



VSLÖ

Winter 2024/25

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

news

Save the date!
10. - 11.10.2025
Stillkongress
Linz



© Adobe Stock

STILLEN

nach Präeklampsie.
Wissenswertes,
Möglichkeiten und
Empfehlungen.

IST

selbstbestimmt essen
lernen möglich?
Babygeleitete Beikost
in Theorie und Praxis

KLIMASCHUTZ

Wie Stillen das
Klima entlastet.
Fakten zu Stillen,
Klima und WHO-Kodex.

www.stillen.at

Liebe Leserinnen und Leser,



herzlich willkommen zu unserer Winterausgabe der VSLÖ-News!

Das Jahr 2024 ist zu Ende gegangen und es ist an der Zeit, einen Blick auf die zahlreichen spannenden Veranstaltungen und Weiterbildungen zu werfen, die das Gebiet der Stillberatung und -begleitung bereichert haben. Für uns als Fachkräfte im Bereich Stillen und Säuglingsernährung waren es wieder einmal ereignisreiche Monate, in denen wir sowohl von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen als auch von praktischen Erfahrungen und neuen therapeutischen Ansätzen profitieren durften.

Jahres-Rückschau

Elisa Steiner

Ein besonderes Highlight von 2024 war die **interdisziplinäre Stillfachtagung zu oralen Restriktionen**, die als Webinar durchgeführt wurde. Hier trafen Expert:innen aus verschiedenen Bereichen zusammen, um das Thema „Orale Restriktionen“ aus unterschiedlichsten Perspektiven zu beleuchten. Die Möglichkeit, sich mit Kolleg:innen auszutauschen, eröffnete neue Einblicke und verdeutlichte, wie wichtig eine ganzheitliche Betrachtung von Still- und Fütterproblemen ist.

Ähnlich interaktiv und informativ war das **Webinar „Lange Nacht des Stillens“**, das viele von uns in den späten Abendstunden an den Bildschirm lockte. In einer entspannten Atmosphäre und mit praxisnahen Themen konnten wir neue Impulse für die tägliche Arbeit mit Stillfamilien mitnehmen.

Auch die **Stillfachtagung in Salzburg** war ein Höhepunkt, bei der neben den unterschiedlichen Vorträgen auch eine Vielzahl von praktischen Workshops angeboten wurde.

Ein weiteres wichtiges Thema begegnete uns in der 3. Fortbildungsreihe und online Basisschulung **„Das zu kurze Zungenband“**.

Die Verknüpfung von Theorie und Praxis im Rahmen dieser Webinare und Tagungen hilft uns, unsere Beratungskompetenzen stetig zu erweitern und die besten Lösungen für die Stillfamilien zu finden.

In diesem Editorial möchten wir auf die Themen der Stillfachtagung in Salzburg eingehen und die wertvollen Beiträge unserer Kolleg:innen aus der Stillberatung und -therapie würdigen. Außerdem möchten wir nach der erfolgten Generalversammlung den neuen Vorstand vorstellen.

VSLÖ-Projekte

Zur Weltstillwoche mit dem Motto „Lücken schließen – Stillunterstützung für Alle“, gab es neben dem WSW-Info-Plakat auch VSLÖ Mile Stone Cards, welche die Meilensteine der Stillzeit beleuchten, sowie neue Visitenkarten und eine Neuauflage des Stillstickers. Neben Beiträgen in Fachzeitschriften und Presse erfolgte ein Update des Entwicklungskalenders und der (englischen) Stillscheibe. Ganz stolz sind wir vor allem auf die VSLÖ Stillvideos, welche für Aufklärungszwecke zur freien Verfügung stehen.

Abschließend möchten wir den VSLÖ-Stillkongress am 10. & 11. Oktober 2025 in Linz ankündigen, der als Hybridveranstaltung unter dem Motto #BackToBasics Premiere feiert. Wir freuen uns auf eine Vielzahl spannender Vorträge und insbesondere auf die interdisziplinäre Diskussion am Round Table zum Thema Sectio Bonding.

Ein herzliches Dankeschön geht an das gesamte VSLÖ-Team für die hervorragende Organisation der VSLÖ-Veranstaltungen sowie an das Redaktionsteam, das uns in gewohnter Qualität die Vorträge für diese Ausgabe zusammengefasst hat.

Allen Mitgliedern des VSLÖ und Interessierten wünschen wir einen guten Start ins neue Jahr 2025!

Ich wünsche Ihnen viel Freude beim Lesen und bedanke mich herzlich für Ihr Engagement in der Stillberatung.

Bleiben Sie neugierig und offen für neue Erkenntnisse – es bleibt spannend!

Herzliche Grüße,
Elisa Steiner
Präsidentin des VSLÖ



Bioidente Hormone

– ein Überblick

Hormone sind die unsichtbaren Dirigenten unseres Körpers, die eine Vielzahl von Prozessen steuern und unser Leben in allen Lebensphasen beeinflussen.

Bioidentische, bioidente bzw. auch sog. humanidente Hormone sind Hormone, die in ihrer molekularen Struktur exakt mit unseren körpereigenen Hormonen übereinstimmen, an dieselben Rezeptoren binden und so ihre spezifische Wirkung entfalten können (Hormonderivate blockieren den Rezeptor). Bioidente Hormone sind dazu da, Mängel auszugleichen. Sie dürfen nur von ÄrztInnen verordnet werden und sind rezeptpflichtig.

Trotz steigender Bekanntheit sind bioidente Hormone für viele immer noch ein großes Rätsel. Beim letzten VSLÖ-Stillfachtag gab uns Lydia Liebhart-Malle (Hebamme, IBCLC) einen fundierten Einblick in dieses spannende und umfangreiche Thema.

Grundsätzliches

Hormone sind biochemische Botenstoffe, die von spezialisierten Zellen produziert werden und über die Blutbahn zu den Zellen der Zielorgane gelangen. Zu den wichtigsten **Hormondrüsen** gehören der Hypothalamus, die Hypophyse, die Schilddrüse, die Nebennieren, die Bauchspeicheldrüse und die Gonaden.

Bioidente Hormone tragen immer die gleiche Bezeichnung wie unser körpereigenen Hormone z.B. Pregnenolon, Estradiol, Estriol, Progesteron, Testosteron, DHEA, Cortisol oder Melatonin.

Wesentlich ist auch: Bioident bedeutet nicht automatisch rein pflanzlich.

Herstellung

Bei der Herstellung von Bioidenten Hormonen werden hauptsächlich Rohstoffe aus Pflanzen gewonnen, die

die Basis, für die im Labor im mehreren chemischen Schritten hergestellten humanidenten Hormone, darstellen. Progesteron wird z.B. aus Diosgenin (steroidales Sapogenin) der wilden Yamswurzel hergestellt.

Verabreichung

Bioidente Hormone können über **Lipocaps** (oral), **Lozenges** (buccal), **Vaginalzäpfchen**, **Cremen & Gele** (transdermal) oder **Rektiole** verabreicht werden.

Lipocaps sind orale Kapseln, in denen das Hormon in langkettige Fettsäuren eingearbeitet wird. Der Vorteil liegt in der genauen Dosierbarkeit und der möglichen geringen Dosierung, weil der „First Pass Effekt“ der Leber weitgehend umgangen wird. Lozenges haben den Vorteil, dass es zu einer schnellen Resorption und damit zu einem schnellen Wirkungseintritt kommt.

Cremen und Gele ziehen schnell ein, umgehen auch den Lebermetabolismus, daher sind auch hier kleine Wirkstoffmengen ausreichend.

Verwendung

Bioidente Hormone können beispielsweise hilfreich sein bei:

Kinderwunsch, PCO-Syndrom, Endometriose, Prämenstruellem Syndrom, Libidomangel, Schilddrüsenunterfunktion, Hashimoto-Thyreoiditis, Schlafstörungen, Gedächtnisproblemen, chronischer Erschöpfung, Burnout, (postpartaler) Depression, Wechselbeschwerden, Migräne uvm.

Laborbestimmung

Hormonbestimmungen werden in der Regel durch Blut- und Speicheltests durchgeführt. Mittels Bluttest werden die Schilddrüsenhormone, Prolaktin, LH, FSH, ACTH und das Anti-Müller-Hormon bestimmt. Bei einem Speicheltest können Steroidhormone (Cortisol,

Estradiol, Estriol, Progesteron, Testosteron, DHEA) und Melatonin bestimmt werden.

Bei einer Speicheltestung ist einiges zu beachten. Beispielsweise wird empfohlen, am Vortag des Tests keine tierischen Fette und Eiweiße mehr zu essen und keine Kosmetika mehr zu verwenden. Auch Hormone dürfen transdermal 24 h vor der Testung und oral 48 h vor der Testung nicht mehr zugeführt werden.

Außerdem wird mittels Checkliste genau protokolliert, was am Testtag gemacht bzw. gegessen wurde. Grundsätzlich wird empfohlen, die nach einiger Zeit folgenden Kontrolltests im gleichen Labor zu machen, da jedes Labor eigene Referenzbereiche hat.

Schwangerschaftshormone

Die Hormone Progesteron und Östrogene steigen in der Schwangerschaft an und helfen dabei, die Schwangerschaft aufrecht zu erhalten.

- Östrogene – fachsprachlich Estrogene (v.a. Estradiol E2, Estriol E3) führen zu vielen Veränderungen im Körper einer schwangeren Frau, um die Entwicklung des Babys zu unterstützen. Estradiol E2 stimuliert z.B. das Wachstum der Gebärmutter. Estriol E3 wird auch als „Schleimhautormon“ bezeichnet – es stabilisiert u.a. die Uterusschleimhaut. Die Messung von Estriol wird häufig auch zur Überwachung der Schwangerschaft in der Pränataldiagnostik eingesetzt. Niedrige Werte können z.B. auf eine Wachstumsretardierung des Kindes hindeuten.

- Progesteron senkt den Tonus der Uterusmuskulatur. Auch bereitet es wie Estrogen, die Brustdrüsen auf die Milchbildung vor. Ein Progesteronmangel kann zu Fehlgeburten bzw. Entwicklungsstörungen beim Baby führen. Bei Frühgeburtsbestrebungen kann bioidenten Progesteron bis zur 20. SSW vaginal verabreicht.

Nach der Geburt sinkt der Progesteronspiegel abrupt ab, weil Progesteron in der Schwangerschaft hauptsächlich in der Plazenta gebildet wird.

Progesteron, Schilddrüsenhormone (TSH, FT3, FT4) und Nebennierenrindenhormone (Cortisol/ DHEA) bilden ein komplexes System und beeinflussen sich gegenseitig. Ein Ungleichgewicht bzw. Hormonmangel kann zu Symptomen wie Müdigkeit, Infektanfälligkeit, Stressintoleranz, Depression usw. führen.

Umwelteinfluss

Problematisch sind sog. Umwelthormone bzw. Xenohormone. Sie gelangen von außen z.B. über Kosmetika, Ernährung etc. in den Organismus und stören dann die Wirkung der natürlichen Hormone, was auch zu Hormondysbalancen führen kann.

Co-Faktoren

Die Behandlung mit bioidenten Hormonen wird effektiv unterstützt durch:

Mikronährstoffe wie z.B.:

Omega 3, Eisen, Vitamin B6, Vitamin B5, Vitamin C, Selen, Vitamin D3

Phytotherapie (Pflanzenheilkunde) wie z.B.

Frauenmantel, Mönchspfeffer, Schafgarbe können den Progesteronspiegel beeinflussen. Salbei, Melisse, Baldrian, Hopfen, Beinwell können sich auf den Estradiolspiegel auswirken. Der DHEA/Cortisolspiegel kann durch Ingwer, schwarze Johannisbeere oder Vogelmyriale angeregt werden.

Darmgesundheit

Das Hormonsystem beeinflusst auch immer die Darmgesundheit/das Mikrobiom und umgekehrt. Der Darm bildet selbst eine große Anzahl von Hormo-

nen und ist abhängig von einer guten mitochondrialen Leistung.

Darmstörungen führen zu hormonellen Dysbalancen und Energiedefiziten.

Bioidente Hormone können in vielen Phasen des Lebens hilfreich sein – auch im Wochenbett und in der Stillzeit.

Nach ausführlicher Beratung und nur nach ärztlicher Verordnung wird bei Bedarf das sog. bioidente mikronisierte (= signifikante Verkleinerung der Partikelgröße) Progesteron empfohlen, das angstlösend, beruhigend und entspannend wirkt. Auch DHEA sollte bei Bedarf als bioidenten, mikronisiertes DHEA verabreicht werden.

Fazit: Hormone sind oft unser bester Freund, manchmal unser schlimmster Feind ... Sie bleiben immer ein faszinierendes Thema in unserem Leben.

Gudrun Schober, IBCLC

Präeklampsie

Wenn die Schwangerschaft den Körper vergiftet ...

Eine Zusammenfassung des Vortrags von Dr.ⁱⁿ Christiane Braumann, IBCLC und Dr.ⁱⁿ Gudrun Böhm, IBCLC beim Stillfachtag Ende Oktober in Salzburg.

Was ist Präeklampsie?

Präeklampsie ist eine Hypertonie, welche in der Schwangerschaft mit mindestens einer zusätzlichen Organmanifestation, die keiner anderen Ursache zugeordnet werden kann, auftritt. Von Hypertonie sprechen wir, wenn der systolische Wert des Blutdrucks 140 mmHg und/oder der diastolische Wert 90 mmHg beträgt bzw. übersteigt. Zusätzliche Organmanifestationen sind vielfältig. Sie können u.a. das Gehirn, die Leber, den Magen-Darm-Trakt und/oder das Urogenitalsystem betreffen.

Symptome wie Kopfschmerzen, Oberbauchschmerzen, Juckreiz am ganzen Körper, Eiweiß im Harn, eine niedrige Erythrozytenanzahl und ein Anstieg der Thrombozyten können auftreten. Auch die Lunge kann mit Dyspnoe betroffen sein und die Plazentaversorgung des Kindes, wodurch es zu einer Wachstumsretardierung beim Kind kommen kann. Da die einzige Therapie der Präeklampsie die Entbindung ist, kommt das Kind meist als Frühgeburt zur Welt.

Jährlich sterben 70.000 Frauen und 500.000 Neugeborene weltweit an den Folgen einer Präeklampsie.

Definition

Wir unterscheiden eine Early-onset Präeklampsie (unter 34+0 SSW) von

einer Late-onset Präeklampsie (über 34+0 SSW). Eine Unterscheidung in „milde“ und „schwere“ Verlaufsformen ist nicht mehr üblich, da die Erkrankung sehr dynamisch verläuft.

Ursachen

Es gibt zahlreiche Theorien über die möglichen Ursachen für die Entstehung einer Präeklampsie. Man vermutet, dass sich die Gefäße der Plazenta nicht optimal in die Gebärmutter einnisten und es dadurch zu einem Syncytiotrophoblaststress kommt, welcher zur Ausschüttung von inflammatorischen Zytokinen, antiangiogenen Faktoren und Mikropartikel führt und somit zur endothelialen Dysfunktion. Die Folge sind Gefäßschäden mit Risiken für die Mutter und die Gefahr einer Mangel-

versorgung des Feten. Bei einer späten Präeklampsie liegen die Ursachen für den Syncytiotrophoblaststress beim Alterungsprozess der Plazenta bzw. einer genetischen Prädisposition der Mutter.

Screening

Mittels Präeklampsie-Screening besteht bereits in der Frühschwangerschaft die Möglichkeit zu berechnen, wie hoch das maternale Risiko ist, an einer Präeklampsie zu erkranken. Dieses Screening ist zwischen der SSW 11+0 und SSW 13+5 möglich. Mütterliche Risikofaktoren kombiniert mit dem Blutdruck der Mutter, der Durchblutung der Gebärmutter und der Höhe zweier Plazentahormone ergeben das personalisierte Risiko für frühe und späte Präeklampsie sowie eine fetale Wachstumsretardierung beim Feten.

Mütterliche Risikofaktoren/ Hintergrundrisiken:

- erhöhtes maternales Alter
- Zustand nach Fehlgeburt
- Zustand nach künstlicher Befruchtung (insbesondere Kryo-Zyklus und Eizellspende)
- höherer maternaler BMI
- Ethnizität (kaukasisch < afrikanisch < südasiatisch)
- positive Familienanamnese (Mutter mit Präeklampsie)
- Primipara (gegenüber Multiparität ohne vorangegangene Präeklampsie)
- Zustand nach Präeklampsie
- Mehrlingsschwangerschaften
- Chronische Hypertonie
- Diabetes mellitus (Typ I und II)
- systemischer Lupus erythematoses
- Antiphospholipid-Antikörpersyndrom
- Nikotingebrauch
- Alkoholkonsum in der Schwangerschaft

Prophylaxe

Bei einer Risikoberechnung über 1:100 und einem Hochrisikofaktor bzw. multiplen Risikofaktoren wird eine Prophylaxe mit Aspirin empfohlen, um das Präeklampsierisiko zu senken. 150 mg Acetylsalicylsäure (wie z.B.: ThromboASS® oder Aspirin®) wird ab spätestens der 16. SSW bis zur 35+6. SSW

abends eingenommen. In der ASPRE-Studie (Rolnik et al., 2017) zeigte sich als Folge eine Reduktion früher Präeklampsien (<34+0 SSW) um 82% und eine Reduktion von späten Präeklampsien (<37+0 SSW) um 62%. Außerdem kam es zu einer hohen Kostenersparnis durch das Screening aufgrund kürzerer Intensivstationsaufenthalte. Am günstigsten wäre überhaupt eine universale Aspiringabe, allerdings ist dies wegen einer möglichen fehlenden Einnahme-Compliance und möglichen Nebenwirkungen nicht umsetzbar.

Wiederholungsrisiko

Das Wiederholungsrisiko einer Präeklampsie in einer Folgeschwangerschaft liegt bei 14-18%, nach zwei Schwangerschaften mit Präeklampsie bei 32% und ist abhängig von Gestationsalter der Manifestation und Schweregrad der Symptome in der vorangegangenen Schwangerschaft.

Fallbeispiele

Anhand der vorgestellten Fallbeispiele zeigt sich das große Spektrum verschiedener Verläufe von Präeklampsie.

Fall 1

Patientin, 35 Jahre, Gravida 1, Partus 0, Zustand nach IVF

Bei der Vorsorgeuntersuchung in der 36+2. SSW zeigt sich ein RR von 140/92 mmHg und Protein + pos. im Harn. Es wird das Führen eines Blutdruckprotokolls empfohlen. In der 37+5. SSW kommt die Patientin mit Augenflimmern ins Krankenhaus, der RR beträgt 145/95 mmHg, Protein im Harn ist ++ pos., im Blut sind der sFlt-1/PIGF (= Marker für das kurzfristige Präeklampsierisiko) und der Protein/Kreatinin-Quotient erhöht. Die Geburt wird mit Misoprostol oral 25 mg alle zwei Stunden eingeleitet.

Welche stillfördernden Maßnahmen sind in den Stunden/Tagen der Einleitung sinnvoll?

- Patientin nach ihrem Stillwunsch fragen, über Ernährung des Säuglings informieren und aufklären
- Präpartale Kolostrummassage zeigen und durchführen, Kolostrum gewinnen

Die Patientin entbindet bereits am nächsten Tag um 7:45 Uhr vaginal. Der APGAR des Kindes beträgt 9/10/10, Bonding erfolgt unmittelbar nach der Geburt. Am 2. Lebenstag kommt es zu einer 9%igen Gewichtsabnahme beim Kind, das, bei der vorgeburtlich durchgeführten Kolostrummassage, gewonnene Kolostrum kann stillfreundlich zugefüttert werden. Am vierten Lebenstag kann das Kind mit der Mutter vollgestillt aus dem Krankenhaus entlassen werden.

Fall 2

Patientin, 30 Jahre alt, Zustand nach Sectio im Ausland (wahrscheinlich SGA, in der 36.SSW, vor vier Jahren), keine Vorsorgeuntersuchungen in Österreich

Die Patientin kommt in der 38+2. SSW mit Schmerzen im rechten Oberbauch in die gynäkologische Akutambulanz. Der RR beträgt 160/105 mmHg, der sFlt-1/PIGF im Blut beträgt 220. Noch in der Ambulanz entwickelt die Patientin zusätzlich Augenflimmern und Kopfschmerzen. Es besteht die Indikation zur sofortigen Sectio. Wegen Präeklampsie mit neurolog. Symptomen erhält die Patientin eine Anfallsprophylaxe mit Magnesium (Bolus + Perfusor) über mehrere Tage, außerdem wird eine Blutdrucksenkung mit Ebrantil-Perfusor durchgeführt. Nach der Geburt eines reifen Knaben (SGA) wird die Patientin wegen anhaltend erhöhtem Blutdruck zur postoperativen Überwachung auf die Intensivstation verlegt. Sie bekommt zwei verschiedene Antihypertensiva, Thromboseprophylaxe, Magnesium i.v. und wegen der Entwicklung eines Lungenödems Furosemid.

AWMF-Leitlinie Konsensbasierte Empfehlung 14.E65 mit Konsensstärke +++: „Um die Mutter-Kind-Bindung zu einem frühestmöglichen Zeitpunkt zu fördern, soll direkt nach Geburt Kontakt zwischen Mutter und Baby ermöglicht werden. Es soll auch für die Unterstützung beim Bonden, Stillen oder Abpumpen eine optimale Betreuung ermöglicht werden. Diese Empfehlungen gelten unabhängig von Notfallgeburt oder Intensivaufenthalt.“

Europäisches Institut für Laktation und Stillen, **Pumpmanagement** bei

Bewusstlosigkeit: „Abklärung mit Angehörigen, ob Stillen erwünscht ist – Pumpen oder nicht-medikamentöses Abstillen? Idealerweise liegt der Beginn zum Gewinnen von Kolostrum per Hand innerhalb der ersten Stunde pp (Parker et al., 2015). Zusätzlich wird bei Trennung von Mutter und Kind ca. 6 Stunden postpartum mit dem Pumpen begonnen. ...“

Am 2. Tag pp kommt es bei der Patientin zur Entwicklung neuer neurologischer Symptome mit Sensibilitätsstörungen in der linken Hand. Zur Abklärung wird ein Schädel-CT mit Kontrastmittel zum Ausschluss einer Hirnblutung durchgeführt.

Wie lange soll die Muttermilch verworfen werden, wenn ein Schädel-CT mit jodhaltigem Kontrastmittel durchgeführt wird? Es ist kein Verwerfen der Muttermilch notwendig, sofortiges Stillen bzw. Verabreichen der Muttermilch ist möglich.

Am 3. Tag pp ist langsames Reduzieren der antihypertensiven Therapie mit Umstellung auf orale Gabe unter weiterer Blutdruckkontrolle möglich. Am

4. Tag pp kommt es zur Verlegung der Patientin auf die Wochenbettstation mit weiterer Gabe von oraler antihypertensiver Medikation und Blutdrucküberwachung 4x tgl.

Stillen ist bei antihypertensiver Therapie mit Ausnahme des Präparates „Metoprolol“ (kann neonatale Hypoglykämien verursachen) möglich.

Folgen

Auswirkungen einer durchgemachten Präeklampsie auf das weitere Leben für die Mutter sind ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung eines metabolischen Syndroms (3fach erhöht), Bluthochdruck (2-8fach erhöht), Herzinsuffizienz (2fach erhöht), koronarer Herzkrankheit (2,5fach erhöht), und cerebrovaskulärer Erkrankungen (2fach erhöht). Kurzfristige Folgen für das Kind sind eine erhöhte Morbidität aufgrund von Frühgeburtlichkeit (1/3 aller Präeklampsie-Fälle) und/oder FGR (fetal growth restriction). Langfristige Folgen können Zerebralparese, Hypertonie, Adipositas und kardiovaskuläre Erkrankungen sein.

Nachsorge

In der Nachbetreuung von Patientinnen mit überstandener Präeklampsie ist es das Ziel, den RR unter 120/80 mmHg und den BMI unter 25 zu halten. Übergewicht ist zu vermeiden und auf gesunde Ernährung soll geachtet werden. In Hinblick auf die Gefäßgesundheit ist eine Nikotinentwöhnung dringend angeraten. Regelmäßige Labordiagnostik (Cholesterin, HDL, LDL, TG, GFR, Proteinurie, Kreatinin, HbA1c) ist empfohlen.

Vorsorge ist wichtig, um das Risiko einer Präeklampsie bei der nächsten Schwangerschaft zu minimieren!

*zusammengefasst von
Eva Maximiuk, IBCLC*

Literatur

- AWMFLeitlinie „Hypertensive Erkrankungen in der Schwangerschaft (HES): Diagnostik und Therapie“, Stand 7/24
- bfmed.org
- uptodate.com
- stillen-institut.com

Stillpositionen

... als Schlüssel zum Stillerfolg

Stillen ist nicht nur eine natürliche, sondern vielmehr eine komplexe Fähigkeit, die sowohl von der Mutter als auch vom Kind erlernt wird. Der gesunde, termingeborene Säugling bringt eine Vielzahl an angeborenen Reflexen mit, die es ihm ermöglichen mit wenig Unterstützung der Mutter von selbst die Mamille zu finden, daran anzudocken und kräftig zu saugen. Viele Mütter sind überrascht, wie viel in ihrem neugeborenen Baby steckt. Und auch für uns als Fachpersonal ist es immer wieder erstaunlich, wie beschreibende Worte, Zuspruch und Ermutigung dazu

führen, dass Mutter und Kind wie bei einem Tanz zueinander finden. Daniela Scholer, Mitarbeiterin des Europäischen Instituts, erklärte bei einem Workshop im Rahmen des heurigen Stillkongresses, worauf es zu achten gilt und wie Mutter und Kind am besten unterstützt werden können.

Die Bedeutung einer korrekten Stillposition kann nicht genug betont werden, da sie entscheidend für den Stillerfolg ist. Inkorrektes Anlegen kann zu Schmerzen, wunden Mamillen, reduziertem Milchfluss und in der Folge zu

Milchstau, Mastitis, Gedeihstörungen, verzögerten Ausscheidungen, Hyperbilirubinämie sowie Hypoglykämie führen. Mit anderen Worten: Frustration auf beiden Seiten ist vorprogrammiert. Der Griff zum Stillhütchen oder zur Flasche ist schnell getan, doch in den meisten Fällen verschärfen diese Hilfsmittel die ohnehin schon angespannte Situation noch weiter.

Bei einer durchschnittlichen Trinkdauer von 20 Minuten verbringt eine Mutter rund vier Stunden täglich in einer stillenden Position. Deshalb ist es wichtig, dass sie eine bequeme und entspannte Haltung findet.

Allgemeine Punkte für eine gelungene Stillposition

- Angenehme, ruhige Umgebung, in der sich Mutter und Kind entspannen und wohlfühlen können.
- Beginnen, wenn das Baby wach und erste Signale (Schmatzen, Schlecken, Hand zum Mund führen usw.) zeigt und noch nicht allzu hungrig ist, oder sogar schon weint. Es ist wichtig ein weinendes Kind zuerst (z.B.: über Haut-zu-Haut Kontakt, Tragen, Wiegen, ...) zu beruhigen.
- Eine bequeme, Halt gebende Position für Mutter und Kind, um Körperspannungen zu reduzieren. Dazu können Kissen aller Art, Decken, bei Bedarf auch ein Schemel, usw. verwendet werden.
- Idealerweise hat die Mutter etwas zu trinken und eine Kleinigkeit zu essen in Reichweite.
- Die Mutter hält das Baby entlang des Rückens bzw. Schultergürtels, Kopf und Nacken bleiben dabei frei beweglich.
- Der Körper des Babys ist im Kontakt mit der Mutter und ihr voll zugewandt („Bauch an Bauch“).
- Vom Ohr über die Schulter zur Hüfte könnte eine Linie gezogen werden.
- Eine Beugung im Hüftbereich des Babys („runde“ Körperhaltung) ist natürlich und hilfreich, damit das Kind den Mund weit öffnen und viel Brustgewebe erfassen kann. Die Lippen des Kindes sollten sich nach außen wölben, und das Kinn sollte die Brust leicht berühren.
- Die Hände des Babys liegen mit der Handinnenfläche an oder auf der Brust

Intuitives Stillen

Das Intuitive Stillen ist die logische Fortsetzung des Self-Attachments nach der Geburt, wobei die Mutter intuitiv den Bewegungen des Kindes folgt.

Dabei liegt die Mutter am Rücken in einer halb aufrechten Lage, etwa 30° Oberkörper hoch. Ein Polster in der Kniekehle reduziert die Spannung im Bauchbereich. Auch der Kopf sowie die Arme können links und rechts durch ein Kissen gestützt werden.

Durch den Kontakt über die Körperpervorderseite, werden bei Kind eine

Reihe von Reflexen aktiviert. So kann sich das Kind von selbst in die richtige Position bringen.

Fühlt sich die Mutter unwohl, so darf und soll sie jederzeit ihre Position wechseln. Ebenso darf sie ihrem Kind jederzeit Unterstützung geben, wenn sie den Impuls dazu verspürt. Wertfreie Beobachtungen und Einladungen zur Verhaltensänderungen führen eher zum Ziel als Verbote.

Aktive Stillpositionen

Die Liegeposition

In dieser, vor allem nachts beliebten Position liegt die Mutter auf der Seite, in der sogenannten „Cradle C Position“. Ein Kissen oder eine Decke im Rücken empfinden viele Frauen als haltgebend. Wichtig ist eine gute Stütze des Kopfes mit ausreichend hohen Kissen, damit die Mutter ohne Anstrengung zu ihrem Baby sehen kann.

Das Baby liegt ebenfalls auf der Seite. Sollten die Brust und der Mund des Kindes nicht auf derselben Höhe sein, so kann entweder die Brust durch eine Stoffwindel oder das Baby selbst durch eine feste Decke oder Handtuch höhenteknisch angepasst werden.

Die Mutter bringt es durch Heranziehen über den Schultergürtel nahe zur Brust, gegebenenfalls kann sie mit der zweiten Hand die Brust formen.

Wichtig und auf jeden Fall zu beachten, ist, dass sich das Kind nach dem Stillen auf den Rücken drehen können muss. Der Rücken des Kindes darf also nicht durch ein Handtuch oder dergleichen abgestützt sein.

Die Rückenhaltung

Die Mutter sitzt in einer aufrechten Position, und hält das Kind seitlich unter ihrem Arm. Während die Hand der Mutter das Baby am Schultergürtel stützt und aktiv zur Brust bringt, ist die Hüfte des Babys gebeugt und die Beine zeigen nach hinten. Die zweite Hand kann die Brust formen und so das Andocken erleichtern.

Diese Position ist besonders hilfreich nach Sectio, da der Druck auf

den Bauch minimiert wird. Sie eignet sich auch gut für Mütter mit großen Brüsten, bei Late-Preterm-Babys oder bei Frühgeborenen.

Die Modifizierte Wiegehaltung

Die Modifizierte Wiegehaltung wird auch manchmal „Frühchenhaltung“ genannt. Technisch gesehen, sind diese Position und die „normale“ Wiegehaltung am schwierigsten und fehleranfälligsten, da die Schwerkraft den Körper des Babys von der Brust wegzieht. Deshalb ist eine gute Stütze durch Kissen, Schemel etc. sehr wichtig.

Der Körper des Babys liegt wie bei der Wiegehaltung vor der Mutter. Der Unterarm stützt das Baby dabei vom Po/unteren Rücken beginnend bis hin zum Schultergürtel. Der Kopf des Babys bleibt dabei in seiner Bewegung nach vorne und hinten völlig frei, während er seitlich auf einem Kissen liegt. So kann sich das Baby in seine optimale Schluckposition bringen, den Mund weit öffnen und andocken.

Mit der zweiten Hand hält die Mutter die Brust von außen im C-Griff und bietet sie dem Kind an. Dabei ist es wichtig, dass die Brust parallel zum Mund des Kindes geformt wird. Wenn das Kind gut angedockt ist und sich das Stillen schon etwas eingespielt hat, greifen viele Mütter von selbst um und wechseln in die Wiegehaltung. Der Kopf liegt dann in der Ellenbeuge. Obwohl diese Position die bekannteste Stillpositionen ist, ist sie sehr fehleranfällig und besser für geübte Stillpaare geeignet.

Fazit

Die Wahl der richtigen Stillposition ist entscheidend für den Erfolg beim Stillen. Jede Mutter und jedes Baby sind einzigartig, und es kann einige Zeit und Geduld erfordern, um die beste Position zu finden. Es ist wichtig, verschiedene Positionen auszuprobieren und sich nicht zu scheuen, Hilfe von Fachpersonal in Anspruch zu nehmen. Mit der richtigen Technik und Unterstützung kann das Stillen gut gelingen.

Natalie Groiss, IBCLC

Stillen und Klima

Stillen im Kontext von WHO-Kodex und Klima

Stefanie Holtmann, IBCLC und Hebamme aus Deutschland, sprach beim Stillfachtag in Salzburg, online zugeschaltet, darüber, warum sie Stillen prima findet und warum Stillen auch gut fürs Klima ist.

Die Vorteile des Stillens für das Kind kennen viele, die Vorteile für die Mutter wenige und die Vorteile für das Klima kaum jemand. Um den Zusammenhang zwischen Gesundheit, Stillen und Klima aufzuzeigen gründete Stefanie Holtmann 2023 gemeinsam mit einer Kollegin die Initiative „Stillen ist Klima“.

Seit Millionen Jahren ist Muttermilch nachhaltig, unnachahmbar, umweltschonend und hygienisch hübsch verpackt.

Wissen Familien eigentlich, woraus Pre-Nahrung hergestellt wird?

Interessanterweise stellte sich bei einer von Stefanie Holtmann durchgeführten Instagram-Umfrage heraus, dass selbst Familien, die schon lange Zeit Formula anrührten, nicht bewusst war, dass Pre-Nahrung aus Kuhmilch hergestellt wird. Auch ist weitgehend unbekannt, dass Formula-Nahrung eine Katastrophe für die Umwelt ist. In der Elternliteratur wird über das Thema Klimawandel, obwohl es das Wichtigste für die Zukunft unserer Kinder ist, weitgehend geschwiegen. Eltern sollten Maßnahmen ergreifen, um unseren Kindern ein stabiles Klima und damit einen bewohnbaren Planeten zu überlassen.

Durch die Produktion von Formula-Nahrung kommt es zu Massentierhaltung, zu CO₂-Belastung, zu Müllbelastung, einem hohen Wasserverbrauch und zu Kontamination von Wasser.

Massentierhaltung

Massentierhaltung verursacht 18% der globalen Treibhausgase. Die fünf

weltgrößten Fleisch- und Molkereikonzerne sind zusammen für mehr Treibhausgas-Emissionen verantwortlich als jeweils die drei größten Ölkonzerne (ExxonMobil, Shell und BP). Methan ist 25-mal schädlicher als CO₂. Eine Kuh rülpsst im Durchschnitt alle 3 Minuten und produziert somit pro Jahr 100 kg Methan. Eine Hochleistungskuh bekommt meist auch Hochleistungsfutter, welches in den meisten Fällen billig importiertes Soja aus Brasilien ist. Eine Kuh kann in ihrer Hochleistungsphase im Sommer bis zu 200 Liter Wasser trinken, hinzu kommt noch der Wasserverbrauch zur Reinigung von Ställen und Melkmaterial. Durch die großen Mengen an Gülle, welche anfällt, können Böden und Grundwasser verunreinigt werden.

Müllbelastung

Verpackungen sind oft nicht biologisch abbaubar, Dosen sind sogar noch schlechter für die Umwelt. Verpackungen und Babywasserflaschen landen vielleicht im Meer und werden dort in Mikroplastik zerlegt. Müll-Fakten sind in Deutschland „streng geheim“ d.h. schwer zu beziehen; aus den USA wissen wir, dass jährlich 86.000 Tonnen Metall und 364.000 Tonnen Papier nur für die Herstellung von Formula anfallen.

Wasserverbrauch

Die Produktion von Formula-Nahrung ist sehr wasserintensiv. Insgesamt werden mehr als 4.000 Liter Wasser für die Herstellung von 1 kg Milchpulver benötigt. Ein 5-Personenhaushalt kommt mit 4.000 Liter Wasser ca. 2 Wochen aus. Der Wasserverbrauch für die Kühe (Trinkwasser, Reinigung) wurde unter dem Punkt Massentierhaltung bereits angesprochen. Hinzu kommt noch der Soja-Anbau und die sehr wasserintensiven Palmöl-Plantagen (siehe dazu

auch Punkt Abholzung der Wälder). Im Vergleich dazu trinkt eine stillende Frau ca. 2 Liter Wasser pro Tag und für das gestillte Kind ist 6 Monate kein einziger zusätzlicher Tropfen Wasser nötig.

Wasserkontamination

Durch Gülle, Mist, industrielle Dünger und Pestizide kann das Grundwasser kontaminiert werden. E.Coli und andere Bakterien können lebensgefährliche Durchfallerkrankungen und andere Erkrankungen verursachen. Zur Behandlung der infolge der künstlichen Säuglingsernährung zusätzlich auftretenden Erkrankungen müssen im Gesundheitssystem Infrastruktur, Einmalmaterial und Medikamente bereitgestellt werden.

Abholzung der Wälder

Unter den Punkten Massentierhaltung und Wasserverbrauch wurden bereits die Soja-Produktion und die Palmöl-Plantagen erwähnt, welche ebenfalls weitreichende, negative Folgen für die Umwelt haben:

- Rodung von Wäldern für Soja-Ackerland und Palmölplantagen
- Luftverschmutzung durch Verbrennung der Wälder zur Rodung
- Plantagen erfordern intensive Nutzung von Pestiziden, Düngemittel und große Mengen an Wasser
- Monokulturen verursachen einen Verlust an Biodiversität.
- Fauna und Flora werden vertrieben oder sind vom Aussterben bedroht
- Menschen müssen umgesiedelt werden

Ressourcenverbrauch

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Erzeugung von Formula durch industrielle Produktion, Massentierhaltung, Abholzung der Wälder, Transport, Abfallverbren-

nung, Erwärmen und Reinigung mit einem enormen Ressourcenverbrauch einhergeht.

Beispiel Treibhausgase

Bei der Produktion von 1 Liter Kuhmilch (=Hauptinhaltsstoff von Formula) wird ca. so viel CO₂ ausgestoßen, wie bei einer 20 km weiten Autofahrt. Durch 6 Monate Stillen sparst du so viel CO₂, wie ein Auto auf einer 7.200 km langen Autofahrt ausstößt.

(1 Liter Kuhmilch = 20 km Autofahrt, 200 g Pre = 5 Liter Kuhmilch, 2,4 kg Pre = monatlicher Durchschnittsverbrauch = 60 Liter Kuhmilch, 60 Liter x 6 Monate = 7.200 km

Müllberge durch Flaschen & Sauger

Plastikflaschen können bei hohen Temperaturen Mikro- und Nanoplastikpartikel abgeben, weshalb als Alternative Glas- oder Edelstahlflaschen verwendet werden sollten. Aus diesem Grund ist es auch keine gute Idee Plastikflaschen weiterzugeben, auch wenn das vordergründig ressourcenschonend wirkt. Flaschen, Sauger und Schnuller sollten regelmäßig auf Verschleiß überprüft und rechtzeitig ausgetauscht werden.

... Werbung für die Tonne

Durch die Produktion von Werbemittel (Papier, Druck), durch Versand und Transport und den Abfall der Werbemittel wird die Umwelt belastet. Es wird eine zunehmend nicht akzeptable Werbung für Säuglingsnahrung mittels Eltern-Geschenkboxen, Goodie-Bags, Proben etc. beobachtet und damit täglich gegen den WHO-Kodex verstoßen.

Wie klimapositiv sind die Hersteller von Formula?

Besucht man diverse Internetseiten verschiedener Hersteller von Formula-Nahrung sieht man viel Grün, Natur, Blumen und Bienen, auf konkrete Nachfrage erhält man allerdings nur allgemein formulierte Antworten ohne Daten und Fakten zur Klimapositivität.

Was noch zu bedenken ist Verwendung von Palmöl

Abgesehen von den Folgen durch den Palmöl-Anbau ist die Frage wie gesund die Verwendung von Palmöl in Formula ist. Das Bundesinstitut für Risikobewertung hält in seiner Stellungnahme 2020 ein erhöhtes gesundheitliches Risiko für Kinder und Säuglinge über Säuglingsnahrung für möglich. Seit Anfang 2021 gelten europaweit Höchstgehalte für Säuglings- und Folgenahrung. Für die meisten Hersteller ist allerdings Palmöl immer noch „die beste Lösung“ für Formula-Nahrung.

... Verhütungsschutz

Durch Stillen nach Bedarf verringert sich das Bevölkerungswachstum und die Probleme, die damit auch für das Klima einhergehen. Überall wo die zusätzliche Gabe von Formula üblich ist und somit eine zeitliche Einschränkung des Stillens erfolgt, sinkt der Verhütungsschutz.

... Spendenbereitschaft

Im Zuge der Klimakrise kommt es immer öfter zu Katastrophenszenarien, in denen die Säuglingsernahrung sichergestellt werden muss. Spenden von Säuglingsnahrung führen in der Regel dazu, dass Mütter weniger stillen oder abstillen. Die vorschriftsgemäße Zubereitung von Formula kann allerdings in Krisensituationen erschwert sein (Wasserversorgung, Hygiene, ...). Bereitstellung von Stillberatung wäre hier meist sinnvoller.

WHO-Kodex

Der Internationale Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten (kurz „WHO-Kodex“ genannt) reglementiert die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten. Er ist bereits seit 1981 in Kraft und wird regelmäßig ergänzt. Der Kodex ist rechtlich gesehen kein Gesetz. Viele Staaten, die den Kodex unterzeichnet haben, haben nur Teil-Aspekte der Kodex-Inhalte in entsprechende Verordnungen übertragen. Die EU gibt Verordnungen heraus, welche für alle EU-Mitgliedsstaaten gelten. Utta Reich-Schottky, Stillberaterin

und Mitglied von IBFAN (International Baby Food Action Network), hat die EU-Verordnung mit dem WHO-Kodex verglichen:

U.a. sind in der EU-Verordnung Flaschen und Sauger nicht erfasst. Zum Thema Folgenahrung steht im WHO-Kodex, dass Folgenahrung nicht nötig ist; die EU-Verordnung fordert für Folgenahrung den „Hinweis, dass sich das Erzeugnis nur für Säuglinge ab einem Alter von mindestens 6 Monaten eignet“.

Der WHO-Kodex schreibt vor, dass Produkte, die als Muttermilchersatz dienen, nicht beworben werden dürfen; das gilt für alle Produkte, einschließlich Folgenahrungen. In der EU-Verordnung gilt dies nur für Hersteller und Vertreiber von Säuglingsanfangsnahrung. Die gesamte Vergleichstabelle ist unter www.nationalestillfoerderung.de zu finden.

Wo findet man Werbung für künstliche Babynahrung?

Da muss man nicht lange suchen, Werbung für Babynahrung ist fast überall: In Sozialen Medien bei Mama- und Daddy-Bloggern oder medizinischem Personal, bei Fortbildungen und Kongressen, mit Vertreter:innen, Ausstattungen und Zubehör in Kliniken und Praxen, als Apps und vieles mehr.

„Trotz erwiesener Vorteile werden weltweit weniger als die Hälfte der Säuglinge und Kleinkinder gemäß den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gestillt. Im Vergleich dazu ist der Umsatz mit kommerziellen Muttermilchersatzprodukten auf etwa 55 Milliarden US-Dollar pro Jahr gestiegen. Noch nie wurden mehr Säuglinge und Kleinkinder mit Formula versorgt als heute.“ (The Lancet, 2023)

Doch was wäre, wenn es keine Werbung für künstliche Babymilch mehr gäbe?

Lt. der „Aktion gegen Hunger“ (www.aktiongegendenhungere.de) würde die Stillrate um 20% steigen.

Zusammenfassung von
Eva Maximiuk, IBCLC

Selbstbestimmt ...

essen lernen – Babygeleitete Beikost

Die Diätologin und Stillberaterin Timna Falkensteiner berichtete uns bei der diesjährigen Stillfachtagung in Salzburg Wissenswertes rund um das Thema Beikost mit besonderem Fokus auf den babygeleiteten Weg des Beikostabenteuers.

Formen der Beikost

• Brei

Bei der konventionellen Beikosteinführung wird dem Baby mit einem Löffel Brei gefüttert. Allmählich werden Häufigkeit und Menge der Breigabe erhöht sowie die Konsistenz in Richtung „stückig“ verändert.

• Baby Led Weaning (BLW)

Übersetzt bedeutet es „vom Baby geleitetes Entwöhnen von der Brust“ und beschreibt ein selbstbestimmtes und selbständiges Essen des Kindes am Familientisch entsprechend seiner motorischen Fähigkeiten.

Im gesamten ersten Lebensjahr soll Muttermilch oder, im Falle des Nichtstillens, Formula- Nahrung mit dem Zusatz „Pre“ das Hauptnahrungsmittel des Kindes sein. Beikost soll das Stillen ergänzen, aber bis zum 1. Geburtstag nicht ersetzen. Die individuellen Bedürfnisse der Familie sowie die Selbstbestimmtheit des Babys sollen im Fokus stehen. Wie beim Stillen gibt es auch beim Thema Beikost nicht nur schwarz und weiß, sondern alle möglichen bunten Wege. Wichtig ist, wenn sich die Eltern für Brei als Beikostweg entscheiden, dass sie hinsichtlich eines achtsamen Fütterns sensibilisiert werden, da hier die feinen Signale des Kindes zum Beispiel Sättigung und Unwohlsein betreffend, leicht übersehen werden könnten.

4 Fragen zur Beikost

Wann?

Die WHO empfiehlt den Beikoststart nach 6 Monaten (180 Tage) abschließlichen Stillens und ein Weiter-

stillen bis zum Alter von 2 Jahren und darüber hinaus solange Mutter und Kind dies wollen.

Keinesfalls sollte mit Beikost vor Beginn des 5. Lebensmonats gestartet werden. Für Frühgeborene gilt das korrigierte Alter. Das bedeutet einen Start mit 7-9 Monaten.

Die UNICEF hat mit dem Formulieren der Beikostreifezeichen für die Eltern noch zusätzliche Kriterien für den Beikoststart herausgegeben:

1. Rumpfkontrolle (das Kind kann mit leichter Unterstützung im unteren Rücken auf dem Schoß aufrecht sitzen)
2. Der Zungenstoßreflex ist stark abgeschwächt oder nicht mehr vorhanden, sodass ein Nahrungsbolus nicht mehr automatisch aus dem Mund befördert wird.
3. Augen-Hand-Mundkoordination (Das Kind kann Gegenstände greifen und zielgerichtet zum Mund führen).

Lt. Österreichischen Beikostempfehlungen gibt es derzeit keine Daten oder Studien, die einen gewissen Tageszeitpunkt für das erste Anbieten von Beikost präferieren.

Die Eltern sollen ermutigt werden, die Art der Beikost und die Steigerung der Menge ganz individuell vom eigenen Kind abhängig zu machen und das Kind als kompetent wahrzunehmen.

Sie schaffen das Angebot, **das Kind entscheidet ob, wieviel und was es im eigenen Tempo essen möchte.** Selber essen will gelernt sein und das benötigt Zeit und Übung. Hilfreich sind hierbei gute Laune und ein nicht allzu müdes oder hungriges Kind.

Wie?

Im Fokus steht das Kennenlernen neuer Geschmäcker, Konsistenzen, Formen und Temperaturen mit den Händen und dem Mund. Essen lernen

braucht Zeit, es soll selbstbestimmt geschehen und es soll so wenig wie möglich eingeschränkt werden.

Solange sich das Kind noch nicht selbständig ins Sitzen bringen kann, soll die Beikost am Schoß eines Erwachsenen in aufrechtem Zustand angeboten werden. Hier, und auch später im Hochstuhl ist der Fuß-Bodenkontakt (mit dem Trittbrett auf geeigneter Höhe) sowie die ständige Anwesenheit eines Erwachsenen beim Essen wichtig.

Unbedingt verzichtet werden soll auf ständiges Abwischen von Händen oder Mund und auf die Gabe von Anweisungen. Niemals sollte Essen für das Kind in Verbindung mit Belohnung oder Strafe stehen.

Womit?

Bei der Wahl von Geschirr, Besteck und Trinkgefäßen bietet der Handel eine übergroße Auswahl an nötigen und unnötigen Dingen. Ob Teller mit Saugnapf oder gebogene Löffel, die einem Verschütten von Nahrung entgegenwirken sollen, nötig sind, ist eine individuelle Entscheidung der Eltern. Ein Hochstuhl mit aufrechter Rückenlehne, Rausfallschutz und verstellbarem Trittbrett ist aber mit Sicherheit eine gute Investition. Für Getränke bietet sich ein offenes Gefäß, z.B. Becher oder dickwandiges Glas an. Sogenannte Trinklernbecher oder Flaschen, an denen gesaugt werden muss, können negative Auswirkungen auf die Saugtechnik an der Brust, Zahnstellung, Mundmotorik, Sprache und myofunktionelle Entwicklung zur Folge haben. Als Besteck eignet sich ein kleiner Löffel.

Was?

Stillen bleibt im ersten Lebensjahr Hauptnahrung. Beikost soll zusätzlich angeboten werden. Vor und/oder nach dem Essen ist es sinnvoll das Stillen anzubieten.

Allergene

Das Einführen der folgenden Allergene ist unter dem Schutz des Stillens und bis zum 1. Geburtstag empfohlen, um einer späteren Allergie vorzubeugen.

- Fisch: durcherhitzen, Achtung Gräten!
- Ei: durcherhitzen (70-80 Grad für 10 Minuten)
- Kuhmilch (-produkte): max. 200 ml/Tag, durcherhitzen
- Nüsse: gerieben oder als Mus
- Gluten: kleine Mengen, langsam steigern (ca. 7 g Gluten/Tag entspricht 1 TL Grieß oder Mehl, 1/2 Scheibe Zwieback, 1 EL Nudel, diese Menge für 2 Wochen, dann steigern)

Zu meidende Lebensmittel

- Honig & Ahornsirup (Botulismus)
- Zucker & gesüßte Lebensmittel und Getränke
- Salz & salzhaltige Lebensmittel (max. 1 g Salz/Tag bis zum Alter von 12 Monaten)
- stark verarbeitete Lebensmittel
- Rohe tierische Lebensmittel
- Innereien
- Kaffee, koffeinhaltige Tees & Limonaden
- Alkohol

Gefahr des Verschluckens?

In Summe verschlucken sich Kinder, die mit Brei ernährt werden, in etwa gleich oft wie BLW-Babys. In der Regel passiert dies bei Letzteren eher zu Beikostbeginn häufiger, dafür im Verlauf seltener. Bei Kindern, die Brei erhalten, ist es umgekehrt, nämlich dann, wenn der Brei stückiger wird.

Der Unterschied zwischen „Würgen“ (=normaler Schutzreflex) und verlegten Atemwegen mit der Gefahr des Erstickens ist der, dass das Kind beim Würgen rot anläuft und ganz aktiv versucht die Nahrung, die zu weit nach hinten gekommen ist, wieder loszuwerden. Hier soll nicht eingegriffen werden. Sind die Atemwege tatsächlich verlegt, wird das Kind ruhig und bekommt eine blaue Hautfarbe.

Fingerfood	Brei
soll gut mit den Fingern umschließbar und mindestens so lang wie die Faust des Kindes sein.	soll 1-2 TL Öl zur Energieanreicherung zugegeben werden (empfohlene Energiedichte 1 kcal/g).
soll weich sein, um vom Baby am Gaumen zerdrückt und auch ohne Zähne zerkleinert werden zu können.	soll eine geeignete Konsistenz aufweisen (zu Beginn fein püriert, in weiterer Folge Steigerung in Richtung stückiger Beschaffenheit).
soll angenehm temperiert sein (erhöhte Verbrennungsgefahr bei Babys).	soll angenehm temperiert sein (siehe Fingerfood).

Ein Erste-Hilfe-Kurs für Eltern mit beikostreifen Kindern ist sinnvoll, damit sie die Kompetenz erlangen im Notfall schnell und richtig reagieren zu können.

- Runde, prallelastische Lebensmittel, z.B. Weintrauben, Heidelbeeren sollen halbiert oder zerdrückt werden.
- Münzenförmig geschnittene Lebensmittel wie Würstchen oder Karotten sollen halbiert oder als Sticks angeboten werden.
- Lebensmittel, bei denen Zähne zum Zerkleinern benötigt werden, z.B. Nüsse, Samen, Kerne sollen gemahlen oder als Mus gegeben werden.
- Lebensmittel, bei denen Stücke abbrechen könnten, z.B. Rohkost wie Apfel, Karotte, sollen gekocht angeboten werden.
- Lebensmittel, die Brösel bilden werden am besten mitgekocht oder untergerührt.

Getränke

Das Anbieten von Getränken ist ab Beikoststart möglich und sinnvoll. Genau wie bei der Beikost selbst geht es hier anfangs um das Kennenlernen und Erlernen der Trinktechnik aus einem offenen Gefäß, ehe die Mengen nach und nach größer werden. Spätestens ab dem 10. Lebensmonat sollten Getränke aber auf jeden Fall gereicht werden.

Wasser stellt die beste Wahl dar. Gewürz- und Kräutertees sollen nur bei Bedarf (z.B. Krankheit nach ärztlicher Anweisung) und kurzzeitig gegeben werden und nicht als „Trinktee“

zur Deckung des Flüssigkeitsbedarfs. Fruchtttees können hohe Säuregehalte aufweisen und den Zahnschmelz angreifen. Kinder unter 4 Jahren sollen Fencheltee wegen dem darin enthaltenen Estragol (ein natürlich vorkommendes gentoxisches Karzinogen) nicht erhalten (Österreichische Beikostempfehlungen, 2022). Des Weiteren sind Pfefferminztee oder koffeinhaltige, gezuckerte und aromatisierte Tees und Getränke nicht empfohlen. Tiermilch gilt als Lebensmittel und sollte nicht als Durstlöcher angeboten werden.

Lt. EFSA (= European Food Safety Authority; 2010) beläuft sich die normale Flüssigkeitsaufnahme eines 6-12 Monate alten Kindes auf 800-1.000 ml/Tag. Diese hängt von einigen Faktoren ab (Lebensumstände, wie oft gestillt, wie flüssigkeitshaltig ist die Beikost, ...)

Grundprinzipien der Beikost

... sind die Versorgung mit den lebenswichtigen Hauptnährstoffen (Eiweiß, Fett und Kohlenhydrate) und Vitaminen und Mineralstoffen sowie das Kennenlernen verschiedener Geschmacksrichtungen und Konsistenzen. Es ist keine bestimmte Reihenfolge nötig, ebenso ist es veraltet immer nur ein Lebensmittel für eine gewisse Zeit zu geben. Am besten eignen sich frische, natürliche und unverarbeitete Nahrungsmittel in Bio-Qualität. Das dies in der Realität aber nicht für alle Familien machbar ist, muss uns bewusst sein.



© Michaela Achleitner

Unter dem Motto „eat the rainbow“ kann durch Abwechslung der Lebensmittelarten und Zubereitungsarten für das Kind bzw. die ganze Familie ein bunter und gesunder Speiseplan kreiert werden. Es bietet sich an, dem Baby immer 3 oder 4 verschiedene Lebensmittel auf den Teller zu legen. Abgelehnte Lebensmittel sollen immer wieder angeboten werden („mere exposure effect“: bis 8-10x anbieten und kosten eines Lebensmittels kann notwendig sein, ehe dieses vertraut ist und angenommen wird).

Welche Lebensmittelgruppen gehören auf den Speiseplan?

Das Unterteilen der Lebensmittel in Gruppen soll als Orientierung für die Mahlzeitengestaltung dienen und eine ausgewogene Versorgung mit Nährstoffen sicherstellen.

1. Gemüse & Obst

- in Stäbchen, Spalten oder fingerförmig geschnitten und weichgedünstet
- Obst mit ungenießbarer Schale erst gut waschen
- in Teige oder Saucen einarbeiten

2. Getreide & Erdäpfel

- verschiedene Getreidesorten abwechseln, Vollkornprodukte anbieten

- Polenta lässt sich z.B. etwas abgekühlt gut greifen
- klebrigen Reis wählen: Sushi- oder Risottoreis
- oft hohe Salzmenge im Brot, deswegen sparsam anbieten
- Weißbrot wird schnell klebrig, daher schwer zu schlucken
- getoastetes Brot kann meist leichter gegessen werden
- Fusilli- oder Farfalle-Nudeln sind besser zu greifen als z.B. Spaghetti

3. Fleisch, Fisch & Eier

- Fleisch gleich zu Beikoststart anbieten (Eisen und Zink!)
- Rotes Fleisch als lange Streifen, große Stücke (kann dann „gelutscht“ werden) oder Faschiertes
- Geflügel längs, rotes faseriges Fleisch quer zur Faserrichtung schneiden
- Fleisch ist gedämpft weicher als gebraten
- 1x/Woche fettreicher Fisch (Omega 3-Lieferant), 1x/Woche fettarmer Fisch (Jod)
- Eier als Eierspeise, Omelett oder French Toast

4. Milchprodukte

- Kuhmilch, Buttermilch, Joghurt, Frischkäse, Sauerrahm, Schlagobers, ...
- Topfen und Käse wegen hohem Eiweiß- und Salzgehalt nicht geeignet
- Flüssige Milchprodukte können zum Trinken im Becher angeboten, als Dip verwendet oder in Teige eingearbeitet werden

5. Nüsse, Samen & Hülsenfrüchte

- Nüsse sind gute Nährstoff-, Ballaststoff- und Fettquelle
- Sie können gerieben oder als Mus angeboten, sowie in Teigen verarbeitet werden
- Hülsenfrüchte weichgekocht und zerdrückt oder als Bällchen, Laibchen, Eintopf und Suppe anbieten

6. Öle & Fette

- Ausreichende Fettzufuhr (der Bedarf ist bei Kindern erhöht) vorrangig durch pflanzliche Öle und Fette gewährleisten: Nüsse, Samen und daraus hergestelltes Mus, Pflanzenöle
- Omega 3-reiche Öle gezielt

einsetzen: Lein-, Hanf-, Walnuss- und Rapsöl sowie fettreicher Fisch (wichtig für Augen- und Gehirnentwicklung)

In den österreichischen Beikostempfehlungen findet sich keine Angabe für eine optimale Zusammensetzung eines Breis.

Den Beikostweg mittels Baby Led Weaning zu bestreiten, steht die AGES eher kritisch gegenüber, obwohl betont wird, dass es für Kinder, die Brei verweigern, eine Alternative sein kann und sich klassischer Brei und BLW nicht ausschließen. Weiters wird empfohlen auf die individuellen Vorlieben und Bedürfnisse des Säuglings einzugehen.

Ein Mittelweg?

Das BLISS-Konzept (= Baby-Led Introduction to Solids; eine modifizierte Version des BLW) wurde aus einer in Neuseeland durchgeführten Studie heraus entworfen und soll einerseits die Wichtigkeit betonen, dass das beikostreife Kind ausreichend energiedichte und eisenreiche Nahrung aufnimmt, andererseits die Gefahr des Verschluckens minimieren (alles Punkte, die dem klassischen BLW oft angekreidet werden).

Kritische Nährstoffe

Im 2. Lebenshalbjahr kommt es einerseits zu einem steigenden Bedarf an bestimmten Nährstoffen (Eisen, Jod, Vit. B6, Zink, Phosphor, Magnesium und Calcium) gleichzeitig zu einem Leeren der kindlichen Reserven, welche präpartal über die Plazenta aufgefüllt wurden.

1. Körpereigene Speicher und die Muttermilch versorgen das Kind die ersten 4-6 Monate mit **Eisen**, ehe der Bedarf steigt und die Beikost eisenreich gestaltet werden soll.

Eisenquellen:

tierische Lebensmittel: Rind, Schwein, Huhn, Pute, Lachs, Zander
Hülsenfrüchte: Sojabohnen, Kichererbsen, Linsen, weiße Bohnen, Erbsen
Nüsse & Samen: Kürbiskerne, Sesam, Mohn, Pinienkerne, Leinsamen, Pistazien, ...

Getreide: Hirse, Roggenvollkornmehl, Bulgur, Haferflocken, Grünkern, Vollkornteigwaren, Naturreis, ...

Wichtig bei pflanzlichen Eisenquellen ist, diese mit einem Vit. C-reichen Lebensmittel zu kombinieren, um die Eisenaufnahme zu optimieren.

Symptome eines Eisenmangels:

Konzentrations- und Schlafstörungen, „Picky Eating“, Probleme mit gewissen Konsistenzen, Wachstumsstörungen, Augenringe und Blässe (Anämie!), Auffälligkeiten betreffend die kognitive Entwicklung

2. Gute **Zink**quellen sind Rindfleisch, Käse (v.a. Gouda, Emmentaler,

Tilsiter), Bohnen, Linsen, Erbsen, Paranüsse, Erdnüsse, Walnüsse, Kürbis- und Sonnenblumenkerne, Haferflocken.

3. **Jod** kommt in Seefischen (Schellfisch, Seelachs, Kabeljau, Scholle), Milchprodukten, Eiern, Nüssen, Spinat und Brokkoli vor.

4. **Vitamin D** kann bedarfsdeckend nicht über Muttermilch und Ernährung aufgenommen werden, daher ist ein Vitamin D-Supplement bis zum zweiten Frühsommer des Kindes mit 400-800 I.E empfohlen.

Susanne Lachmayr, IBCLC



© Michaela Achleitner

Ernährungstipps

in der Stillzeit: Zwiebel-Brokkoli-Bauchweh

Bauchweh? Oh, wer kennt das nicht! Speziell bei unseren Schwangeren und Stillenden gibt es viele Tipps rund ums Essen. Was entspricht der Wahrheit? Aktuelle Empfehlungen und einige Informationen gab es von Diätologin Verena Heu bei der letzten Stillfachtagung in Salzburg.

Zuerst lassen sich viele unterschiedliche Ernährungsformen erwähnen; von Vegetarier:innen, zu Veganer:innen, bis hin zu Ayurvedaernährung, TCM-Empfehlungen und vielem mehr. Nicht nur Gewohnheiten prägen unsere Ernährung, auch unsere Kindheit hat uns in der heutigen Ernährungsform geprägt. Mit Gepflogenheiten wie z.B. der Vater mag keine Süßspeisen zu Mittag und Mama kochte diese nur, wenn eben jener in der Arbeit war. Hier sieht man schon die kulturellen bzw. demographischen Unterschiede in den Familien und die unterschiedliche Prägungen und Einstellungen zum Essen.

Die weitverbreitete Ernährungspyramide kennt so gut wie jeder, nach vielen Jahren wird auch diese aktuell überarbeitet.

Unsere Kultur hat ebenfalls sehr großen Einfluss auf die Empfehlungen für Schwangerschaft und Stillzeit.

Was sich daraus festhalten lässt ist, dass die Ernährungsepidemiologie dadurch ein furchtbar spannendes Thema ist und gleichzeitig auch zum Haare raufen anregt.

Evidenz der Praxis – Was essen Eltern wirklich?

Eine australische Studie belegt bei einer Teilnehmerzahl von 1262 Eltern, dass 77% der Stillenden ihre Esskultur verändern. Die meisten, mit 79%, verzichten auf Alkohol, aber auch Kaffee mit 44% schlägt zu Buche. Chili, Kohl, Zwiebel, Schokolade, Knoblauch und auch Milchprodukte lassen sich dabei besonders erwähnen. 19% verzichten wie erwähnt auf Milch, jedoch ein Drit-

tel davon ersetzen den Calciumverlust nicht. Als Gründe für den Verzicht dieser Lebensmittel ergeben sich das unruhige Kind, Blähungen bis hin zu Koliken und mit 9% wird das weinende Baby angegeben. Die beteiligten Forscher kamen dabei zu dem Schluss, dass im Zeitraum zwischen der ersten Lebenswoche bis hin zum 9. Lebensmonat, wo der Nährstoffbedarf deutlich erhöht ist, bei den meisten Müttern ein totaler Mangel an Nährstoffen herrscht. Haben frischgebackene Eltern kaum Zeit sich um hochwertige Lebensmittelbesorgungen bzw. -verarbeitungen zu kümmern, so wird das Nährstoffdefizit selten ausgeglichen. Speziell bei magersüchtigen und deutlich mangelernährten Personen muss auf die Nährstoffzufuhr gut geachtet werden, um eine gute Stillbeziehung gewährleisten zu können.

Kuhmilch?

Eine ältere Studie zeigt, dass bei 20 Babys, die vollgestillt wurden und

unter persistierenden Koliken litten, bei einer täglichen Gabe von 600 ml Milch an die Mutter (6 Tage erhielten die Mütter 300 ml Kuhmilch und 300 ml Sojamilch und dann für weitere 6 Tage 600 ml Sojamilch) keine Unterschiede bzgl. Koliken zu verzeichnen waren. Dabei wurde eine normale Ernährung protokolliert.

An Tagen mit viel Obst oder Schokolade hingegen wurde mehr über Koliken berichtet. Aktuell wird empfohlen täglich zwei Hände voll Obst zu essen.

Mütter wählen eine kuhmilchfreie Ernährung meist aufgrund der Symptome des Kindes. Mehr als die Hälfte ersetzt fehlendes Calcium nicht mit anderen Lebensmitteln. Informationen werden heutzutage vermehrt aus dem Internet bezogen und nur rund 12% nehmen fachlich korrekte Unterstützung in Anspruch. So eine andere Studie aus Warschau.

Bei Verdacht auf Kuhmilchproteinallergie wird schon lange diskutiert, ob eine kuhmilchfreie Ernährung den ausschlaggebenden Unterschied macht oder einfach die Veränderung der Ernährungsform der Mutter, da die Mütter meist die gesamte Milch weglassen und so auch keine Laktose mehr bekommen oder steckt doch die

Veränderung des mütterlichen Mikrobioms dahinter. Wir wissen, dass sich nach 2-3 Tage das Mikrobiom bei einer Ernährungsumstellung mitverändert (So auch bei Urlauben!) und über die enteromilären Leitungsbahnen vieles möglich zu sein scheint. Daher dürfte eher das veränderte Mikrobiom der Mutter die Änderung des Mikrobioms des Kindes positiv beeinflussen und so die Koliken reduzieren und die blutigen Stühle beenden.

Es gibt keine Empfehlungen, dass bei Verdacht auf Kuhmilchproteinallergie (bis hin zu blutigen Stühlen) abgestillt werden sollte. Stillen gehört auch hier geschützt. Bei Verdacht sollte die Mutter für 14 Tage Kuhmilch weglassen, am Besten in Begleitung einer fachlichen Expertise, die der Mutter genau sagen kann was sie essen darf bzw. weglassen sollte. Nach Ablauf der 14 Tage gehört nochmal getestet, ob es sich um einen Zufall handelte oder doch um eine bestätigte Allergie. Hierfür sollte die Mutter uneingeschränkt, wie zuvor, zu den Milchprodukten greifen und das Kind beobachten. Kommen die Symptome zurück sollte die Mutter bei der folgenden, längerfristigen Ernährungsumstellung gut unterstützt werden und zusätzlich ein Calciumpräparat aus der Apotheke verschrieben werden. Vitamin D dabei nicht vergessen.

Zusammensetzung der Muttermilch?

Untersucht wurden Mikrobiom, mRNA, Cytokine usw. in Zusammenhang mit dem Risiko für Koliken. Gesamt wurden 182 Kinder in Zeitraum von 1 Monat begleitet und Daten ausgewertet. Muttermilch, bei denen Kinder Koliken zeigten, wies einen deutlich erhöhten Gehalt an Staphylococcus und diversen mRNAs auf. Die Schwere der Symptome war direkt assoziiert mit dem Gehalt an „milk hepatocyte growth factor“, welcher mit den Darmzellen proliferiert.

Bei Koliken des Kindes lässt sich ein Probiotika mit Lactobacillus reuteri empfehlen. Bei einer stattgefundenen Untersuchung zeigte sich eine signifikante Reduzierung der Schreizeit des Kindes um 55 Minuten täglich, bei einer Einnahmedauer von mehr als 21 Tagen. Die Gabe von Fencheltee wurde aufgrund des Estragolgehalts für Schwangere und Stillende deutlich eingeschränkt. Erlaubte Dosis pro Tag ist 0,05 mg Estragol täglich. Für Kinder unter 4 Jahre ist eine Einnahme von Fencheltee nicht empfohlen.

Ina Mayer, IBCLC

abgeschnitten werden (cave: Medizinprodukte dürfen nicht verändert werden, die Sonde wird scharfkantig). Fingerfeeder mit Spritze sind bei größeren Milchmengen und häufigem Einsatz nicht ideal, können jedoch bei kleinen Mengen, wie z.B. bei der Anreicherung mit Fortifiern, sehr praktisch sein.

• Medela SNS alt
besteht aus 3 verschiedenen Schläuchen, einem Silikonplättchen, einem Schraubverschluss mit Klemmmöglichkeit, einen Behälter mit einem Band zum Umhängen und einer Pflasterrolle; die Ventile der Schläuche haben verschiedene Farben zur Unterscheidung der verschiedenen Schlauchlumen - je heller die Farbe, desto schneller der Fluss (transparent = schnell, weiß = mittel, rot = langsam).

Kritik: Silikonplättchen am Schraubverschluss muss trocken sein, ansonsten kann es sich abheben und das System wird undicht; der Schraubverschluss kann leicht überdreht werden. Reinigung: Behälter und Schlauch nach jedem Gebrauch mit heißem Wasser inkl. Spülmittel durchspülen, anschließend mit kaltem Wasser nachspülen und trocknen; einmal am Tag auskochen; in Krankenhäusern gelten eigene Hygienerichtlinien.

• Medela SNS neu
besteht aus nur einem Schlauch (ist dicker, daher mehr Stimulation im Mund) mit Klemme, einer Flasche mit Gummiring und Befestigungsklemme, einem Schraubverschluss und einer Spritze (kann mit Sonde verwendet werden).

Kritik: Gewinde an der Sonde bricht leicht und der Weg zur Flaschenfütterung ist kurz (Calma Sauger ist kompatibel), tropft häufig. Reinigung: Sonde mit Klemme und Spritze darf nicht ausgekocht werden.

• Haaka SNS
besteht aus einem Schlauch mit Rollklemme, einer Flasche, einem Schraubverschluss und einer Reinigungsbürste.

Kritik: Schlauch ist sehr dick, Flasche muss aufrecht platziert werden.

Reinigung: alles darf ausgekocht werden.

• LaktationHub SNS
optisch und in der Handhabung vergleichbar mit Medela alt. Kritik: wird aus Amerika geliefert.

• Self made SNS
Im Workshop wird demonstriert, wie eine Sonde durch ein Flaschensaugerloch gefädelt und anschließend mit der Flasche verschraubt wird. So können, zum kurzfristigen Gebrauch mit herkömmlichen Babyflaschen, Brusternährungssets gebastelt werden.

Fixierung

Das SNS wird mit einer Klemme/einem Band am Körper der Mutter fixiert. Der Schlauch wird so fixiert, dass er die Mamille leicht überragt. Die Fixierung auf der Haut sollte immer mit hautfreundlichem Pflaster erfolgen (z.B. Micropore, Leukopor, Folien), leider kommt es häufig trotzdem zu Hautirritationen. Der Schlauch kann über die Oberlippe, die Unterlippe oder den Mundwinkel des Babys in den Mund eingeführt werden. Bei der Verwendung von Stillhütchen kann der Schlauch über oder unter dem Stillhütchen liegen (um ein Auslaufen der Milch zu verhindern, sollte die Sonde von oben in das Stillhütchen eingeführt werden). Für Geübte ist es möglich, den Schlauch auch ohne Pflasterfixierung im Mund zu platzieren (ev. Sondentiefe markieren). Bei leicht irritierbaren Kindern sollte der Schlauch schon vor dem Andocken fixiert werden. Die richtige Anlegetechnik ist auch beim Stillen mit SNS das A&O.

Anwendung und Klemmzeiten

Es wird empfohlen das SNS 6-8 mal innerhalb von 24 Stunden anzuwenden, jedoch sollten auch SNS-freie Mahlzeiten eingeplant werden. Eine häufige Nutzung des SNS mit geringen Milchmengen erhöht die Chancen auf ausschließliches Stillen.

Der Milchfluss sollte durch Klemmzeiten unterbrochen werden, damit sich das Kind nicht an einen kontinuierlichen Milchfluss wie bei der Flaschenfütterung gewöhnt. Bei einer Stillmahlzeit wechseln sich normalerweise nutritives und non nutritives Saugen ab, wenn möglich sollte das beim Stillen mit dem SNS auch so generiert werden = physiologischer Milchfluss. Oft ist es ideal, wenn das Kind zuerst den MSR auslöst, und dann erst die Klemme für den Milchfluss geöffnet wird.

Wenn ein Kind jedoch häufig mit dem Sauger gefüttert wurde, dann sollte es schneller spüren, dass auch an der Brust Milch fließt. Erfahrungsgemäß können Kinder schlechter entwöhnt werden, wenn die Fließgeschwindigkeit beim SNS nicht reguliert wird.

Wenn ein Kind jedoch häufig mit dem Sauger gefüttert wurde, dann sollte es schneller spüren, dass auch an der Brust Milch fließt. Erfahrungsgemäß können Kinder schlechter entwöhnt werden, wenn die Fließgeschwindigkeit beim SNS nicht reguliert wird.

SNS unterwegs und in der Nacht – was sollte bedacht werden?

- Kann der Schlauch schon vorher angeklebt werden – wie sensibel ist die Haut?
- Abgekochtes Wasser heiß und kalt vorbereiten, Pulver portionieren.
- Stillen im Sitzen ist anfangs leichter, Stillen im Liegen ist etwas für Geübte, Matratzenschutz und mehrere Set sind praktisch (kein Reinigungsnachts).
- Bei Bedarf passende Kleidung für unterwegs auswählen (Sichtschutz).

Beratung und Begleitung

Stillhilfsmittel stellen für viele Eltern eine große Hürde dar und SNS gehören dabei zu den größten Herausforderungen. Anfangs ist alles noch ungewohnt und dauert länger. Mit zunehmender Erfahrung spart die Mutter jedoch Zeit, da Abpumpen und Flaschenfütterung entfallen. Viele Mütter wünschen sich täglichen Austausch, andere sind schnell selbstständig und absolut begeistert.

Häufig erschwert gesellschaftlicher Druck bzw. Druck der Verwandtschaft das entspannte Stillen – speziell für Stillende mit SNS. Diese Mütter profitieren ganz besonders von starken Partnern (Ehemann, Freund, IBCLC ...) an ihrer Seite.

Gudrun Schober, IBCLC

An der Brust

Zufüttern – unterschiedliche Systeme

Zufüttern an der Brust bietet viele Vorteile für Mutter & Kind. Durch die Kombination Stillen und Zufüttern an der Brust, wird die Bindung gestärkt, die Milchbildung optimal unterstützt und das Saugbedürfnis des Babys befriedigt, ohne zu einer Saugverwirrung zu führen.

Corina Zaloha, IBCLC und DKKP sprach in einem Workshop sehr praxisnah über die

unterschiedlichen Brusternährungssets (SNS = Supplement Nursing System) und ihre Erfahrungen.

Mögliche Indikationen für ein SNS

- Inadäquate Gewichtszunahme des Babys
- Saugschwaches Kind (hypotones Baby, Fehlbildungen, Frühchen usw.)
- Relaktation und induzierte Laktation

- Milchmangel
- Übergang von der Flasche zur Brust

Zufütterungssysteme

• Sonde mit Spritze
bietet eine einfache und niederschwellige Art der kurzfristigen Zufütterung. Ideal sind Sonden mit nur einer Öffnung (z.B. ISOSAF Stillsonde). Herkömmliche Magensonden haben zwei Öffnungen und müssten

Brustschmerzen

Das Mammary Constriction Syndrome (MCS) ...

als Ursache einer schmerzenden Brust: Ein osteopathischer Therapieansatz in der Stillberatung

Ein Vortrag von Gabi Andres, IBCLC, Familienpflegefachkraft und Osteopathin aus Deutschland bei der internen Stillfachtagung in Salzburg im Oktober 2024.

Die Ursachen für Brustschmerzen in der Stillzeit können vielfältig sein. Als erste Auslöser für Brustschmerzen am Anfang der Stillzeit stehen Verletzungen der Mamillen und die nicht optimale Anlegeposition, welche sich oft gegenseitig bedingen und somit oft miteinander auftreten. Das zu kurze Zungenband, welches ebenfalls zu verletzten Mamillen führen kann, und Vasospasmus sind weitere Auslöser für Schmerzen in der Brust. Ebenso wie Milchstau und Mastitis, bei denen Verhärtungen tastbar sind und der Schmerz in der Brustdrüse liegt. Milchganginfektionen, wie subakute Mastitis, können ebenfalls starke Brustschmerzen verursachen. Und obwohl bei manchen betroffenen Frauen die Ursachen für Schmerzen in der Stillzeit gefunden und behoben scheinen, kehren sie nach einiger Zeit wieder zurück und die detektivische Arbeit nach der möglichen Ursache geht weiter.

Im Zuge von Recherchen dazu stieß Gabi Andres auf einen Case Report von Edith Kernerman im Journal of Human Lactation (2014) zum Thema „Brustschmerzen beim Stillen“. Der Artikel berichtet darüber, dass Brustschmerzen im Musculus pectoralis major durch angeleitete Massagen aufgelöst werden konnten. Daraus wurde als Ursache der Schmerzen Verspannungen der Brustmuskulatur abgeleitet und das Mammary Constriction Syndrom (MCS) erstmals benannt.

Durch den beim MCS zugrunde liegenden Mechanismus wurde das MCS klinisch in der Nähe des Thoracic Outlet Syndrome (TOS) eingeordnet.

Was ist das Thoracic Outlet Syndrom (TOS)?

Das TOS bezeichnet einen neurovasculäre Enge im Halsbereich. Hierbei ist die Scaleni-Muskulatur betroffen. Nerv und Arterie/Vene verlaufen hier durch einen Raum, der sich bei Verspannungen durch Anspannung oder längerfristige Haltungsänderungen verengen kann und somit eine Durchflussproblematik und in der Folge eine Schmerzproblematik auslösen kann. Ebenso kann dies in der Schulter (clavikuläre Enge) und/oder in der Brust (pektorale Enge), wo von der Arteria subclavia Gefäße zur Versorgung des Brustmuskels abgehen, stattfinden. Betroffene Muskeln sind hier der M. pectoralis major, der M. pectoralis minor und der M. serratus anterior.

In ihrer Abschlussarbeit zur Osteopathin hat sich Gabi Andres weiter mit dem Thema MCS befasst und in der Folge ein eigenes Behandlungskonzept entwickelt. Bei ihrer Literaturrecherche konnte sie feststellen, dass hauptsächlich Material zu TOS aus dem physiotherapeutischen Bereich zur Verfügung steht und auch hier eine eindeutige Diagnosestellung schwierig ist.

Relevante wiederkehrende Hintergründe bei TOS in der Literatur sind

- Körperhaltung → im Alltag (z.B.: „Schildkrötenhaltung“ = Kopf nach vorne), beim Stillen
- Traumata → z.B.: Schleudertrauma etc. führen zu reflektorischer Verspannung in bestimmten Situationen
- Sportarten → wie z.B.: Body Building (M. pectoralis wird bewusst aufgepumpt), Mütter müssen das Baby „stemmen“ und „pumpen“ so den Muskel auf
- „Überkopf-Arbeiten“ → Arm nach oben gelegt z.B.: beim Stillen in Seitenlage
- Schmerz in Arm und Finger → je

nachdem ob Nerven (Kribbeln, Gefühllosigkeit) oder Blutgefäße (Muskelkrämpfe, schnellere muskuläre Ermüdbarkeit, Vasospasmus) betroffen sind

- Psyche

Zur Diagnostik sind bei TOS provokative Tests wenig aussagekräftig. Bei Gabi Andres kommt zur MCS-Diagnose der „Verschiebe-Gleit-Test“ zur Anwendung. Das oben liegende Brustgewebe wird hierbei gegen die unten liegende Brustmuskulatur in verschiedene Richtungen verschoben um Verfestigungen im Gewebe festzustellen

Osteopathisches Behandlungskonzept

Eine osteopathische Behandlung bei TOS/MCS bedarf zuerst einer genauen Anamnese und der Ermittlung möglicher Hintergründe. Durch die Entspannung der Muskulatur und einem verbesserten Zu- und Abfluss von Blut und Lymphe soll das Schmerzgeschehen verringert werden. Untermauert wird dieser Behandlungsansatz auch durch den Artikel „Ultrasonic-Guided Osteopathic Manipulative Treatment for a Patient with TOS“ von B.M. Sucher im Journal of the American Osteopathic Association (Sept. 2011) indem B.M. Sucher unter Ultraschallbeobachtung dargestellt hat, wie durch osteopathische Manipulation mittels Fingerdruck der Brustmuskel M. pectoralis minor wieder gestreckt werden konnte.

Der Behandlungsplan bei Gabi Andres sieht folgendermaßen aus:

1. Anamnese mit Schmerzangabe (1-10)
2. Inspektion
3. Verschiebe-Gleit-Test
4. Allgemeine Mobilisation des oberen Schulterbereichs (General Osteopathic Treatment, GOT)
5. Myofasziale Freisetzung der betroffenen Muskulatur in Anlegung an B.M. Sucher (sternförmig durchgeführt)

6. Osteopathische Lymphtechniken für den oberen Brustkorb
7. Erneuter Verschiebe-Gleit-Test um den Behandlungserfolg zu evaluieren

Prinzipiell erfolgt die Massage unter dem Drüsengewebe. Sie kann in Rückenlage, aber auch in Seitenlage, im Sitzen und im Stehen erfolgen. Bei der, von der Patientin selbst durchgeführten, Lymphmassage liegen die Finger dabei auf dem sternalen Bereich und die Daumen unter der Achsel, die Massage erfolgt in rhythmischen Bewegungen.

Ergebnisse des Behandlungskonzeptes

- Ca. 25 Frauen wurden auf MCS diagnostiziert und behandelt
- Eine bessere Durchblutung stellte sich ein, im Falle eines mitauftretenden Vasospasmus konnte auch hier eine gelegentliche Besserung erreicht werden
- Durchgängig kam es zu einer Erleichterung bzw. zu einem veränderten Gefühl nach Behandlung
- Das erste Stillen nach der Behandlung war überwiegend schmerzfrei bzw. deutlich verbessert
- Bei Wiederauftreten der Schmerzen, ist eine erneute Behandlung erforderlich
- Selbstmassagen und Dehnübungen bleiben auch nach der Behandlung sinnvoll

Was können Stillberater:innen tun?

Zuerst ist es wichtig zu wissen, dass die Schmerzen bei MCS erst nach dem Stillen auftreten (Ausnahme: bei begleitenden zusätzlichen anderen Problemen). Das Schmerzbild bei MCS kann von den betroffenen Frauen als Pochen, Brennen, scharf, schießend, wie „Feuerameisen“, distelartig, stechend rund um die Mamille, wie Feuer, Säure, Scherben in der Brust, stechend nach innen in die Brustwarze ziehend, schnurartig rund um den Brustkorb beschrieben werden. Es treten möglicherweise Symptome wie Nacken- und Schulterschmerzen, Kieferknirschen, eingeengtes Atmungsgefühl, Gefühl der Instabilität im oberen Brustkorbbereich und ausstrahlende Schmerzen

in den Arm auf. Beobachtungen wie schlechterer Milchfluß, verändertes Trinkverhalten des Kindes, Vasospasmus, leicht ödematöse Bereiche um die Brustwarze können hinzukommen.

Anamnese-Zusammenfassung

- Gesamteindruck
- Inspektion in verschiedenen Ansichten (Vorder-, Rücken- und Seitenansicht)
- Mamillen- und Brustform
- Tastbefund und genaue Schmerzschilderung
- Evaluation einer Stillmahlzeit mit Blick auf die Haltung
- Schmerzen: Seit wann besteht der Schmerz? Ist er immer und in gleicher Intensität vorhanden? Wie äußert sich der Schmerz? Wie stark ist er (1-10) und wie lange hält er an? Ist er abhängig von der Tageszeit?

Weitere wichtige Fragen sind

- Was haben sie schon probiert? Gibt es Dinge (z.B.: Wärme/Kälte) welche die Situation verbessern?
- Wurden schon Kinder gestillt, wie war hier die Erfahrung?
- Wie waren Schwangerschaft und Geburtsverlauf?
- Hat es im Vorfeld schon bekannte skelettale und/oder muskuläre Probleme gegeben?
- Gab es Unfälle, Operationen?
- Wurde Sport oder eine bestimmte Sportart vor der Schwangerschaft betrieben?
- Was wurde beruflich gemacht?
- Besteht aktuell oder im Vorfeld Medikamenteneinnahme?

Neben der korrekten Anlegeposition des Babys ist immer auch auf die entspannte Stillhaltung der Mutter (Kopfhaltung, Schultern, Ellbogen, Füße) zu achten und darauf aufmerksam zu machen (auch wenn das Baby gut stillen kann).

Und nicht zu vergessen: die Psyche, welche zu Verspannungen und somit auch zu MCS führen kann. Jean Pierre Barral und Cobier beschreiben in ihrem Buch „Manipulation viszerale Gefäße: Osteopathie in Theorie und Praxis“ (S. 125, 2011) ein Verschließen der Thoraxöffnung durch Muskelspasmen, wobei

der Brustkorb den Raum symbolisiert, den die eigene Persönlichkeit einnimmt und damit für die Öffnung bzw. Einstellung gegenüber der Außenwelt steht.

Herausforderungen in der Anleitung bestehen einerseits in der Information zum tieferen Verständnis der betroffenen Mütter, damit sie merken, wo ihr Problem liegt und andererseits in der Motivation zu anhaltenden Massagen und Übungen auch wenn der Schmerz nicht mehr auftritt.

Motivation und Anleitung – Wie geht das?

1. Informieren und Erklären
2. Evtl. die Mutter selbst die Brustmuskeln tasten und Schmerzpunkte finden lassen
3. Übungen zeigen, im Anschluss die Mutter anleiten und beobachten
4. Massagen zeigen und die Hand der Mutter ggf. dabei führen
5. Die Mutter auffordern Notizen zu machen
6. Festes Zeitfenster zum Telefonieren bzgl. Evaluation ausmachen

Übungen

- Dehnung der Pectoralis-Muskulatur (Arm einseitig an der Wand, Arme beidseitig im Türrahmen bzw. alternativ in einer Zimmerecke – kein Hohlkreuz, ev. Schrittstellung)
- zur Ausdehnung des gesamten Oberkörpers (knieend mit Armen auf Hocker) Dehnung der Serratus Anterior Muskulatur (stehend mit seitlicher Neigung, Streckung und Beugung eines Armes über den Kopf)
- Verstärkte Dehnung durch postisometrische Dehnung (Wie bei erster Übung im Türrahmen mit Druck und Entspannung)
- Schnelldurchgang einer Mobilisationsdehnung für den oberen Brustwirbelbereich (Schulterkreisen, Schultern hochziehen, Schultern nach hinten unten ziehen, Finger hinter dem Rücken verschränken)

Und Massagen der Pectoralis- und der Serratus Anterior- Muskulatur nach Edith Kernerman.

Zusammengefasst von
Eva Maximiuk, IBCLC

Herausforderungen

in der Stillberatung individuell begegnen

Workshop mit Márta Guóth-Gumberger bei der internen Stillfachtagung in Salzburg im Oktober 2024

Bereits beim Sammeln der Herausforderungen in der Stillberatung der einzelnen Teilnehmerinnen stellte sich heraus, dass es viele verschiedene Herausforderungen gibt. Obwohl es individuell sehr unterschiedlich ist, was als Herausforderung gesehen wird, konnten sich die Teilnehmerinnen sehr gut in die Problemstellungen hineinendenken und gemeinsam über mögliche Lösungsansätze nachdenken.

Die Herausforderungen konnten in drei Bereiche gegliedert werden: Herausforderungen der Beratungssituation, emotionale und sachliche Herausforderungen.

Beratungsherausforderungen

- Beratungen bei Freund:innen und Familie
- Beratungen bei Kolleg:innen und Ärzt:innen
- Eltern ohne Wissen
- Eltern, die schon „alles“ gehört haben und nichts annehmen
- Wunsch nach klarem Fahrplan ↔ „jede/jeder sagt was anderes“ ↔ Flexibilität des Fahrplans

- gesellschaftliche Situation der Schnelllebigkeit, „alles muss einfach sein“
- Kommunikation mit Ärzt:innen, Hebammen bei späteren Beratungen
- Kontroverse mit Ärzt:innen bzgl. Narkose, Abstillmedikation etc.
- Unterschiedliche Finanzierung der Beratung
- Kurze Verweildauer im Krankenhaus
- Lange Verweildauer im Krankenhaus → Motivation sinkt
- Väter („Frau ist so erschöpft“) und Familienzimmer
- Sprachbarriere
- Zeitliche Ressourcen
- Super informiert ohne Realitätsbezug
- Prioritäten setzen können
- Identitätsverlust durch Geburt

Sachliche Herausforderungen

- Induzierte Laktation
- Allergie auf Silikon
- Rezidivierender Milchstau
- Angst der Mutter zu Hause zurechtzukommen

Emotionale Herausforderungen

- Angst der Mutter „Ist das Kind sicher?“
- Mutter hat andere Vorstellungen als ich (die beratende Person)
- Mutter hat keine realistische Vorstellungen
- Umgang mit Tod, Trauer zulassen, Mutter keine Entscheidungen wegnehmen
- Fetozid

Handlungsoptionen

wenn sich in der Beratungssituation negative Gefühle bei der beratenden Person einstellen: Bei einem Unwohlsein stellt sich immer die Frage, wodurch dieses Gefühl ausgelöst wird

(„Was triggert mich hier und jetzt in dieser Situation?“, „Kenn ich das?“). Eine kurze Unterbrechung (Lüften, Hände waschen, etc.) verschafft eine Pause zum Hinterfragen der eigenen Gefühle. In der weiteren Beratung sind dann Tools wie Wiederholen des Gesagten, Spiegeln der Situation, Benennen von Gefühlen hilfreich, um danach gemeinsam nach Lösungen suchen zu können.

Mögliche Fragen an die Mutter in der Behandlungssituation am Beispiel „Mutter möchte schlafen, Baby möchte clustern“: „Sie sind erschöpft?“ „Es ist Ihnen zu viel?“ „Brauchen Sie Zeit für sich?“ „Was wäre Ihnen jetzt im Moment das Wichtigste?“ (= Kurzfrage nach der Motivation), „Sie möchten, dass ich die Entscheidung treffe?“

Mögliche Fragen zum Handlungsablauf an mich (die beratende Person) selbst in der Beratungssituation:

- Wie kann man damit umgehen?
- Was fühle ich?
- Welche Gedanken kommen mir?
- Was könnte ich sagen?
- Was könnte ich tun?

In nicht akuten Situationen hat sich auch folgendes Beratungsprinzip-Prinzip bewährt: „kleine Aufgaben geben → auf Reaktion warten → nächste Aufgabe geben → und immer so weiter“. So können Aufgaben und Informationen besser aufgenommen werden und die Beratung kann individuell optimal angepasst erfolgen.

Zusammengefasst von
Eva Maximiuk

Wir freuen uns über Artikel, Themenvorschläge und Termininfos aus allen Bundesländern:

Mail an: redaktion@stillen.at

Nächster Redaktionsschluss:
17.3.2025

Aktuelles

aus der Welt des Stillens



© Fotos VSLÖ

Generalversammlung des VSLÖ

Der Jahresrückblick und die Generalversammlung des VSLÖ auf der diesjährigen Stillfachtagung in Salzburg waren ein bedeutender Moment für den Verein.

Im Jahr 2024 konnte der VSLÖ nicht nur mit einer Vielzahl von Veranstaltungen aufwarten, sondern auch einen wichtigen Meilenstein erreichen: Die Mitgliederzahl überschritt die Marke von 500 – ein Zeichen für das wachsende Netzwerk. Damit stellt sich der VSLÖ als starke Vertretung der IBCLC Stillberater:innen in Österreich auf.

Mit insgesamt 540 aktiven IBCLCs im Land ist der VSLÖ stolz auf die engagierte und kompetente Gemeinschaft von Stillberater:innen, die einen wertvollen Beitrag zur Stillförderung leisten.

Im Rahmen der Generalversammlung auf der Stillfachtagung in Salzburg wurden mehrere langjährige Vorstandsmitglieder verabschiedet: Gudrun Böhm, Christiane Braumann, Andrea Hemmelmayr und Elisabeth Schlögl. Der Verein dankt ihnen herzlich für ihren engagierten und inspirierenden Einsatz, der maßgeblich zur Stillförderung in Österreich beigetragen hat.

Nach der Verabschiedung des alten Vorstandes bleiben Elisa Steiner, Gabi Flaschberger, Ingrid Kruttner und Anita Schoberlechner dem neu gewählten Vorstand weiterhin treu und setzen ihre wertvolle Arbeit fort.

Neu in den Vorstand gewählt wurden: Dr. Lukas Wisgrill, Mag.^a Yvonne Gruber-Traxler und Verena Burgstaller. Diese neuen Vorstandsmitglieder werden den VSLÖ künftig mit frischen Impulsen und neuen Perspektiven bereichern.



Ein wichtiges neues Projekt des VSLÖ ist die Arbeitsgruppe Politische Arbeit & Stillförderung, die sich künftig verstärkt für die Anliegen der IBCLCs einsetzen und die politische Vernetzung vorantreiben wird. Sie wird sich zudem intensiv mit der Förderung des Stillens auf politischer Ebene beschäftigen und für eine stärkere Stillförderung in Österreich eintreten.

Zudem sucht der VSLÖ aktiv nach weiteren ehrenamtlichen Mitstreiter:innen für die verschiedenen Teams, darunter das PR-Team, Redaktionsteam sowie das Webinar-Technik- und Fortbildungsteam, um weiterhin die Qualität und Reichweite der Arbeit des VSLÖ zu steigern. Wer Interesse an einer ehrenamtlichen Mitarbeit hat, ist herzlich eingeladen, sich zu engagieren!

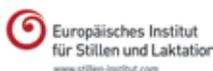
Mit einer starken Mitgliederbasis und einem dynamischen Vorstand blickt der VSLÖ mit Zuversicht auf die kommenden Jahre und setzt seine Arbeit zur Stillförderung und Unterstützung der Stillberater:innen in Österreich fort.





VSLÖ-Termine

10. - 11.10.2025 – Stillkongress Linz



Fortbildungstermine EISL-Österreich für Winter 2024

Basisseminare ÖSTERREICH

Stillzeit Innsbruck 2025 (in Kooperation mit der azw:academy Tirol):

Teil 1: 04.02. – 05.02.2025, Teil 2: 05.03. – 06.03.2025,
Teil 3: 07.05. – 08.05.2025

Stillbeginn Salzburg I 1. Halbjahr 2025

(in Kooperation mit dem Bildungszentrum des SALK):

Teil 1: 13.02. – 14.02.2025, Teil 2: 13.03. – 14.03.2025

Stillbeginn Wien 2025:

23.06. – 26.06.2025

Stillzeit Steiermark 2025:

Teil 1: 21.05. – 23.05.2025, Teil 2: 16.06. – 18.06.2025

Stillzeit Wien 2025:

Teil 1: 24.09. – 26.09.2025, Teil 2: 10.10. – 24.10.2025

Stillbeginn Graz/Ragnitz 2025

(in Kooperation mit der Privatklinik Graz Ragnitz):

Teil 1: 10.10. – 11.10.2025, Teil 2: 28.10. – 29.10.2025

Stillwissen online für Ärzt:innen (1-tägig)

07.12.2024, 22.03.2024

Seminarreihe KOMPAKT Innsbruck 2025 (für Ärztinnen/Ärzte und Apothekerinnen/Apotheker)

Seminar 1: 21.02. – 23.02.2025 / Seminar 2: 25.04. – 27.04.2025

Online Tag wahlweise: 10.03.2025, 14.00 – 19.00 Uhr
oder 01.04.2025, 09.00 – 14.00 Uhr

Seminarreihe INTENSIV 2025/2026 – Qualifikation für IBCLC (Österreich)

Seminarreihe INTENSIV Gröbming 2025/2026

(Warteliste bereits eröffnet)

Seminar 2: 01.10. – 04.10.2025 Gröbming

Seminar 3: 20.01. – 23.01.2026 Gröbming

Seminar 4: 15.04. – 18.04.2026 Gröbming

Online-Tag 1: 18.11.2025 / Online-Tag 2: 03.03.2026

Seminarreihe INTENSIV Innsbruck 2025/2026

Seminar 2: 01.12. – 04.12.2025 Innsbruck

Seminar 3: 25.02. – 28.02.2026 Innsbruck

Seminar 4: 19.05. – 22.05.2026 Innsbruck

Online-Tag 1: 19.01.2026

Online-Tag 2: 17.03.2026

Fachtagung Online 2025 in Planung

WebSeminare

02.12.2024: Stilldialog – Kollegialer Fach-Austausch

27.01.2025: Studien verstehen und interpretieren – eine nützliche
Fähigkeit in der Stillberatung

19.02.2025: D-Mer: Alles rund um den dysphorischen Milchspendereflex

30.04.2025: Pharmakologie und Toxikologie

Brush-Up Kurse Österreich

13.05. – 14.05.2025 Gröbming / 18.08. – 19.08.2025 Online

EISL-Kliniks Schulungen

Aktuell, evidenzbasiert, praxisorientiert, motivierend, mit nachhaltigem
Lernerfolg

Nach Bedarf Ein-/Mehrtägig: Update- Seminare, Personalschulung
„Babyfreundlich“/„Baby-friendly Hospital“, Team- und Prozessbegleitung,
Seminar für Ärztinnen/Ärzte, Spezielle Schulungen (Kinderstation,
Kinderintensiv oder Frühgeborenenstationen)

→ Eine durchgehende EISL-Kliniks Schulung mit Basisinhalten im Umfang
von mind. 21 h à 60 Min. kann als Seminar 1 (Basisseminar) der
Seminarreihe INTENSIV angerechnet werden

Anmeldung & Information für Kliniks Schulungen in Österreich:

Eli Candussi, IBCLC: eisl.kliniks schulungen.oesterreich@stillen-institut.com



Seit April 2024 sind unsere VSLÖ-Stillvideos „Richtig stillen von Anfang an“ nun zum Gratis-Download auf unserer Homepage www.stillen.at bereitgestellt.

Ziel der Lernvideos ist es Informationen zum Stillen für alle, die sich für das Stillen interessieren, sowohl für (werdende) Eltern, als auch für Fachpersonal, in anschaulicher, kompakter Form zu vermitteln. Die werbefreien Videos wurden nach den aktuellen Österreichischen Stillempfehlungen und in Absprache mit der ÖGKJ, AGES und EISL erstellt. Sie bieten in einfacher Sprache, mit eindeutigen Formulierungen und klaren Bildern Informationen zu Stillbasics, Stillpositionen und den häufigsten Fragen zum Stillen. Alle Videos sind zum besseren Verständnis mit Untertiteln versehen. Folgende fünf Videos mit einer Gesamtspieldauer von 18min 45sec sind verfügbar: Video 1 „Stillbasics“, Video 2 „Brustmassage“, Video 3 „Stillpositionen“, Video 4 „Warum ist mein Baby so unruhig?“, Video 5 „Reif für die Beikost“ und dem Gesamtvideo Video 6 „Richtig stillen von Anfang an“.

Um unsere Lernvideos noch besser und einfacher weiterempfehlen zu können, gibt es jetzt Kärtchen im Visitenkartenformat mit QR-Code direkt zu den Stillvideos. Sie sind kostenfrei (ausgenommen der Versandgebühr) im VSLÖ-Shop (www.stillen.at) zu 50-Stück-Einheiten erhältlich. Auf der Rückseite befindet sich zusätzlich ein QR-Code zur IBCLC-Suche in Österreich.

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!