

ALLER Anfang

01 2025

MAGAZIN FÜR NEONATOLOGISCHE
INTENSIVMEDIZIN UND GEBURTSHILFE

Ersthelfer gesucht!

Klinische Wege für eine proaktive
Laktationsunterstützung

Abpumpen: Die nächste Generation

Magic InBra™

Sich gut kümmern

Wissenschaftlich fundierte
Stilllösungen

medela 

Turning Science into Care

Dem Stillen gewidmet

Seit über 60 Jahren engagiert sich Medela für die Förderung des Stillens und der Laktation durch Wissenschaft, Forschung, Aufklärung und innovative Lösungen. Um diesen Fokus zu stärken und die Übereinstimmung mit dem Internationalen Kodex für die Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sicherzustellen, hat Medela grundlegende Änderungen an seinem Portfolio vorgenommen.



Mit Wirkung zum 1. Juli 2025 hat Medela die weltweite Produktion und den Vertrieb von Babyflaschen, Saugern und Schnullern eingestellt, nachdem sämtliche Marketing-Aktivitäten bereits im Juni 2023 beendet wurden. Diese Schritte spiegeln unser festes und langfristiges Engagement für die Einhaltung der Grundsätze des WHO-Kodex sowie den Schutz und die Förderung des Stillens weltweit wider.

Diese Entscheidung, die vom Vorstandsvorsitzenden Michael Larsson und dem CEO Thomas Golücke geleitet wurde und vom Vorstand und der Unternehmensleitung vollumfänglich unterstützt wird, unterstreicht Medelas Mission, sich weltweit für das Stillen einzusetzen. Indem wir Produkte aus dem Sortiment nehmen, die möglicherweise in den Geltungsbereich des WHO-Kodex fallen, stärkt Medela seine Zusammenarbeit mit den Bereichen Forschung, Stillen und Laktation.

Wir stärken und unterstützen Mütter, Familien und medizinische Fachkräfte

Unser Schwerpunkt liegt auch weiterhin darauf, Familien beim Stillen weltweit zu unterstützen und dafür zu sorgen, dass jeder Säugling Zugang zu Muttermilch bekommt – der bestmöglichen Ernährung für einen gesunden Start ins Leben. Dieses Ziel verfolgen wir mit Entschlossenheit, Sorgfalt und Hingabe. Als Teil dieses Engagements unterstützen wir medizinische Fachkräfte, Mütter und Familien mit neuen Erkenntnissen aus der Laktations- und Stillforschung, Aufklärung zu diesem Thema und innovativen Lösungen für das Abpumpen von Muttermilch und die Brustpflege. Mit diesen Bemühungen möchten wir das Stillen unterstützen, schützen und fördern und gleichzeitig Herausforderungen angehen, wie den Aufbau einer vollständigen Milchproduktion und das erfolgreiche direkte Stillen.



Erfahren Sie mehr über unser Bekenntnis zum WHO-Kodex, die strategischen Gründe für diese Entscheidung und die Meilensteine bei unserem Übergang.

Inhalt

02 Dem Stillen gewidmet

Vollständig dem WHO-Kodex verpflichtet

04 Ersthelfer gesucht!

Klinische Wege für eine proaktive Unterstützung der Laktation

14 Die Magie entdecken

Wir stellen die nächste Generation der persönlichen Milchpumpen vor

18 Sich gut kümmern

Ein kurzer Leitfaden zu wissenschaftlich fundierten Stilllösungen

Medela Deutschland & Österreich
Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG,

Postfach 1148, 85378 Eching, Deutschland
Tel. +49 89 31 97 59 0, Fax +49 89 31 97 59 9
info@medela.de, www.medela.de

Geschäftsführer und Herausgeber:
Thomas Golücke, Gerald Hübner

Redaktion und Text:
Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG
Gestaltung: www.ruheundsturm.de, München
Druck: innoKART GmbH, Lindberghstr. 15, 80939 München
Bildquellen: Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG; Adobe Stock: 306877583, 430354398, 441151372, 550895316, 168123422, 21748861, 251572501

Aufruf an Ersthelfer

Klinische Wege für eine proaktive Unterstützung der Laktation

Die Stillraten sind weiterhin nicht optimal, da weniger als 50 % der Säuglinge während der ersten sechs Monate ausschließlich mit Muttermilch ernährt werden.¹ Zwar gibt es viele Faktoren, die dazu beitragen, doch eine kürzlich abgehaltene internationale Diskussionsrunde von Hebammen unter der Leitung einer promovierten Stillberaterin kam zu dem Ergebnis, dass für die Verbesserung des kurzfristigen ausschließlichen Stillens und der langfristigen Stilldauer das frühzeitige Erkennen und Behandeln spezifischer Risikofaktoren bei Mutter und Kind von entscheidender Bedeutung ist. Sie identifizierten die wichtigsten Risikofaktoren, welche die normale physiologische Laktation stören können² und entwickelten klinische Leitlinien, um medizinische Fachpersonen bei der Stillunterstützung und -betreuung von Familien anzuleiten.³

1 Eine Lücke in der Beratung

Sicherzustellen, dass Mütter und Säuglinge ihre persönlichen Stillziele erreichen können, ist das Kernstück der postnatalen Betreuung, doch angemessene Protokolle zur Anleitung von medizinischen Fachpersonen sind nicht selbstverständlich. Derzeit stehen klinische Leitlinien zur Verfügung, um gesunde stillende Mütter bei der Entwicklung einer optimalen Muttermilchproduktion zu unterstützen.⁴⁻⁶ The World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation) hat klinische Leitlinien für die Versorgung kleiner, kranker und frühgeborener Neugeborener herausgegeben⁷ und das Spatz 10-Stufen-Modell⁸ zur Förderung und Sicherung der Muttermilch für gefährdete Neugeborene wurde international umgesetzt. Dies hat zu hervorragenden klinischen Ergebnissen geführt. Mütter mit bekannten Stillrisikofaktoren, die vermutlich gesunde Neugeborene zur Welt bringen, können jedoch weiterhin einem hohen Risiko ausgesetzt sein, keine ausreichende Milchmenge zu erreichen. Dies liegt daran, dass sie in den aktuellen Krankenhausprotokollen oft übersehen werden. Beispielsweise bestätigte eine kürzlich durchgeführte Querschnittsstudie⁹ dass die Stillbeginn- und Stillfortführungsquoten bei späten Frühgeburten mit Muttermilch 12 Wochen

nach der Geburt deutlich niedriger waren als bei Säuglingen mit anderem Gestationsalter. Bis heute existieren keine veröffentlichten klinischen Praxisleitlinien, die sich speziell mit der Versorgung von Müttern befassen, bei denen Risikofaktoren für einen physiologischen Stillprozess bekannt sind oder die während ihres Krankenhausaufenthalts Probleme beim Stillen haben. Infolgedessen erhalten diese Mütter möglicherweise nicht die notwendige Stillunterstützung, die sie benötigen, um innerhalb des kritischen Zeitfensters die sekretorischen Aktivierung und damit erforderliche Milchmenge zu erreichen. Um diese Mütter von Anfang an zu identifizieren und zu unterstützen, sind personalisierte Stillpläne erforderlich. Ein reaktiver Ansatz, bei dem nur dann eingegriffen wird, wenn Probleme auftreten, ist nicht erfolgreich, da sich eine verzögerte sekretorische Aktivierung auf den gesamten Stillverlauf auswirken kann. Eine verzögerte sekretorische Aktivierung nach mehr als 72 Stunden postpartal steht in Zusammenhang mit einem übermäßigen Gewichtsverlust des Neugeborenen, einem suboptimalen Stillverhalten am 7. Lebenstag, einem erhöhten Zufüttern mit Säuglingsnahrung sowie einer insgesamt verkürzten Stilldauer.¹⁰⁻¹⁴

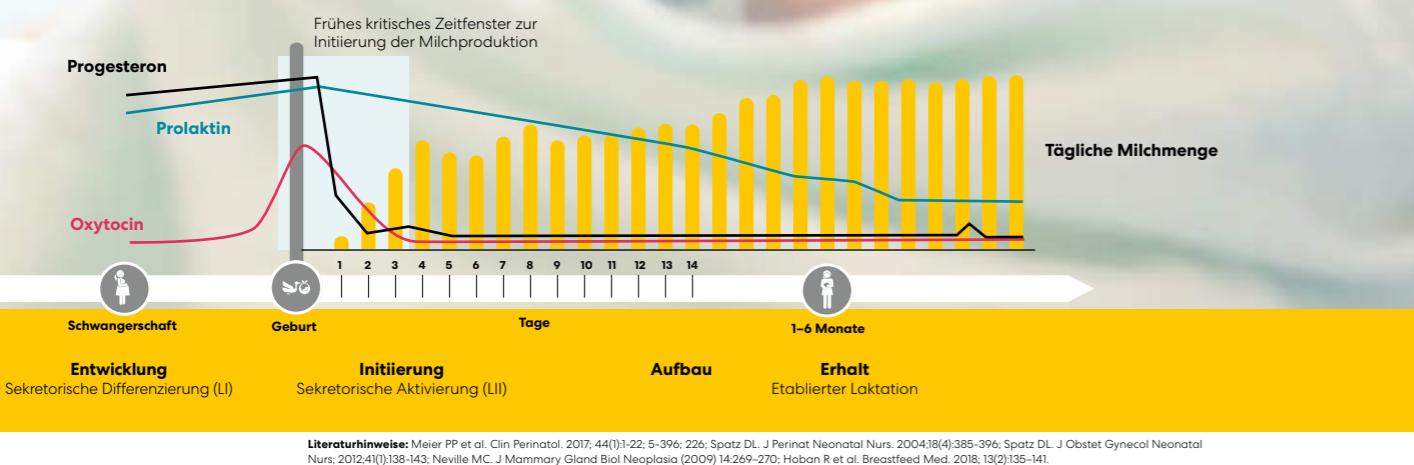


„Abwarten“
ist keine Option!

Bei Frauen mit verzögelter sekretorischer Aktivierung ist die Wahrscheinlichkeit, 4 Wochen nach der Geburt abzustillen, um 60 % erhöht.¹⁵

Nutzen des **kritischen Zeitfensters**

Hormonelle Veränderungen nach der Geburt sind zusammen mit einer frühzeitigen und wirksamen Stimulation der Brüste entscheidende Faktoren für eine erfolgreiche sekretorische Aktivierung.



2 Eine Frage des Timings

Die ersten zwei Wochen nach der Geburt entscheiden darüber, ob eine gute Milchproduktion aufgebaut und langfristig aufrechterhalten werden kann, aber es ist ein noch kürzerer Zeitraum – die ersten 72 Stunden – in dem die Laktation erfolgreich eingeleitet werden kann. Der Grund für dieses kritische Zeitfenster ist eine Veränderung in der Entwicklung der Brustdrüse, die durch hormonelle (endokrine) Kontrolle gesteuert wird und in den ersten Tagen nach der Geburt zu recht dramatischen Veränderungen führt. Während der Schwangerschaft beginnt die Milchsekretion etwa in der 20. Woche, doch unterdrücken hohe Progesteronwerte die vollständige Milchproduktion bis nach der Geburt, wenn hormonelle Veränderungen die sekretorische Aktivierung auslösen.^{16,17}

Nach der Geburt kommt es zu einem raschen Abfall des Progesteronspiegels, der durch den vollständigen Abgang der Plazenta begünstigt wird. Sobald der Progesteronspiegel sinkt, kann Prolaktin die sekretorische Aktivierung fördern. Es unterstützt den Zusammenschluss der Laktotropon-Tight-Junctions, wodurch die Milch im Inneren der Alveolen gehalten wird und nicht durch den parazellulären Raum austritt. Jedes Stillen oder Abpumpen, jede regelmäßige Stimulation der Mamille oder Areola durch Stillen oder

Abpumpen sendet die Botschaft an das Gehirn der Mutter, „Prolaktin zu produzieren“.¹⁷ Auch Oxytocin spielt hier eine Rolle. Nach der Stimulierung der Kontraktionen während der Geburt bleibt es in den ersten Tagen hoch, um die anschließende Interaktion beim Stillen vorzubereiten. Oxytocin wird während des Stillens wellenartig ausgeschüttet und ist entscheidend für die Freisetzung der verfügbaren Milch (Milchspendereflex) im ganzen Verlauf der Laktation.

Daher sind während dieser Zeit eine regelmäßige Stimulation und eine effektive Milchentnahme unerlässlich, um die Milchproduktion der Mutter anzuregen. Risikofaktoren – seien sie auf hormoneller oder drüsenspezifischer Basis oder auf eine unzureichende Milchentnahme aufgrund von Saugschwierigkeiten des Säuglings zurückzuführen – können diesen Prozess stören und müssen proaktiv identifiziert und behandelt werden. Aus diesem Grund ist die Unterstützung und Vorbereitung werdender Mütter während der Schwangerschaft – durch die Identifizierung potenzieller Risikofaktoren für die Laktation und die Entwicklung von Stillplänen zur rechtzeitigen sekretorischen Aktivierung – die Voraussetzung für einen langfristigen Stillerefolg.

Die Unterstützung beim Stillen muss bereits **während der Schwangerschaft beginnen**

Prof. Viktoria Vivilaki, Präsidentin des Europäischen Hebammenverbandes, ist eine starke Befürworterin von Diskussionsforen und fordert erneut eine proaktive Unterstützung beim Stillen. Ihre Erwartungen für die Zukunft sind klar.

Warum ist eine proaktive Laktationsunterstützung so wichtig?

Ein proaktives Stillmanagement spielt eine wesentliche Rolle im Hinblick auf den Erfolg des Stillens. Eine frühzeitige Einweisung und strategische Unterstützung in Geburtszentren und Entbindungskliniken haben einen erheblichen Einfluss auf die langfristige Milchproduktion und das Selbstvertrauen der Mütter. Angesichts der rückläufigen Stillraten in einigen europäischen Ländern ist ein evidenzbasierter Rahmen zur Verbesserung der perinatalen Versorgung von entscheidender Bedeutung.

Wann sollte die Unterstützung beginnen?

Die Unterstützung beim Stillen muss bereits während der Schwangerschaft und unmittelbar nach der Geburt beginnen. Sie sollte ein fester Bestandteil der perinatalen Versorgung sein und keine optionale Leistung. Es ist wichtig, realistische Erwartungen zu setzen und Bedenken anzusprechen. Die von uns vorgestellten Empfehlungen unterstreichen die Bedeutung einer strukturierten, proaktiven Beratung, um frühzeitige Stillprobleme zu vermeiden, insbesondere bei Müttern, bei denen das Risiko einer verzögerten Laktogenese II besteht. Dieser Ansatz reduziert die Häufigkeit des unnötigen Zufütterns und erhöht den Erfolg des Stillens.

Wie sollten Hebammen die Empfehlungen in der täglichen Praxis umsetzen?

Hebammen spielen eine wichtige Rolle bei der Laktationsunterstützung. Die Umsetzung umfasst eine routinemäßige Stillberatung, um standardisierte, evidenzbasierte Praktiken sicherzustellen, sowie eine praktische Unterstützung in den ersten Stunden nach der Geburt, um ein optimales Anlegen und Positionieren zu gewährleisten. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus muss auch eine engmaschige Nachsorge durch Hebammen sichergestellt werden. Hier ist die Zusammenarbeit zwischen Fachkräften entscheidend. Wir müssen zusammenarbeiten, um „Risikomütter“ frühzeitig zu identifizieren und sicherzustellen, dass sie umgehend und kontinuierlich Unterstützung erhalten.

Prof. Viktoria Vivilaki
Präsidentin des
Europäischen
Hebammenverbandes



Zögern Sie nicht – gehen Sie voran!

Unabhängig davon, welcher Risikofaktor identifiziert wurde, kann der Wechsel von einem reaktiven zu einem proaktiven Ansatz bei der Laktationsunterstützung nur von Vorteil sein.

99

3 Richtig einschätzen

Bei der Betrachtung von Risikofaktoren unterscheiden Experten zwischen bereits bestehenden mütterlichen Risikofaktoren und solchen, die während der Geburt auftreten oder speziell den Säugling betreffen. Bei einigen Müttern kommt es aufgrund häufiger, oft nicht veränderbarer Risikofaktoren wie Diabetes¹⁸⁻²⁰, einem hohen BMI²¹⁻²⁴, polyzystischem Ovarialsyndrom (PCOS)^{25,26}, einer verlängerten Wehenphase²⁷⁻²⁸, einem Kaiserschnitt^{29,30}, oder einer postpartalen Blutung^{31,32} zu einem langsameren Einsetzen der Laktation. Diese Faktoren können die sekretorische Aktivierung verzögern und das Erreichen des kritischen Milchvolumens von 500 ml/Tag bis zum 14. Tag^{33,34} erschweren. Wenn die Risikofaktoren auf eine lange Geburt oder einen unerwarteten Kaiserschnitt zurückzuführen sind, ist das Risiko gleich hoch. Wenn das Neugeborene mit einem geringen Geburtsgewicht³⁵⁻³⁷ oder einer Gesichtsanomalie wie einer Gaumenspalte³⁸ geboren wird und nicht effektiv stimuliert bzw. gestillt werden kann, ist auch das Stillen eine Herausforderung.

Besonderes Augenmerk sollte auch auf Frauen mit Drüsenhypoplasie gelegt werden.³⁹⁻⁴¹ Zusammenfassend lässt sich sagen: Je mehr Risikofaktoren vorliegen, desto größer ist die Herausforderung – daher sind eine frühzeitige Erkennung und Beurteilung während der Schwangerschaftsvorsorge unerlässlich. Auf Grundlage dieser Bewertungen sollte ein individueller perinataler Stillplan erstellt werden, um Familien vorzubereiten und die Betreuung zu steuern. Ein durchdachter Plan macht den Unterschied. Die Dokumentation der Präferenzen hinsichtlich der Zusatznahrung und deren Weitergabe an das Geburtshilfeteam gewährleistet die Kontinuität der Versorgung. Nach der Geburt sind der frühe Hautkontakt, direktes Stillen und das Ausstreichen des Kolostrums mit der Hand wichtige erste Schritte. Verzögert sich das Stillen oder ist es nicht effektiv, sollte umgehend mit dem Abpumpen mit einer Milchpumpe mit Krankenhausqualität begonnen werden, um die Brust zu stimulieren und die Milchproduktion aufrechtzuerhalten.^{2,3}

Risikofaktoren seitens der Mutter

Erkrankungen/Störungen

Diabetes¹⁸⁻²⁰
Adipositas²¹⁻²⁴
Polyzystisches
Ovarialsyndrom^{25,26}
Schilddrüsenerkrankungen⁴²

Medikamente/Behandlung

Nach Chemotherapie⁴³
Nach Strahlentherapie⁴⁴
Medikamente, welche die
Milchbildung unterdrücken⁴⁵⁻⁴⁷

Brustveränderungen

Drüsenhypoplasie³⁹⁻⁴¹
Brustoperation^{48,49}
Brustwarzenpiercing⁵⁰
Brustwarzenanomalien^{14,51}

Andere Faktoren

Fertilitätsbehandlung⁵²
Geburtseinleitung^{53,54}
Erstgebärende^{14,23,55}

Risikofaktoren rund um die Geburt sowie seitens des Säuglings

Geburt

Protrahierter Geburtsverlauf,
maternale Erschöpfung und
Geburt^{27,28}
Kaiserschnitt^{29,30}
Postpartale Blutung^{31,32}

Säugling

Gestationsalter^{56,57}
Niedriges
Geburtsgewicht³⁶⁻³⁷
Gesichtsanomalien,
z. B. Lippen-Kiefer-
Gaumenspalte³⁸

Postpartal

Trennung von Mutter und
Säugling^{58,59}
Verzögerter oder
unterbrochener Haut-zu-
Haut-Kontakt^{60,61}
Verzögertes erstes Stillen^{62,63}

Still- und Abpumppraktiken

Unregelmäßiges Stillen < 8-mal
in 24 Stunden⁶⁴
Unregelmäßiges
Abpumpen < 5-mal in
24 Stunden⁶⁵
Ernährung mit anderen
Produkten als mit Muttermilch⁶⁶



4

Die richtige Intervention

Kontinuierliche, praktische Unterstützung ist entscheidend, wobei die richtige Intervention auch von den festgestellten zugrunde liegenden Risikofaktoren abhängt. Der internationale Runde Tisch definierte zwei klinische Wege (siehe Seite 12) zur Steuerung der Versorgung, darunter auch einen spezifischen Ansatz für Frauen mit unzureichendem Drüsengewebe² bei denen eine vollständige Milchproduktion unwahrscheinlich ist. Brustoperationen – sei es zur Vergrößerung oder zur Verkleinerung – gehören weltweit zu den am häufigsten durchgeföhrten kosmetischen

Eingriffen. Dank eines besseren Verständnisses der Funktionsweise der Brust während des Stillens und dank Fortschritten in der Chirurgie können viele Frauen auch nach einer Operation erfolgreich stillen. Dennoch kann eine Brustoperation die Milchproduktion beeinträchtigen. Je mehr milchproduzierendes (Drüsen-)Gewebe während der Operation entfernt wird, desto wahrscheinlicher ist es, dass eine Frau nicht in der Lage ist^{48,49} eine ausreichende Milchmenge zu produzieren. Die Behandlung von Brustkrebs umfasst häufig auch eine Operation – beispielsweise eine vollständige oder partielle Mastektomie – sowie eine Chemotherapie und Strahlentherapie.^{43,44}

Diese Behandlungen können die Entfernung, Vernarbung oder Beeinträchtigung der Brustdrüsen und der Brustfunktion zur Folge haben, was sich auf die Milchproduktion auswirken kann.

Und obwohl Stillen nach einer Strahlen- oder Chemotherapie möglich ist, führt es aufgrund der Auswirkungen auf das milchbildende Gewebe oft zu einer geringeren Milchproduktion.

Einige Fälle aus der klinischen Praxis haben bereits gezeigt, dass mit einem strukturierten, proaktiven Ansatz auch diese Hochrisikomütter auf eine erfolgreiche Stillzeit vorbereitet werden können. Eine kürzlich durchgeföhrte systematische Untersuchung ergab, dass 40 von 42 (95,2 %) Frauen mit einem unzureichenden Drüsengewebe nur weniger als einen Monat lang Muttermilch produzieren konnten.³⁹ Dennoch zeigte ein Fallbericht, dass diese Mutter mit einer intensiven Intervention (d. h. einer Milchpumpe mit Krankenhausqualität und Domperidon) während der ersten 6 Lebensmonate des Säuglings eine Milchmenge von etwa 400 ml pro Tag erreichen konnte.⁴¹

Die Schulung von medizinischem Fachpersonal hat oberste Priorität

Salomé Álvarez Rodríguez, ehemalige Präsidentin des spanischen Hebammenverbandes und Mitautorin des wissenschaftlichen Ausschusses, über ihre Pläne zur Umsetzung der Empfehlungen in Spanien.

Eine unserer wichtigsten Initiativen ist die Organisation einer Reihe von Workshops und Seminaren für Hebammen und andere medizinische Fachpersonen. Diese Events konzentrieren sich auf bewährte Praktiken bei der Stillunterstützung, Techniken und den Umgang mit häufigen Herausforderungen. Sie bieten außerdem wertvolle Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch und zu praktischen Fallbesprechungen und tragen so zum Aufbau einer starken, gut informierten Fachgemeinschaft bei.

Die Schulung von medizinischem Fachpersonal hat oberste Priorität. Wir starten Schulungsprogramme für Hebammen, Krankenpflegekräfte und Ärzt:innen, bei denen die Bedeutung des Stillens, die Unterstützung von Müttern vor und nach der Geburt sowie der Umgang mit komplexen Situationen im Vordergrund stehen. Unser Ziel ist es, sicherzustellen, dass alle Mitarbeiter gut vorbereitet sind und sich an den aktuellen bewährten Verfahren orientieren. Eine der wichtigsten Ergebnisse, die ich mir erhoffe, ist ein deutlicher Anstieg der Stillraten. Durch die Umsetzung der neuen Empfehlungen können wir Müttern helfen, Barrieren wie Informationsmangel, begrenzte Unterstützung und praktische Schwierigkeiten zu überwinden. Ein strukturierter, proaktiver Ansatz, der bereits vor der Geburt beginnt, kann einen echten Unterschied machen.

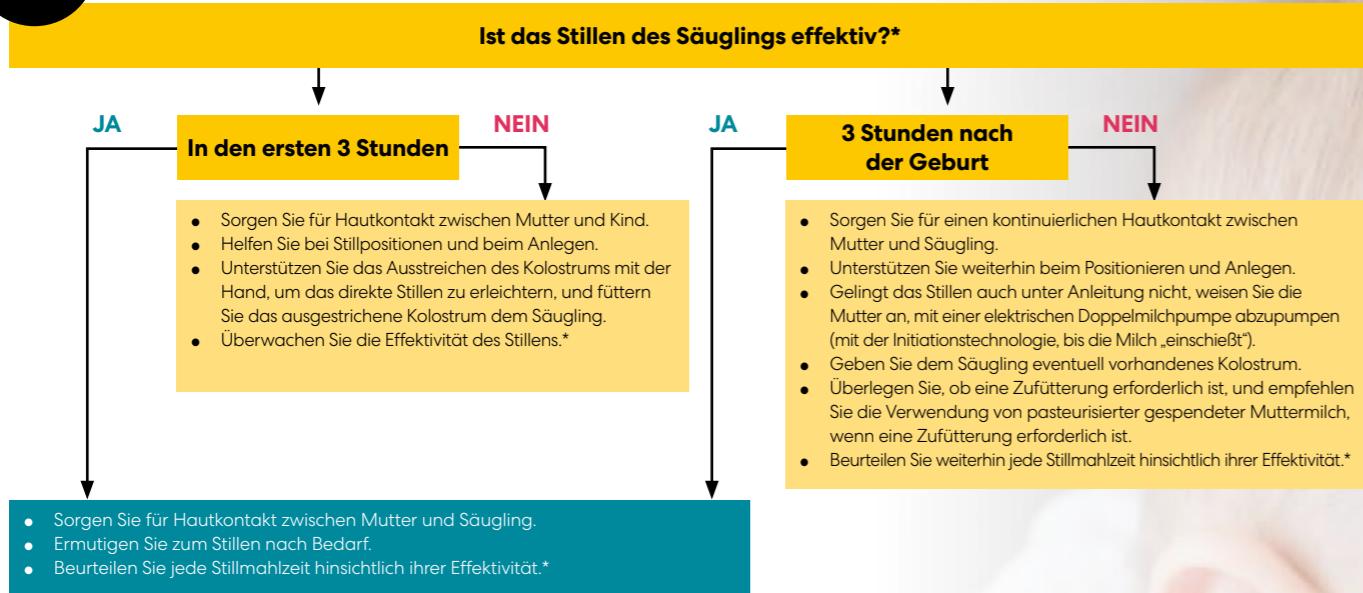
Auch die Interessenvertretung ist ein zentraler Bestandteil unseres Plans. Wir setzen uns für Maßnahmen zur Erleichterung des Stillens ein, wie beispielsweise einen angemessenen Mutterschaftsurlaub, stillfreundliche Arbeitsplätze und die Einbeziehung des Stillens in öffentliche Gesundheitsprogramme. Diese Maßnahmen sind unerlässlich, um ein Umfeld zu schaffen, in dem sich Mütter unterstützt und gestärkt fühlen. Mit diesen Initiativen wollen wir ein starkes und nachhaltiges Unterstützungssystem für die Stillzeit in Spanien aufbauen. Meine Vision ist es, dass alle Mütter, unabhängig von ihrem Hintergrund oder Wohnort, Zugang zu einer kontinuierlichen und umfassenden Unterstützung haben, die es ihnen ermöglicht, erfolgreich und zufrieden zu stillen.

Salomé Álvarez Rodríguez
Ehemalige Präsidentin des spanischen Hebammenverbandes

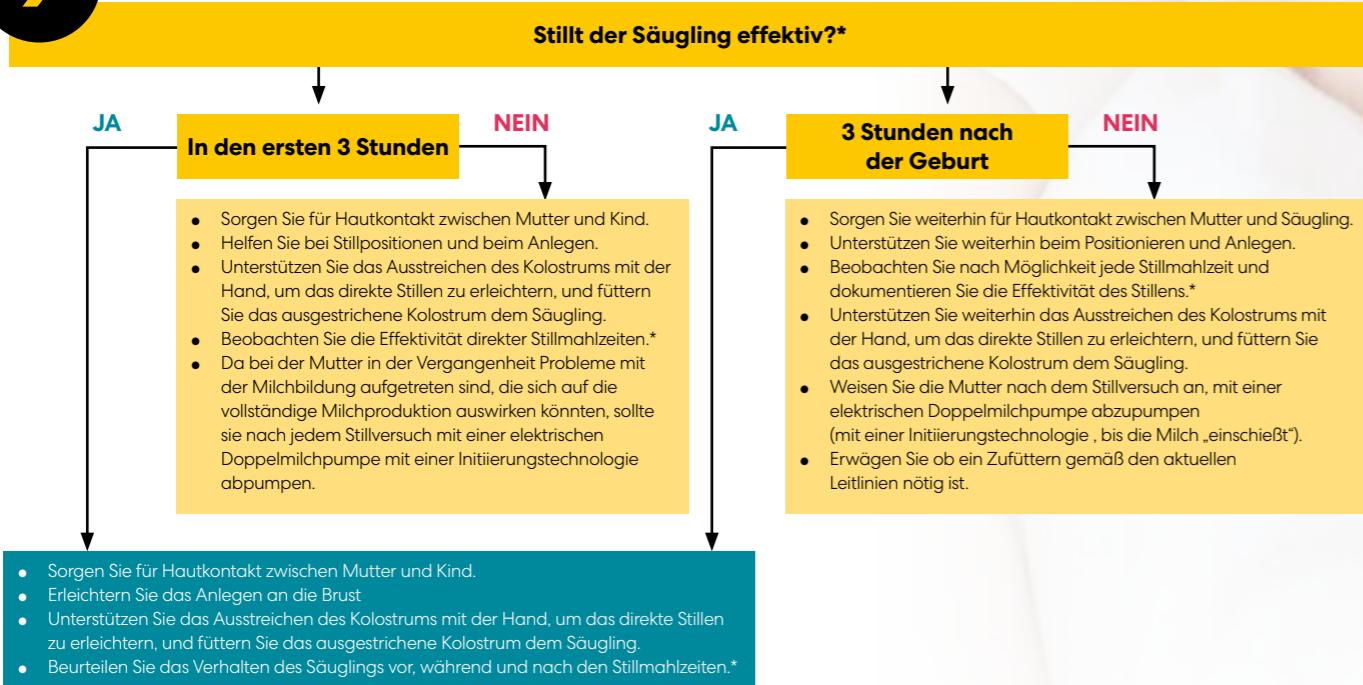
Klinische Wege für eine proaktive Unterstützung der Laktation



Für Mütter mit Risikofaktoren für eine verzögerte sekretorische Aktivierung und eine verminderte Milchproduktion bzw. Neugeborene mit Stillrisiken



Für Mütter, bei denen die Wahrscheinlichkeit einer beeinträchtigten Milchproduktion besteht



*Die Beurteilung des effektiven Stillens umfasst die Häufigkeit, Dauer, Stuhl- und Urinausscheidung, das Gewicht des Säuglings, das Aussehen und die Aktivität des Säuglings sowie das Aussehen der Brustwarzen und des Brustgewebes der Mutter vor und nach dem Stillen. Eltern sollten über die Physiologie der Milchproduktion, die Bedeutung einer rechtzeitigen sekretorischen Aktivierung für den Aufbau einer langfristig stabilen Milchproduktion und darüber aufgeklärt werden, wie sich Risikofaktoren bei Mutter bzw. Säugling auf die effektive Milchbildung auswirken können.

Beispiele für Wege, übernommen aus: Spatz DL et al J Midwifery Womens Health. 2025 Mar-Apr;70(2):343-349 3 and Slater CN,et al. Am J Matern Child Nurs. 2025 Jul-Aug;01;50(4):192-203.

Literaturhinweise: 1 WHO, UNICEF: Global Breastfeeding Scorecard 2023. Available from: <https://www.who.int/publications/item/WHO-HEP-NFS-23.1> 2 Spatz DL et al. Nurs Womens Health. 2024 Aug;28(4):256-263. 3 Spatz DL et al J Midwifery Womens Health. 2025 Mar-Apr;70(2):343-349 3 4 Moore ER et al. Cochrane Database Syst Rev. 2016;11:CD003519. 5 Holmes AV et al. Breastfeed Med. 2013;8(6):469-473. 6 UNICEF, WHO. Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services – the Revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Licence: CC by-NC-SA 3.0 IGO. World Health Organization: 2018. 7 UNICEF, WHO. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Baby- Friendly Hospital Initiative for Small, Sick and Preterm Newborns. Licence: CC by-NC-SA 3.0 IGO. WHO & UNICEF; 2020. 8 Spatz DL et al. J Perinat Neonatal Nurs. 2004;18(4):385-396 9 Parker L. JAMA Netw Open. 2025 Mar;8(3):e250024. 10 Huang L et al. J Nutr. 2020;150(4):894-900. 11 Chapman DJ et al. J Hum Lactation. 1999;15(2):107-11. 12 Hruschka DJ et al. J Nutr. 2003;133(8):2592-9. 13 Michel MP et al. Archives de Pédiatrie. 2007;14(5):454-60. 14 Dewey KG et al. Pediatrics. 2003;112(3 Pt 1):607-19 15 Brownell E et al. J Pediatr. 2012 Oct;161(4):608-14. 16 Hartmann BT et al. Early Hum Dev. 2007; 83(10):667-673. 17 Pang WW, Hartmann PE, J Mammary Gland Biol Neoplasia. 2007; 12(4):211-221. 18 Wu Jing-Ling et al. Breastfeed Med.2021; 16(5):385-392. 19 Suwaydi MA et al. BMC Pregnancy Childbirth. 2022; 22(1):350. 20 Longmore DK et al. Diabetologia.2020; 63(12):2571-2581. 21 Preusting I et al. J Hum Lact. 2017;33(4):684-691. 22 Bui LM et al. Breastfeed Med. 2025. 23 Nommsen-Rivers LA et al. Am J Clin Nutr. 2010; 92(3):574-584. 24 Poston L et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016; 4(12):1025-1036. 25 Vankay E et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008; 87(5):531-535. 26 Joham AE et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2016; 95(4):458-464. 27 Grajeda R, Pérez-Escamilla R, J Nutr. 2002; 132(10):3055-3060. 28 Dewey KG. J Nutr. 2001; 131(11):3012S- 5S. 29 Hobbs AJ et al. BMC. Pregnancy Childbirth. 2016; 16:90. 30 Brown A, Jordan S. J Adv Nurs. 2013;69(4):828-839. 31 Thompson JF et al. Int Breastfeed J.2010; 5:5. 32 Farah E et al. J Midwifery Womens Health. 2021; 66(5):631-640. 33 Meier PP et al. J Perinatol. 2016; 36(7):493-499. 34 Hoban R et al. Breastfeed Med. 2018; 13(2):135-141. 35 Chapman DJ, Pérez-Escamilla R. J Am Diet Assoc. 1999; 99(4):450-454; quiz 455-456. 36 Parker MG et al. Pediatrics. 2021; 148(5). 37 Parker MG et al. J Hum Lact. 2021; 37(3):581-592. 38 Madhoun LL et al. Cleft Palate Craniofac J. 2020; 57(4):477-486. 39 Kam R et al. Breastfeed Med. 2021; 16(8):594-602. 40 Spatz DL, Miller J. J Perinat Educ.2021; 30(1):13-18. 41 Duran MS, Spatz DL. J Hum Lact. 2011; 27(4):394-397. 42 Amino N, Arata N. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2020; 34(4):159-164. 43 Stopinski S et al. Breastfeed Med. 2017; 12(2):91-97. 44 Leal SC et al. Expert Rev Anticancer Ther. 2013; 13(2):159-164. 45 Anderson PO. Breastfeed Med. 2017; 12(3):228-130. 46 Hale TW. 19th edition. New York,NY: Springer publishing company; copyright 2021. 715 p. 47 Aljazaf K et al. Br J Clin Pharmacol. 2003; 56(1):18-24. 48 Kraut RY et al. PLoS One. 2017;12(10):e0186591. 49 Schiff M et al. Int Breastfeed J. 2014;9:17. 50 Garbin CP et al. JAMA. 2009; 301(24):2550-2551. 51 Shilpa Umesh Bagal, et al. International Journal of Health Sciences & Research. 2017; 7(4):280-288. 52 Barrera CM et al. Am J Obstet Gynecol. 2019; 220(3):261.e1-261.e7. 53 Reet R, London: Pinter & Martin; 2018. (Why it matters; vol 14). 54 Dahlen HG et al. BMJ Open. 2021; 11(6):e047040. 55 Hurst NM, J Midwifery WomensHealth. 2007; 52(6):588-594. 56 Bois EG, Vaucher YE. Breastfeed Med. 2016; 11(10):494-500. 57 Dong D et al. Int Breastfeed J. 2022;17(1):6. 58 Pérez-Escamilla R et al. Am J Public Health. 1994; 84(1):89-97. 59 Eden C. J Hum Lact. 2024; 40(4):535-538. 60 Widström AM et al. Acta Paediatr. 2019; 108(7):1192-1204. 61 UNICEF, WHO. Geneva: World Health Organization; 2018. 56 p. 62 Salariya EM et al. Lancet. 1978; 2(8100):1141-1143. 63 NEOVITA Study Group. Lancet Glob Health. 2016; 4(4):e266-275. 64 Huang S-K, Choi M-H. Breastfeed Med. 2020; 15(10):639-645. 65 Hoban R et al. J Perinatol. 2024;44(1):1597-1606. 66 Feldman-Winter L et al. Pediatrics.2020; 145(4):e20183696.

Lesen Sie die vollständigen Empfehlungen des internationalen Runden Tisches in diesen beiden Dokumenten:



Erfahren Sie mehr darüber, wie Sie praktische Laktationsunterstützung in die Praxis umsetzen können, in unserem kostenlosen E-Learning:



Für aktuellere Einblicke in die Laktationsforschung empfehlen wir die Sonderausgabe von Breastfeeding Medicine vom Juli 2025, die jetzt frei zugänglich ist.



Hinter der

Magie



Stillende Mütter schätzen die Vorteile und Freiheit, die vollständig im BH tragbare Milchpumpen bieten.¹ Die Entscheidung für Komfort sollte jedoch nicht bedeuten, dass man Abstriche bei Effizienz, Leistung und Milchbildung machen muss. Aus diesem Grund vereint die Milchpumpe Magic InBra™ der nächsten Generation von Medela unübertroffene Leistung in Krankenhausqualität mit innovativer Technologie für Komfort und Diskretion.

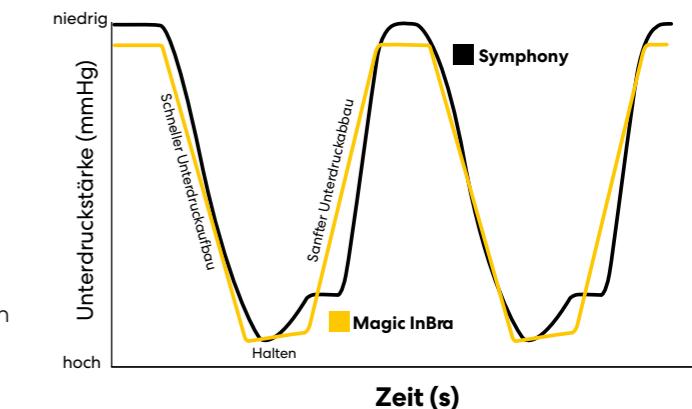
Leistung auf Krankenhausniveau bedeutet mehr als nur Saugkraft. Eines der Geheimnisse liegt im Pumpmuster: Beim Stillen bauen Säuglinge intuitiv schnell ein Vakuum auf und lassen es dann allmählich wieder los, um möglichst viel Milch zu bekommen. Symphony® die weltweit meistverwendete Milchpumpe in Krankenhäusern², imitiert dieses Verhalten mithilfe des klinisch erprobten Symphony® Pumpmusters,³ um das ideale Gleichgewicht zwischen Komfort und Effizienz zu erreichen.

Krankenhaus-DNA für zu Hause und unterwegs

Magic InBra™ ist die erste Pumpe für den persönlichen Gebrauch, die dieses Krankenhausmuster nun umfassend nutzt – für hochgradig effizientes und gleichzeitig sehr angenehmes Abpumpen: schneller Vakuumaufbau, angenehmer Halt und sanftes Nachlassen des Vakuums fördern die Milchproduktion und bieten optimalen Pumpkomfort. In Kombination mit den anderen Merkmalen und Praktiken, die eine erfolgreiche Leistung in

Krankenhausqualität ausmachen – der Brusthaube mit einem Öffnungswinkel von 105°, der nachweislich um bis zu 11 % mehr Milch führt⁴. Die richtige Größe der Brusthaube und das Abpumpen mit Maximum Komfort-Vakuum (MCV)⁵, sowie bis zu 18 % mehr Milch durch doppelseitiges Abpumpen⁶ – Magic InBra™ sorgt für Kontinuität bei der Versorgung durch ähnliche Technologie und Funktionalität der Milchpumpe, vom Krankenhaus bis nach Hause.

Medela Pumpmuster



Magic InBra™ auf einen Blick

Bewährte Leistung in Krankenhausqualität

Basiert auf der in Kliniken weltweit am häufigsten verwendeten Milchpumpe Symphony®.²

Innovative FluidFeel Technology™

Von Säuglingen inspiriert. Sanftes Abpumpen, auch bei starken Vakuumstufen.

Ultraflaches, anatomisches Design

Passt sich der Form der laktierenden Brust an. Brusthauben mit einem Öffnungswinkel von 105° für bis zu 11 % mehr Milch.⁴

Leise und ultraleicht

Nur 38 dB, und mit nur 200 g zählt sie zu den leichtesten im BH getragenen Pumpen.

Transparente Oberseite und Nachtmodus

Für einfache Ausrichtung der Brustwarze und freien Blick auf den Milchfluss.

Reaktive, von Sensoren gesteuerte Leistung

Automatischer Wechsel von der Stimulations- in die Abpumpphase.



Hinter der Magie

Einführung: FluidFeel Technology™

Forschungsbasierte Innovation für sanftes Abpumpen mit leistungsstarken Ergebnissen

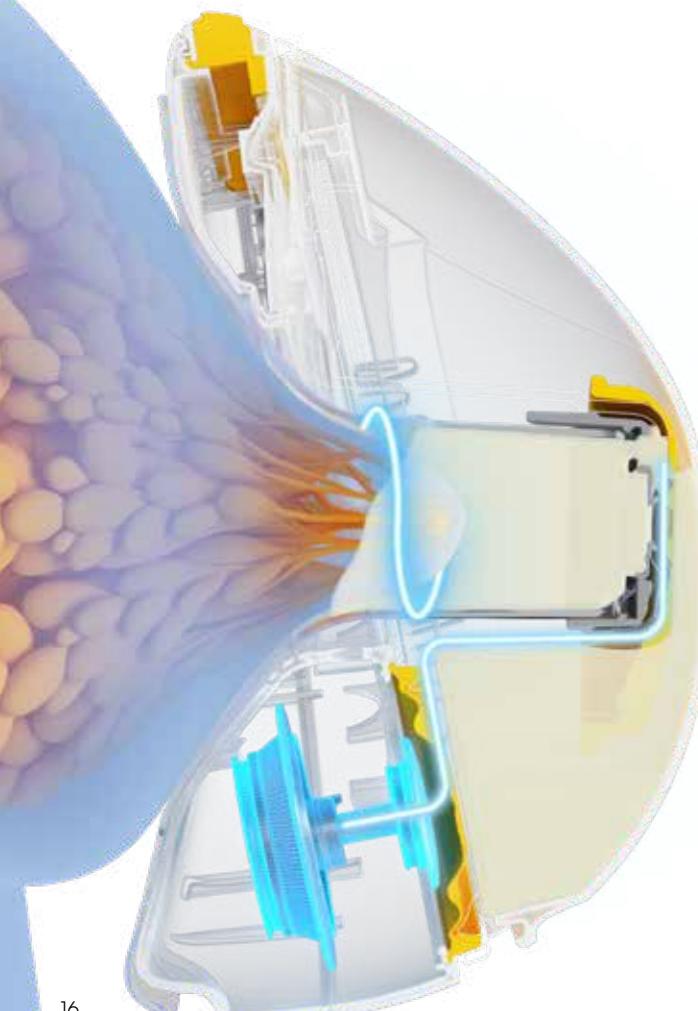
Eine Mikroumgebung, die dem Stillen nahekommt

Es ist bekannt, dass eine warme Temperatur um die Brustwarze herum die Milchentnahme positiv beeinflusst.^{8,9} Das Baby macht es intuitiv am besten: Es stimuliert effektiv den Milchfluss und entnimmt dann effizient Muttermilch mit vorsichtigen, aber kräftigen Bewegungen, während die Brustwarze der Mutter angenehm von warmer Milch umgeben bleibt. Das Wärmegefühl und das Vakuum an der Brust sind wichtige Faktoren für einen erfolgreichen Milchfluss⁶ und wirken sich direkt darauf aus, wie viel Milch abgepumpt werden kann.⁷

Ein natürlich erfolgreicher Prozess, den die Wissenschaftler:innen von Medela nun imitieren können. Die innovative FluidFeel™ Technologie von Medela sorgt für ein Pumperlebnis, das sich ähnlich wie beim Stillen anfühlt und funktioniert. Sie sorgt für einen konstanten und sanften Halt an der Brust der Mutter, während die Brustwarze während des Abpumpens kontinuierlich von Milch umgeben ist. So entsteht eine angenehme, wärmende Umgebung, die zu einem besseren Milchfluss beiträgt.

Automatischer Wechsel von der Stimulations- in die Abpumpphase

Die Fluid Feel™ Technologie nutzt ein Zweikammersystem mit mehreren Sensoren und wurde entwickelt, um für die Mutter das Beste aus jedem Abpumpen herauszuholen: Während der Stimulationsphase sammeln sich Milchtröpfchen im Tunnel, und sobald der Milchfluss einsetzt, fließt die Milch in den Behälter. Integrierte Sensoren erkennen diese Veränderung in Echtzeit und lösen den automatischen Wechsel von der Stimulations- zur Abpumpphase aus – genau wie es das Baby tun würde, wenn es auf natürliche Weise vom nicht-nutritiven zum nutritiven Saugen übergeht. Der Zeitpunkt dieses Wechsels ist deshalb so wichtig, weil der erste Milchspendereflex am stärksten ist und die größte Milchmenge liefert – etwa 36 % der gesamten Milchproduktion.¹⁰



Studien belegen, dass Mütter, welche die im BH tragbaren Pumpen im Vergleich zu traditionellen Milchpumpen verwenden, eher bereit sind, die Stillzeit zu verlängern.¹



Bei anderen Pumpen mussten Mütter diese erste Saugleistung selbst erkennen und den Pumpmodus manuell umschalten. Allerdings werden 21 % des Milchspendereflexes von der Mutter nicht wahrgenommen.¹¹ Magic Inbra™ beseitigt diese Variable nun, um sicherzustellen, dass der erste Milchspendereflex voll ausgeschöpft werden kann.

Sanftes und leises Abpumpen

Die neue FluidFeel™ Technologie trägt außerdem zum Komfort beim Abpumpen bei: Das kontinuierliche, sanfte Vakuum der Pumpe an der Brust verringert das Ziehen an der Brustwarze und macht ein besonders schonendes Abpumpen – auch bei stärkeren Vakuumstufen – möglich. Das mit Flüssigkeit gefüllte (hydraulische) System unterstützt die Motoreinheit und sorgt für ein leises und effizientes Abpumperlebnis.

Literaturhinweise: 1 Colbenson GA et al. Breastfeed Med. 2022; 17(6):537–543. 2 NICU & Maternity Ward. Data available upon request. 3 Mitoulas L et al. J Hum Lact. 2002; 18(4):353–360. 4 Sakalidis VS et al. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020; 99(11):1561–1567. 5 Kent JC et al. Breastfeed Med. 2008; 3(1):11–19. 6 Prime DK et al. Breastfeed Med. 2012; 7(6):442–447. In comparison to sequential single pumping. 7 Cannon AM et al. Early Hum Dev. 2016; 96:1–6. 8 Gardner H et al. Sci Rep. 2019; 9(1):11854. 9 Kent JC et al. J Hum Lact. 2011; 27(4):331–338. 10 Prime DK et al. Breastfeed Med. 2011; 6(4):183–190. 11 Kent JC et al. J Hum Lact. 2003; 19(2):179–186

Weitere Einblicke

in diese Technologien direkt von einer Stillexperten und Produktdesignern erhalten Sie in diesem Webinar-Video.

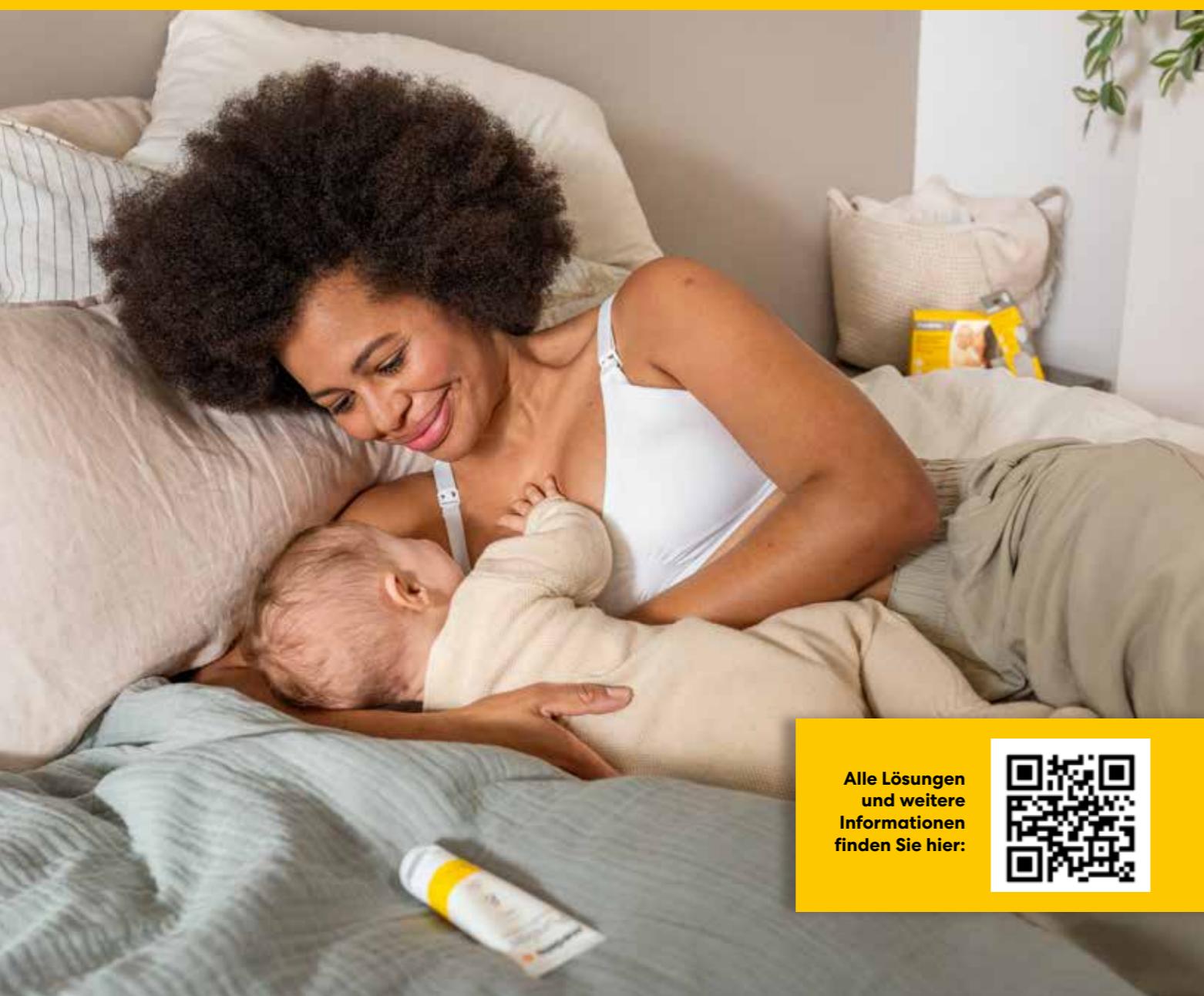


Care Paket

EINE KURZE EINFÜHRUNG IN WISSENSCHAFTLICH FUNDIERTE BRUSTPFLEGE-LÖSUNGEN

Das Stillen ist für Mütter eine sehr persönliche Erfahrung. Wenn Herausforderungen auftreten, ist eine umfassende Unterstützung unerlässlich um die sensible Bindung zwischen Mutter und Säugling zu erhalten. Eine optimale Brustpflegeroutine kann dieses fördern und begleiten.

Hier finden Sie unsere Einschätzung zu den vier häufigsten Herausforderungen beim Stillen, um Sie in Ihrer täglichen Praxis zu unterstützen.



Alle Lösungen
und weitere
Informationen
finden Sie hier:



4 Herausforderungen

1



BEANSPRUCHTE BRUSTWARZEN

Bis zu 97 % der Mütter leiden in den ersten Wochen nach der Entbindung bei der Eingewöhnung an das Stillen unter trockener Haut und beanspruchten Brustwarzen.¹ Daher ist es von Vorteil, die Haut der Brustwarze während der Schwangerschaft und Stillzeit zu schützen und mit Feuchtigkeit zu versorgen.

Purelan™ hilft, den natürlichen Feuchtigkeitshaushalt der Haut wiederherzustellen und bietet natürliche, beruhigende Pflege und Schutz für beanspruchte und trockene Brustwarzen nach dem Stillen. Mit 100 % reinem Lanolin in medizinischer Qualität ist Purelan™ Lanolincreme von EcoCert und Natrue als natürlich zertifiziert. Es nährt und schützt die Haut wirksam dank der reichhaltigen Textur, die hilft, die Feuchtigkeit zu bewahren und die Hautbarriere zu stärken. Unbedenklich für Säuglinge – muss vor dem Stillen nicht entfernt werden.

› Weitere mögliche Lösungen: Bio-Brustwarzenbalsam, Brustwarzenschutz

2



RISIGE BRUSTWARZEN

Probleme beim Anlegen können bei vielen stillenden Frauen zu schmerhaften, rissigen Brustwarzen führen.¹

Hydrogel-Pads sind eine wirksame Behandlungsoption zur sofortigen Schmerzlinderung^{2,3} und unterstützen die Genesung von Müttern mit rissigen Brustwarzen, indem sie eine feuchte Heilungsumgebung schaffen, die für die Regeneration von geschädigtem Gewebe förderlich ist.⁴ Sie beruhigen und kühlen die Haut, lindern sofort Schmerzen bei wunden oder rissigen Hautstellen und bilden eine Schutzbarriere gegen Reibung und weitere Verletzungen durch Reibung.

› Weitere mögliche Lösungen: Bio-Brustwarzenbalsam, Brustwarzenschutz

3



HERAUSFORDERUNGEN BEIM ANLEGEN

Beim Anlegen können Probleme auftreten, wenn sich der Säugling nur schwer an die Brust anlegen lässt, wenn die Mutter beanspruchte oder rissige Brustwarzen hat und das Stillen schmerhaft ist, oder bei Flach- oder Hohlwarzen.^{5,6}

Contact™ Brusthütchen bieten Mutter und Baby temporäre Unterstützung beim Anlegen und schützen beanspruchte und rissige Brustwarzen beim Stillen. Ihre einzigartige Form wurde entwickelt, um den Hautkontakt zu maximieren, während das ultradünne, flexible Silikon die Stimulation der Brustwarze optimiert.

› Weitere mögliche Lösungen: Brustwarzenformer

4



AUSLAUFENDE MUTTERMILCH

Durch den Milcheinschuss und den Aufbau der Milchproduktion kommt es bei vielen jungen Müttern zu auslaufender Muttermilch.⁷ In manchen Situationen kann dies unangenehm sein.

Weiche Stilleinlagen wie die ultra-atmungsaktiven Stilleinlagen von Medela absorbieren und schließen Muttermilch diskret ein und schützen so die Kleidung. Mit einem dreilagigen Kern, der das 50-fache seines Eigengewichts absorbiert, schützen sie auch vor Fettflecken bei der Verwendung von Brustwarzensalben wie Purelan™.

› Weitere mögliche Lösungen: Milchauffangschalen, Safe & Dry™ waschbare Stilleinlagen

Literaturhinweise: 1 Jiménez Gómez MI et al. Breastfeed Med. 2021; 16(4):325–331. 2 Eaglstein WH. Dermatol Surg. 2001; 27(2):175–181. 3 Broussard KC, Powers JG. Am J Clin Dermatol. 2013; 14(6):449–459. 4 Nuutila K, Eriksson E. Adv Wound Care (New Rochelle). 2021; 10(12):685–698. 5 Kronborg H et al. Matern Child Nutr. 2017; 13(1). 6 Coentro VS et al. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2022; 51(1):73–82. 7 Lauwers J. Second edition. Burlington MA: Jones & Bartlett Learning; 2016. 262 pages.



Turning Science into Care

Symphony®

Bewährte Milchpumpe in Krankenhausqualität für Zuhause.

Entwickelt für den Einsatz in Krankenhäusern und zu Hause, basierend auf jahrzehntelanger klinischer Forschung: Symphony® ist die beliebteste Milchpumpe im Verleihbereich.^{1,2} Klinische Evidenz zeigt, dass sie erfolgreich eine ausreichende Milchproduktion aktiviert, aufbaut und aufrechterhält, die vergleichbar ist mit den Mengen, die ein gestilltes Baby erreicht.^{3,4}



Zwei evidenzbasierte Abpumpprogramme, basierend auf dem natürlichen Saugverhalten des Säuglings an der Brust.³



Bis zu 18 % mehr Milch mit höherem Energiegehalt bei doppelseitigem Abpumpen.⁵



Hands-free Auffangschalen mit anatomischem Design für zusätzliche Diskretion, Bewegungsfreiheit und Komfort zu Hause.

Literaturhinweise: 1 Breast pumps – based on distribution in maternity wards and NICUs 2 Based on MiBaby survey with 596 mums in Germany, March 2023 3 Meier PP et al. J Perinatol. 2012; 32(2):103–110. 4 Neville MC et al. Am J Clin Nutr. 1988; 48(6):1375–1386. 5 Prime DK et al. Breastfeed Med. 2012; 7(6):442–447.

Medela AG
Löttichstrasse 4b, 6340 Baar, Switzerland, www.medela.com

Medela Medizintechnik GmbH & Co. Handels KG
Georg-Kollmannsberger-Str. 2, 85386 Eching, Germany

Symphony® and Magic InBra™ are a medical device.



In drei Größen erhältlich.
Klassische Pumpsets sind weiterhin optional erhältlich.

Symphony® ist für Mütter mit Stillproblemen
an jedem Punkt ihrer Stillzeit zu empfehlen.



QR-Code für weitere Informationen scannen