): 668–70. doi:10.1016/S0022-3476(76)80034-0
- [20] Wimmer-Puchinger B, Nagel M. The Importance of Attitudes During Pregnancy and Early Mother-Child Contact for Breastfeeding Behavior: An Empirical Study. In: Prill H-J, Stauber M, Pechatschek P-G, Hrsg. *Advances in Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 1982. S. 482–4.

- [21] Bramson L, Lee JW, Moore E, Montgomery S, Neish C, Bahjri K et al. Effect of early skin-to-skin mother–infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *J Hum Lact* 2010; 26 (2): 130–7. doi:10.1177/0890334409355779
- [22] Babyfreundlich: Eine Initiative von WHO und UNICED [Stand: 19.07.2021]. Verfügbar unter <https://www.babyfreundlich.org/fachkraefte.html>
- [23] Wiczorek CC, Schmied H, Dorner TE, Dür W. The bumpy road to implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative in Austria: a qualitative study. *Int Breastfeed J* 2015; 10 (1): 3. doi:10.1186/s13006-015-0030-0
- [24] Grundsatzklärung B.E.St.; 2015 [Stand: 19.07.2021]. Verfügbar unter https://www.babyfreundlich.org/fileadmin/user_upload/download/Downloads_2018/Verein_BEST_Grundsatzklaerung.pdf
- [25] Essa RM, Abdel Aziz Ismail NI. Effect of early maternal/newborn skin-to-skin contact after birth on the duration of third stage of labor and initiation of breastfeeding. *JNEP* 2015; 5(4). doi: 10.5430/jnep.v5n4p98
- [26] Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen A-S, Ransjö-Arvidson A-B, Mukhamedrakhimov R et al. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth* 2009; 36 (2): 97–109. doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x
- [27] Carfoot S, Williamson P, Dickson R. A randomised controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding. *Midwifery* 2005; 21 (1): 71–9. doi:10.1016/j.midw.2004.09.002
- [28] Carfoot S, Williamson PR, Dickson R. The value of a pilot study in breast-feeding research. *Midwifery* 2004; 20 (2): 188–93. doi:10.1016/j.midw.2003.11.002
- [29] Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Wojdan-Godek E. Factors affecting exclusive breastfeeding in Poland: cross-sectional survey of population-based samples. *Soz Präventivmed* 2005; 50 (1): 52–9. doi:10.1007/s00038-004-3142-
- [30] Thomson ME, Hartssock TG, Larson C. The importance of immediate postnatal contact: its effect on breastfeeding. *Can Fam Physician* 1979; 25: 1374–8
- [31] Moore ER, Anderson GC. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2007; 52 (2): 116–25. doi:10.1016/j.jmwh.2006.12.002
- [32] Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; (5): CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub3
- [33] Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft (DGHWi). Vaginale Geburt am Termin: AWMF-Register Nr. 015/083 S3-Leitlinie; 2020 [Stand: 18.07.2021]. Verfügbar unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-083_S3_Vaginale-Geburt-am-Termin_2021-03.pdf
- [34] Fleming PJ. Unexpected collapse of apparently healthy newborn infants: the benefits and potential risks of skin-to-skin contact. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2012; 97 (1): F2–3. doi:10.1136/archdischild-2011-300786
- [35] Davanzo R, Bua J, Paloni G, Facchina G. Breastfeeding and migraine drugs. *Eur J Clin Pharmacol* 2014; 70 (11): 1313–24. doi:10.1007/s00228-014-1748-0
- [36] Mehler K, Hucklenbruch-Rother E, Trautmann-Villalba P, Becker I, Roth B, Kribs A. Delivery room skin-to-skin contact for preterm infants-A randomized clinical trial. *Acta Paediatr* 2020; 109 (3): 518–26. doi:10.1111/apa.14975
- [37] Shattnawi KK, Al-Ali N. The Effect of Short Duration Skin to Skin Contact on Premature Infants' Physiological and Behavioral Outcomes: A Quasi-Experimental Study. *J Pediatr Nurs* 2019; 46: e24–e28. Verfügbar unter [https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(18\)30323-3/fulltext](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(18)30323-3/fulltext)
- [38] Kelley-Quon LI, Kenney BD, Bartman T, Thomas R, Robinson V, Nwomeh BC et al. Safety and feasibility of skin-to-skin care for surgical infants: A quality improvement project. *J Pediatr Surg* 2019; 54 (11): 2428–34. doi:10.1016/j.jpedsurg.2019.02.016
- [39] Dalbye R, Calais E, Berg M. Mothers' experiences of skin-to-skin care of healthy full-term newborns – a phenomenology study. *Sex Reprod Healthc* 2011; 2 (3): 107–11. doi:10.1016/j.srhc.2011.03.003
- [40] Thukral A, Sankar MJ, Agarwal R, Gupta N, Deorari AK, Paul VK. Early skin-to-skin contact and breast-feeding behavior in term neonates: a randomized controlled trial. *Neonatology* 2012; 102 (2): 114–9. doi:10.1159/000337839
- [41] Colson S. What Happens to Breastfeeding When Mothers Lie Back?: Clinical Applications of Biological Nurturing. *Clinical Lactation* 2010; (Vol. 1):10–2. Verfügbar unter <http://www.biologalnutrition.com/assets/Colson%20CL%20Vol%201-1.pdf>
- [42] Colson S. Biological Nurturing: The Laid-back Breastfeeding Revolution. *Midwifery Today* 2012; (Spring):11–66 [Stand: 25.05.2021]. Verfügbar unter <http://www.biologalnutrition.com/assets/MT101BioNurt.pdf>
- [43] Colson SD, Meek JH, Hawdon JM. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Hum Dev* 2008; 84 (7): 441–9. doi:10.1016/j.earlhumdev.2007.12.003
- [44] Esberger M. Österr. Stillkommission des Obersten Sanitätsrats. Säuglingsernährung Heute 2006: Struktur- und Beratungsqualität an den Geburtenkliniken in Österreich Ernährung von Säuglingen im ersten Lebensjahr Kurzfassung; 2007 [Stand: 18.07.2021]. Verfügbar unter https://www.richtigessenvonanfangen.at/fileadmin/Redakteure_REVAN/user_upload/Studie_zum_Thema_Sillen_Kurzfassung.pdf
- [45] Vaidya K, Sharma A, Dhungel S. Effect of early mother-baby close contact over the duration of exclusive breastfeeding. *Nepal Med Coll J* 2005; 7 (2): 138–40
- [46] Karimi FZ, Sadeghi R, Maleki-Saghooni N, Khadivzadeh T. The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2019; 58 (1): 1–9. Verfügbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1028455918302766>
- [47] Afgan J, Bier A, Kästner A. Muttermilch gewinnen und aufbewahren: Infoblatt; 2012 [Stand: 18.07.2021]. Verfügbar unter http://www.lalechelig.de/images/Infoblaetter/LLL_Muttermilch_gewinnen_und_aufbewahren.pdf
- [48] Biernath-Kruse K. Kolostrum. Die Erste. Für Alle. [Stand: 18.07.2021]. Verfügbar unter <https://www.kolostrumkarte.de/kolostrum-information/>
- [49] Europäische Laktationsberaterinnen-Allianz (ELACTA), Europäisches Institut für Stillen und Laktation (EISL). Kolostrum gewinnen–in der Schwangerschaft und nach der Geburt: Handout; 2019 [Stand: 25.05.2021]. Verfügbar unter https://cdn.website-editor.net/fbecae35f0d04078b-90baf90c3032ed5/files/uploaded/Handout_2019-1_DE_Kolostrum-gewinnen-Schwangerschaft-und-Geburt_Web.pdf

- [50] Europäisches Institut für Stillen und Laktation (EISL). Präpartale Kolostrum-Gewinnung bei Schwangeren mit Diabetes: Empfehlungen für die Praxis; 2017 [Stand: 18.07.2021]. Verfügbar unter <https://www.stillen-institut.com/media/Praepartale-Kolostrum-Gewinnung-2017.pdf>
- [51] Europäisches Institut für Stillen und Laktation (EISL). Brustmassage: E; 2021 [Stand: 18.07.2021]. Verfügbar unter <https://www.stillen-institut.com/de/brustmassage.html>
- [52] Kolostrum–flüssiges Gold für Babys. <https://www.elacta.eu/wp-content/uploads/2017/04/Handout-2017-1-DE-Kolostrum-Web.pdf>; 2017 [Stand: 25.05.2021]. Verfügbar unter <https://www.elacta.eu/wp-content/uploads/2017/04/Handout-2017-1-DE-Kolostrum-Web.pdf>
- [53] Seiringer I, Bier A. Brustmassagen als Unterstützung für einen gelingenden Stillbeginn; (03/18) [Stand: 19.07.2021]. Verfügbar unter <https://www.stillen-institut.com/media/180905-HebammenInfo.pdf>
- [54] Bürger B, Tripolt T, Griesbacher A, Stüger HP, Wolf-Spitzer A. Sukie–Studie zum Stillverhalten und zur Kinderernährung in Österreich Endbericht; 2021 [Stand: 18.07.2021]. Verfügbar unter https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:91fb031c-f08f-4b3e-b637-e78d61024b7f/Sukie_Endbericht_barrierefrei.pdf
- [55] Esberger M. Österr. Stillkommission des Obersten Sanitätsrats. Säuglingsernährung heute 2006: Struktur- und Beratungsqualität an den Geburtenkliniken in Österreich Ernährung von Säuglingen im ersten Lebensjahr Langfassung; 2007 [Stand: 18.07.2021]. Verfügbar unter https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:2927c2f8-4d3f-401c-a406-0b11f5b794d9/langfassung_-_sauglingsernaehrung_heute_-_endbericht_-_220707.pdf
- [56] Kennell JH, Klaus MH. Mother-infant bonding: Weighing the evidence. *Developmental Review* 1984; 4 (3): 275–82. doi:10.1016/S0273-2297(84)80008-8
- [57] Crenshaw J. Care practice #6: no separation of mother and baby, with unlimited opportunities for breastfeeding. *J Perinat Educ* 2007; 16 (3): 39–43. doi:10.1624/105812407X217147
- [58] Crenshaw JT, Adams ED, Gilder RE, DeButy K, Scheffer KL. Effects of Skin-to-Skin Care During Cesareans: A Quasiexperimental Feasibility/Pilot Study. *Breastfeed Med* 2019; 14 (10): 731–43. doi:10.1089/bfm.2019.0202
- [59] Uvnas-Moberg K, Petersson M. Oxytocin, ein Vermittler von Antistress, Wohlbefinden, sozialer Interaktion, Wachstum und Heilung. *Z Psychosom Med Psychother* 2005; 51 (1): 57–80. doi:10.13109/zptm.2005.51.1.57

Bibliografie

Hebamme 2021; 34: 22–33

DOI 10.1055/a-1515-1373

ISSN 0932-8122

© 2021. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany