



VSLÖ

Frühjahr 2026

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

news

Stillkongress
2025
#BackToBasics
Zusammen-
fassungen
Teil 2



SUPER

informiert kann
Stillen auch nach
Interventionen an
der Brust gelingen

KRAFT

schöpfen durch
Erfahrungsaustausch:
Round Table
„Sectio-Bonding“

MUTTERMILCH

Welche Superpower
steckt drinnen?
Ein Update zu HMO's
und HAMLET

Liebe Leserinnen und Leser,



Elisa Steiner

herzlich willkommen zu unserer Frühlingsausgabe der VSLÖ-News!

Mit dieser Ausgabe setzen wir den fachlichen Austausch rund um den Stillkongress in Linz (10. & 11. Okt. 2025) fort und präsentieren Ihnen im zweiten Teil erneut eine vielfältige und vertiefende Auswahl an Beiträgen. Die Themen spiegeln eindrucksvoll wider, wie breit, dynamisch und evidenzbasiert sich die Still- und Laktationsarbeit heute gestaltet.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Stillvorbereitung bereits in der Schwangerschaft – einem zentralen Baustein für einen gelungenen Stillstart. Darüber hinaus greifen wir aktuelle Entwicklungen aus Forschung und Praxis auf: von der Muttermilchforschung bis hin zu den Herausforderungen beim Stillen nach operativen Eingriffen an der Brust.

Auch die wissenschaftliche Perspektive kommt nicht zu kurz: Neue Erkenntnisse zu den bioaktiven Bestandteilen der Muttermilch, insbesondere HMO's und HAMLET, eröffnen spannende Einblicke in die „Superkräfte“ der Muttermilch und deren Bedeutung für die kindliche Entwicklung.

Neben diesen fachlichen Inhalten widmen wir uns auch berufspolitischen und praxisrelevanten Themen. Der Artikel zur Kostenübernahme beleuchtet aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen im Versorgungssystem und wird durch einen entsprechenden Brief ergänzt. Eine Richtigstellung zum nächtlichen Abstillen greift ein Thema auf, das in der Beratungspraxis immer wieder für Unsicherheit sorgt.

Diese Ausgabe lädt dazu ein, Bestehendes zu hinterfragen, neues Wissen zu integrieren und die eigene fachliche Haltung weiterzuentwickeln – stets mit dem Ziel, Familien bestmöglich zu begleiten.

Save the Date

Auch kommende Fortbildungen und Veranstaltungen möchten wir Ihnen ans Herz legen:

Am 9. Juni 2026 findet das VSLÖ-Webinar „Lange Nacht des Stillens“ statt.

Im Juni widmet sich ein weiteres Webinar (3. & 10. & 17. Juni 2026) dem Thema „Das zu kurze Zungenband in der Arbeit der IBCLC, Hebammen und pädiatrischen Fachkräften“.

Ein besonderes Highlight erwartet uns im Herbst: die Stillfachtagung mit internen Workshops für IBCLCs am 9. & 10. Oktober 2026 am Ossiacher See in Kärnten.

Zum Schluss ein herzliches Dankeschön an alle Autor:innen, das engagierte Redaktionsteam sowie das VSLÖ-Fortbildungsteam für ihre wertvolle Arbeit und ihr kontinuierliches Engagement für die Qualität in der Stillberatung.

Allen Mitgliedern des VSLÖ und Interessent:innen wünschen wir einen inspirierenden, sonnigen Frühling!

Viel Freude beim Lesen und Weiterbilden!

Herzliche Grüße,
Elisa Steiner, Präsidentin des VSLÖ



Was ist drinnen?

Welche Superpower steckt in Muttermilch?

HMO's und HAMLET - Update zum aktuellen Forschungsstand

Emily Zoe Laser, Medizinstudentin im 5. Jahr an der Universität Lübeck berichtete uns beim letztjährigen Stillkongress in Linz über zwei bemerkenswerte Inhaltsstoffe der Muttermilch: die Humane Milch Oligosaccharide (kurz HMO's) und über die Studie dazu an der sie mitwirkt, sowie den HAMLET-Komplex, der die unglaubliche Fähigkeit besitzt Tumorzellen zu erkennen und abzutöten.

HMO's

Basics

HMO's sind sehr komplexe Milchzuckermoleküle (Vielfachzucker), die in der Brustdrüse gebildet werden und von denen bereits über 200 verschiedene entdeckt wurden. Sie haben keinen ernährungsphysiologischen Nutzen für das gestillte Kind und können von ihm nicht verstoffwechselt werden, da Menschen dazu die Enzymausstattung fehlt. Bemerkenswert ist daher, dass sie den drittgrößten Bestandteil der Muttermilch ausmachen (5–20g/l reifer Muttermilch) und im Vergleich zu den Oligosacchariden in der Kuhmilch 200-fach höhere Konzentration aufweisen.

Doch warum sind HMO's Bestandteil der Muttermilch, wenn sie doch gar keinen nutritiven Wert haben?

Den Haupteffekt stellt ihre präbiotische Wirkung dar, d.h. sie sind Nahrung für die guten Darmbakterien, modulieren so das Mikrobiom und interagieren mit dem Immunsystem.

HMO's können mittlerweile auch künstlich hergestellt werden, allerdings nicht in der gleichen Vielfalt, wie es in der Muttermilch der Fall ist.



HMO-Profile

Im Zentrum der Struktur eines HMO's befindet sich ein Molekül Laktose, welches sich mit 5 weiteren Grundbausteinen verzweigt und verlängert, wodurch eine Vielzahl an unterschiedlich aufgebauten HMO's entsteht. Diese Verzweigungen werden induziert von Enzymen.

Neutrale, sialylierte und fucosylierte HMO's bilden die 3 Hauptgruppen, zu denen die bekannten HMO-Profile zugeordnet werden können.

Wichtig zu wissen ist, dass HMO's durch das Erhitzen, wie beim Pasteurisieren der Spenderinnenmilch, stabil bleiben.

Einflussfaktoren

Die Genetik stellt den größten Einflussfaktor auf das HMO-Profil einer Frau dar. Dieses steht im Zusammenhang mit den Blutgruppenmerkmalen. Spannend ist die Tatsache, dass der HMO Gehalt in der Muttermilch nicht bei allen Frauen gleich oder ähnlich ist. Etwa 70% der Stillenden verfügen über ein HMO Profil welches das vorteilhafteste ist. Die Muttermilch dieser Gruppe weist die höchste Konzentration sowie gleichzeitig die größte Diversität an HMO's auf. Eine deutlich geringere Gesamtkonzentration befindet sich in der Muttermilch der restlichen Stillenden. Dieses Wissen kann klinische Relevanz haben, wenn es z.B. um Frühchen geht, deren Mikrobiom noch instabil ist und wo das Vorhandensein von möglichst vielen und unterschiedlichen HMO's einen großen Vorteil für das Kind hätte.

Verblüffend ist die Tatsache, dass es etwa in Amerika oder Indonesien nahezu nur Stillende mit dem vorteilhaftesten HMO-Profil gibt.

Das Gestationsalter bei der Geburt hat ebenfalls Einfluss auf die Menge der HMO's. Die Muttermilch von Frauen, die ein Frühchen geboren haben, weist höhere HMO-Konzentrationen auf als jene von Termingebärenden.

Auch das Stadium der Laktation spielt eine Rolle. Sinnvollerweise sind in Kolostrum deutlich höhere HMO Mengen zu finden als in reifer Milch, welche als stabilisierender Faktor zum Etablieren des Mikrobioms wichtig sind.

Des Weiteren haben gewisse maternale Faktoren, wie z.B. der mütterliche BMI, der je höher er ist, mit einer erniedrigten HMO Konzentration in Verbindung gebracht werden kann einen, wenn auch untergeordneten Einfluss. Ebenso verhält es sich mit gesunder Ernährung. Andere Faktoren, wie etwa das Alter der Mutter konnten, wie ursprünglich vermutet, letztendlich nicht als Einflussfaktor identifiziert werden.

Vorkommen

Obwohl HMO's in der Brustdrüse produziert werden, konnten sie auch

bereits in der Frühschwangerschaft im mütterlichen Blut sowie im Fruchtwasser und im Nabelschnurblut nachgewiesen werden. Vermutet wird daher auch ein Transport durch die Plazentaschranke. Das Ungeborene steht also die gesamte Schwangerschaft über auf systemischem Weg mit den HMO's in Kontakt, welcher sich auch nach der Geburt fortsetzt. Man konnte herausfinden, dass etwa 1% der HMO's aus dem Darm des Kindes resorbiert werden, in seinem Körper zirkulieren und über den Urin wieder ausgeschieden werden. Dieser Effekt kann sogar Harnwegsinfekten vorbeugen.

Wirkungen

• Der präbiotische Effekt:

In den 1950er Jahren wurde festgestellt, dass sich die Zusammensetzung der Darmbakterien von gestillten Kindern deutlich von denen unterschied, welche mit Formula ernährt wurden. Bei Stillkindern fiel auf, dass das Darmmikrobiom eine höhere Anzahl an Bifidobakterien (=gute Darmbakterien) aufwies und schlussfolgerte daraus, dass es einen Bestandteil in der Muttermilch geben müsse, der das Wachstum der Bifidobakterien fördert. Dieser Faktor wurde Bifidus-Faktor genannt. Mittlerweile ist bekannt, dass es sich nicht um diesen einen Faktor handelt, sondern es um die große Diversität von über 200 HMO's, welche beim gestillten Kind als Nahrung für die symbiotischen Darmbakterien (Bifidobakterien und Laktobazillen) dienen und so auch eine Platzhalterfunktion einnehmen, da die schlechten Darmbakterien die HMO's nicht verstoffwechseln können. Somit tragen die HMO's zu einem großen Teil zur Stabilisierung des Mikrobioms bei.

• Der antiadhäsive Effekt:

Krankmachende Bakterien können an der Darmschleimhaut anhaften und in die Zellen eindringen, indem sie sich an die dort vorhandenen Zuckerrezeptoren binden. Die HMO's, die das Kind über die Muttermilch erhält, haben eine ganz ähnliche Struktur wie diese Zuckerrezeptoren. Dadurch ist es möglich, dass sie die Erreger abfangen und unschädlich

machen, indem sich die HMO's an sie binden. Dieser erstaunliche Effekt funktioniert nicht nur mit Bakterien und Viren, sondern auch mit Parasiten und Pilzen, sowie nicht nur im Darm, sondern auch im Nasen-Rachenraum, Urogenitaltrakt und der Lunge.

Einen schützenden Effekt können die HMO's auch bei aktiv mit HIV infizierten Stillenden haben, bei welchen es in 10-15% durch das Stillen zu einer Ansteckung des Kindes kommt. Herausgefunden wurde, dass je höher die HMO Konzentration in der Muttermilch ist, desto seltener passiert die Ansteckung des Kindes über das Stillen. Auch hier spielen die Oberflächenrezeptoren, an denen das HI-Virus andocken muss, um eine Zelle befallen zu können, eine entscheidende Rolle. HMO's sind nämlich in der Lage, selbst diese Rezeptoren zu besetzen und somit dem Virus keine Eintrittsmöglichkeit in die Zelle zu überlassen. Da HMO's in deutlich höherer Konzentration in der Muttermilch vorkommen als die HI-Viren, kommt es zu dieser Reduktion der Ansteckungswahrscheinlichkeit.

• Der immunmodulatorische Effekt:

Die HMO's gelangen durch den Darm in den Blutkreislauf und interagieren so mit dem Immunsystem des gestillten Kindes. Sie stimulieren die regulatorischen T-Zellen vermehrt auszureifen. Kommt es zu überschießenden Entzündungsreaktionen im Körper, so sind die regulatorischen T-Zellen in der Lage, diese zu bremsen, indem sie z.B. anti-inflammatorische Botenstoffe aussenden. Eine Studie aus 2016 konnte diesen Effekt messen und zu Papier bringen.¹ Eine Gruppe mit gestillten Kindern, eine Gruppe mit formula-ernährten Kindern und eine Gruppe mit Kindern, welche zusätzlich zur Formula HMO's erhalten haben, wurden verglichen. Am Ende konnte gemessen werden, dass sowohl die gestillten als auch jene Kinder welche Formula und HMO's erhalten haben, geringere Werte an entzündlichen Zytokinen im Blut hatten. Dieser Effekt ist relevant, weil Früh- und Neugeborene noch ein untrainiertes Immunsystem haben. Die HMO's unterstützen den Körper des Kindes dabei zu unterscheiden, wel-

che Bakterien gut sind (z.B. die probiotischen Darmbakterien) und welche er bekämpfen soll.

• Die neurologische Entwicklung:

Wir wissen, dass das Stillen die neurologische Entwicklung zu unterstützen vermag. Die genauen Mechanismen dahinter sind jedoch noch weitgehend unbekannt. Vermutet wird aber, dass die HMO's hier ebenso einen wichtigen Beitrag leisten. Die Sialinsäure (die Bestandteil der oben erwähnten sialylierten HMO's ist) wird als relevanter Faktor betrachtet, da sie auch Bestandteil der Zellmembran der Nervenzellen ist. Nicht nur im Tiermodell wurde festgestellt, dass bessere neurologische Outcomes die Folge waren, wenn die Tiere mehr Sialinsäure verabreicht bekommen hatten. Auch eine Humanstudie kam zu ähnlichen Ergebnissen: höhere Konzentrationen von gewissen HMO's waren assoziiert mit besseren sprachlichen, kognitiven und motorischen Fähigkeiten im Alter von einem Jahr.

Eine andere Vermutung ist, dass die Laktobazillen, deren Nahrung die HMO's sind, einen speziellen Neurotransmitter, das sogenannte GABA, bilden. Man glaubt, dass das GABA über den Blutweg auch ins Gehirn gelangt und dort in seiner Aufgabe als Neurotransmitter die Gehirnentwicklung voranbringt.

• Die kurzkettigen Fettsäuren:

Sie werden als sogenannte Postbiotika bezeichnet und entstehen, wenn Probiotika (wie z.B. die Bifidobakterien) die Präbiotika (HMO's) verstoffwechseln. Diese Stoffwechselprodukte (z.B. Acetat) haben eine positive Wirkung auf den Darm des Kindes, sie besitzen eine anti-inflammatorische Wirkung und stärken die Darmbarriere, indem sie den Darm undurchlässiger für pathogene Keime machen.

Den Effekt, dass das Abfallprodukt eines Bakteriums wiederum die Nahrung vom nächsten ist, nennt man Crossfeeding. Es zeigt, wie vernetzt alle Systeme im menschlichen Körper sind und dass es Auswirkungen hat, wenn an einer Stellschraube gedreht wird.

Aktueller Stand der HMO-Supplementierung

Bisher werden schon seit einiger Zeit pflanzenbasierte Präbiotika (Galakto- und Fruktooligosaccharide=GOS, FOS) in Formula zugesetzt. Bekannt ist, dass der präbiotische Effekt nicht ganz dem der HMO's gleicht. Sie sind aber zugelassen und gut verträglich, jedoch gibt es noch keine offizielle Empfehlung durch die Fachgesellschaften, da nicht feststeht, ob der gemessene Effekt auch klinisch relevant ist.

Seit Neuerem können über technische und chemische Verfahren HMO's so hergestellt werden, wie sie auch in der Muttermilch vorkommen. Von diesen Human-identical Milk Oligosaccharides (HiMO's) sind schon 7 durch die EFSA zugelassen und werden auch von den Herstellerfirmen bereits der Formula zugefügt. Von den Fachgesellschaften gibt es aber, ebenso wie zu den pflanzenbasierten Präbiotika, keine offizielle Empfehlung.

NEC & Sepsis

HMO's und die kurzkettigen Fettsäuren (Postbiotika) stärken die Darmbarriere. Sie unterstützen die Epithelreifung, tragen zur Schleimproduktion bei und helfen die Zell-Zellkontakte zu verstärken. Diese Tatsache möchte sich die Medizin zunutze machen um dem „Leaky Gut“ (= durchlässiger Darm) vorzubeugen, der Mitverursacher der NEC sein kann.

Etwa 7% der Frühchen <1500g erleiden eine nekrotisierende Enterocolitis (kurz NEC). Diese Entzündung des Darms mit darauffolgender Sepsis führt in 10-40% der Fälle zum Tod des Kindes und stellt somit eine der gefährlichsten Komplikationen bei der Betreuung von Frühgeborenen dar. Die Risikofaktoren ergeben sich aus der Unreife des Kindes bei der Geburt, aus der Dysbiose (Fehlbesiedelung) des Darms, aus der Ernährung des Frühchens mit Formula und aus einer häufig nötigen Antibiotikagabe im postpartalen Verlauf. Folgeschäden, wenn das Kind überlebt, können ein Kurzdarmsyndrom durch eine nötig gewordene Resektion des geschädig-

ten Darmbereichs und auch neurologische Defizite durch die Sepsis sein. Als Prävention hat sich die erfolgte Gabe der Lungenreife, die bei drohender Frühgeburtlichkeit verabreicht wird, herausgestellt. Sie dient nicht nur zur Reifung des Lungengewebes, auch Darm und Gehirn profitieren davon. Des Weiteren erhalten Frühchen regulär Probiotika über die Nahrung. Das Vorgehen auch Präbiotika, also HMO's als Nahrung für die Probiotika, gezielt zuzuführen um einer NEC vorzubeugen, wäre ein weiterer Ansatz.

Eine groß angelegte Studie an Ratten von 2012, bei welcher ein Teil der Tiere normale Formula und der andere Teil Formula mit zugesetzten HMO's erhielt, ergab, dass die HMO-supplementierte Gruppe ein vermindertes NEC Risiko sowie insgesamt weniger schwere Verläufe zeigte. Im Zuge dieser Studie konnte eine ganz bestimmte HMO Struktur identifiziert werden, welche besonders NEC-protektiv zu sein schien: die DSLN-Tetraose (kurz DSLNT). Ihre Herstellung ist sehr teuer und komplex, ein Einsatz als Prävention gegen die gefürchtete NEC ist daher derzeit noch Zukunftsmusik.

Im Rahmen einer Studie von 2021 wurden Frühchen mit einem ähnlichen Risiko, eine NEC zu bekommen, beobachtet. Die Muttermilch, die jene Kinder erhielten, welche dann tatsächlich erkrankten, wies im Vergleich zur Muttermilch der Kinder, die keine NEC bekamen, eine niedrigere Konzentration des HMO's DSLNT auf.²

Eine Übersichtsarbeit von 2023 untersuchte mehrere Studien zur Probiotikagabe an Frühchen und konnte nur einen geringen bis keinen Einfluss auf eine Verhinderung einer NEC oder die Gesamtmortalität feststellen.³

Sepsisprävention in Indien

In Indien, v.a. in den ländlichen Regionen erleiden 1-3% der reifgeborenen Kinder eine Sepsis. Amerikanische Forscher untersuchten von 2008-2012, ob eine Symbiotikagabe (= Gabe eines Pro- und eines Präbiotikums) über die Nahrung die Sepsisrate zu senken vermag. Miteinbezogen wur-



© Adobe Stock

den Kinder über 2 kg Geburtsgewicht mit einem Gestationsalter von über 35 Wochen. Jene Neugeborenen, die die Symbiotikagabe erhielten, hatten im Gegensatz zur Placebogruppe um 40% weniger oft eine Sepsis.⁴

PROMO-Studie Lübeck⁵

Für Frühchen wären möglichst hohe HMO Konzentrationen in der Muttermilch ein großer Vorteil. Die Möglichkeiten, das zu beeinflussen, sind aber relativ begrenzt. An der Genetik kann man nichts ändern und auch eine drohende Frühgeburt kann nicht immer abgewendet werden. Forscher in Amerika konnten aber tatsächlich nachweisen, dass durch orale Probiotikasupplementierung der Mutter bereits in der Schwangerschaft die HMO Konzentrationen in der Muttermilch nach der Geburt erhöht werden konnten. Vermutet wird, dass sich die verabreichten Probiotika im Darm vermehrt angesiedelt haben, durch Zellen des Immunsystems ins Blut aufgenommen wurden und so über Blut- und Lymphwege in die Brustdrüse gelangten, wodurch die reichlichere Bildung der HMO's angeregt wurde. In dieser Studie ging es um reifgeborene Kinder.

Das Ziel der Lübecker PROMO Studie (**P**robiotics for **M**ilk **O**ligosaccharides), die seit 2024 läuft, ist es herauszufinden, ob dieser Effekt auch bei Müttern von Frühchen erreicht werden kann, da diese Gruppe von Kindern aufgrund der vielen Komplikationen, die sich aus der Unreife der verschiedenen Organe, allen voran des Darms ergeben, besonders davon profitieren würden.

Eingeschlossen werden alle Personen, die mit drohender Frühgeburt in Lübeck behandelt werden und an der Studie teilnehmen wollen. Eine Gruppe nimmt ab dem Zeitpunkt der Aufnahme zwei verschiedene Probiotika (Bifidobacterium infantis, Laktobacillus acidophilus) oral, die Kontrollgruppe erhält keine Supplementierung.

Durch postpartale Muttermilchproben sowie Stuhlanalysen des Kindes wird untersucht, ob die HMO Konzentrationen ansteigen und dies einen Effekt auf das Mikrobiom des Kindes hat.

Ausblick

- Wahrscheinlich werden weitere HiMO's durch die EFSA zugelassen und von den Herstellern dann auch der Formula zugesetzt.
- Bislang gibt es keine Empfehlung zur Zusetzung seitens der Fachgesellschaften (dies könnte sich ändern, sobald größere Studien verfügbar werden).
- Weitere Forschungen zur NEC-Prävention mit HMO's werden folgen.
- Interessant wäre ein Screeningverfahren von gespendeter Frauenmilch auf die HMO Konzentrationen, sodass Kinder mit besonders hohem (NEC-) Risiko nur Frauenmilch mit sehr hohen HMO Mengen (v. a. mit hohem DSNLT-Gehalt) erhalten könnten.
- Durch weltweite kontextabhängige Symbiotikagaben, wie bei der indischen Studie, könnten Regionen mit hohen neonatalen Sepsisraten profitieren und die Gesundheit vieler Kinder geschützt werden.

HAMLET

Basics

Ursprünglich sollte die antimikrobielle Wirkung der Muttermilch untersucht werden. Hierfür verwendeten die Forscher als Nährmedium Krebszellen, welche erstaunlicherweise alle abgetötet wurden. So erhielt der HAMLET-Komplex seinen Namen durch seine zufällig entdeckte Wirkung, die er auf Tumorzellen hat: **H**uman **A**lpha-Laktalbumin **M**ade **L**Etal to **T**umor cells.

Bestehend aus Alpha-Laktalbumin und einer Fettsäure bildet sich unter gewissen Umgebungsbedingungen (niedriger pH-Wert, Lipaseaktivität) daraus der HAMLET-Komplex.

Antibakterieller Effekt

Nicht nur gegen Tumorzellen, auch gegen gewisse Bakterien (Streptokokken) wirkt der HAMLET-Komplex. Außerdem vermag er die Wirkung von Antibiotika, v.a. gegen resistente Stämme zu verstärken.

Zytotoxischer Effekt

Durch induzierte Apoptose werden nur Krebszellen abgetötet. Reife, gesunde Zellen werden verschont.

Wirkungen auf kolorektales CA, Glioblastom, Blasenkrebs und Hautpapillome konnten bereits festgestellt werden.

Weitere Forschungen sind nötig, um den HAMLET-Komplex vielleicht irgendwann als Medikament gegen Krebs einsetzen zu können.

Zusammengefasst von
Susanne Lachmayr, IBCLC

¹ Similar to Those Who Are Breastfed, Infants Fed a Formula Containing 2'-Fucosyllactose Have Lower Inflammatory Cytokines in a Randomized Controlled Trial - PubMed, 23.3.2026

² Human milk oligosaccharide DSLNT and gut microbiome in preterm infants predicts necrotizing enterocolitis - PubMed, 23.3.2026

³ Probiotics to prevent necrotizing enterocolitis in very preterm or very low birth weight infants - PubMed 23.3.2026

⁴ Eine randomisierte synbiotische Studie zur Prävention von Sepsis bei Säuglingen im ländlichen Indien | Natur, 23.3.2026

⁵ Effects of multistrain Bifidobacteria and Lactobacillus probiotics on HMO compositions after supplementation to pregnant women at threatening preterm delivery: design of the randomized clinical PROMO trial - PubMed, 23.3.2026

Nach Brust-OPs

Wann kann gestillt werden?

Der folgende Artikel fasst einem Vortrag von OA Dr. med. Caroline Preuß, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Kepler Universitätsklinikum zusammen, die über das Thema „Stillen nach Interventionen an der Brust“ referierte und erläuterte, wie verschiedene chirurgische Eingriffe die Stillfähigkeit beeinflussen können.

Gängige operative Verfahren an der Brust

Mammaaugmentation (Brustvergrößerung)

Bei der Brustvergrößerung, der sogenannten Mammaaugmentation, werden meist Implantate verwendet. Diese bestehen in der Regel aus Silikon oder Kochsalzlösung. Entscheidend für die spätere Stillfähigkeit ist die Lage des Implantats.

Subglanduläre Lage: Befindet sich das Implantat vor dem Brustmuskel, also direkt hinter der Milchdrüse, kann dies das Stillen erheblich beeinträchtigen.

Submuskuläre Lage: Liegt das Implantat hinter dem Brustmuskel, ist es vollständig vom Muskel bedeckt und gilt als stillfreundlich.

Dual-Plane-Technik: Bei dieser häufig angewendeten Methode liegt das Implantat nur teilweise hinter dem Brustmuskel. Da bei größeren Implantaten eine vollständige submuskuläre Lage oft nicht möglich ist, wird die Dual-Plane-Technik bevorzugt. Auch sie ist in der Regel stillfreundlich.

Einfluss des operativen Zugangs

Auch die Art des operativen Zugangs kann die Stillfähigkeit beeinflussen. Wird die Inzision **axillär** gewählt, hat dies kaum Auswirkungen auf das Stillen. Auch bei einer Inzision **submammär** (Unterbrustfalte) wird der

Drüsenkörper nicht durchtrennt, wodurch die Stillfähigkeit kaum oder nur geringfügig beeinflusst wird.

Problematisch ist hingegen die **transareoläre oder periareoläre** Inzision, bei der die Brust über die Mamille eröffnet wird. In diesem Fall ist das Stillen meist nur teilweise oder gar nicht mehr möglich, da Milchgänge und Nerven durchtrennt werden. Häufig kommt es auch zu Sensibilitätsstörungen im Bereich der Mamille. Dieser Zugang wird gewählt, weil die Narbe durch die Pigmentierung der Areola kaum sichtbar bleibt.

Stillen nach einer Mammaaugmentation ist, je nach Lage des Implantats, in ca. 75 bis 80 Prozent der Fälle erfolgreich. Die genaue Position des Implantats ist im sog. Implantatausweis vermerkt, den jede Patientin nach der Operation im In- und Ausland erhält.

Augmentationen ohne Implantate kommen in Mitteleuropa kaum vor, sind aber bei Patientinnen aus Drittstaaten gelegentlich zu finden. Verfahren mit Eigenfett sind in der Regel unproblematisch. Andere Substanzen, wie nicht resorbierbare Silikone, Hydrogelfiller u.ä. können jedoch zu schweren Komplikationen führen. In solchen Fällen ist Stillen kontraindiziert, da ein Übertritt dieser Substanzen in die Muttermilch immer möglich ist.

Mögliche Komplikationen beim Stillen mit Brustimplantaten umfassen Schmerzen, Mastitis, eine unzureichende oder übermäßige Milchproduktion, sowie das Einziehen der Mamille. Insgesamt gilt das Stillen nach einer Brustvergrößerung mit Implantaten jedoch als sicher und kann ohne Einschränkung empfohlen werden. Studien zeigen, dass das Silikonlevel in der Muttermilch von Frauen mit intakten Implantaten nicht signifikant höher ist als bei Frauen ohne Implantat. Bemerkenswert ist, dass eine kanadische

Studie nachweisen konnte, dass das Silikonlevel in Kuhmilch etwa zehnmal höher und in Formulamilch sogar durchschnittlich achtzigmal höher war als in Muttermilch von Frauen mit Silikonprothesen ...

Mammareduktionsplastik (Brustverkleinerung)

Neben der kosmetischen Indikation gibt es viele Frauen, die aufgrund einer übermäßig großen Brust unter erheblichen Beschwerden leiden. Die Wahl der Operationstechnik hängt häufig vom Lebensabschnitt und der individuellen Situation der Patientin ab.

Es existieren verschiedene chirurgische Verfahren mit oder ohne Stielung der Mamille. Die Stillfähigkeit ist dabei insbesondere von der Schnittführung und der Stielung abhängig. Wenn die Mamille um 12 bis 15 cm versetzt werden muss, wird sie meist vollständig vom Stiel abgetrennt – Stillen ist dann nicht mehr möglich.

Bei einer freien Mamillenplastik oder einer cranialen Stielung (nach oben) ist das Stillen ebenfalls in der Regel nicht möglich. Dagegen bleibt bei einer caudalen (nach unten) oder kombinierten Stielung die Stillfähigkeit häufig erhalten. Entscheidend ist außerdem, wie viel Drüsengewebe nach der Reduktionsplastik bestehen bleibt.

Die jeweilige Operationstechnik ist im Operationsbericht oder Arztbrief dokumentiert. Wurde die Operation im Ausland durchgeführt, ist die genaue Technik jedoch oft nicht genau nachvollziehbar.

Mamma-PE (partielle Exzision)

Unter diesem Begriff werden verschiedene Eingriffe an der Brust zusammengefasst, darunter kleine Hautexzisionen, operative Sanierun-

gen von Entzündungen oder Fisteln sowie Segmentresektionen von Brustgewebe. Diese Eingriffe haben in der Regel nur einen minimalen Einfluss auf die Stillfähigkeit – Stillen sollte immer empfohlen werden.

Korrektur von Schlupf- und Hohlmamillen

Die operative Korrektur einer Schlupf- oder Hohlmamille erfordert das Durchtrennen von Milchgängen. Dadurch ist das Stillen nach dem Eingriff nicht mehr möglich.

Brusterhaltende Operation bei Brustkrebs

Jede achte bis zehnte Frau erkrankt im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Präventiv wirkt sich eine erste Schwangerschaft vor dem 30. Lebensjahr, das Austragen des Kindes bis zum Termin, sowie das anschließende Stillen auf das Risiko aus, an Brustkrebs zu erkranken.

Brusterhaltende Operationen umfassen ein breites Spektrum – von einfachen Segmentresektionen bis hin zu komplexen onkoplastischen Verfahren. Die Operation selbst stellt meist kein Hindernis für das Stillen dar.

Bei Frauen unter 50 Jahren folgt jedoch in der Regel eine Bestrahlung der operierten Brust. Diese führt häufig zu einer Verklebung der Milchgänge, was das Stillen auf der betroffenen Seite unmöglich macht. Das Stillen mit der anderen Brust bleibt jedoch problemlos möglich.

Die „Positiv Studie“ konnte zeigen, dass kein erhöhtes Risiko für ein Rezidiv nach einer Schwangerschaft und Stillzeit bei Frauen mit überstandener Brustkrebs besteht.

Dr. Preuß betont zudem den positiven psychischen Effekt des Stillens nach einer Brustkrebserkrankung – viele Frauen empfinden Schwangerschaft und Stillzeit als einen Schritt zurück in eine „gesunde Weiblichkeit“.

Hautsparende Mastektomie und Strahlentherapie

Bei der hautsparenden Mastektomie wird der gesamte Brustdrüsenkörper entfernt, während der Hautmantel mit oder ohne Mamillen-Areola-Kom-

plex erhalten bleibt. Dieses Verfahren wird therapeutisch bei ausgedehnten Brustkrebserkrankungen (oder Vorstufen), sowie prophylaktisch bei familiärem Hochrisiko für Brust- und Eierstockkrebs angewendet. Nach einer solchen Operation ist das Stillen nicht mehr möglich.

Stillen nach Mamillenrekonstruktion

Mamillenrekonstruktionen werden meist bei onkologischen Patientinnen durchgeführt. Gutartige Erkrankungen, die eine Rekonstruktion der Mamille erfordern, sind sehr selten.

Mögliche Rekonstruktionsverfahren sind das sog. Nipple-Sharing, bei dem eine ausreichend große Mamille auf zwei Brüste aufgeteilt wird, der Skate-Flap, bei dem eine neue Mamille aus lokaler Haut geformt wird, sowie Hauttransplantationen aus anderen Körperregionen, beispielsweise vom Oberlid des Auges oder dem Intimbereich. Ergänzend kann eine Tätowierung zur Pigmentierung erfolgen, häufig in hochspezialisierten Tattoo Studios mit 3D-Technik. Trotz aller Fortschritte ist nach einer Mamillenrekonstruktion kein Stillen mehr möglich.

Stillen bei tubulärer Brust

Bei einer tubulären Brust liegt eine angeborene Fehlbildung vor, bei der das Brustdrüsen Gewebe nur unzureichend oder gar nicht vorhanden ist. Je nach Ausprägung ist daher keine ausreichende Milchbildung möglich.

Stillen nach Lokalanästhesie z.B. bei Biopsie

Das Stillen nach Lokalanästhesie – auch im Bereich der Brust – gilt als sicher und kann ohne Bedenken fortgeführt werden.

Zusammenfassung und Empfehlungen

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass viele operative Verfahren an der Brust kein Stillhindernis darstellen. Einige Eingriffe, insbesondere jene mit Durchtrennung von Milchgängen oder Entfernung von Brustdrüsen Gewebe, haben jedoch ein

hohes Risiko, dass Stillen danach nicht mehr oder nur teilweise möglich ist.

Patientinnen sollten daher vor einer geplanten Operation über alle möglichen Auswirkungen auf die Stillfähigkeit aufgeklärt werden und ihre persönlichen Wünsche einbringen können.

Nach einer einseitigen Operation, die das Stillen auf der betroffenen Seite unmöglich macht, ist das Stillen mit der unversehrten Brust weiterhin möglich. Auch mit nur einer Brust kann ein Kind voll gestillt werden.

Operationen während der Stillzeit sollten grundsätzlich vermieden werden, da sie mit einem höheren Risiko verbunden sind. Kleinere Eingriffe, wie z.B. Biopsien, sind immer ohne Abstillen möglich. Nach erfolgten Eingriffen ist das Stillen oft sogar erwünscht, da die regelmäßige Entleerung der Brust zur Heilung beiträgt.

Bei größeren Operationen wird der Operateur häufig ein Abstillen empfehlen, da Milch auch immer ins Operationsgebiet austreten kann.

Chemotherapie und Schwangerschaft

Benötigt eine Frau während der Schwangerschaft eine Chemotherapie, stellt dies keine Kontraindikation für die Schwangerschaft dar. Das Kind kann in der Regel am Termin und spontan zur Welt kommen.

Während einer Chemotherapie kann es zwar zu Wachstumsrestriktionen, Plazentainsuffizienz oder Oligohydramnion kommen, diese Komplikationen können jedoch gut überwacht und kontrolliert werden.

Fazit

Nicht alle operativen Eingriffe an der Brust haben eine Auswirkung auf die Stillfähigkeit. Wesentlich sind immer eine präoperative Aufklärung, die angewendete Operationstechnik und eine individuelle Stillberatung. Nach Brustoperationen oder onkologischen Erkrankungen kann Stillen – soweit möglich – für Mutter & Kind einen wertvollen Beitrag zur körperlichen und seelischen Gesundheit leisten.

Guidrun Schober IBCLC

Gewusst wie!

Stillvorbereitung in der Schwangerschaft



© Brigitte Wysoudil-Dobrowsky

Neben dem Stillen ist das Segeln eine große Leidenschaft von Mag.a Brigitte Wysoudil-Dobrowsky. Frau Wysoudil-Dobrowsky ist Erziehungswissenschaftlerin, Pädagogin, Sexualpädagogin, Familienberaterin nach Jesper Juul und Stillberaterin IBCLC. Bei ihrem Vortrag am Stillkongress in Linz im Oktober 2025 nahm sie die Zuhörer:innen mit auf eine Segelreise, bei der sie diesen Vortrag konzipiert hat. Und sie zeigte Parallelen zwischen Segelreise und der Reise zum erfolgreichen Stillen auf ...

Am Anfang einer jeden Tätigkeit steht die Motivation. Warum mache ich das? Muss ich eine von anderen gestellte Aufgabe durchführen oder kommt der Auf-



trag von mir selbst? Um andere Menschen von einer Sache begeistern zu können, braucht es neben fundiertem Fachwissen auch Freude an der Arbeit und eine positive Ausstrahlung. Deshalb ist zuallererst Selbstreflexion angesagt.

Warum will ICH, dass die Frauen stillen? Was steckt hinter diesem Wunsch?

Wir freuen uns über Artikel, Themenvorschläge und Termininfos aus allen Bundesländern:
Mail an: redaktion@stillen.at
Nächster Redaktionsschluss:
21.9.2026

Für die Vortragende steht fest: „Ich will Frauen begeistern!“

Ist die Motivationsfrage geklärt, stellt sich die Frage „Was brauchen MEINE Frauen?“ Sie brauchen Wissen! Über Mythen und auch über Realitäten im Spital und zu Hause. Eine Mutter schreibt: „Als meine Wochenbetthebamme gemeint hat, ich sollte doch einen Stillvortrag vor der Geburt besuchen, fand ich das komisch, denn ich dachte, das Stillen wird bestimmt klappen, das ist doch etwas ganz Natürliches. Dass es etwas ist, das eventuell nicht gleich klappt oder auch immer wieder ein Lernprozess ist, war mir nicht klar.“

Auch die Rahmenbedingungen des Kurses müssen überlegt werden:

- Welche Zielgruppe? Welches Klientel? Stadt oder Land?
- Wo? In der Klinik, im Gemeindefsaal, Online, private Institution oder öffentlich gefördert?
- Wie groß ist die Gruppe?
- Wie ist die Atmosphäre? Sesselkreis oder am Boden, gemütlich, mit Kaffee und Kuchen?
- Wann und wie lange? Tagsüber für 3 Stunden oder abends von 19-21 Uhr oder am Wochenende?
- Kosten?

Was für das Segeln eine gute Törn Vorbereitung ist (Was ist das Ziel? Wie ist das Wetter?), ist für einen erfolgreichen Stillbeginn eine gute Stillvorbereitung (Wie leg ich an? Wie oft? Wie lange?) Theoretisches Wissen und praktisches Erarbeiten geben Rückenwind und Sicherheit, wie für

Segler ein gut geschützter Ankerplatz bei starkem Wind. Dazu eine stillende Frau: „Einen ganz tollen und anschaulichen Theorieinput fand ich die Tafel, wo die Inhaltsstoffe der Muttermilch standen und daneben die von Pre. Als ich Stillprobleme hatte, sagte der Kinderarzt – keine Angst vorm Zufüttern mit Pre, das ist sehr gut. Und die Werbung stellt es manchmal schon so dar, als ob Pre gleich gut oder fast besser ist als Muttermilch. Ich glaube das Motto der internationalen Stillwoche dieses Jahr ist: Du entscheidest, nicht die Werbung.“

Und doch kann es vorkommen, dass es trotz der besten Vorbereitung zu unerwarteten Ereignissen kommt. Dass man, wenn Wunsch, Vorstellung und Realität nicht übereinstimmen, im wahrsten Sinn des Wortes den Anker verliert. So wie eine Frau sich erinnert: „Eine Szene, die für mich bezeichnend ist für diese ersten, schwierigen Tage im Krankenhaus ... Baby war gerade 2 Tage alt. Um ca. 3 Uhr Früh bin ich aufgelöst, weinend ins Stillzimmer gelauscht und hab den Stillschwestern wortwörtlich schluchzend gesagt ... ich hab überhaupt keine Ahnung, was ich da eigentlich mach, keine Ahnung warum ich abpumpen muss, warum mein Kind nicht satt wird an der Brust, ich weiß überhaupt nichts... Es war schlimm für mich. Alles zu viel.“

Was hilft Frauen beim Erlangen von Handlungskompetenzen?

„Ganz anders war es bei meiner Tochter... durch den Stillvorbereitungskurs hatte ich viel mehr Wissen und dadurch Selbstvertrauen, Sicherheit und eine realistische Erwartungshaltung. Ich wusste, welche Anlegepositionen möglich sind, wie ich anfangs kleine Probleme erkenne, den Umgang mit Herausforderungen wie Milchstau oder wunden Brustwarzen. All das hat mir eine gewisse Gelassenheit geschenkt.“

Vor allem hatte ich im Kopf – Stillen ist ein Lernprozess für Mutter und Kind und es ist normal, wenn nicht sofort alles perfekt läuft. Das hat mich entspannt, und dadurch konnte ich viel gelassener an die Sache herangehen – und es hat wunderbar funktioniert.“, erinnert sich eine Stillende.

Ein sicherer Anker bei Stillschwierigkeit ist u.a. die konstruktive Unterstützung von Partner/Partnerin, Großeltern und weiteren Familienmitgliedern, um das Weiterstillen zu ermöglichen. Frauen müssen wissen, was sie erwartet. Es braucht Informationen zu Stillhilfsmitteln wie Stillkissen und Stilleinlagen, zur Ernährung und weiteren Themen. Auch die häufige, intensive Nutzung des Smartphones und wie Mütter zu ausreichenden Ruhezeiten kommen können, sind wichtige Themen, die besprochen werden sollten.

Und zu guter Letzt das Logbuch, das beim Segeln alle wichtigen Informationen zum Törn enthält. Es gibt Sicherheit und hilft den Überblick zu bewahren. Deshalb sollte den Teilnehmer:innen am Ende des Kurses ein umfangreiches Skript mit allen wichtigen Informationen, Kontaktadressen und Empfehlungen mitgegeben werden.

Eine Kursteilnehmerin: „Eine richtig gute Ergänzung waren dein Handout zum Nachlesen und Weitererzählen, sowie die Zettel/Artikel, die wir zu den verschiedenen Themen nach Bedarf mitnehmen durften. Ich bin in letzter Zeit wieder ein großer Fan von Broschüren geworden, denn wenn man etwas im Internet nachschaut – was ich sonst oft tue – dann findet man zum Stillen so viele verschiedene Sachen, Meinungen etc. sodass es schwer ist, kurz und bündig Fakten und hilfreiche Informationen zu finden.“

Also: Stillen ist wie Segeln ... unberechenbar, überraschend, voller Begeisterung, ärgerlich, nervig, langweilig, ruhig, windig, stürmisch, wellig, spiegel- und aalglatt, unnahbar und auch sehr nah spürbar

... und ist wirklich toll, wenn es funktioniert.

Vortrag zusammengefasst von Eva Maximiuk, IBCLC

Präzisierung

zum Thema „Nächtliches Abstillen“

VSLÖ Herbst News 2025 – „Acht-sam (Ab-)stillen nach Kofler-Gutfertinger“

Die Referentin Angelika Kofler-Gutfertinger bat nach der letzten Ausgabe der VSLÖ News um eine Korrektur bzw. ergänzende Präzisierung zum Thema „Nächtliches Abstillen“.

Sie betont, dass nächtliches Abstillen ein konsequent stillfreies Elternschlafzimmer voraussetzt. Dabei bedeutet nächtliches Abstillen nicht weniger Nähe, sondern eine Veränderung der Gewohnheiten beim Ein- und Weiterschlafen des Kindes.

Voraussetzung für nächtliches Abstillen ist, dass das Kind mindestens ein Jahr alt ist, sich gerade nicht in einer ausgeprägten Entwicklungsphase befindet und die benötigte Energie tagsüber aufnehmen kann. Ebenso wichtig ist die innere Überzeugung der Mutter, nachts nicht mehr stillen zu wollen – Ambivalenz kann dazu führen, dass sie die starken Gefühle

des Kindes nicht ausreichend co-regulieren kann.

Folgende Punkte sind entscheidend

- Alternativen zum Stillen werden tagsüber geübt, wenn es nicht anders geht, kann am Tag weiterhin gestillt werden.
- Einschlafstillen am Abend kann beibehalten werden, jedoch ausschließlich im Kinderzimmer oder Wohnzimmer. Nach einem von der Mutter festgelegten Zeitpunkt findet kein Stillen mehr im Elternschlafzimmer statt. Die Brust wird nachts durch Körperkontakt und die reine Anwesenheit der Mutter bzw. der Eltern ersetzt und dient nicht mehr als Schlafbrücke.
- Mit zunehmendem Wortverständnis nach dem ersten Lebensjahr kann das Kind auf einen klar definierten Starttag vorbereitet werden, z.B. mit den Worten: „Ab morgen stillen wir im großen Bett nicht mehr, wenn

du aufwachst, bin ich da und wir kuscheln ...“

- Auf Hilfsmittel wie Schnuller, Flaschen oder Herumtragen sollte möglichst verzichtet werden, da diese das vollständige Erwachen fördern und ruhige Nächte eher verhindern.
- Wesentlich ist, die Gefühle des Kindes liebevoll zu begleiten und anzuerkennen, ohne sie abzuwerten oder auszureden. Das Kind braucht viel Nähe und Trost – jedoch ohne die gewohnte Stillmahlzeit.
- Sollte die Situation nachts stark eskalieren wird empfohlen, die Nacht vorzeitig zu beenden und in den Tag zu starten, anstatt erneut zu stillen. Auch in herausfordernden Phasen, wie beim Zahnen, bleibt das Elternschlafzimmer eine stillfreie Zone – andernfalls kann sich der nächtliche Stillkreislauf rasch wieder etablieren, wodurch bereits erreichte Fortschritte wieder verloren gehen können.

Gudrun Schober, IBCLC

Steter Tropfen ...

... höhlt den Stein

Stillen ist weit mehr als eine Form der Ernährung – es ist eine grundlegende Säule der Gesundheitsförderung für Mutter und Kind und entfaltet darüber hinaus eine erhebliche gesellschaftliche Wirkung. Muttermilch ist optimal an die Bedürfnisse des Säuglings angepasst, stärkt das Immunsystem und reduziert nachweislich das Risiko für zahlreiche akute und chronische Erkrankungen. Gleichzeitig fördert das Stillen die

emotionale Bindung und unterstützt eine gesunde Entwicklung auf körperlicher wie psychischer Ebene.

Die ersten Tage und Wochen nach der Geburt sind entscheidend für den langfristigen Stillerfolg. In dieser sensiblen Phase werden wichtige Grundlagen gelegt, und viele Frauen sind auf kompetente, kontinuierliche Unterstützung angewiesen. Gleichzeitig zeigt

sich hier eine strukturelle Schwäche im österreichischen Gesundheitssystem: Frauen werden zunehmend früher aus den Krankenhäusern entlassen, wodurch wertvolle Zeit für Anleitung, Begleitung und Unterstützung verloren geht.

Diese Entwicklung trifft auf ein weiteres zentrales Problem: Stillberatung ist in Österreich keine Kassenleistung. Qualifizierte Unterstützung muss häu-



fig privat bezahlt werden. Dadurch entsteht eine Zwei-Klassen-Versorgung – Familien mit ausreichenden finanziellen Mitteln können sich professionelle Begleitung leisten, während andere darauf verzichten müssen. Gerade in einer Phase, in der Unsicherheiten, Schmerzen oder Stillprobleme auftreten können, ist diese Ungleichheit besonders gravierend.

Die Situation ist vor allem im ländlichen Raum angespannt. Fehlende Stillambulanzen, kaum vorhandene Stillgruppen und lange Anfahrtswege erschweren den Zugang zusätzlich. Viele Frauen sind in dieser entscheidenden Phase auf sich allein gestellt, obwohl gerade hier niederschwellige, rasch verfügbare Unterstützung essenziell wäre.

Der Verband der Still- und Laktationsberater:innen Österreichs (VSLÖ) setzt sich daher verstärkt politisch für Verbesserungen ein. Ein aktueller Anlass war ein Schreiben der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) an mehrere IBCLC-zertifizierte Berater:innen, in dem festgehalten wurde, dass ein Diplom der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege nicht ausreicht, um einen Kostenzuschuss für Stillberatung zu ermöglichen. Grundlage dafür ist die derzeitige Gesetzeslage, insbesondere §159 ASVG, in der die Zusatzqualifikation IBCLC nicht berücksichtigt wird.

Der VSLÖ reagierte darauf mit einer umfassenden Stellungnahme an die ÖGK, politische Entscheidungsträger:innen und das Gesundheitsministerium. Darin wurde klar aufgezeigt, dass Stillberatung nicht an einzelne Grundberufe gebunden werden kann, sondern die spezifische Qualifikation entscheidend ist. Die international anerkannte IBCLC-Zertifizierung steht für evidenzbasierte, unabhängige und umfassende Expertise im Bereich der Still- und Laktationsmedizin.

Zudem wurde betont, dass Stillberatung die untrennbare Dyade von Mutter und Kind betrifft und daher nicht sinnvoll auf einzelne Leistungen – etwa nur für das Kind – reduziert werden kann. Eine ganzheitliche Betreuung erfordert die Zusammen-

arbeit verschiedener Berufsgruppen, wobei die spezialisierte Stillberatung eine zentrale Rolle einnimmt.

In seiner Stellungnahme formulierte der VSLÖ konkrete Forderungen: die Umsetzung bestehender Handlungsempfehlungen für ein stillfreundliches Österreich, die Kostenübernahme durch die Krankenkassen, die Anerkennung der IBCLC-Qualifikation unabhängig vom Grundberuf sowie den Ausbau stillförderlicher Strukturen im Gesundheitswesen. Ebenso wurde die Notwendigkeit einer bundesweit einheitlichen Regelung für die Kostenrückerstattung betont.

Die Reaktionen auf diese Initiative fielen unterschiedlich aus. Während politische Vertreter:innen Unterstützung signalisierten, verwiesen die Sozialversicherungsträger auf die aktuelle Gesetzeslage. Damit bleibt die zentrale Herausforderung bestehen: Ein System, das sich auf formale Berufsgruppen stützt, wird den realen Anforderungen moderner, evidenzbasierter Versorgung nicht gerecht.

Besonders kritisch ist die Annahme, dass die Stillberatung im Rahmen der bestehenden Sachleistungsversorgung ausreichend abgedeckt sei. Hebammen leisten zweifellos einen wichtigen Beitrag, doch gleichzeitig besteht ein deutlicher Hebammenmangel. Auch in anderen Gesundheitsberufen sind stillspezifische Inhalte in Ausbildung und Fortbildung oft nicht ausreichend verankert. Demgegenüber steht die IBCLC-Qualifikation mit hohen, verpflichtenden Fortbildungsstandards und klarer wissenschaftlicher Ausrichtung.

Hinzu kommt, dass Stillberatung weit über die ersten Wochen nach der Geburt hinausgeht. Internationale Empfehlungen sehen ausschließliches Stillen für sechs Monate und darüber hinaus fortgesetztes Stillen bis ins Kleinkindalter vor. Der Bedarf an qualifizierter Begleitung endet also keineswegs mit dem Wochenbett.

Stillförderung ist daher keine individuelle Aufgabe einzelner Mütter, sondern eine gesamtgesellschaftliche

Verantwortung. Niedrige Stillraten führen zu höheren Gesundheitskosten, verstärken soziale Ungleichheiten und haben auch ökologische Auswirkungen. Eine flächendeckende, kostenfreie und qualitätsgesicherte Stillberatung wäre ein wirksamer Schritt, um diesen Entwicklungen entgegenzuwirken.

Der VSLÖ möchte mit seinem Engagement eine politische Diskussion anstoßen und langfristig Veränderungen bewirken. Ein wichtiger Bestandteil dieser Initiative ist auch die Einbindung der betroffenen Familien selbst. In der aktuellen Ausgabe wird daher ein Musterbrief veröffentlicht, mit dem Eltern aktiv bei den Krankenkassen die Kostenübernahme für Stillberatung einfordern können. Über einen QR-Code steht dieser Brief auch digital zur Verfügung.

Auch wenn einzelne Stellungnahmen allein keine sofortige Veränderung bewirken, sind sie ein wichtiger Schritt, um Aufmerksamkeit zu schaffen und Missstände sichtbar zu machen. Stillen braucht Unterstützung – auf individueller, struktureller und politischer Ebene.

Es liegt in der Verantwortung von Politik und Gesundheitswesen, die notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen. Stillförderung ist nicht nur eine Frage der Versorgung, sondern eine Investition in die Gesundheit zukünftiger Generationen – und in eine gerechtere Gesellschaft.

Natalie Groiss, IBCLC



Begleitbrief-fuer-Versicherung als Download

Frau
Vorname Nachname
Straße, Hausnummer
PLZ Ort

Name der Versicherung
Straße, Hausnummer
PLZ Ort

Ort, Datum

Einreichung Rechnung IBCLC Stillberatung

Sehr geehrte Damen und Herren!

Beiliegend übersende ich Ihnen heute die Rechnung der IBCLC Stillberatung, die ich am Datum in Anspruch genommen habe. Die entsprechende Zuweisung/Verordnung meiner Ärztin/meines Arztes finden Sie ebenso anbei.

Obwohl mir bewusst ist, dass die IBCLC Stillberatung keine Versicherungsleistung darstellt, bitte ich Sie dennoch, die derzeitige Vorgehensweise zu überdenken. Stillberatung ist aktuell nur im Rahmen der Leistung verschiedener Berufsgruppen (Ärzt:innen, Hebammen, Pflegenden mit Kinderdiplom) abrechenbar. Alle diese Berufsgruppen haben ein Basiswissen, jedoch nur IBCLC Still- und Laktationsberater:innen haben eine umfassende Ausbildung auf dem Gebiet der Still- und Laktationsmedizin. Dies wurde auch im Rahmen der Datenerhebung für die World Breastfeeding Trends Initiative bestätigt (WBTi, 2018).

IBCLC Still- und Laktationsberater:innen sind unabhängige, streng geprüfte und durch ein international anerkanntes Zertifikat ausgezeichnete Expert:innen auf dem Gebiet des Stillens und der Laktation. Jedes IBCLC Zertifikat kann anhand der gültigen Identifikationsnummer online unter <https://iblce.org/public-registry/> nachgeprüft werden. Ob eine Familie fachlich kompetente Stillunterstützung erhält, ist somit nicht von einer Berufsgruppe, sondern vielmehr von der entsprechenden Zusatzqualifikation abhängig. Durch die IBCLC Stillberatung kann in der Regel eine deutliche Verbesserung erzielt und somit ein frühzeitiges Abstillen verhindert werden.

Ausschließliches Stillen in den ersten sechs Monaten wird von der WHO und dem BMASGPK empfohlen.^{1,2} Das nicht ohne Grund: niedrige Stillraten und frühzeitiges Abstillen haben wesentliche, negative gesundheitliche und soziale Folgen für Frauen, Kinder, Gemeinschaft und Umwelt. Sie führen zu Mehrkosten im nationalen Gesundheitswesen und verstärken das Ungleichgewicht in der Gesellschaft. Stillen ist Prävention, dessen enormes Potential durch niedrige Stillraten verloren geht.³ In den „Handlungsempfehlungen für ein stillfreundliches Österreich“ des BMASGPK und der Nationalen Ernährungscommission, die im April 2024 veröffentlicht wurden, lautet die klare Empfehlung, dass ein „Ausbau von Rahmenbedingungen für die Säuglingsernährung, v.a. Stillförderung und -beratung, in Präventions- und Versorgungsstrukturen und Ermöglichung eines niederschweligen Zugangs“ geschaffen werden soll.^{3,4}

Auch auf europäischer Ebene gibt es Anstrengungen das Stillen zu fördern und zu unterstützen.⁵

„Gäbe es einen neuen Impfstoff, der jedes Jahr den Tod von einer Million oder mehr Kindern verhindern könnte, der zudem billig, sicher und oral zu verabreichen ist und keine Kühlkette benötigt, würde er sofort zur zwingenden Notwendigkeit für die öffentliche Gesundheit erklärt. Stillen vereint all dies und noch mehr, doch es braucht eine eigene funktionstüchtige Kette der Unterstützung – die sachkundige Betreuung der Mütter, um ihnen Zuversicht zu vermitteln, ihnen zu zeigen, was zu tun ist und sie vor schädlichen Praktiken zu bewahren. Wenn diese Kette der Unterstützung in einer Kultur verloren gegangen ist oder Schaden genommen hat, dann muss dies durch das Gesundheitswesen wieder gut gemacht werden.“⁵

In diesem Sinne bitte ich Sie um kritische Hinterfragung der bisherigen Vorgehensweise und darum, eine Veränderung der bestehenden Strukturen anzustreben. Stillberatung führt nicht nur nachweislich zu einer besseren Gesundheit der gesamten Gesellschaft, sondern würde auch den Gesundheitskassen viele Millionen Euro an Folgekosten ersparen.

Für den Fall des nicht vollständigen Ersatzes der von mir nachgewiesenen Auslagen, der Nichterfüllung an die von mir bezeichnete Zahlstelle oder der ablehnenden Behandlung meines Leistungsansuchens, stelle ich gemäß §367 ASVG den Antrag auf formelle und bescheidmäßige Ausfertigung nach den Bestimmungen des Allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes mit entsprechender schriftlicher Begründung.

Mit freundlichen Grüßen

1: Empfehlung der Nationalen Ernährungscommission: Österreichische Stillempfehlungen (2014) https://www.richtigessenvonanfangan.at/fileadmin/Redakteure_REVAN/user_upload/oesterreichische_stillempfehlungen2014.pdf
 2: World Health Organisation: Statement Exclusive breastfeeding for six months best for babies everywhere, 2011
 3: BMSGPK: Bürger et al.: Suki-Studie zum Stillverhalten und zur Kinderernährung in Österreich Endbericht, 2021
 4: BMSGPK: Sturm et al.: Handlungsempfehlungen für ein stillfreundliches Österreich, 2024
 5: Schutz, Förderung und Unterstützung des Stillens in Europa: Ein Aktionsplan (2004) <http://www.stillen-institut.com/media/schutz-foerderung-unterstuetzung-stillen-europa-blueprint-deu.pdf>

Sectio-Bonding

Ein Interdisziplinärer Round Table zum Thema

Moderation: OÄ Dr. in Christiane Braumann, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe und IBCLC

Diskussionsteilnehmerinnen: OÄ Dr. in Gudrun Böhm, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe und IBCLC

Julia Hanslauer, Hebamme OÄ Dr. in Elisabeth Loidl, Fachärztin für Anästhesie und Intensivmedizin Nadine Geretschläger, DGKP im Aufwachraum

Julia Maureder, DGKP auf der Geburtshilfestation und IBCLC Alle Mitwirkenden arbeiten an der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe im Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Linz.

Christiane Braumann: Unser gemeinsames Ziel ist es, praxisnahe Einblicke in den Ablauf des Sectio-Bondings an unserem Haus zu geben und damit auch für andere Einrichtungen Impulse, wie der frühe Haut-zu-Haut-Kontakt nach operativer Entbindung erfolgreich etabliert werden kann, zu setzen.

Aller Anfang ist schwer – das galt auch an unserem Haus, als vor 11 Jahren alles begann ...

Christiane Braumann: Von wem wurde 2014 die Umsetzung des Sectio-Bondings angestoßen und was waren die ersten Schritte?

Gudrun Böhm: 2014 kam es auf Initiative des damaligen Primars zur ersten BFHI-Zertifizierung. Im Sinne dieser Neuausrichtung hielt ich einen Vortrag vor dem Team der Anästhesie, um den Kolleg:innen die Wichtigkeit des Bondings auch nach Sectio näherzubringen. Ich war damals die einzige IBCLC an der Abteilung, mittlerweile sind wir schon 4 aktive IBCLCs in der Ärzteschaft und natürlich weitere in der Pflege und im Team der Hebammen.

Christiane Braumann: Als leitende Oberärztin weiß ich, dass die Umsetzung eines so großen Projektes, an dem so viele unterschiedliche Teams

beteiligt sind, nicht einfach ist und oft viel Überzeugungsarbeit erfordert werden müssen. Könnt ihr euch an Hindernisse erinnern, die uns damals beschäftigten?

Julia Maureder: Große Bedenken kamen anfangs vom gesamten Pflegepersonal bezüglich BFHI und der Einhaltung der „10 Schritte zum erfolgreichen Stillen“. Die größten Veränderungen betrafen allerdings das Kreißzimmer ...

Julia Hanslauer: Bei uns im Kreißzimmer gab es Sorge bezüglich erhöhtem Arbeitsaufkommens bei gleichbleibendem Personalstand. Wie kann eine Hebamme für eine Stunde in den OP/Aufwachraum (AWR) gehen, statt bisher 20min? Wie kann eine sichere Lagerung des Kindes bei der Mutter erfolgen? Und wann passieren organisatorische Dinge, wie Auswerten des pH-Wertes, Aufnehmen der Kindesdaten (Gewicht, Größe, ...). Das Zeitmanagement war das Hauptthema.

Elisabeth Loidl: Seitens der Anästhesie stellte sich die Frage nach der sicheren Lagerung des Kindes auf der Mutter. Mit welchem Arm hält die Frau ihr Neugeborenes? Wie kann eine Überwachung der Patientin bei nicht mehr ausgelagertem Arm stattfinden? Wer schaut auf das Kind und wie ist der Wärmehaushalt des Babys?

Nadine Geretschläger: Für uns im AWR war anfangs das größte Problem das Schleusen des Kindes: wie kann das funktionieren, ohne das Baby zu gefährden?

Film ab, bitte! Ein Danke an die Öffentlichkeitsarbeit des KH der Barmherzigen Brüder Linz für die Erstellung eines Videos zum Sectio-Bonding!

Zusammenfassung des Videos: Die Mutter kommt bereits mit einem elastischen Strumpf über der Brust in den OP. Der Vater ist im OP dabei, sobald alles abgedeckt ist und die OP beginnt. Ist das Baby geboren, wird es in Begleitung des Vaters zum Wiegen

und Messen, zur pH-Kontrolle und für den Fußabdruck in den Vorraum gebracht. Anschließend wird das Neugeborene zur Mutter gelegt, mittels elastischem Strumpf an der Mutter fixiert und bei der ihr belassen. Die Hand der Mutter wird vom Pulsoxy-Sensor befreit. Das Kind kommt mit der Mutter in den Aufwachraum und später auf die Geburtshilfe-Station.

Christiane Braumann: Was das Video jetzt nicht gezeigt hat, ist die Zeit vor der Sectio. Wie wird die Frau präoperativ auf das Sectio-Bonding vorbereitet?

Julia Hanslauer: In Bezug auf das Sectio-Bonding und das Stillen bespricht man mit den Eltern nochmal den Ablauf und holt nochmal deren Einverständnis ein. Die Frau bekommt eine Bonding-Corsage angezogen, welche die sie auch bei der Wahrung ihrer Intimsphäre während dem Setzen der Narkose unterstützt, da sie dadurch nicht komplett nackt ist. Blutabnahme und Venflonsetzen werden im Kreißzimmer erledigt, der Harnkatheter wird erst im OP gelegt. Prinzipiell ist immer eine Begleitperson bei der Sectio erlaubt, auch von Seiten der Hebammen kann in der Regel bei geplanten Sectios immer das Bonding durchgeführt werden. Es gibt mittlerweile einen zusätzlichen Hebammendienst, der bei Bedarf zugezogen werden kann. Durch diesen Reservedienst im Haus kann heute auch ein Bonding nach sekundärer Sectio angeboten werden.

Christiane Braumann: Gibt es Frauen, die dezidiert kein Bonding im OP bzw. keinen direkten Haut-zu-Haut-Kontakt wünschen?

Julia Hanslauer: Sehr selten, bei belastenden Vorgeschichten oder ungewünschten Schwangerschaften. Manchmal wird Frauen auch während des Bondings schlecht, dann wird der Haut-zu-Haut-Kontakt abgebrochen. Primäre Ablehnung des Sectio-Bondings ist allerdings sehr, sehr selten. Vielen Frauen bleibt gerade das Sec-

tio-Bonding als DAS Geburtserlebnis in Erinnerung.

Christiane Braumann: Was gibt es aus Hebammensicht zum Ablauf des Sectio-Bondings noch zu sagen?

Julia Hanslauer: Sobald das Kind abgenabelt der Hebamme übergeben wurde, kommt es in Begleitung des Vaters/der Begleitperson zur Versorgung – zum Wiegen, Messen, Temperatur, Fußabdruck. Vit-K-Tropfen werden erst auf der Station nach dem ersten Anlegen verabreicht. Wenn die Mutter am OP-Tisch dafür bereit ist, wird das Neugeborene mit Windel und Haube auf ihrer Brust gelagert. Das Bonding wird nur unterbrochen, wenn es Mutter oder Kind nicht gut geht. Muss die Hebamme den OP verlassen, wird die Anästhesie gebeten, die Überwachung zu übernehmen. Meist zeigt das Baby schon im OP Stillzeichen, das effektive erste Anlegen geschieht in der Regel später im AWR, da das Platzangebot am OP-Tisch begrenzt und die Lagerung nicht ganz einfach ist.

Christiane Braumann: Macht das Sectio-Bonding bzgl. der OP-Methode für die Operateur:in einen Unterschied?

Gudrun Böhm: Von der OP-Methode her besteht kein Unterschied. Das Neugeborene stört nicht beim Operieren. Je nach Körperbau der Mutter bemerkt man als Operateurin, ob sich das Kind bereits im Sectio-Bonding befindet. Ungewohnt war zu Beginn die Anwesenheit des Vaters im OP während dem Vernähen der Wunde. Manchmal ist es auch Wunsch der Mutter/Eltern, noch mehr in das Geschehen integriert zu werden. Nach einer entsprechenden Aufklärung wird dann bei der Kindesentwicklung der Vorhang zwischen Anästhesie und OP-Gebiet abgesenkt, um Mutter und Vater einen direkteren und rascheren Blick auf ihr Baby zu bieten. Im Optimalfall kann der Vater sogar die Nabelschnur durchtrennen, wir nennen das „Kaiser-Geburt“. Für die Patientinnen ist das Sectio-Bonding mittlerweile so zum Standard geworden, sodass es bei der Kontrolle 6 Wochen nach der Geburt in meiner Ordination gar kein besonderes Thema mehr ist.

Christiane Braumann: Wie hat sich das Setting im OP durch das Sectio-Bonding für das Team der Anästhesie verändert?

Elisabeth Loidl: Das Setting ist bis auf Kleinigkeiten, wie das bewusst tiefere Platzieren der EKG-Elektroden, gleich geblieben. Auch die Erhöhung der Raumtemperatur für das Neugeborene muss bedacht werden. Anfangs beschäftigte uns auch die Frage der Lagerung der Patientin. Wie kann ein Arm der Mutter freigemacht werden, damit sie das Baby halten kann? Mittlerweile ist es so, dass ein Arm zur Blutdruckkontrolle ausgelagert bleiben muss und der zweite Arm, wenn es der Frau gut geht, vom Pulsoxymeter befreit wird. Das Team der Anästhesie hat ab dem Zeitpunkt der Geburt nun zwei Patient:innen zu beobachten. Gründe zum Abbruch des Sectio-Bondings von Seiten der Anästhesie wären Übelkeit der Mutter, Wunsch der Mutter, OP-Komplikationen, Vollnarkose oder wenn eine Problematik beim Kind besteht. Sicherheit für alle Beteiligten steht für die Anästhesie im Vordergrund, sind ausreichende Personalressourcen und genügend persönliche Erfahrung des diensthabenden Teams vorhanden, kann Sectio-Bonding sicherstattfinden und ist seltener ein Abbruch nötig.

Christiane Braumann: Brauchen manche Frauen weniger Betreuung durch die Anästhesie bzw. weniger Schmerzmittel, weil sie durch das Bonding abgelenkt sind?

Elisabeth Loidl: Das ist definitiv so! Wenn das Kind zur Mama kommt, wird ein emotionaler Prozess ausgelöst, der präfrontale Cortex wird aktiviert und nozizeptive Bahnen (Schmerzrezeptoren) werden gehemmt.

Christiane Braumann: Wie geht es dann im Aufwachraum (AWR) weiter mit dem Bonding?

Nadine Geretschläger: Das Baby bleibt in ständigem Haut-zu-Haut-Kontakt mit der Mutter, auch wenn pflegerische Tätigkeiten bzw. Kontrollen durchgeführt werden. Die Frau bleibt bis zur Rückbildung der Spinalanästhesie im AWR, das kann zwischen ein und vier Stunden, manchmal auch bis zu sechs Stunden dauern. Der Vater ist dauerhaft bei Mutter und Kind. Die Hebamme bleibt bis zum ersten Anlegen, unterstützt beim Anlegen des Babys und führt gegebenenfalls Blutzucker-Kontrollen durch.

Christiane Braumann: Wer ist im AWR für das Wohlergehen bzw. die

Sicherheit des Neugeborenen verantwortlich?

Nadine Geretschläger: Grundsätzlich ist der Vater immer im AWR dabei. Die Pflege führt regelmäßige Kontrollgänge durch, bei denen sie natürlich auch das Neugeborene beobachtet und gegebenenfalls können jederzeit Hebamme und Kinderärzt:in hinzugezogen werden.

Christiane Braumann: Fühlen sich andere Patient:innen im AWR durch das Neugeborene gestört?

Nadine Geretschläger: Es gibt selten Beschwerden, da die wenigsten Babys dauerhaft schreien. Durch den Haut-zu-Haut-Kontakt und die Möglichkeit zu stillen, sind die meisten Neugeborenen ruhig und zufrieden.

Christiane Braumann: Auch bei der Verlegung vom AWR auf die Geburtshilfe-Station bleibt das Neugeborene in Haut-zu-Haut-Kontakt mit der Mutter. Wie lange hält das Bonding an?

Julia Maureder: Im besten Fall bleibt das Baby auch auf der Station weiterhin im Haut-zu-Haut-Kontakt, solange es für die Mutter möglich ist.

Christiane Braumann: Merkt man einen Unterschied im Aufbau der Stillbeziehung, wenn ein Sectio-Bonding stattgefunden hat?

Julia Maureder: Auf jeden Fall. Durch das Sectio-Bonding ist das so wichtige, frühe Anlegen des Neugeborenen möglich. Hat das erste Stillen im AWR erfolgreich stattgefunden, nimmt das Druck von allen Beteiligten und eine Pause ist möglich.

Christiane Braumann: Wäre es eine Option, das Wiegen, Messen und den Fußabdruck auch auf der Station durchzuführen?

Julia Maureder: Prinzipiell wäre es möglich, allerdings muss lt. SGA (small for gestational age) – Leitlinie innerhalb der ersten Stunde das Gewicht des Kindes ermittelt werden, um falls nötig, Blutzucker-Kontrollen beim Neugeborenen durchzuführen. So gesehen ist es sinnvoller, Wiegen, Messen und Fußabdruck gleich gemeinsam im OP durchzuführen. Auch kann so von Seiten der Hebamme die Geburtsdokumentation abgeschlossen werden.

Christiane Braumann: Danke für das Gespräch!

Aufgezeichnet und zusammengefasst von Eva Maximiuk, IBCLC



VSLÖ-Termine

3. & 10. & 17. Juni 2026,
Webinar „Das zu kurze Zungenband“

9.6.2026,
Webinar: „Lange Nacht des Stillens“
(mit Aufzeichnung)

9.-10.10.2026,
„Stillfachtagung Kärnten“

Regionaltreffen in den einzelnen Regionen:

Aktuelle Termine auf www.stillen.at unter
Veranstaltungen/Regionaltreffen

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 Themen-gebiete 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.



EISL-Fortbildungstermine

Basisseminare Österreich (4-tägig)

Basisseminar Graz: 08. – 11.06.2026
Basisseminar Wien | 1. Halbjahr 2026: 16. – 19.06.2026
Basisseminar Wien | 2. Halbjahr 2026: 06. – 09.10.2026

Seminarreihen INTENSIV – Qualifikation für IBCLC

Seminarreihe INTENSIV Gröbming 2026/2027
Seminar 2: 29.09. – 02.10.2026
Seminar 3: 19.01. – 22.01.2027 Online-Tag 1: 10.11.2026
Seminar 4: 06.04. – 09.04.2027 Online-Tag 2: 02.03.2027

Seminarreihe INTENSIV Innsbruck 2026/2027
Seminar 2: 13.10. – 16.10.2026
Seminar 3: 23.02. – 26.02.2027 Online-Tag 1: 16.12.2026
Seminar 4: 27.04. – 30.04.2027 Online-Tag 2: 17.03.2027

EISL-WebSeminare – Ihre Fortbildung bequem von zu Hause aus

- Psychische Herausforderungen in der Stillzeit gut begleiten
- Pharmakologie und Toxikologie
- und viele weitere:

➤ stillen-institut.com ➤ Fortbildungen ➤ EISL-WebSeminare

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 Maximiuk, Elisa Steiner
Redaktion: Natalie Groiss,
Susanne Lachmayr, Eva Maximiuk,
Gudrun Schober
Anzeigen: Eva Maximiuk
CVD: Eva Maximiuk
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