



VSLÖ

Winter 2025/26

Verband der Still- und Laktations-
berater:innen Österreichs IBCLC

news

Stillkongress
2025
#BackToBasics
Zusammen-
fassungen
Teil 1



© VSLÖ

NEUES

Wunde Mamillen sind ein Hauptgrund für frühes Abstillen. Neue Studien und Erkenntnisse bringen Anpassungen in der Therapie wunder Mamillen.

BASIS

Für das Stillen von Zwillingen ist eine spezifische Vorbereitung und Begleitung nötig, denn doppeltes Glück bedeutet oft auch doppelte Herausforderung.

WISSEN

Endometriose – eine Erkrankung, die weltweit zwei bis zwanzig Prozent aller Frauen betrifft. Aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und klinische Erfahrungen.

Liebe Leserinnen und Leser,



Elisa Steiner

herzlich willkommen zur neuen Ausgabe der VSLÖ-News – diesmal ganz im Zeichen unseres großen Stillkongresses am 10. und 11. Oktober 2025 in Linz, erstmalig als Hybrid-Veranstaltung! Unter dem Motto #BackToBasics widmen wir uns in dieser Ausgabe den essenziellen Grundlagen der Stillvorbereitung und Stillbegleitung – Themen, die für unsere tägliche Arbeit von zentraler Bedeutung sind und gleichzeitig aktueller denn je.

Der Stillkongress 2025 ist zweigeteilt, und Sie halten nun den ersten Teil der inhaltlichen Schwerpunkte in den Händen. Der Fokus liegt auf jenen Aspekten des Stillbeginns, die Familien bereits in der Schwangerschaft stärken, Unsicherheiten reduzieren und gelingende Stillbeziehungen erleichtern können. Prävention ist schließlich einer der mächtigsten Hebel in der Stillarbeit – und sie beginnt weit vor der Geburt.

In dieser Ausgabe erwarten Sie praxisnahe, wissenschaftlich fundierte und zugleich berührende Beiträge unserer Referent:innen, die die Vorträge des Kongresses für die VSLÖ-News aufbereitet haben:

- „**Vorsorge fürs Leben – Die präpartale Kolostrumgewinnung**“ – die zeigt, wie werdende Eltern mit einfachen Methoden ihre Stillreise positiv beeinflussen können.
- **Halten, Stärken, Zuversicht geben**“, die Möglichkeiten der Unterstützung aus psychologischer Sicht aufzeigt.
- „**Doppeltes Glück, doppelte Herausforderung**“, die in das sensible Feld der Stillbegleitung von Zwillingfamilien einführt.
- „**Endometriose – Auswirkungen auf das Stillen**“, ein Thema, das in der Praxis immer häufiger Bedeutung gewinnt und Aufklärung erfordert.
- „**Wunde Mamillen – was tun**“, die praxisnah aufzeigt, wie Beschwerden effektiv und nachhaltig begleitet werden können.

Darüber hinaus finden Sie in dieser Ausgabe eine Buchrezension zum neu überarbeiteten Stillbuch „Stillen – Einfühl-same Begleitung durch alle Phasen der Stillzeit“ von Márta Guóth-Gumberger und Doris Kubicka. Die Rezension zeigt eindrucksvoll, wie umfassend, praxisnah und einfühlsam dieses Werk geworden ist – ein wertvolles Nachschlagewerk sowohl für werdende Eltern als auch für Fachpersonen, die Familien durch die Stillzeit begleiten.

Wir danken allen Autorinnen herzlich für ihre wertvolle Arbeit und die sorgfältige Aufbereitung der Inhalte. Ein besonderes Dankeschön gilt dem Redaktionsteam, das – wie immer – mit großem Engagement und Blick fürs Wesentliche diese Ausgabe möglich gemacht hat.

Ich wünsche Ihnen inspirierende Lesemomente, neue Einsichten für Ihre tägliche Praxis – und viel Vorfreude auf den zweiten Teil der Kongressbeiträge in der nächsten Ausgabe.

Herzliche Grüße,
Elisa Steiner, Präsidentin des VSLÖ



Wenn es schmerzt

Zwischen Prävention und moderner Wundpflege

Aktuelle Erkenntnisse zum Management wunder Mamillen – Zusammenfassung des Kongressvortrags von Dr.in Gudrun Böhm

Wunde Mamillen gehören zu den häufigsten Herausforderungen in der Stillzeit und zugleich zu den zentralen Gründen für vorzeitiges Abstillen. Obwohl sie in der Regel gut behandelt werden können, erleben viele Frauen in den ersten Tagen nach der Geburt deutliche Schmerzen, Verunsicherung und Einschränkungen beim Stillen. Im Rahmen des diesjährigen Stillkongresses präsentierte Dr.ⁱⁿ Gudrun Böhm ein umfassendes Update zum Management wunder Mamillen, das sowohl klassische Aspekte wie korrektes Anlegen als auch neue Entwicklungen im modernen Wundmanagement beleuchtete. Ihr Vortrag bot eine differenzierte Zusammenführung von Praxiswissen, aktuellen Empfehlungen und neuen therapeutischen Optionen.

Häufigkeit und typische Charakteristika

Das Auftreten wunder Mamillen konzentriert sich vor allem auf die Tage vier bis sieben nach der Geburt – eine Phase, in der sich der Stillprozess noch etabliert, die Brustdrüsen-schwellung häufig ihren Höhepunkt erreicht und Eltern sowie Fachpersonal intensiv mit Feinabstimmungen der Stilltechnik beschäftigt sind. Dass diese Problematik einer der häufigsten Gründe für frühzeitiges Abstillen ist, unterstreicht die Relevanz eines fundierten, evidenzbasierten Umgangs.

Dr.in Böhm betonte, dass Schmerzen an den Mamillen in den meisten Fällen ein Symptom sind – nicht die Ursache. Die naheliegende Frage lautet daher stets: Woher kommt die Schädigung? Erst wenn die Ursache

identifiziert und behoben ist, lässt sich nachhaltige Heilung erreichen.

Vielschichtige Ursachen: Von Technik bis Anatomie

Der Vortrag machte deutlich, wie breit das Spektrum möglicher Ursachen ist. An erster Stelle steht die inkorrekte Anlegetechnik, die häufig mit einer suboptimalen Positionierung des Kindes und einem flachen, ineffektiven Anlegen einhergeht. Ebenso relevant ist das Saugen ohne ausreichenden Milchfluss, das insbesondere in den ersten Tagen und bei verzögertem Milcheinschuss auftreten kann.

Auch physiologische Veränderungen spielen eine Rolle. Während der initialen Brustdrüsen-schwellung kann es zu einem Lymphödem im Mamillenbereich kommen, dass das Erfassen der Brust erschwert und Reibung begünstigt. Weitere mögliche Ursachen reichen von oralen Restriktionen beim Kind über die Passform der Mamille im Verhältnis zur Mundgröße bis hin zu stark invertierten Mamillen oder dem unsachgemäßen Einsatz von Milchpumpen.

Neben mechanischen Faktoren können auch dermatologische Reaktionen – etwa durch Seifen, Salben oder allergene Nahrungsmittel – die Mamillen empfindlich machen. Bei älteren Stillkindern rücken wiederum unachtsames Anlegen oder Beißen in den Vordergrund. Die Vielfalt der potenziellen Auslöser erfordert daher eine sorgfältige, individuelle Diagnostik.

Prävention: Die Basis der Versorgung

Die wichtigste präventive Maßnahme bleibt das korrekte, tiefe Anlegen. Fachpersonen spielen hier eine zentrale Rolle, indem sie Eltern frühzeitig, geduldig und wiederholt begleiten. Auch das Auslösen des Milchspende-

reflexes vor dem Anlegen sowie häufigere, kürzere Stillmahlzeiten können die mechanische Belastung der Mamillen reduzieren.

In den ersten Tagen rät Dr.in Böhm zu Self-Attachment und Intuitivem Stillen, da diese kindgeleitete Herangehensweise oft eine tieferes Anlegen ermöglicht. Zur Entlastung während der Initialen Brustdrüsen-schwellung empfiehlt sie die RPS-Methode, kombiniert mit sanfter Brustmassage zur Verbesserung des Milchflusses.

Auf Stilleinlagen sollte in den ersten Tagen verzichtet werden, um Reibung und Feuchtigkeitssstau zu vermeiden. Muttermilch, die an der Luft trocknen darf, unterstützt den Heilungsprozess auf natürliche Weise. Auf Schnuller verzichten viele Fachpersonen in den ersten Wochen bewusst, um einem veränderten Saugverhalten vorzubeugen. Bei stark eingezogenen Mamillen können Hilfsmittel wie Mamillenformer oder der Latch Assist® das Erfassen erleichtern.

Diagnostik: Der Blick in die Tiefe

Eine sorgfältige Anamnese ist unerlässlich. Fragen zur Geburt (inklusive möglicher Plazentaresten oder erhöhtem Blutverlust) können Hinweise auf hormonelle oder physiologische Einflüsse geben. Die Beobachtung einer Stillmahlzeit liefert oft den entscheidenden Hinweis auf das Kernproblem.

Ebenso wichtig ist die Beurteilung der kindlichen oralen Anatomie, sowie die Brust- und Mamillenform der Mutter. Fachpersonen sollten außerdem Pumpentechnik und eingesetzte Hilfsmittel evaluieren. Die kindliche Gewichtszunahme bietet zusätzliche Orientierung.

Für die Dokumentation können Visual Analog Scale und Nipple Trauma

Score eingesetzt werden. Dr.in Böhm betonte jedoch, dass auch dann eine Abklärung notwendig ist, wenn äußerlich wenig sichtbar ist – Schmerzen ohne klare Läsion sind keinesfalls zu bagatellisieren.

Therapie: Bewährtes und Neues im Zusammenspiel

Am Beginn der Behandlung steht eine adäquate Wundreinigung. In der Klinik eignet sich NaCl 0,9 %, zu Hause sind Wasser und milde Seife ausreichend. Die Desinfektion erfolgt heute zunehmend mit hypochloriger Säure (HOCl), die Octenisept® in vielen Punkten überlegen ist: Sie wirkt breit antimikrobiell, verhindert Biofilme, ist nicht zytotoxisch und für Säuglinge sicher – auch bei oraler Aufnahme. Zudem brennt sie nicht und hinterlässt keine Rückstände. Der optimale keimtötende Effekt wird lt. Dr.in Böhm nach etwa zwei Minuten Einwirkzeit erreicht.

Im Anschluss folgt das Prinzip der feuchten Wundheilung, das sich im Bereich der Mamillenpflege seit Jahren bewährt hat. Hochgereinigtes Lanolin schafft ein feuchtigkeitsregulierendes Milieu, das gleichzeitig vor Austrocknung und Aufquellen schützt. Die Diskussion rund um freie Lanolin-Fettalkohole (FLA) setzt sich fort, doch sind alle gängigen Präparate hypoallergen und für die Anwendung an wunden Mamillen geeignet. Unterschiede im FLA-Gehalt betreffen primär die Balance zwischen Wasserbindungsfähigkeit und potenziellem Allergierisiko, ohne dass bisher

eine Überlegenheit eines Produkts nachgewiesen wurde.

Druckentlastung – beispielsweise durch Donuts – sorgt für das Aufrechterhalten der Mikrozirkulation und kann Schmerzen reduzieren. Bei Bedarf ergänzt eine systemische Schmerztherapie mit Ibuprofen, Dextipron oder Paracetamol die Behandlung. Parallel müssen immer Position und Anlegetechnik optimiert werden; ohne ursächliche Korrektur bleibt die Therapie unvollständig.

Infizierte Mamillen: Wenn lokale Mittel nicht ausreichen

Zeigen sich Infektionszeichen, muss zusätzlich eine wirksame antimikrobielle Therapie erfolgen. Hier haben sich Kombinationssalben wie Vobaderm® (Cortison und Miconazol) oder – im Wechsel – Decoderm Comp® (Cortison und Gentamycin) bewährt. Bei speziellen Erregern wie MRSA kommen Bactroban Nasensalbe oder Fucidin-Salbe infrage.

In seltenen, besonders hartnäckigen Fällen kann eine systemische Antibiotikatherapie notwendig werden, etwa mit Cephalosporinen oder Clindamycin. Entscheidend ist in allen Fällen ein „stillfreundliches“ interdisziplinäres Netzwerk, das fachlich kompetent und therapeutisch abgestimmt agiert.

HOCl: Eine neue Ära in der antiseptischen Mamillenpflege?

Ein Schwerpunkt des Vortrags war die zunehmende Bedeutung von hypochloriger Säure. Sie ist seit 2021 von der WHO als „essential drug“ anerkannt und bildet einen natürlichen Bestandteil des menschlichen Immunsystems. Ihre breite Wirksamkeit gegen Bakterien, Viren, Pilze und Sporen sowie die Fähigkeit, Biofilme zu durchdringen und zu zerstören, machen sie zu einem zentralen Baustein modernen Wundmanagements.

Besonders bemerkenswert ist ihre hohe Gewebeverträglichkeit, die Abwesenheit zytotoxischer Effekte und die Tatsache, dass sie Fibroblasten und Keratinozyten aktiv anzieht – ein

Mechanismus, der die Wundheilung fördert.

Für den Bereich der Mamillenpflege liegen bislang keine spezifischen Studien vor, doch nähern sich klinische Praxis und internationale Leitlinien diesem Einsatzgebiet zunehmend an. Dr.in Böhm betonte, dass HOCl nicht nur bei infizierten, sondern potenziell auch bei nicht infizierten Wunden eingesetzt werden kann, wenngleich in der Prävention derzeit kein dringender Handlungsbedarf besteht.

Unterstützende Maßnahmen

Neben der medizinischen Versorgung kann die Low Level Laser Therapie (LLLT) die Heilung zusätzlich fördern. Sie ersetzt jedoch keinesfalls eine fundierte Stillberatung oder das konsequente Wundmanagement, sondern ergänzt diese sinnvoll.

Fazit

Der Vortrag von Dr.in Gudrun Böhm verdeutlichte, wie differenziert und zugleich praxisnah das Management wunder Mamillen heute betrachtet werden muss. Zwischen klassischen Grundlagen – wie korrektem Anlegen und präventiven Maßnahmen – und den Entwicklungen im modernen Wundmanagement ergibt sich ein umfassendes Handlungsspektrum.

Die Einführung von HOCl als schonende, effektive Alternative zu Octenisept®, die weiterführende Diskussion rund um Lanolinpräparate und die Betonung einer präzisen Diagnostik zeigen, dass der Weg zur erfolgreichen Behandlung wunder Mamillen interdisziplinär, individualisiert und evidenzgeleitet sein muss.

Für Fachpersonen bedeutet dies: wachsamer Blick, sorgfältige Beobachtung, fundierte Beratung – und die Bereitschaft, neue therapeutische Ansätze verantwortungsvoll zu integrieren. Nur so lässt sich gewährleisten, dass betroffene Mütter die Unterstützung erhalten, die sie brauchen, um schmerzfrei und erfolgreich weiterstillen zu können.

Natalie Groiss, IBCLC

Endometriose ...

und Mutterschaft

Die beiden Ärztinnen OÄ Dr.ⁱⁿ Laura Ziurie und OÄ Dr.ⁱⁿ Andrea Frohnwieser IBCLC vom Endometriosezentrum LKH Villach referierten beim VSLÖ-Kongress in Linz über die Endometriose-Erkrankung, die weltweit zwei bis zwanzig Prozent aller Frauen betrifft und leider häufig nicht oder sehr spät erkannt wird.

Was ist Endometriose?

Endometriose ist eine der häufigsten gynäkologischen, gutartigen Pathologien, die durch wiederholte Episoden ovulatorischer Menstruationsblutungen entsteht.

Bei dieser chronisch-entzündlichen Erkrankung siedelt sich gebärmutter-schleimhautähnliches Gewebe außerhalb der Gebärmutter an. Dieses Gewebe reagiert auf hormonelle Veränderungen wie die Gebärmutter-schleimhaut selbst: es wächst, blutet und verursacht Schmerzen bei Frauen im reproduktionsfähigen Alter.

Etwa 50% der Frauen mit Unterbauchschmerzen haben eine Form von Endometriose und rund 30% der Frauen mit Infertilität leiden daran. Endometriose ist zwar gutartig, wirkt sich aber tiefgreifend auf die Lebensqualität, die Partnerschaft und die Familienplanung betroffener Frauen aus.

Symptome der Endometriose

Typische Symptome sind Dysmenorrhoe (schmerzhafte Regelblutungen), zyklische und später azyklische Unterbauchschmerzen, Dyspareunie (schmerzhafter Geschlechtsverkehr), Dyschezie (Schmerzen beim Stuhlgang), Dysurie (Schmerzen bei der Miktion), Fertilitätsstörungen, sog. Endo-Belly (schmerzhaft geblähter Bauch), Müdigkeit, Verdauungsbeschwerden und vieles mehr.

Klassifikation der Endometriose

Peritoneale Endometriose: Endometriose Herde nisten sich dabei oberflächlich im kleinen Becken ein und verursachen jeden Monat durch hormonelle Änderungen starke Schmerzen.

Ovarielle Endometriose: Es kommt zu zystischen Veränderungen an den Eierstöcken – sog. „Schokoladenzysten“, die eine große Auswirkung auf die Fruchtbarkeit haben.

Tief infiltrierende Endometriose: Dabei führen Herde zu Narben und Knoten, die in Nachbarorgane wie Darm, Harnblase oder Scheidenwand einwachsen.

Adenomyosis uteri: Hier wächst die Gebärmutter-schleimhaut atypisch in die Muskelschicht der Gebärmutter hinein und blutet während der Menstruation innerhalb der Muskelwand. Dadurch kommt es zu einer Uterusvergrößerung und zu starken Schmerzen.

Betroffene Frauen können alle Formen der Endometriose kombiniert haben oder auch nur eine isolierte Form.

Diagnose

Früher wurden Frauen mit Beschwerden operiert und erst danach konnte eine Endometriose bestätigt werden. Heute wird die Diagnose deutlich früher mittels Ultraschall und MRT gestellt und zeitnah eine passende Therapie begonnen. Das Zeitintervall vom Auftreten der Symptome bis zur Diagnosestellung beträgt meist sechs bis acht Jahre. Viele Frauen haben eine lange Leidensgeschichte, bevor die Ursache gefunden wird.

Pathogenese

Die Entstehung ist komplex und multifaktoriell. Eine zentrale Theorie ist die Sampson'sche Theorie der retrograden Menstruation:

Diese besagt, dass ein Teil des Menstruationsblutes über die Eileiter zurück in das Becken fließt, wo sich Schleimhautzellen ansiedeln und zu den typischen Endometriose Herden entwickeln, die Blutungen, Schmerzen und Entzündungen verursachen.

Daneben werden auch genetische Faktoren, toxische Einflüsse, Störungen im Eisenstoffwechsel, Entzündungsprozesse und hormonelle Dysbalancen diskutiert – vermutlich wirken mehrere Faktoren zusammen. Auch eine lymphogene oder hämatogene Streuung von Zellen wird als möglich angesehen.

Interessant ist auch der Blick auf unsere soziale und biologische Vergangenheit:

Darwins Evolutionstheorie besagt, dass sich der Mensch über Millionen von Jahren nur sehr langsam genetisch verändert hat. In früheren Zeiten – in der Jäger- und Sammlergesellschaft – war eine Frau meist kurz nach der ersten Menstruation – meist innerhalb von drei Jahren schwanger und stillte über Jahre – es kann zu einer stillbedingten Amenorrhoe – dadurch hatte sie im gesamten Leben nur eine Handvoll Menstruationszyklen.

Heute hingegen, in unserer industrialisierten Welt, haben Frauen teilweise zehnmal mehr Zyklen als früher. Weniger Geburten, kürzere oder fehlende Stillzeiten und eine höhere Östrogen-Belastung führen dazu, dass der Körper einer Dauerstimulation ausgesetzt ist. Natürlich haben diese Veränderungen auch Auswirkungen. Diese „moderne Überlastung“ kann dazu beitragen, dass hormonabhängige Erkrankungen wie Endometriose, Adenomyose, Brust- oder Gebärmutterkrebs häufiger auftreten.

Therapie der Endometriose

Die medikamentöse Therapie erfolgt in der Regel hormonell, vor allem mit



Vergleich	19. Jahrhundert	21. Jahrhundert
Erste Regelblutung	16 Jahre	12,5 Jahre
Anzahl der Kinder	5-6	1-2
Stillzeit	1-2 Jahre	4-6 Monate
Regelblutungen bis zur ersten Schwangerschaft	20	200
Regelblutungen im Leben einer Frau	40-160	400-460

Gestagenen (Kombinationspille oder Hormonspirale). Hormone helfen insbesondere gegen Schmerzen, auch werden Endometriosezysten während einer Hormontherapie selten größer. Es gibt jedoch Frauen, die auf eine hormonelle Therapie kaum bzw. nicht ansprechen.

Die operative Therapie erfolgt in Form einer Laparoskopie oder einer endgültigen radikalen Operation, um Herde und Zysten zu entfernen.

Ergänzend kommen Schmerztherapie und komplementäre Maßnahmen wie Physiotherapie, Ernährungsumstellung, psychologische Unterstützung, Schmerzbewältigungstraining, Wärmeanwendungen, Achtsamkeitsübungen oder Akupunktur zum Einsatz.

Leben mit Endometriose

Noch vor wenigen Jahrzehnten galt Endometriose als gleichbedeutend mit Unfruchtbarkeit. Heute weiß man: Viele Betroffene können spontan schwanger werden, andere mithilfe gezielter Therapien oder assistierter Reproduktion.

Moderne Diagnostik erlaubt es, frühzeitig zu reagieren und Betroffene individuell zu begleiten. Frauen mit Kinderwunsch sollten jedoch nicht zu lange warten, da die Fruchtbarkeit mit zunehmender Krankheitsdauer abnimmt.

Komplikationen in der Schwangerschaft bei Endometriose

In der Schwangerschaft kann es bei Frauen, die an Endometriose leiden häufiger zu Komplikationen wie Frühgeburt, vorzeitiger Plazentalösung, vorzeitigem Blasensprung, Gestationsdiabetes, SGA und intrauterinem Fruchttod kommen. Gleichzeitig zeigt sich aber auch ein positiver Effekt: Bei über der Hälfte der Betroffenen verklei-

nern sich Endometriosezysten während der Schwangerschaft. Bei 20% werden Endometrioseherde jedoch größer und können wie ein Tumor aussehen. Es ist daher wesentlich, die Ausgangslage vor einer Schwangerschaft zu kennen, um eine Zyste nicht mit einem Tumor zu verwechseln. Solche Verwechslungen können zu unnötigen Operationen während einer Schwangerschaft führen, die unbedingt vermieden werden sollten.

Aktuelle Evidenzlage bezüglich Stillen und Endometriose

Die Forschung der letzten Jahre zeigt klare Zusammenhänge zwischen hormoneller Situation, Stilldauer und Erkrankungsrisiko:

- Shafrir et al. (2018): Zeigt, je mehr Menstruationszyklen im Leben der Frau, desto höher das Endometriose-Risiko – mehrere Geburten und längeres Stillen wirken daher schützend. Anovulatorische Phasen reduzieren die retrograde Menstruation, was zu einem geringeren Risiko führt.
- Youseflu et al. (2022): Zeigt in einer Meta-Analyse, dass Stillen sowohl Mütter als auch gestillte Mädchen schützen kann. Stillende Frauen senken ihr Risiko, an Endometriose zu erkranken um 20%, gestillte Mädchen senken ihr Risiko sogar um 30%.
- Porta et al. (2021): Zeigt, dass Stillen Endometriose bedingte Schmerzen nach der Geburt reduzieren und Zysten verkleinern kann. Diese Effekte sind dosisabhängig und durch hormonelle Veränderungen erklärbar (Amenorrhoe und niedrige Östrogenspiegel).
- Farland et al. (2017): Zeigt, dass das Endometriose Risiko auch von der Stilldauer abhängig ist. Drei Monate ausschließliches Stillen senken das

Risiko um 14%, eine Stilldauer von 36 Monaten im Leben einer Frau senkt das Endometriose-Risiko um bis zu 40%, im Vergleich zu Frauen, die nie gestillt haben.

- Hall et al. (2023): Zeigt, längere und exklusive Stillphasen stehen mit geringeren Adenomyoseraten in Zusammenhang. Dies ist auch wieder durch die Laktationsamenorrhoe und niedrige Östrogenspiegel gut erklärbar.
- Sasamoto et al. (2020): Zeigt, gestillte Kinder haben ein 61 % niedrigeres Risiko, später selbst an Endometriose zu erkranken. Passivrauchexposition in der Kindheit erhöht dagegen das Risiko. Das zeigt, dass schon in der frühen Kindheit präventive Maßnahmen das Risiko senken können.
- Amazouz et al. (2025): Zeigt, dass Faktoren wie niedriges Geburtsgewicht und Umweltfaktoren wie Rauchen und Schimmel das Risiko für Endometriose steigern. Kinder, die auf einem Bauernhof aufwachsen, zeigen dagegen ein geringeres Risiko zu erkranken

Diese Ergebnisse unterstreichen: Stillen schützt – Mutter & Kind!

Zusammenfassung

Längeres Stillen führt zu einem geringeren Endometriose-Risiko. Wenn Endometriose bereits diagnostiziert wurde, kann es postpartum zu einer Besserung der Dysmenorrhoe und der chronischen Beckenschmerzen kommen. Des Weiteren werden Endometriozysten häufig kleiner, insbesondere bei exklusivem Stillen.

Manche Frauen berichten, dass eine entzündungsarme Diät – mit weniger Zucker, weniger Gluten und weniger Milchprodukten – die Endometriose-Beschwerden positiv beeinflussen kann. Auch TCM und Akupunktur können für viele Betroffene hilfreich sein. Es gibt jedoch keine allgemeingültige Empfehlung – jede Frau wird ihren eigenen individuellen Weg finden.

Ebenso wichtig wie eine frühzeitige Diagnose sind eine individuelle Therapie, eine empathische Begleitung und das Bewusstsein, dass sich Mutterschaft und Endometriose nicht ausschließen.

Gudrun Schober, IBCLC

Doppeltes Glück

und doppelte Herausforderung?

Stillbegleitung von Zwillingsfamilien in Vorbereitung und Praxis

„Wie willst du das bloß schaffen?“ – „Zwei Kinder kann man aber nicht stillen!“ – „Das wird sicher ein Kaiserschnitt!“ – „Ihr Armen!“ – „Mein Beileid!“

Mit solchen und ähnlichen Sätzen sind werdende Zwillingsehtern in der Schwangerschaft konfrontiert. Wir alle wissen, wie sehr derartige Aussagen die Selbstwirksamkeit der Schwangeren im Allgemeinen, aber auch ganz besonders im Hinblick auf das Stillen untergraben und schon im Vorfeld Zweifel säen, obwohl die Familien vielleicht ganz zuversichtlich und mit positiven Gefühlen in die Schwangerschaft gestartet wären.

In ihrem praxisnahen und feinfühligem Vortrag stellte uns Verena Singer, Still- und Laktationsexpertin EISL und selbst Mama von Zwillingen, viel Wissen zur Verfügung und gab wertvolle Inputs, um Zwillingsfamilien wertschätzend begleiten und kompetent beraten zu können.

Stillvorbereitung für Zwillingsfamilien

Die psychosoziale Begleitung stellt einen zentralen Punkt in der Stillvorbereitung für Zwillingsehtern dar. In der Zeit des Wochenbettes, in der der Fokus der Mutter auf ihrer Heilung und auf dem Etablieren einer guten Stillbeziehung zu den Zwillingen liegen soll, bleibt verständlicherweise kaum Zeit für andere Dinge, wie weitere Geschwisterkinder, Haushalt, Termine & Co.

Als Berater:in ist es wichtig, die Familien über die Aktivierung ihres „persönlichen Dorfes“ zu informieren, um bereits in der Schwangerschaft verschiedene Hilfen organisieren zu können.



- Unterstützernetzwerk und Familienorganisation (Welche Familienmitglieder und Freunde können helfen? Wer übernimmt den Part des zweiten Elternteils, wenn dieser nicht da ist? Wer kann Geschwisterkinder zum Kindergarten bringen, bei der Hausübung unterstützen, Essen (vor-)kochen,...?)
- Externe Organisationen (Frühe Hilfen, Familienhilfe, Leihomas...) in der Umgebung
- Kontakt mit anderen Zwillingsfamilien herstellen (Zwillingsmütterstammtische, Facebook Gruppe „Zwillingsmütter aus Österreich“,...)

In der fachlichen Stillberatung sollen alle Themen Platz finden, die auch in einer Stillvorbereitung für Einlingseltern vorkommen (Kontakt zur eigenen Brust aufnehmen, Grundlagen der Milchbildung, Stillbeginn, Brustmassage,...)

Zwillingspezifische Themen sind:

- Stillpositionen ausprobieren (mit 2 Demopuppen, um bereits das Handling mit Zwillingen kennenzulernen)
- Sinnvolle Hilfsmittel zeigen und besprechen (z.B. Transferhilfe, Zwillingsstillkissen)
- Besonderheiten ansprechen wie Sectio, Frühgeburtlichkeit und der daraus resultierenden möglichen Trennung von Mutter und Kindern, zeitgleiche Versorgung älterer Geschwisterkinder, im Bedarfsfall zur Kolostrumgewinnung anleiten

Sinnvolle Hilfsmittel

- Zwillingsstillkissen sind fester und höher als die bekannten Stillkissen, die mit Granulat oder Schaumstoff gefüllt sind und lassen sich entweder wie eine Art Bauchladen posi-

tionieren oder bestehen aus einem Rückenteil und einem Vorderteil, der dazugestellt wird (Mybrestfriend Twin Nursing Pillow oder Peanut and Piglet Zwillingstillkissen). Sie ermöglichen durch ihren kompakten Aufbau, dass die Kinder stabil am Stillkissen liegenbleiben und verrutschen nicht, wie herkömmliche Stillkissen

- Transferhilfen stellen eine enorme Erleichterung dar (z.B. BeSafe Transfer, Marlybag, Snugglebundle)
- Ein aufblasbarer Schwimmreifen eignet sich besonders gut zum Stillen unterwegs („Stillkissen to go“)
- Kleidung mit Stillfunktion, z.B. mit Reißverschluss seitlich im Brustbereich (diese erleichtert v.a. im Winter und wenn beide Kinder gleichzeitig gestillt werden wollen, den Zugang zur Brust enorm)
- Ergonomische, gut eingestellte Tragehilfen
- Weiches Stillkissen (als Lagerungskissen oder zum sicheren Ablegen eines Kindes, wenn das andere noch zum Stillplatz gebracht werden muss)

Vorbereitete Umgebung zum Stillen

Hilfreich ist, wenn sich Zwillingmamas bereits in der Schwangerschaft Gedanken zu folgenden Dingen machen und auch schon theoretisch ausprobieren, was ihnen alles helfen könnte und was schon vorab organisiert werden kann.

- Einen Stillort auswählen, der sichere Ablageflächen für die Kinder bietet und eine bequeme Position der Mutter ermöglicht. Das kann die Couch, das Bett oder eine Matratze/Matte am Boden sein, aber nie ein Sessel (denn aus diesem kann die Stillende nicht mehr ohne fremde Hilfe aufstehen, wenn die Kinder eingeschlafen sind)
- Mit Pölstern und Kissen einen „Thron“ bauen, ggf. Schemel für die Füße positionieren
- Spucktuch, Trinkflasche, Snacks, Buch, Smartphone, Kopfhörer bereitlegen (diese Dinge immer schon vor dem ersten Stillen richten, denn wie wir alle wissen, verbringen stillende Zwillingstillmütter v.a. in der

ersten Zeit den Hauptteil des Tages an ihrem Stillort)

- Stillkissen (oder ggf. zwei, wenn es mehrere Stillorte im Haus gibt)

Handling

- Ein Baby wird am Stillplatz sicher abgelegt, das zweite Kind wird geholt
- Die Mutter setzt sich neben das erste Kind und legt das zweite sicher ab
- Sie legt das Stillkissen an oder gruppiert die Kissen
- Baby 1 wird aufgenommen und positioniert aber noch nicht angelegt
- Die Mutter sichert Baby 1 mit einem Arm und nimmt Baby 2 auf (hier kann die Transferhilfe zum Einsatz kommen, in die Baby 2 bereits zuvor gelegt wurde) und positioniert es
- Die Mutter legt jenes Kind zuerst an, welches kräftiger ist und weniger Hilfe beim Stillen benötigt. Es kann den Milchspendereflex für das ev. saugschwächere zweite Kind auslösen, welches dann davon profitiert
- Anschließend wird Baby 2 angelegt
- Da Zwillingmamas im wahrsten Sinn des Wortes immer eine Hand zu wenig haben, kann man sich vorstellen, dass eingesetzte Stillhütchen das Stillen deutlich herausfordernder machen würden und deshalb das Augenmerk auf eine rasche Abgewöhnung gelegt werden sollte, wenn dessen Einsatz zuvor nötig war.

Mögliche Stillpositionen für Zwillinge

Die doppelte Rückenhaltung eignet sich besonders gut für Frühchen und allgemein kleine Babys. Die Mutter kann das Anlegen optimal gestalten und der große Vorteil ist, dass sie beide Hände frei hat, wenn die Babys gut angelegt sind.

Bei der Parallelhaltung wird Baby 1 in der Rückenhaltung und Baby 2 in der Wiegehaltung positioniert. In dieser Stillhaltung liegt Baby 2 nicht optimal, da seine Beine am Kopf des Geschwisterchens vorbeigehen und daher kein kompletter Körperkontakt mit der Mutter gegeben ist. Die Stillende hat auch wenig Kontrolle über

die Position des Kindes in der Wiegehaltung. Daher eignet sich die Parallelhaltung eher für Mütter, die schon Still Erfahrung haben. Wichtig ist bei dieser Anlegevariante genau auf den Zustand der Mamillen zu achten.

Bei der Kreuzhaltung liegen beide Kinder jeweils in der Wiegehaltung an der Brust. Hier ist die Position bei beiden Kindern nicht optimal, weshalb auch diese Haltung eher für erfahrene Stillende geeignet und das gute Beobachten des Mamillenzustandes unerlässlich ist. Die Kreuzhaltung eignet sich gut für ältere Babys und für das Stillen unterwegs, da sie auch für eine kurze Zeit ohne optimale Unterstützung der Arme durch ein Stillkissen gehalten werden kann. Da beide Kinder eher schräg nach unten angelegt werden, ist das spezielle Zwillingstillkissen eher ungünstig, ein weiches gewöhnliches Stillkissen kann hier aber gute Dienste leisten.

Das zurückgelehnte Zwillingstillen erleichtert das nächtliche Stillen enorm. Beide Kinder liegen wie beim intuitiven Stillen an der Brust der Mutter. Der Nachteil an dieser Position ist aber, dass die Stillende gerade in der ersten Zeit immer jemanden benötigt, der ihr die Babys reicht und auch wieder abnimmt. Andernfalls ist es nicht möglich, diese Position alleine wieder zu verlassen (v.a. nicht mit frischer Sectionaht).

Bei der nach hinten gelehnten Seitenlage liegt ein Kind wie die Stillende selber in Seitenlage und wobei das Geschwisterchen von oben an der freien Brust angelegt wird (der obere Arm der Mutter hält das Kind im Rückenbereich). Bei dieser Position ist eine gute Unterstützung des Rückens und v.a. Nackens der Frau wichtig. Die nach hinten gelehnte Seitenlage kann für Mütter von älteren und daher schon „stabileren“ Zwillingen eine gute Möglichkeit sein, das nächtliche Stillen zu erleichtern.

Zwillingstillen unterwegs

Die Herausforderungen hierbei sind eine sichere Ablagemöglichkeit für die Kinder zu finden und der einfache Zugang zur Brust v.a. im Winter.

Wertvolle Hilfsmittel sind ein Schwimmreifen, der als Stillkissen to go verwendet werden kann, eine Transferhilfe zum Herausheben aus dem Kinderwagen, ein Rucksack oder eine Tasche als Unterstützung der Arme beim Stillen und Kleidung mit Stillfunktion.

Alternativen können das Stillen in der Tragehilfe oder auch das Stillen nacheinander sein.

Von besonderer Bedeutung ist die Bestärkung der Zwillingmutter. Das öffentliche Stillen von zwei Kindern darf gesehen werden und seinen Platz in der Gesellschaft haben.

Zwillingen tragen und Stillen in der Trage

Eine Trageberatung ist in jedem Fall wichtig und sinnvoll, denn durch eine optimal eingestellte Tragehilfe können auch schon Neugeborene am Rücken getragen werden, was den Alltag mit den Zwillingen enorm erleichtert. Auch das Üben des Stillens in der Tragehilfe ist ein wichtiges Hilfsmittel und erleichtert den Alltag mit zwei Kindern enorm. Beide Kinder werden hierbei vorne getragen und etwas tiefer gebunden und können so mit etwas Übung auch gleichzeitig in der Tragehilfe gestillt werden.

Häufige Themen in der Stillberatung bei Zwillingfamilien

• Stillen und Tagesablauf/Routinen entwickeln

Die brennende Frage aller Zwillingeltern ist die nach der Synchronisation. Wichtig ist immer eine individuelle Beratung und die Aufklärung, dass es kein richtig oder falsch gibt, sondern das Vorgehen zur Familie passen muss. Die Eltern müssen wissen, dass über einen gewissen Zeitraum die Bedürfnisse eines Kindes mehr im Vordergrund stehen als die des anderen, wenn die Kinder synchronisiert werden sollen. Über das Wecken eines schlafenden Kindes, das Schlafen eines offensichtlich noch nicht müden Säuglings und das Stillen eines Babys, welches noch keine

Stillzeichen zeigt, werden langsam die Schlaf- und Stillzeiten der Zwillinge angeglichen. Synchronisation kann in der einen Familie längeres Stillen überhaupt erst möglich machen, in einer anderen kann es den Eltern wiederum wichtiger sein, sich auf jedes Kind einzeln konzentrieren zu können.

• Stillen und Schlafen

Eine ausführliche Aufklärung über physiologischen Babyschlaf ist, wie auch bei Einlingsfamilien wichtig, damit die Eltern mit realistischen Erwartungen in das Familienleben mit Zwillingen starten.

• Buntes Stillen und der Einsatz von anderen Saugangeboten

Ein Aufklären über frühe Anzeichen eines veränderten Saugverhaltens aufgrund von künstlichen Säugern soll genauso Platz in der Stillvorbereitung finden, wie eine Information über alternative Fütterungsmöglichkeiten, z.B. mit Becher, welche natürlich in hohem Maße von der Bereitschaft der Betreuungsperson abhängig ist, die das Füttern übernehmen wird.

Entscheiden sich die Eltern für die Flasche, so ist eine Information über das paced bottle feeding und die Anforderungen an einen Flaschen- und ggf. Beruhigungssauger wichtig, um auch hier eine umfassende und fachlich korrekte Information der Eltern zu gewährleisten.

• Umgang mit Erschöpfung und Ressourcenarbeit in der Familie

Die wichtigste Botschaft in diesem Zusammenhang ist: „Lediglich stillen kann nur die Mutter, alles Weitere kann jede andere Betreuungsperson, welche eine Beziehung zu den Kindern hat, ebenso übernehmen.“ So wird die Verantwortung auf mehrere Personen aufgeteilt und den Zwillingmamas die Angst und das Gefühl genommen, alles alleine schaffen zu müssen.

• Stillen über mehrere Jahre

Kommt das Stillen gut in Gang, dauert die Stillbeziehung tatsächlich oft längere Zeit. Die alltagserleichternden

Aspekte wie ein einfacheres Schlafenlegen, die Pause der Mutter, wenn beide Kinder tagsüber zeitgleich stillen, die effektive Möglichkeit zur Regulation in jedem Alter der Kinder, sind nicht von der Hand zu weisen.

Beratung über das Stillen bei Erwerbstätigkeit oder während der Eingewöhnung der Kinder kann in diesem Zusammenhang Platz finden.

• Bindungsarbeit

Zwillingeltern haben anfangs oft eine unterschiedliche Beziehung zu den zwei Kindern und leiden an Schuldgefühlen, weil sie ein Kind mehr lieben oder sich ihm näher fühlen als dem anderen. Das gilt es ernst zu nehmen und empathisch aufzufangen. Fallen in einer Zwillingfamilie Interaktionsthemen auf, ist eine Information über mögliche Unterstützungsangebote wie die Frühen Hilfen oder eine Frühförderung sinnvoll.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass das Stillen von Zwillingen eine große Herausforderung sein kann und gleichzeitig eine wunderbare Ressource zur Erleichterung des Alltags und ein wertvolles Geschenk für die Gesundheit der Kinder, aber natürlich auch für die Frau selbst darstellt. Unsere kompetente und einfühlsame Beratung kann den Familien die nötige Unterstützung bieten, um ein erfolgreiches Stillen der Zwillinge möglich zu machen.

*zusammengefasst von
Susanne Lachmayr, IBCLC*

Wir freuen uns über Artikel, Themenvorschläge und Termininfos aus allen Bundesländern:
Mail an: redaktion@stillen.at
Nächster Redaktionsschluss:
16.3.2026

Vorsorge fürs Leben

Die präpartale Kolostrumgewinnung



© Christiane Braumann

Ein Vortrag von OÄ Dr. Christiane Braumann, Gynäkologin und IBCLC aus Linz am ersten Tag des VSLÖ-Stillkongresses im Oktober in Linz.

Die präpartale Kolostrumgewinnung ist eine einfache und wunderbare Möglichkeit aktiv erste Vorsorge für das Neugeborene zu betreiben und ihm einen optimalen Start ins Leben zu ermöglichen. Ein Vorteil der präpartalen Kolostrumgewinnung ist die potente Vermeidung von postpartalen Hypoglykämien. Während bei gesunden, reifen Neugeborenen anfänglich niedrige Blutzuckerwerte selbstlimitierend sind, haben Neugeborene von Müttern mit Diabetes Mellitus (DM) ein erhöhtes Risiko für Hypoglykämien. Dies betrifft immer mehr Schwangere, denn in den letzten Jahren wird weltweit ein deutlicher Anstieg von **Gestationsdiabetes mellitus (GDM)** verzeichnet.

Fakten zum GDM

Die Prävalenz für GDM ist aktuell in Österreich bei 7-10%. Die Gründe für das vermehrte Auftreten von Gestationsdiabetes liegen einerseits in Veränderungen der Screeningverfahren

und Einführung neuer diagnostischer Grenzwerte und andererseits in der Zunahme von Risikofaktoren wie maternales Alter, genetische Disposition und Adipositas (Zunahme des BMI um 1 kg/m² führt zu einer Steigerung der GDM-Prävalenz um 0,92%). Weiters spielen der Lebensstil (Ernährung, Bewegung), Parität, frühere Schwangerschaften mit GDM (= höchster Risikofaktor, eine Studie zeigte 16-fache Erhöhung) und auch die Ethnizität (mittlerer Osten; Süd- und Ostasien besonders Indien, Bangladesch und Pakistan; Afrika) eine Rolle. Auch haben Schwangere mit männlichen Feten ein 4% höheres Risiko als Frauen, die ein Mädchen erwarten, wohingegen Zwillingschwangere kein höheres Risiko gegenüber Einlingsschwangere an GDM zu erkranken, haben. Eine große Studie zeigte, dass auch die Influenza-Impfung zu verringertem Diabetesrisiko führt. Die Autoren führten dies auf ein höheres Gesundheitsbewusstsein und einen dadurch besseren Gesundheitsstatus von Patientinnen, die auch vermehrt an Gesundheitsprogrammen teilnahmen, zurück.

Die Pathophysiologie des GDM ähnelt der des Typ 2 Diabetes Mellitus. Eine physiologisch einsetzende Insulinresistenz in der zweiten Schwangerschaftshälfte trifft auf einen gleichzeitig vorliegenden Insulinsekretionsdefekt und es kommt zur Hyperglykämie. Zur Prävention des GDM ist zu sagen, dass es keine Möglichkeit der Risikoreduktion durch Medikamente gibt und auch die Initiierung von Lebensstilmaßnahmen in der Schwangerschaft die Prävalenz nicht senkt. Einzig die Lifestyle-Modifikation bereits vor der Schwangerschaft ist sinnvoll!

Eine Erkrankung an GDM bedeutet erhöhte **Risiken für die Mutter** in der Schwangerschaft für Infektionen (Harnwegsinfektionen, vaginale Can-

didose), Schwangerschaftshypertonie/Präeklampsie, Frühgeburt, Geburt per Sectio, höhergradige Geburtsverletzungen, postpartale Blutungen und Depressio. Langzeitfolgen für die Mutter wären ein Wiederholungsrisiko von 35-50% und ein höheres Risiko, bereits in jüngeren Jahren eine kardiovaskuläre Erkrankung zu entwickeln. Außerdem ist GDM der stärkste Risikofaktor für die spätere Entwicklung eines DM Typ 2. Ein frühzeitiges Screening bei Patientinnen mit GDM in der Anamnese ist daher bereits im ersten Trimenon einer Folgeschwangerschaft unbedingt indiziert.

Stillen ist Prävention! Das Risiko für Typ-2-Diabetes und metabolisches Syndrom ist bei Müttern mit GDM, die ihre Kinder gestillt haben, bis zu 15 Jahre nach der Entbindung deutlich verringert. Es wurde eine graduelle Abnahme des Risikos in Abhängigkeit der Stilldauer und der Stillintensität (exklusives Stillen > vorwiegend Stillen > vorwiegend Säuglingsmilchnahrung > exklusiv Säuglingsmilchnahrung) beobachtet. Der protektive Effekt war unabhängig vom mütterlichen BMI und von Lifestyle-Faktoren, wie körperlicher Aktivität und Ernährungsweise.

Auch bei den **Risiken für das Kind** unterscheidet man akute Risiken und Langzeitfolgen. Akute Risiken sind Makrosomie, diabetische Fetopathie, postpartale Hypoglykämie und häufigere Transferierung auf NICU. Das erhöhte intrauterine Glukoseangebot führt zu einer gesteigerten fetalen Insulinsekretion. Der wachstumssteigernde Effekt des Insulins, insbesondere auf das weiße Fettgewebe, ist mit einem erhöhten Geburtsgewicht verbunden. Infolge eines erhöhten intrauterinen Erythropoietinspiegels steigt der fetale Hämatokrit und die kindliche Surfactantbildung ist reduziert. Bei der Geburt zeigt sich in unterschiedlichem Ausmaß eine diabeti-

sche Fetopathie mit Hypoglykämien, Atemstörungen, Polyglobulie, Hypokalzämie, Hypomagnesiämie und Hyperbilirubinämie. Langzeitfolgen sind, dass Kinder seltener ausschließlich und auch kürzer gestillt werden, ein höheres Risiko haben später selbst an Diabetes Mellitus Typ 2 zu erkranken (noch höher, wenn nicht gestillt) und die Entwicklung eines metabolischen Syndroms bzw. von Adipositas.

Aus all diesen Faktoren ergibt sich die Empfehlung in der **S3-Leitlinie „GDM, Diagnostik, Therapie und Nachsorge“**: „Aufgrund der positiven Auswirkungen des Stillens auf die mütterliche und kindliche Gesundheit sollen Frauen mit Gestationsdiabetes nachdrücklich zum Stillen ihrer Kinder ermutigt und unterstützt werden. Eine S3-Leitlinie ist die höchste Qualitätsstufe von Leitlinien, sie ist transparent und neutral erstellt und durch Studien untermauert. Weitere Empfehlungen aus der S3-Leitlinie:

Empfehlung	Empfehlungsgrad
Alle Schwangeren mit GDM sollen bereits vor der Entbindung auf die Vorteile des Stillens für Mutter und Kind hingewiesen werden und Strategien für einen erfolgreichen Stillstart aufgezeigt werden.	A
Allen Schwangeren mit GDM soll eine ausschließliche Stillzeit von mindestens 4-6 Monaten empfohlen werden.	A
Auch nach Einführung von Beikost – frühestens mit Beginn des 5. Monats, spätestens mit Beginn des 7. Monats – sollten Säuglinge möglichst lange weiter gestillt werden.	B
Adipöse Schwangere mit GDM sollen für das Stillen besonders motiviert und unterstützt werden.	A

Während der Schwangerschaft sind die Kinder von Frauen mit GDM, intrauterin kontinuierlich dem erhöhten BZ-Spiegel der Mutter ausgesetzt, da Glukose plazentagängig ist. Die kindliche Bauchspeicheldrüse reagiert darauf mit einer Hyperplasie der β -Zellen und einer verstärkten Insulinproduktion, einem fetalen Hyperinsulinismus. Nach der Geburt stoppt die Glukosezufuhr abrupt, es kommt keine mütterliche Glukose mehr über die Plazenta zum Kind. Das kindliche Insulin bleibt jedoch zunächst pathologisch hoch und dies führt dazu, dass der Blutzucker beim Neugeborenen schnell und stark abfällt. Es ergibt sich

dadurch ein erhöhtes Hypoglykämie-Risiko, welches bei insulinpflichtigem GDM noch einmal deutlich erhöht ist. Es kommt zu einer Unterversorgung des Gehirns des Neugeborenen mit Glukose und zu einer sympathischen Gegenregulation mit Symptomen wie Zitterigkeit, Tremor, Irritabilität, Apnoe oder Tachypnoe, schwachem oder schrillum Schreien, Hypotonie, Lethargie, Schläppheit, Trinkschwäche und Krampfanfällen, welche allerdings normalerweise rasch nach Anheben der Blutglukosekonzentration wieder verschwinden. Bei Nichtbehandlung kann es in der Folge zu Hirnschäden mit zerebralen Sehstörungen, Zerebralparesen (Bewegungsstörungen und Muskelsteife/Spastik), psychomotorische Entwicklungsdefiziten und Epilepsien kommen. Der niedrigste BZ-Spiegel ist 1h post partum zu erwarten, deshalb sollen laut der **AWMF S2k-Leitlinie von 2017 „Betreuung Neugeborener diabetischer Mütter“**, welche gerade in Überarbeitung ist: „... Neugeborene diabetischer Mütter innerhalb der ersten 30 min Nahrung erhalten, am

gewonnen wurde dem Neugeborenen verabreicht wird. Dieses ist in der Anhebung und Stabilisierung des Blutzuckers deutlich potenter, daher sollte nur als letzte Option auf künstliche Säuglingsnahrung bzw. Glucosegel zurückgegriffen werden. Weitere negative Effekte der Verabreichung von Formula-Nahrung wären die frühe Sensibilisierung mit Kuhmilchprotein, die Beeinflussung des kindlichen Darm-Mikrobioms und die Überdehnung des kindlichen Magens durch die notwendige Formulamenge.

Vorteile der präpartalen Kolostrumgewinnung

- potente Vermeidung von Hypoglykämien
- Vermeidung negativer Effekte durch Verabreichung von Formula-Nahrung
- Stärkung des Vertrauens der Mutter bzgl. ihrer Stillfähigkeit, da sie bereits mit ihrer Brust vertraut ist
- schnellerer Stillterfolg und weniger Anfangs-Schwierigkeiten, wie wund Mamillen, geringerer Gewichtsverlust beim Kind, seltener ikterische Kinder und somit kürzere Krankenhausaufenthalte und längere Stilldauer
- seltener Trennung von Mutter und Kind

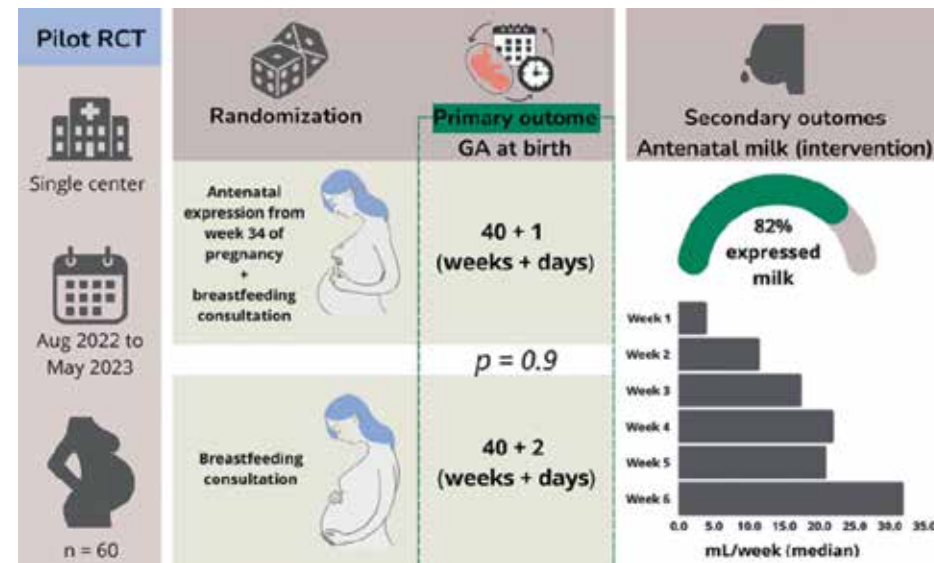
Begründete Sorgen bezüglich dem Auslösen von vorzeitigen Wehen, konnten bislang nicht in Studien nachgewiesen werden. Ganz im Gegenteil: die **„DAME Study - Diabetes and Antenatal Milk Expression“**, Forster et. al, Australien; publiziert im Lancet 2017 (635 diabetische Patientinnen, multizentrisch, unverblindet, randomisiert, kontrolliert; ab 37.SSW 2x tgl. für max. 10 min vs. Kontrollgruppe) ergab: kein Unterschied in Verlegung auf NICU, kein Unterschied bzgl. neonataler oder geburtsbezogener Outcomes und kein Unterschied bzgl. durchschnittlichem Gestationsalter zum Zeitpunkt der Entbindung.

Die **„Express - MOM (mother's own milk) - Study“**, Simonsen et al., Dänemark, publiziert in Maternal Health, Neonatology and Perinatology 2025 (60 gesunde Erstgebärende, Einlingschwangerschaft, single-center, unver-

blindet, randomisiert, kontrolliert; 10 min – 2x pro Tag ab der 34+0 vs. Kontroll-Gruppe) stellte folgende Fragen:

- Gestationsalter bei Geburt
- Menge der präpartal gewonnenen Milch/Woche in ml
- Wie oft wurde massiert?
- Wie viele Kinder wurden 24h bzw. 1, 2, 4, 6, 8 Wochen pp ausschließlich gestillt?

- SGA/IUGR-Kinder
- LKG-Spalte, Herzerkrankungen, neurologischen Erkrankungen
- bei Sorge um ausreichend Milchproduktion (Brust-OPs, gering entwickeltes Drüsengewebe, ...)
- Schwierigkeiten mit der Milchbildung in vorangegangener Stillzeit
- Mehrlingen
- Zustand nach Mamma-OP



im Mittel 52 ml, von wenigen Tropfen bis 477 ml ...

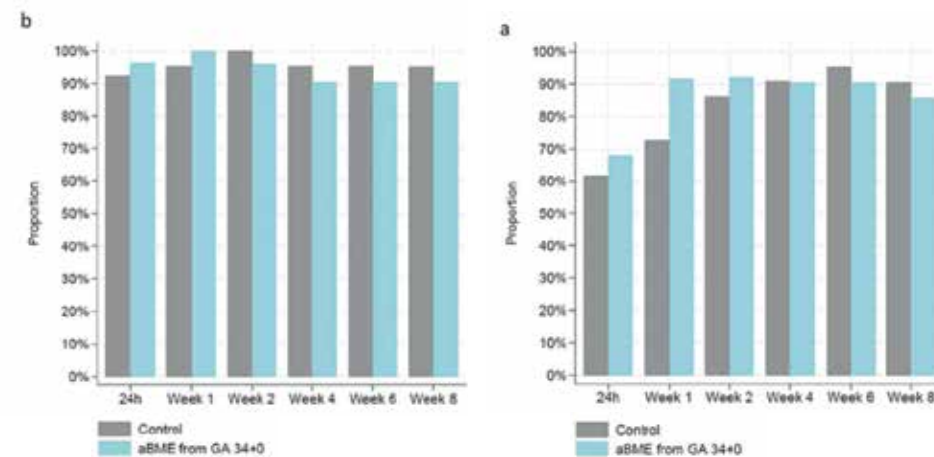


Fig. 4 Breastfeeding outcomes from 24 h until eight weeks after birth.

a Proportion of exclusive breastfeeding in the two groups at different time plots after birth.
b Proportion of any breastfeeding (exclusively or partially) in the two groups at different time plots after birth.

Dadurch ergeben sich auch **weitere Indikationen** für die präpartale Kolostrummassage, wobei zwischen vorgeburtlicher Kolostrumgewinnung mit Anlegen eines Vorrats und lediglich Erlernen der Technik unterschieden werden sollte. Präpartal Kolostrum auf Vorrat zu gewinnen macht jedenfalls auch Sinn bei:

Praktisches Vorgehen

Viele Entbindungskliniken informieren ihre Risikoschwangeren im 3. Trimenon über die präpartale Kolostrumgewinnung und haben die Verfahrensweise im klinischen Alltag erfolgreich etabliert. Eine ent-

sprechende vorgeburtliche Information und Beratung sollte durch eine Frauenärzt:in, eine Stillberater:in IBCLC oder eine Hebamme erfolgen. Die Gewinnung erfolgt ab der 37+0 (bei Indikation auch früher):

- 1-3x tgl.
- Zeitaufwand: 10-20 min
- Händewaschen
- Vorbereitende Brustmassage
- Gewinnen des Kolostrums direkt in passende Behälter (z.B.: Spritzen)
- Umgehendes Beschriftung
- Sofortiges Einfrieren in Aufbewahrungsbeutel
- Mitnahme ins Krankenhaus bei Geburtsbeginn bzw. Einchecken für Sectio zwischen Kühlakkus
- Sofortiges Umlagern in Tiefkühleinrichtung
- Verabreichung postpartal nach Bedarf bzw. gemäß Hypoglykämieleitlinie der Kinderabteilung nach Auftauen

Eine Anleitung zeigt das Global Health Media – Video „Expressing the first milk“ (https://youtu.be/aaLsUr_XmY).

Wichtig ist es, die Frauen schon im Vorfeld darüber aufzuklären, dass die Fähigkeit zu Stillen nicht davon abhängt, ob und wieviel Kolostrum präpartal gewonnen werden konnte und auch Mütter, die nicht stillen wollen, zur Kolostrumgewinnung und -gabe zu ermutigen.

Conclusio

Präpartale Kolostrummassage ist ein risikoarmer Weg vielfältigen Pathologien mit einer natürlichen Ressource entgegenzuwirken und hat peripartale, aber auch lebenslange Vorteile für Kind und Mutter – sie sollte vom gesamten medizinischen Personal unterstützt werden!

Zusammengefasst von
Eva Maximiuk, IBCLC

Buchrezension

Stillen – Einfühlsame Begleitung durch alle Phasen der Stillzeit

Nach der 1. Auflage des Buches Stillen – Einfühlsame Begleitung durch alle Phasen der Stillzeit von 2014, damals noch mit Elizabeth Hormann als zweite Autorin, haben unsere IBCLC Kolleginnen Márta Guóth-Gumberger und Doris Kubicka das Buch nun mit dem Untertitel Kompetente Anleitung und Hilfe erweitert, mit aktuellem Wissen ergänzt und viele Jahrzehnte Erfahrung in der Stillberatung einfließen lassen.

Mit über 170 Seiten geballtem Fachwissen und zahlreichen hilfreichen, fachlich korrekten und optisch ansprechenden Fotos ist dieses, in einer wertschätzenden und einfühlsamen Sprache verfasste Buch eine unverzichtbare Lektüre für werdende Eltern, die sich zum Thema Stillen informieren wollen. Aufgrund des umfassenden Eingehens auf viele wichtige Themen, v.a. den Stillbeginn betreffend, eignet sich das Buch auch hervorragend zum Erlangen eines ersten Basiswissens für Neueinsteiger:innen im geburtshilflichen Bereich und allgemein für Fachpersonal welches mit Eltern und gestillten Kindern arbeitet.

Das Inhaltsverzeichnis ist klar gegliedert und einzelne Themen lassen sich rasch nachschlagen, was v.a. im Alltag hilfreich ist.

Neben dem Stillen an sich liegt der Fokus stark auf der Eltern-Kind-Beziehung. Das Stillen des Babys wird nicht nur als Goldstandard der Ernährung vermittelt, sondern gleichzeitig als beziehungs- und bindungsstärkend. An mehreren Buchstellen wird zudem erwähnt, wie wertvoll jegliches Stillen für Mutter und Kind ist, auch wenn volles Stillen nicht gewollt oder möglich ist.

Zu Beginn wird in einem theoretischen Teil unter anderem über die Beziehung der Eltern zum Kind und über normales kindliches Verhalten informiert, ehe sich die Autorinnen kurz

der Physiologie des Stillens und der Milchbildung widmen sowie auf zahlreiche andere Themen hinweisen, welche sinnvollerweise bereits in der Schwangerschaft Beachtung finden sollten.

Am Anfang des praktischen Teils steht „Der Stillbeginn“. Jetzt ist das Baby geboren und die gelesenen theoretischen Informationen können in die Praxis übertragen werden. Viel Aufmerksamkeit widmen die Autorinnen den ersten Stunden und Tagen, die für den Aufbau einer guten Stillbeziehung so essenziell sind. Hierzu gehören allen voran die Stillhaltungen, welche mit hilfreichen Bildern untermalt sind. Stillende erlangen nicht nur Wissen über einen normalen und gut gelungenen Start in die Stillbeziehung, sie werden auch darüber informiert, wie sie selbst den Stillbeginn einschätzen können und wann es sinnvoll ist, sich um die Hilfe von kompetentem Fachpersonal zu kümmern.

Ein weiteres Kapitel wird den „Besonderen Herausforderungen“ gewidmet. Dazu gehört das Stillen nach Kaiserschnitt (was immerhin etwa 1/3 der Wöchnerinnen betrifft), eine sehr intensive initiale Brustdrüsenentleerung, Saug Schwierigkeiten, ein zu kurzes Zungenband, unterschiedliche Mammillenformen, Hyperbilirubinämie, ein erforderliches Zufüttern (welches im Kapitel „Mit Schwierigkeiten umgehen“ noch detaillierter beschrieben wird) und ein Abstillen im Wochenbett. Kurz angeschnitten werden besondere Situationen wie das Stillen von Zwillingen, Frühchen, Kindern mit LKG-Spalten sowie das Adoptivstillen. Hier wird besonders auf die emotional stärkende Unterstützung der Stillenden und auf entsprechend erfahrenes Fachpersonal hingewiesen.

Im Anschluss an den Stillbeginn gehen die Autorinnen auf das Thema „Alltag mit dem Baby“ ein, sie informieren

u.a. über den Babyschlaf, über realistische Erwartungen an das Leben mit einem Baby, aber auch über die Elternrolle und Gefühle beim Stillen. Weiters wird das Gewinnen von Muttermilch und die Vereinbarkeit von Stillen und Wiedereinstieg in den Beruf thematisiert.

Beim Kapitel „Mit Schwierigkeiten umgehen“ erhalten die Leser:innen umfangreiche, wertvolle sowie auf dem aktuellen Wissensstand basierende Informationen zu den häufigsten Herausforderungen, mit denen sie in der Stillzeit konfrontiert werden können. Sehr wertvoll sind in diesem Zusammenhang die Informationen zum Thema Soor, subakuter Mastitis und natürlich dem zu kurzen Zungenband.

Die Eltern erhalten in diesem Kapitel auch detailliertes Wissen über die verschiedenen Möglichkeiten des stillfreundlichen Zufütterns und die Notwendigkeit einer sofortigen Stillberatung, um das Stillen zu erhalten, wenn die Gewichtszunahme unzureichend ist.

Das letzte Kapitel beginnt mit dem beikostreifen Kind und endet mit dem Abstillen, wobei auch hier die Bindung zum Kind und ein bedürfnisorientiertes und empathisches Vorgehen im Fokus steht.

Im Anhang erhalten die Leser:innen wertvolle Informationen zu weiterführenden Anlaufstellen sowie interessante und hilfreiche Buchtipps.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass mit diesem Buch ein hervorragender und umfangreicher Wissensschatz zum Thema Elternschaft und Stillen in den Bücherregalen Einzug genommen hat, der mit wissenschaftlich fundiertem Wissen, Praxisnähe, Wertschätzung und Empathie einen liebevollen und informierten Start ins Familienleben möglich machen kann.

Susanne Lachmayr, IBCLC



Zuversicht geben

Halten und Stärken junger Mütter

Über Möglichkeiten der Unterstützung aus psychologischer Sicht berichtet Mag.^a Dr.ⁱⁿ Julia Türkmen-Horn, Psychologin und Psychotherapeutin aus Wien in ihrem Vortrag beim Stillkongress in Linz.

Mama werden ist ein Lernprozess, der Sicherheit braucht. Deshalb ist es wichtig, der psychischen Gesundheit der werdenden Mutter Aufmerksamkeit zu geben. Der Begriff „Matrescence“ beschreibt diese besondere Entwicklungsphase mit ihren Veränderungen im Selbstbild, in Gefühlen, im sozialen Leben und in körperlichen Erfahrungen.

Junge Mutterschaft ist geprägt von komplexer Dualität zwischen Vorstellungen und Realität. Das gesellschaftlich geprägte Mutterbild der „Supermom“, die alles kann, unangestrengt und glücklich ist und nie um Hilfe bittet, erzeugt Druck in dieser herausfordernden Zeit. Gesellschaftlich besteht ein großes Tabu gegenüber Müttern, die negative Gedanken über ihre Mutterschaft äußern. Aufgrund von Scham kommen betroffene Frauen oft erst sehr spät in Therapie.

Junge Mütter haben meist den großen Wunsch nach Autonomie und Kontrolle und befinden sich dadurch, wenn sie Hilfe brauchen, in einem inneren Konflikt. Besonders wenn der Glaube an natürliche Übergänge groß ist, bleiben Gefühle, wie betrogen und frustriert worden zu sein, missverstanden. Viel Energie wird dann darauf verwendet die Fassade aufrecht zu erhalten, um fit für die Mutterschaft zu wirken. Die Angst vor dem Label „Störung“ ist in unserer Gesellschaft immer noch da. Wobei der Begriff „Psychische Störung“ eigentlich nicht bedeutet „ich bin gestört“, sondern dass die Symptome eine Störung in der Bewältigung des Alltags, in den Beziehungsmustern und im Beruflichen etc. bewirken. Die Symptome können dabei auch schon länger dagewesen sein, der Leidensdruck war

aber bisher nicht in dem Ausmaß gegeben, dass eine Behandlung nötig war.

Hintergrund

Erst seit ca. 20 Jahren besteht im deutschsprachigen Raum ein vermehrter Fokus auf diesem Thema. 10-15% aller Gebärenden zeigen nach der Geburt depressive Verstimmungen, Erschöpfungszustände und/oder anhaltende Gereiztheit, ebenfalls treten auch häufig Ängste und Zwänge (5-16%) auf. Differenzierungen zwischen den Störungsbildern sind teilweise schwierig und willkürlich gesetzt.

Besonderheiten postpartum bzgl. Therapie

Es geht hier nicht nur um die Mutter, auch das Baby muss in die Therapie inkludiert werden. Eine Behandlung sollte möglichst früh gestartet werden, allerdings ist das hilfeschuchende Verhalten bei jungen Müttern oft, trotz großem Leidensdruck, besonders gering. Auch Ressourcen für die Therapie bereitzustellen, erscheint den Betroffenen absurd. Es ist eine große Herausforderung, Mütter zu empowern ihre Situation ernst zu nehmen.

Psychische Herausforderungen nach der Geburt

Eine erhöhte Anfälligkeit besteht bei:

- Vorgeschichte von Depression (prä- oder postnatal), Angsterkrankungen oder psychischen Erkrankungen
- Familiärer Vorgeschichte und Genetik
- Psychosozialen Risikofaktoren und fehlender sozialer Unterstützung
- Beziehungsproblemen und familiären Dynamiken
- Somatischen Krankheiten
- Komplikationen bei Schwangerschaft, Geburt und Stillen

Kombiniert mit Faktoren auf der Persönlichkeitsebene wie:

- Selbstwertproblematik
- Perfektionismus
- Unerbittliche Standards
- Selbstaufopferungstendenz
- Neurodiversität (Hochsensibilität, ADHS, Autismus-Spektrum)
- Temperament des Kindes
- Einfluss und Konsum sozialer Medien bzw. Nachrichten

Es ist immer ein Zusammenspiel von körperlichen, psychologischen und sozialen Faktoren und niemals ist nur ein Risikofaktor verantwortlich.

Baby Blues

ist ein mildes vorübergehendes Phänomen, welches u.a. mit Symptomen wie Traurigkeit, Weinerlichkeit, Vergesslichkeit und Erschöpfung einhergeht. Es besteht eine temporäre hormonelle Imbalance, welche sich auf 2-3 Wochen nach der Geburt beschränkt und wellenförmig verläuft. Ein schwerer Verlauf eines Baby Blues ist ein Risikofaktor für die Entstehung einer Postpartalen Depression (PPD). Oft wird dieser Zustand nach der Geburt als normal bezeichnet, das Wort „normal“ bedeutet in diesem Fall allerdings, dass das Phänomen „Baby Blues“ schon lange bekannt ist, aber nicht, dass man die Symptome aushalten muss. Statt im Gespräch mit Betroffenen zu sagen „Das ist normal“, wäre es besser die Formulierung „Vielen geht es so“ zu verwenden. Mütter im „Baby Blues“ brauchen Begleitung.

Postpartum Stress Syndrom

ist eine spezifische Form einer Anpassungsstörung zwischen „Baby Blues“ und PPD. Betroffene haben, bei gleichzeitiger Funktionalität, Schwierigkeiten durch den Tag zu kommen. Es zeigt sich das sogenannte Imposter Syndrom Phänomen, bei dem Menschen wiederkehrende Selbstzweifel haben und überzeugt sind, dass „irgendwann die Menschen um mich herum bemerken, dass ich das alles nicht kann“ und

sie als Hochstapler:in enttarnt werden. Auch hier ist ein schwerer unbehandelter Verlauf ein Risikofaktor für die Entstehung einer PPD. Dieses Krankheitsbild wird am häufigsten übersehen und oft erst Jahre später rückblickend diagnostiziert. Symptome sind u.a. sozialer Rückzug und Alkohol- und Medikamentenmissbrauch.

Postpartale Depression (PPD)

PPD wird als atypische Depression bezeichnet, da sie zusätzlich zu den typischen Symptomen vor allem durch erhöhte Ängstlichkeit gekennzeichnet ist. Treten Zwangsgedanken auf, beziehen sich Inhalte fast ausschließlich auf die Angst, dem Kind etwas antun zu können. Daraus ergeben sich extreme Schuld- und Schamgefühle. Bei körperlichen Beschwerden sind Erschöpfung und Müdigkeit (Kann die Mutter die Schlafphasen des Babys zum Entspannen nützen?) zu nennen. Auch hier wirkt sich sozialer Rückzug zusätzlich negativ aus.

Angstsymptome können als Teil der PPD, aber auch als eigenes Krankheitsbild auftreten. Typische postpartale Angstsymptome treten meist in Ruhephasen auf:

- Panikattacken mit Herzrasen/Brustschmerzen, Schwindel, Taubheitsgefühl, Schwitzen und Zittern
- Zwangsgedanken und Zwangshandlungen bzgl. Kontamination, Zweifel und Schädigung
- „Sich Sorgen“ mit Katastrophieren, Zukunftsängsten, Konzentrations-schwierigkeiten u.ä.
- Post Traumatisches Stress Syndrom mit Intrusionen, Flashbacks und Alpträumen

Neurotransmitter spielen hier bei der Entstehung eine Rolle. Gerade Oxytocin und Prolaktin haben eine ausgleichende Wirkung und somit kann funktionierendes Stillen eine Schutzfunktion gegen die Angstsymptomatik darstellen.

Grundprinzipien der psychologischen Unterstützung:

- Halten, indem man den paradoxen Zustand anerkennt und begleitet, die In-

tegrität der Wünsche der Mutter nach Selbstwirksamkeit erhält und sie sanft zu einem Zustand des Wohlfühlens führt.

- Raum geben – zuhören – informieren → beinhaltet Grounding, aktueller Stand, Expertise, Design, Präsenz, Safeguarding
- Das Good-Enough-Prinzip implizieren
- Erkennen, dass Fehler Helfer sind (Rupture and Repair Prinzip)
- Identifizieren von Schutzfaktoren (z.B.: Wo sind Engelkreise? Nicht immer nur auf die Teufelskreise schauen)
- Erkennen – Wahrnehmen – Benennen → von Raum auf drei Ebenen (Wer war ich? Wer habe ich gedacht zu sein? Wer bin ich jetzt?) und von Bedürfnissen (Bedürfnisse aller Beteiligten zählen)
- Kommunikation von Bedürfnissen lernen (Gefühl benennen – „Ich fühle mich ...“, um Hilfe bitten – „Ich brauche deine Hilfe ...“, spezifisch sein – „Kannst du bitte ...“)

Therapeutische Möglichkeiten

- Selbstbeobachtung und Erkennen von Mustern im Denken, Fühlen und Handeln
- Erlernen von Strategien zur Bewältigung von depressiven, gereiztem, ängstlichem oder zwanghaftem Denken und Handeln
- Aufbau positiver Aktivitäten und positiver Verstärkung
- Verbesserung der Stressbewältigung und des Hilfesuchverhaltens
- Alltagsorganisation und Krisenmanagement
- Realitätstestung

„Wir müssen den Zugang zur Hoffnung finden, um Veränderungen zu bewirken“

Am besten gelingt dies, indem man Zeitspannen begrenzt („Ich denke jetzt nur über heute nach und noch nicht über morgen.“) und sich genügend Zeit zum Hineinwachsen gibt und nimmt.

Bewusste Gesprächsführung

- Offene Fragen stellen
- Zuhören, ohne zu werten
- Emotionen spiegeln
- Sicherheit und Orientierung geben
- Stärken der Mutter wahrnehmen und benennen

- Vertrauen in die mütterliche Kompetenz fördern
- Bindungsmomente fördern
- Validierung

Wichtig ist ...

- ... das Externalisieren des Problems, da eine starke Tendenz zu Selbstvorwürfen und Internalisierung mit Gefahr der Identifizierung und selbsterfüllenden Prophezeiungen besteht.
- ... das Klarstellen von Symptomen, denn es fühlt sich an, als ob man als gesamte Person betroffen ist, es sind aber nur Symptome.
- ... das Bearbeiten von Kognitionen, denn die Bewertung der eigenen Gedanken macht den Leidensdruck.
- ... die Ressourcenaktivierung.
- ... die Regulation des Nervensystems (Atemtechniken, Klopftechniken u.ä. müssen trainiert werden!)
- ... das Bilden von Unterstützungsnetzwerken (emotionaler, praktischer, informativer, professioneller und Peer Support)

Was kann helfen?

- Hilfe bei Besorgungen
- Anbieten von ungezwungener Gesellschaft
- Wahrnehmen und Verstärken von kleinen Erfolgen
- Ehrliche Hilfsangebote machen
- Geduld
- Schlaf anbieten
- Die Schwierigkeiten im Anpassungsprozess benennen
- Raum zum Dampf lassen geben
- Einladungen aussprechen

Zusammenfassend:

- Realistische Erwartungen erarbeiten
- Expertise zur Verfügung stellen
- Offenheit bewahren
- Symptome erkennen
- Selbstfürsorge ernst nehmen
- Professionelle Hilfe annehmen

Abschließend das Zitat einer Betroffenen:

„Mutterschaft ist eine ganz schön wilde Fahrt“ ... aber was wäre das Leben ohne Achterbahnfahrt.

*Zusammengefasst von
Eva Maximiuk, IBCLC*



VSLÖ-Termine

4. & 11. & 28.03.2026
Webinar „Das zu kurze Zungenband“

9. – 10.10.2026
Stillfachtagung Kärnten



Stillfachtagung Kärnten

9. – 10. Oktober 2026
EduCare Hotel am Ossiachersee

Samstag Workshops für IBCLCs
Genaueres Programm und nähere Infos
folgen unter: www.stillen.at

Save the Date



Verband der Still- und Laktationsberater:innen Österreichs IBCLC

Regionaltreffen in den einzelnen Regionen:

z.B.: Region Graz am 9.2.2026, 11.5.2026, 21.9.2026, 23.11.2026
jeweils von 18.00 – 20.00 Uhr, EKIZ Graz (Petersgasse 44A, 8010 Graz)

Weitere aktuelle Termine auf www.stillen.at
unter Veranstaltungen/Regionaltreffen



Fortbildungstermine EISL-Österreich

EISL-Kongress • 25. – 27. Juni 2026 • ONLINE

Gemeinsam wachsen:
Stillen, Bindung und die einfühlsame Begleitung von Familien

Unser Kongress widmet sich den zentralen Themen rund um Stillen und Laktation und der bindungsorientierten Begleitung von Familien – mit aktuellen Erkenntnissen, fachlichem Austausch und Impulsen für die Praxis.

- 9 Workshops am 25.06.2026: An einem Tag erwarten Sie 3 Workshop-Slots zu jeweils 3 parallelen Workshops
- Vorträge am 26. & 27.06.2026: 2 Tage geballtes Wissen & Inspiration. Alle Vorträge werden aufgezeichnet und stehen 3 Monate lang on Demand zur Verfügung
- Digitale Expo am 26. & 27.06.2027: Raum zum Stöbern, Fragen stellen & neuen Impulse sammeln. Direkter Live-Chat möglich.
- Überraschungspaket zum Anfassen – direkt zu Ihnen nach Hause

Früh buchen lohnt sich – sichern Sie sich jetzt ihr Ticket für unseren EISL-Kongress ONLINE und profitieren Sie noch bis zum 31. Januar 2026 von unserem Early Bird Rabatt.

- Das detaillierte Kongressprogramm und die Anmelde-möglichkeiten finden Sie auf der EISL-Website
- CERPs für Still- und Laktationsberater:innen IBCLC wurden bereits beantragt. Sobald uns die Genehmigung durch IBLCE® vorliegt, veröffentlichen wir diese auf unserer Website

Aufruf an alle VSLÖ-Mitglieder und IBCLCs:

Für die Planung unserer kommenden Fortbildungen möchten wir noch gezielter auf die Bedürfnisse der IBCLCs eingehen – insbesondere im Hinblick auf die Rezertifizierung nach IBLCE-Kriterien.

Damit wir passende Angebote schaffen können, bitten wir herzlich, uns mitzuteilen, welche CERPs-Themengebiete für die nächste Rezertifizierung benötigt werden.

Ob L-CERPs, R-CERPs oder E-CERPs – jede Rückmeldung hilft uns, das Fortbildungsprogramm optimal auszurichten und relevante Inhalte zeitgerecht anbieten zu können.

Bitte die gewünschten Themengebiete per E-Mail schicken an:

fortbildung@stillen.at

Vielen Dank für die Unterstützung und das Engagement!

Gemeinsam gestalten wir ein Fortbildungsangebot, das unsere Arbeit in der Stillberatung nachhaltig stärkt.

Quellenangaben zu den abgedruckten Artikeln sind auf Anfrage unter redaktion@stillen.at erhältlich.

Impressum

M, H, V: VSLÖ – Verband der Still- und Laktationsberater:innen Österreichs IBCLC,
Fuchslug 1, 3364 Neuhofen/Ybbs
E-Mail: president@stillen.at

ZVR-Zahl: 962644841

Für den Inhalt verantwortlich:

Eva Maximik, Elisa Steiner
Redaktion: Natalie Groiss,
Susanne Lachmayr, Eva Maximik,
Gudrun Schober

Anzeigen: Eva Maximik

CVD: Eva Maximik

Layout: www.h13.at

Druck: www.eindruck.at

Das Kopieren und Weitergeben der VSLÖnews ist erwünscht!

Die Redaktion behält sich vor, Leserbriefe oder Artikel externer Autor:innen zu redigieren und zu kürzen. Namentlich gekennzeichnete Artikel spiegeln nicht zwingend die Meinung der Redaktion wider. Satz- und Druckfehler vorbehalten!

EISL-Kongress 2026
25.–27. Juni ONLINE