

Stillbetreuung von lesbischen, schwulen, bisexuellen, transgender, queeren, questioning, plus Patienten

ABM Klinisches Protokoll Nr. 33

Rita Lynne Ferri, Casey Braitsch Rosen-Carole, Jason Jackson, Elizabeth Carreno-Rijo, Katherine Blumoff Greenberg und die Academy of Breastfeeding Medicine

Ein zentrales Ziel der Academy of Breastfeeding Medicine ist die Entwicklung klinischer Protokolle für den Umgang mit häufigen medizinischen Problemen, welche den Stillerfolg beeinflussen können. Diese Protokolle dienen nur als Richtlinien für die Versorgung stillender Mütter und Kinder und beschreiben nicht die einzig mögliche Behandlung noch gelten sie als Standards der medizinischen Versorgung. Veränderungen in der Behandlung können in Übereinstimmung mit den Bedürfnissen des individuellen Patienten angebracht sein.

Definitionen

Von verschiedenen Seiten wurden Begriffe im Zusammenhang mit Gesundheit und LGBTQ+ definiert. Diese Veröffentlichung bezieht sich auf die Pflege- und Behandlungsrichtlinien für Transgender der University of California San Francisco(1) und das Glossar des National LGBT Health Education Center(2). Es muss jedoch beachtet werden, dass deren Terminologie fließend und community-spezifisch ist. In nicht-englischsprachigen Ländern können die Begriffe adaptiert oder vollkommen irrelevant sein. In diesen Gegenden kann, wo möglich, die Absprache mit LGBTQ+-Interessensgemeinschaften dazu beitragen, dass eine respektvolle und inklusive Sprache sicherzustellen.

- **LGBTQ+:** Eine Bezeichnung für Menschen, die sich als lesbisch (L), schwul (G), bisexuell (B), transgender (T), queer (Q), questioning (Q) sowie als Menschen mit anderen Formen der sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität (+) definieren. International gibt es eine Vielzahl dieser Begriffe mit eigenen Akronymen. Dieser Begriff soll inklusiv verstanden werden.
 - **Lesbisch (Adj.), Lesbe (Subst.):** Eine sexuelle Orientierung, die eine Frau beschreibt, die sich emotional und sexuell zu anderen Frauen hingezogen fühlt.
 - **Schwul (Adj.):** Eine sexuelle Orientierung, die eine Person beschreibt, die sich emotional und sexuell zu Menschen ihres eigenen Geschlechts hingezogen fühlt. Sie kann unabhängig von der Geschlechtsidentität verwendet werden, wird aber häufiger zur Beschreibung von Männern verwendet.
 - **Bisexuell (Adj.):** Eine sexuelle Orientierung, die eine Person beschreibt, die sich emotional und sexuell zu Menschen des eigenen Geschlechts und zu Menschen anderen Geschlechts hingezogen fühlt.
 - **Transgender (Adj.):** Beschreibt eine Person, deren Geschlechtsidentität und das bei der Geburt zugewiesene Geschlecht nicht übereinstimmen. Wird auch als Überbegriff genutzt, um Geschlechtsidentitäten jenseits von männlich und weiblich einzuschließen. Wird gelegentlich mit trans abgekürzt.
 - **Queer (Adj.):** Ein Oberbegriff, der verwendet wird, um Menschen zu beschreiben, deren sexuelle Orientierung oder geschlechtliche Identität sich außerhalb der gesellschaftlichen Normen befindet. Manche Menschen betrachten den Begriff „queer“ als flüder und inklusiver als traditionelle Kategorien für sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität.

Aufgrund seiner Geschichte als abwertender Begriff wird der Begriff „queer“ nicht von allen Mitgliedern der LGBT-Gemeinschaft akzeptiert oder verwendet.

- *Questioning* (Adj): Beschreibt eine Person, die sich über ihre eigene sexuelle Orientierung und/oder geschlechtliche Identität unsicher ist oder diese auslotet. (Anmerkung der Übersetzerin: selten werden auch die Begriffe „suchend“ oder „hinterfragend“ verwendet)
- „+/*“/Plus: Das Pluszeichen (bzw. das Sternchen) steht für die immer länger werdende Liste von Begriffen, die Menschen zur Beschreibung ihrer sexuellen Orientierung oder geschlechtlichen Identität verwenden. Es gibt viele verschiedene Variationen des Akronyms LGBTQ+, und das „+“ bzw * räumen ein, dass es nicht möglich ist, jeden gegenwärtig verwendeten Begriff zu erfassen.
- *Affirmative Pflege*: Bezieht sich auf eine Pflege, die die geschlechtliche Identität eines Patienten unterstützt, und muss eine inklusive Terminologie, Vorgehensweisen, Versicherungsabdeckung und sachkundige Fachkräfte gewährleisten.
- *Affirmative Pronomen und Namen*: Pronomen und Namen, die von der individuellen Person gewählt werden und daher deren geschlechtliche Identität am besten repräsentieren. Menschen in der LGBTQ+-Gemeinschaft können ihren Namen und ihr Geschlecht informell oder legal in solche geändert haben, die ihre wahre Geschlechtsidentität bestätigen.
- *Nach Geburt als weiblich eingetragen/zugewiesen, nach der Geburt als männlich eingetragen/zugewiesen*: Diese Begriffe beziehen sich auf die medizinische und soziale Geschlechtszuordnung bei der Geburt, im Allgemeinen auf der Grundlage der Anatomie der Genitalien. Diese Begriffe können abgekürzt werden (AFAB (assigned female at birth), AMAB (assigned male at birth)), um in der medizinischen Dokumentation die angeborene Anatomie zu vermerken.
- *Cisgender*: Jemand, dessen Geschlechtsidentität mit dem Geschlecht übereinstimmt, das ihm bei der Geburt zugewiesen wurde. Zum Beispiel jemand, der AFAB war und sich als Frau identifiziert.
- *Chestfeeding (Brustfütterung)*: Ein Begriff, der von vielen männlich-identifizierten Trans-Personen verwendet wird, um den Akt des Fütterns ihres Babys an der Brust zu beschreiben, unabhängig davon, ob ein chirurgischer Eingriff an der Brust stattgefunden hat oder nicht (um Brustgewebe zu verändern oder zu entfernen).(3)
- *Kolaktation*: Stillen oder Chestfeeding ihres Kindes durch mehr als ein Elternteil.
- *Geschlechtsbestätigende Operation*: Zu den spezifischen Operationen bei Transgender-Personen gehören feminisierende und maskulinisierende Maßnahmen, die sekundäre Geschlechtsmerkmale mit der Geschlechtsidentität einer Person in Einklang bringen. Dazu können Veränderungen in Bezug auf Gesicht, Stimme, Genitalien und Haare/Behaarung gehören.
- *Genderexpansiv, genderqueer, nichtbinär*: Verschiedene Begriffe für ein breites Spektrum von Geschlechtsidentitäten, in denen sich das Individuum außerhalb eines binären Geschlechterbegriffs identifiziert (binär bedeutet „männlich“ und „weiblich“). Dies kann bedeuten, sich sowohl als weiblich als auch als männlich zu identifizieren, oder als keines von beiden.
- *Geschlechtsidentität*: Die angeborene Empfindung eines Menschen für sein eigenes Geschlecht. Sie entspricht nicht unbedingt der Anatomie, dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht oder der Art und Weise, wie jemand sich äußert. Beispiele sind u.a. cis-Frau, cis-Mann, trans-Mann, trans-Frau, nichtbinär, genderexpansiv und genderfluid (im Gegensatz zu „fix“). Ist nicht gleich zu setzen mit „sexueller Orientierung“ (siehe unten).

- *Geschlechtsinkongruenz, früher „Geschlechtsdysphorie“ oder „Geschlechtsidentitätsstörung“*: Inkongruenz zwischen dem erlebten oder geäußerten Geschlecht einer Person und dem ihr zugewiesenen Geschlecht.(4) Dysphorie bezieht sich insbesondere auf das Leiden als Folge dieser Inkongruenz.
- *Heteronormativ/cisnormativ*: Die Annahme und/oder Präferenz von Individuen und Institutionen, dass jeder Mensch heterosexuell und cis-geschlechtlich ist. Dies führt zu Unsichtbarkeit und Stigmatisierung von Menschen in der LGBTQ+-Gemeinschaft.
- *Transition*: Der Prozess und die Zeit, während der eine Person das von ihr empfundene Geschlecht annimmt. Dies kann rechtliche, medizinische oder chirurgische Komponenten enthalten oder auch nicht.
- *Sexuelle Orientierung*: Der Aspekt der Identität einer Person, der sich auf das/die Geschlecht(er) der Menschen bezieht, zu denen sie sich hingezogen fühlt. Beispiele sind unter anderem homosexuell, lesbisch, schwul, heterosexuell, bisexuell, asexuell und pansexuell.

Ziel

Kinder, die mit LGBTQ+-Eltern aufwachsen, sind ausgeglichen und gesund und gedeihen in solchen Familien gut.(5) Trotzdem erleben Menschen, die transgender sind und/oder deren sexuelle Orientierung nicht heterosexuell ist, häufig Missverständnisse und Stigmatisierung, auch im medizinischen Umfeld.(6,7) Ihre medizinische Versorgung ist oft unzureichend, was von einem Versagen der medizinischen Fachkräfte, ihre einzigartigen Bedürfnisse zu erkennen (z.B. in der sexuellen und reproduktiven Gesundheitsfürsorge), bis hin zur erzwungenen Anwendung heteronormativer Verfahren (z.B. die Registrierung eines Transmannes als Frau in der Krankenakte) reicht.(6) In vielen Regionen der Welt haben Familien, die aufgrund ihrer Geschlechtsidentität und/oder sexuellen Orientierung nicht in der Lage waren, Kinder aufzuziehen, nun die Möglichkeit, Eltern zu werden. Dies ist neben den Entwicklungen in der Fertilitätsmedizin, in Bezug auf Leihmutterchaft, und bei der gesundheitlichen Versorgung von Transpersonen im Rahmen der Transition weitgehend auf die Liberalisierung der Adoptionspolitik zurückzuführen. Schwangere und Eltern, die sich als LGBTQ+ identifizieren, benötigen daher Zugang zu nicht-traditioneller Stillunterstützung, mit der Gesundheitspersonal möglicherweise nicht vertraut ist. Zu den Hindernissen für stillende LGBTQ+-Personen gehören insbesondere die Konfrontation mit hochgradig geschlechtsspezifischen Vorstellungen in der Geburtshilfe, die Auswirkungen der Transition (z.B. hormonell, chirurgisch), die Auswirkungen der induzierten Laktation, Kolaktation und Aspekte des Klinikalltags. Die Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) versucht denjenigen, die sich um Personen kümmern, die sich als LGBTQ+ identifizieren, eine Orientierungshilfe zu geben.

Hintergrund und die Bedeutung der Sprache

Patienten, die fürchten in Gesundheitseinrichtungen diskriminiert zu werden, legen ihre LGBTQ+-Identität häufig nicht offen.(6,8) Insbesondere Transgenderpatienten haben in der Vergangenheit in Gesundheitseinrichtungen Diskriminierung und sogar Gewalterfahrungen erleben müssen.(9) In einer in den USA durchgeführten Studie gab ein Drittel der Transgenderpatienten an, mindestens eine negative Erfahrung im Gesundheitswesen gemacht zu haben. In derselben Studie gab fast ein Drittel der Personen an, dass niemand vom medizinischen Fachpersonal ihren Geschlechtsstatus kannte.(6) Dies hat Auswirkungen auf eine verzögerte Diagnose und Behandlung, wie z.B. die Möglichkeit einer übersehenen Ovarialtorsion oder eines Tumors bei einem transsexuellen Mann oder einer nicht diagnostizierten Prostataerkrankung bei einer transsexuellen Frau.(10,11) Am schwersten wiegt Diskriminierung durch medizinisches Fachpersonal, die dazu geführt hat, dass Patienten an potenziell behandelbaren Krankheiten starben, weil sich das Gesundheitspersonal weigerte, Transsexuelle zu behandeln.(12,13)

Auch wenn die zuvor eingeführten Begriffe einigen Fachkräften unbekannt sein mögen, ist das Erkennen und Bestätigen von Patientennamen, Pronomen und Familienmitgliedern ein Eckpfeiler der affirmativen Versorgung von Patienten, die sich als LGBTQ+ identifizieren. Traditionell enthält die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften wenig bis gar keine Inhalte im Zusammenhang mit der Betreuung von Patienten, die sich als LGBTQ+ identifizieren. Infolgedessen wurden LGBTQ+-Gemeinschaften in Gesundheitssystemen und -einrichtungen marginalisiert. Erfahrungen mit Stigmatisierung und Diskriminierung, sowohl innerhalb als auch außerhalb des Kontextes des Gesundheitsbereichs, haben sowohl zu starken psychischen Problemen als auch zu unterschiedlichen gesundheitlichen Auswirkungen geführt. Am extremsten ist dies in Bereichen der sexuellen, reproduktiven und psychischen Gesundheit. Affirmative Gesundheitsfürsorge, einschließlich der Verwendung von affirmativen Namen und Pronomen und der Anerkennung der Familien und Gemeinschaften der einzelnen Patienten, kann zu einer Abschwächung der Auswirkungen der Stigmatisierung und einer verbesserten Gesundheit beitragen.(14)

Allgemeine Überlegungen

- Das äußere Erscheinungsbild entspricht möglicherweise nicht der Geschlechtsidentität. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein weiblich erscheinendes Individuum sich als weiblich identifiziert oder am Stillen/Chestfeeding interessiert ist.(15)
- Stellen Sie sicher, dass Personen mit ihren von ihnen selbst bestätigten Namen und Pronomen angesprochen werden. Um das zu wissen, muss gefragt werden.
 - Wenn sich die Fachkraft einem Patienten vorstellt, können die eigenen Pronomen einfließen, was es dem Patienten erleichtert, seine/ihre eigenen Pronomen mitzuteilen. (z.B.: „Mein Name ist Dr. X, ich verwende die Pronomen sie/ihre“)
 - Vorwiegend männliche Pronomen sind: er/ihm/sein/er selbst
 - Vorwiegend weibliche Pronomen sind: sie/ihr/ihre/sie selbst
 - Geschlechtsneutrale Pronomen sind: nin (nonbinär), xier, er*sie (gesprochen ersie), sie*er (gesprochen sier), they
- Patientinnen und Patienten können auch unterschiedliche Begriffe für Elternschaft (Mama/Mutter, Papa/Vater, Eltern usw.) und Laktation (Stillen, Brustfütterung/Chestfeeding, Laktation usw.) verwenden. Es ist am respektvollsten, sicherzustellen, dass die Patientinnen die Möglichkeit haben, zu Beginn des Gesprächs mitzuteilen, welche Wörter sie während der Untersuchung/Behandlung/Besprechung benutzen möchten.
- Eine falsche Geschlechtsbezeichnung oder das Nennen eines Patienten mit einem anderen Namen, Pronomen oder Elternbegriff als dem von ihm gewählten Namen/Pronomen ist für den Patienten verletzend. Wenn sie absichtlich vorgenommen wird, kann sie die Beziehung zwischen Patient und Gesundheitsfachkraft beeinträchtigen und die Gesundheit des Patienten gefährden. Wenn es unbeabsichtigt geschieht, wird empfohlen, den Fehler zuzugeben, das Pronomen zu korrigieren und unter Verwendung der richtigen Pronomen und des richtigen Namens fortzufahren. Am besten ist es, den Fehler anzuerkennen, so dass sich die Person respektiert fühlt, aber ein zu langes Verweilen auf dieser Thematik vom Fokus einer angemessenen und affirmativen Gesundheitsversorgung ablenken.

Schaffung einer respektvollen Umgebung für die gesundheitliche Versorgung

Es gibt viele Möglichkeiten für Gesundheitssysteme, Krankenhäuser und Kliniken, LGBTQ+-Personen eine affirmative Versorgung zu bieten. Fehler der Anbieter und des Personals in Bezug auf das Geschlecht oder die sexuelle Orientierung einer Person können durch verstärkte Schulung und durch inklusive Systeme und Dokumentation minimiert werden. Beispielsweise sollten die Aufnahmeformulare aktualisiert werden, damit sie mehr Optionen für Geschlecht, Pronomen und sexuelle Orientierung enthalten. Toiletten oder Waschräume, die explizit „Männern“ oder „Frauen“ zugewiesen sind, können für genderexpansive oder transgender Menschen ein Problem darstellen.

Eine, wenngleich nicht umfassende, Liste mit weiteren Überlegungen:

- Überlegungen zum Namen der Klinik oder Organisation, in der die Menschen Betreuung suchen (Vermeidung von geschlechtsspezifischen Begriffen wie „Frauen“, „mütterlich“ und „Mütter“ zugunsten von umfassenderen Begriffen wie „Elternteil“, „pränatal“, „Schwangerschaft“, „reproduktiv“ oder „Laktation“),
- Angabe des gewählten Namens und Geschlechts auf Dokumenten wie ausgedruckten Terminplänen und Patientenarmbändern, statt der juristischen,
- Vermeidung von geschlechtsspezifischen Präfixen und Pronomen, wenn das Geschlecht der Person nicht bekannt ist (z.B. den Vor- und Nachnamen eines Patienten oder eine andere nicht geschlechtsspezifische, kulturspezifische Form anstelle von Herr/Frau. X).

Auswirkungen der transitionsbezogenen Gesundheitsversorgung hinsichtlich Schwangerschaft und Stillzeit

Transsexuelle und geschlechtsexpansive Personen können eine geschlechtsbestätigende medizinische und/oder chirurgische Behandlung in Anspruch nehmen, um ihr körperliches Erscheinungsbild an ihre geschlechtliche Identität anzupassen. Diese Therapien können in der frühen Adoleszenz zum Zweck der Pubertätsunterdrückung beginnen. Die Hormontherapie für Transgender-Personen ist in der Regel entweder vermännlichend oder verweiblichend.

- Unterdrückung der Pubertät und zeitliche Planung geschlechtsangleichender Behandlungen: Unter sorgfältiger Abwägung kann bei jungen Heranwachsenden eine Therapie mit Gonadotropin-Releasing-Hormon-Agonisten (GNRHa) angewandt werden, um die Entwicklung sekundärer Geschlechtsmerkmale vorübergehend zu stoppen, die Geschlechtsdysphorie abzumildern und Zeit für Entscheidungen über geschlechtsangleichende Behandlungen zu gewinnen. Der Einsatz von GNRHa unterbricht die Entwicklung irreversibler sekundärer Geschlechtsmerkmale, verhindert aber auch die Reifung der primären Eizellen und der Spermatogonien.⁽¹⁹⁾ Es gibt aktuell keine Studien zur möglichen späteren Fruchtbarkeit bei Jugendlichen, die von der GNRHa-Therapie auf gegengeschlechtliche Hormone umsteigen. Die Entscheidung, zu welchem Zeitpunkt mit der geschlechtsangleichenden Behandlung begonnen wird, kann für Transgender-Personen, die ihre Fruchtbarkeit und/oder ihre Fähigkeit zu Stillen/zum Chestfeeding erhalten wollen, schwierig sein. So kann beispielsweise die Verschiebung der geschlechtsangleichenden Brustrekonstruktion von weiblich zu männlich („Top-Operation“ bei einem Transmann auf die Zeit nach dem Abstillen seine für ihn belastende Geschlechtsdysphorie um viele Jahre verlängern.⁽³⁾ Neben dem Risiko einer anhaltenden Geschlechtsdysphorie stellen die fehlenden Daten über die Auswirkungen einer postpubertären Hormontherapie auf die Fruchtbarkeit, einschließlich der Schwellenwerte für die Verursachung von Unfruchtbarkeit, eine weitere Herausforderung dar.^(19,20) Die Erhaltung der Fertilität ist ein wachsendes Feld und es werden neue Methoden untersucht.⁽¹⁹⁾ Es gibt verschiedene Formen der Fertilitätserhaltung (d.h. testikuläre Spermienextraktion und -banking, Eizellenentnahme und -banking und Kryopräzipitation von Ovargewebe), die mit den Betroffenen diskutiert werden sollten, bevor Therapien eingeleitet werden, die die Fertilität beeinflussen können.^(19,21,22)
- Feminisierende Behandlungen und Maßnahmen: Bei der Hormontherapie für Transfrauen und transfeminine Personen kommen in der Regel ein Östrogen und ein Antiandrogen (beispielsweise Spironolacton) sowie möglicherweise auch ein Gestagen zum Einsatz. Eine Östrogentherapie induziert die Entwicklung von Brustgewebe.^(21,23,24) Es existieren ein Fallbericht und viele anekdotische Berichte über die Laktation induzierende transsexuelle Frauen (siehe Abschnitt Induzierte Laktation und Kolaktation), die Milch produzieren. Eine Brustvergrößerung bei transsexuellen Frauen kann eine unzureichende Entwicklung des Brustgewebes maskieren oder zu einer Druckatrophie des verbleibenden Gewebes führen. Sie kann auch das Risiko von Stauungen während der induzierten Laktation erhöhen.

- Maskulinisierende Behandlungen und Maßnahmen: Testosterontherapie bei Transgender-Männern oder transmaskulinen Personen unterdrückt die endogene Östrogenproduktion, die zu einer Atrophie des östrogenresponsiven Brustgewebes führen kann.(25) Transgender-Männer, die eine Schwangerschaft anstreben und austragen, müssen die Testosterontherapie während der Schwangerschaft in der Regel aussetzen. Falls eine Laktation erwünscht ist, kann diese Aussetzung in der Zeit nach der Geburt fortgesetzt werden. Darüber hinaus können Transmänner die Brüste einbinden (durch Verwendung eines engen, komprimierenden Kleidungsstücks oder einer Bandage, um das Erscheinungsbild der Brust abzuflachen). Dies kann zu einer Kompressionsatrophie, einer Verschlimmerung der Schwellung oder einer verringerten Stillfähigkeit führen. Bei transsexuellen Männern, die sich einer „Top“-Operation unterzogen haben, kann die Fähigkeit zur Laktation erhalten geblieben sein oder auch nicht. Die chirurgischen Techniken für die „Top“-Operation variieren stark und reichen von einer bilateralen totalen Mastektomie mit Resektion des Mamillenareolarkomplexes (MAC) bis zur Anwendung von Reduktionstechniken mit Erhalt des MAC an einem intakten neurovaskulären Stiel. Diese Techniken können zu individuellen Unterschieden im verbliebenen Mammaparenchym führen. Wenn die Brustwarze vollständig abgetrennt und wieder angefügt wird, ist es zudem unwahrscheinlicher, dass sich die Milchgänge regenerieren und eine Laktation ermöglichen, als wenn sie verbunden bleibt.(26) Moderne MAC-Tätowierungstechniken können den Anschein eines natürlichen MAC erwecken, aber die Ergebnisse sind nur kosmetischer Natur.
- Geschlechtsdysphorie als Folge der Stillbetreuung: Jede Behandlungsform, die die hormonelle Situation von Trans-Personen verändert, kann ihre Geschlechtsdysphorie verstärken. Das kann sich zusätzlich zu den eventuell durch die Fruchtbarkeitsbehandlung und Betreuung während der Schwangerschaft verursachten Belastungen auswirken. Wird beispielsweise ein Transmann schwanger, erlebt er hormonelle Veränderungen durch das Aussetzen der Testosterontherapie und die Schwangerschaft selbst, die belastend sein können und er kann negative Emotionen im Zusammenhang mit den Veränderungen seiner Brust erleben. Sensibel auf die Erfahrungen der PatientInnen einzugehen bedeutet, sie in ihrer Entscheidung zu unterstützen, nach der Geburt geschlechtsangleichende Hormonbehandlungen wieder aufzunehmen, einschließlich der Entscheidung, nicht zu stillen.

Fruchtbarkeitsoptionen

Die Reproduktionsoptionen für LGBTQ+-Personen variieren je nach den persönlichen Präferenzen der betroffenen Personen, ihren eigenen Gonaden und Fortpflanzungsorganen und denen ihres Partners/ihrer Partnerin, bereits erfolgten oder aktuellen Therapien, die die Fruchtbarkeit beeinflussen können, Zugang zu Spezialisten für reproduktive Endokrinologie und Infertilität, Finanzen/Versicherungsschutz und lokaler Gesetzgebung.(27,28) Die Zielsetzungen in Bezug auf Fertilität und Kinderwunsch sind von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich, so dass Mutmaßungen zu vermeiden sind.(29-31) Es handelt sich hierbei um sensible Themen, bei denen das Fachpersonal sich mit dem eigenen Wissen unwohl fühlen kann. Dennoch ist es wichtig, sich über die Möglichkeiten sowie über lokale Ressourcen und rechtliche Einschränkungen zu informieren. Betroffene Personen können aus Angst vor Diskriminierung oder Verletzung zögern, ihre Ziele und Fragen zu formulieren.(6,29) Da kann dazu führen, dass Eltern und Kinder in dieser vulnerablen Zeit unter schlechten Behandlungsergebnissen leiden.

- Ist keiner der beiden Partner gebärfähig oder wünscht keiner der Partner eine Schwangerschaft auszutragen, besteht die Wahl zwischen Leihmutterschaft (formell oder informell, mit Sperma oder Eizellen von einer oder beiden Partnerinnen oder von einer Spenderin/einem Spender) oder Adoption.(32)
- Besteht zumindest bei einem der beiden Partner die Fähigkeit zur Schwangerschaft (d.h. es ist ein Uterus vorhanden und es lässt sich die erforderliche hormonelle Situation einrichten) und der Wunsch, eine Schwangerschaft auszutragen, kann
 - eine Empfängnis durch penetrativen Geschlechtsverkehr (Penis in Vagina), intrauterine Insemination oder In-vitro-Fertilisation erfolgen;

- eine Spermien spende (formell oder informell) genutzt werden; oder
- eine Eizell spende von einem Partner oder einer Spenderin genutzt werden.

Induzierte Laktation und Kolaktation

Einige LGBTQ+-Eltern möchten möglicherweise die Laktation induzieren, das heißt die Milchbildung ohne Schwangerschaft in Gang bringen. Es gibt viele anekdotische Berichte und einen Fallbericht über eine transsexuelle Frau (AMAB, über Hormonersatztherapie), die erfolgreich die Laktation induziert hat.(33) Was die induzierte Laktation bei LGBTQ+-Eltern betrifft, empfehlen wir aufgrund unserer Erfahrung und der begrenzten veröffentlichten Informationen Folgendes:

- Gehen Sie nicht davon aus, dass eine Person mit Brüsten wissen wird, dass es die Option einer induzierten Laktation gibt, noch dass sie den Wunsch haben wird, die Laktation zu induzieren. Informieren Sie sie vielmehr über ihre Möglichkeiten und stellen Sie offene Fragen, wie z.B.: „Was denken Sie über das Stillen Ihres Kindes“ und „Was denken Sie über eine induzierte Laktation?“
- Sprechen Sie mit der Familie über die Themen Stress und Erhaltung der psychischen Gesundheit und Beziehung.(34) Eine induzierte Laktation kann schwierig sein und verlangt Zeit und Mühe, was das Stressniveau einer Familie erhöhen kann.(35) Darüber hinaus gibt es keine publizierten Studien über die Erfolgszahlen. Elterlicher Stress hat Folgen für die neurologische Entwicklung ihrer Kinder, und jeder Nutzen der Muttermilch muss gegen dieses Risiko abgewogen werden.(36)
- Es gibt für keine Patientenpopulation eine Standard-Anleitung zur induzierten Laktation. Um die Laktation zu induzieren, existieren eine Reihe verschiedener Methoden, darunter Visualisierung/ Meditation, Brustentleerung per Hand oder Pumpe, Stillen an der Brust und Kombinationen aus oraler Empfängnisverhütung mit anschließendem Hormonentzug in Kombination mit Galactogenen und Entleerung der Brust (siehe ABM-Protokoll Nr.9 „Verwendung von Galactogenen zur Einleitung oder Steigerung der mütterlichen Milchproduktion, zweite Überarbeitung 2018(37).(33,35,38)
- Eine induzierte Laktation könnte für Transgender-Personen eine größere Herausforderung darstellen. In diesen Fällen kann man sich im Allgemeinen auf drei Aspekte beziehen: Hormonelle Stimulation des Brustgewebes (Priming), Prolaktinsteigerung und Hormonentzug mit Entleerung.
 - Priming: Die hormonelle Stimulierung des Brustgewebes bei nicht schwangeren Personen AFAB beinhaltet im Allgemeinen ein kombiniertes orales Kontrazeptivum mit Östrogen und Progesteron (z.B. Ethinylestradiol und Norgestimat), das kontinuierlich über Monate ohne eine Menstruationsphase eingenommen wird (Placebo-Pillen). Transitionierte AMAB-Trans-Personen befinden sich wahrscheinlich bereits in einer medikamentösen Behandlung mit Östrogen, Progesteron und einem Androgenhemmer (oft Spironolacton), wenn keine bilaterale Orchiectomie durchgeführt wurde. Je nach Dauer der Behandlung kommt es bei den Patientinnen zum Wachstum von Brustgewebe. Wird von den Patientinnen eine induzierte Laktation angestrebt, wurde angenommen, dass die hormonelle Situation einer Schwangerschaft für einen ähnlichen Zeitraum wie bei nicht schwangeren AFAB-Personen oder für drei bis sechs Monate herbeigeführt werden sollte. Laut dem Fallbericht von Reisman können die Östrogen- und Progesterondosen in der Stimulationsphase bei entsprechender Verträglichkeit schrittweise auf 8-12 mg Östrogen und 400 mg Progesteron erhöht werden.(33) Die Risiken, insbesondere das Auftreten von Blutgerinnseln bei hohen Östrogendosen, sollten besprochen werden. Es wurden bereits laborchemische Tests der Serumspiegel durchgeführt, diese können für die Therapieführung nützlich sein oder auch nicht. Als Anhaltspunkt hilfreicher können zu beobachtende Brustveränderungen der Patientin sein. In diesem Stadium empfehlen viele Experten, Brustwarzen und Brustwarzenhöfe zu stimulieren und ein bis drei Mal täglich die Brust sanft zu entleeren.
 - Prolaktinsteigerung: Die Erhöhung des Prolaktinspiegels wird in der Regel durch Galaktogene erreicht und kann während der oben erwähnten Phase der Hormonstimulation oder der unten beschriebenen Phase der Entleerung der Brust erfolgen. Obwohl es dafür keine Evidenz

gibt, kommen in traditionellen Protokollen für die induzierte Laktation diese Medikamente zum Einsatz. Domperidon hat die stärkste Evidenz für eine erfolgreiche Stimulation der Laktation. Die einzige publizierte Kasuistik über eine erfolgreiche induzierte Laktation berichtet von einer Transfrau, die dieses Medikament verwendet hat.(33) In den USA liegt keine Zulassung durch die FDA für den Einsatz von Domperidon vor. Auch Metoclopramid oder pflanzliche Galaktogene können versuchsweise eingesetzt werden. Kosten, Risiken und Nebenwirkungen einiger Behandlungen können deren längerfristige Durchführung möglicherweise einschränken.

- Entleerung: Im Allgemeinen sollten die hohen Östrogen- und Progesterondosen während der Phase, in der die Brust durch Abpumpen oder per Hand entleert wird, etwa einen Monat, ehe mit dem Stillen des Kindes begonnen werden soll, abgesetzt werden. Die ursprünglichen Östrogen- und Progesterondosierungen können dann von der Patientin wieder aufgenommen werden. Alternativ kann, wie von Reismann berichtet,(33) die Östrogendosis sogar noch weiter verringert werden (0,025 mg Estradiol-Pflaster). Wurde die Patientin zuvor auf einem höheren Niveau eingestellt, müssen Nebenwirkung der Senkung des Östrogenspiegels bedacht werden. In dieser Phase wird mit kontinuierlichem Entleeren der Brust mittels Pumpe oder per Hand begonnen, das allmählich auf fünf bis zehn Minuten für sechs bis acht Mal pro Tag gesteigert werden sollte. Die Anpassung des Absaugtrichters der Pumpe sowie die Aufklärung über den korrekten Gebrauch der Brustpumpe sollte von einer Fachperson durchgeführt werden. Wird die Brust abgepumpt, ohne dass dabei Milch gewonnen wird, kann dies als unangenehm empfunden werden. Zur Verringerung der Reibung können Gleitmittel im Absaugtrichter angewandt werden (z.B. Lanolin, Kokosöl oder spezielle Befeuchtungs- und Gleitmittel). Wird die Milch nicht direkt verwendet, kann sie in verschlossenen Spritzen eingefroren werden.
- Wird ein Kind in der Entleerungsphase an die Brust angelegt, bevor die Milchproduktion vollständig aufgebaut ist, kann ein Brusternährungsset an der Brust verwendet werden, um das Kind dazu zu motivieren, an der Brust zu bleiben.
- Es sollte auf das Bonding als Vorteil beim Stillen und dem Chestfeeding hingewiesen werden. Viele Personen, die nur wenig Milch bilden, berichten, dass das Stillen oder Beruhigen eines Kindes durch den eigenen Körper für sie besonders wertvoll ist.

Einige Eltern erwägen eine Kolaktation, nachdem ein oder mehrere Elternteile die Laktation induziert haben oder weil ein Elternteil bereits ein früheres Kind gestillt hat oder bei der Geburt des anderen Elternteils noch stillt. Darüber hinaus gibt es Familien und Beziehungen mit mehr als zwei Elternteilen, und daher kann sich Kolaktation auf das Teilen der Milch unter größeren Gruppen beziehen. Wenn eine Familie die Kolaktation in Erwägung zieht:

1. Besprechen Sie die Erwartungen und Ziele

- Informieren Sie die Eltern, dass es unwahrscheinlich ist, dass die Kolaktation die Belastung des schwangeren Elternteils verringert. Dies könnte ein Missverständnis bezüglich der Kolaktation sein.
- Andere Aufgaben (einschließlich Hausarbeit, Arbeit/Einkommen und Säuglingspflege) sollten besprochen und alle verfügbaren Unterstützungsmöglichkeiten innerhalb der Familie oder Gemeinschaft abgeklärt werden, insbesondere für die ersten beiden Wochen nach der Geburt.
- Besprechen Sie die Ziele der Eltern in Bezug auf die Kolaktation. Einige spezielle Fragen, die von den Eltern erörtert werden sollten, lauten: Wer übernimmt den Haut-zu-Haut-Kontakt nach der Geburt, wer wird stillen und wann und wie soll die Milchproduktion von mehreren Personen aufrechterhalten werden?

- Anhang A1 enthält ein Muster eines Kolaktationsplans, der für Eltern individuell angepasst werden kann und der vor der Geburt erstellt und an das medizinische Personal weitergegeben werden kann.
2. Unterstützung der Milchproduktion und der kindlichen Gesundheit
- Alle laktierenden Elternteile müssen ihre Milchmenge durch Stillen oder Entleeren von Milch aufrechterhalten.
 - Unterstützung der Milchproduktion bei allen laktierenden Eltern durch sechs- bis achtmalige Entleerung von Milch pro Tag und Galaktogene, wie im ABM-Protokoll Nr.9 beschrieben. (37)
 - Aufgrund der Einzigartigkeit des Kolostrums für das Neugeborene sollte die Gabe von Kolostrum, wenn möglich, durch den schwangeren Elternteil bevorzugt werden. Die Bildung von Kolostrum beginnt bei dem schwangeren Elternteil im zweiten Trimester der Schwangerschaft.(39)

Adoptions- oder Leihmutterchaftssituationen können dadurch erschwert werden, dass die Geburt an einem anderen Ort als dem Wohnort der Eltern, in einem unbekanntem Krankenhaus oder in einem Krankenhaus mit unzureichender Stillunterstützung für LGBTQ+-Personen stattfindet. Die für die Stillbegleitung verantwortliche Fachperson kann dann als wichtige Vermittlerin fungieren. Insbesondere vor der Geburt:

- Wird eine induzierte Laktation gewünscht oder will ein nicht schwangerer Elternteil dem Kind seine Milch geben, sollte eine Testung auf übertragbare Infektionen erwogen werden. Diese Laboruntersuchungen werden in der Schwangerenvorsorge routinemäßig empfohlen und dienen somit sowohl der Schwangerschaftsbetreuung als auch der Stillberatung. Zudem kann die Geburtsklinik verlangen, dass bei einem Elternteil ein Laborscreening durchgeführt wird, ehe dem Kind dessen Milch verabreicht wird. Folgende Untersuchungen kommen in Betracht: HIV, Syphilis, Hepatitis B und C (zur Beratung im Falle von blutenden Brustwarzen/Blut in der Milch) und Tuberkulose in Hochrisikogebieten. In einigen Neugeborenenintensivstationen werden Tests auf Zytomegalievirus bei Schwangeren und/oder Muttermilch durchgeführt, vor allem bei Kindern, die <32 Schwangerschaftswochen geboren wurden. Spendermilchbanken testen auf humane T-lymphotrope Viren der Typen I und II (HTLV I und II); dies kann, insbesondere in dafür endemischen Regionen, überlegt werden.(40) Auch wenn diese Vorschläge medizinisch angemessen sind, können sie von den Eltern als beleidigend und stigmatisierend empfunden werden. Nicht schwangere stillende Eltern kann es jedoch beruhigen, wenn ihnen versichert wird, dass es sich dabei um Routineuntersuchungen für Schwangere und Milchspender handelt.
- Die Brüste/Brust der Eltern sollte auf Herpes untersucht werden und die Eltern sollten darüber aufgeklärt werden, dass das Abpumpen von Milch oder das Stillen während eines Herpesausbruchs an den Brustwarzen, dem Brustwarzenhof oder an Hautarealen, die mit dem Absaugtrichter der Brustpumpe oder Auffangbehältern und Händen bei der Handentleerung in Kontakt kommen, unterlassen werden muss.
- Wenn das Einverständnis der Patientin vorliegt, sollten die Laktationsberatung oder die für Stillunterstützung zuständigen Fachpersonen in der Geburtsklinik kontaktiert werden. Dadurch lässt sich wahrscheinlich die korrekte Verwendung von Pronomen und Namen begünstigen und es können der Stand der Laktation bei dem Elternteil, der Milch bereitstellen will sowie – wenn dies vom Elternteil gewünscht wird – unterstützenden Maßnahmen beim Stillen an der Brust (z.B. Brusternährungsset, Zufütterung usw.) besprochen werden.

Geburt, Geburtspläne und Stillen/Chestfeeding

Die Geburtserfahrung für LGBTQ+-Eltern kann sozial gesehen schwierig sein, wenn die Geburtseinrichtung nicht darauf vorbereitet ist, Familien mit gender und sexuell diversen Menschen zu betreuen. Darüber hinaus haben die Familien möglicherweise Diskriminierung, suboptimale Betreuung und/oder Trauma in der Gesundheitsversorgung erlebt.(6-8,41) In diesen Fällen hat das Stillunterstützungsteam die einmalige Gelegenheit, vorbereitet, respektvoll und freundlich zu sein.

- Unabhängig von der bisherigen Erfahrung einer Familie sollten Familien mit LGBTQ+-Mitgliedern eine angemessene Standardbetreuung erhalten, um die Ernährung mit Muttermilch zu fördern. Dies umfasst pränatale Aufklärung, Haut-zu-Haut-Kontakt unmittelbar nach der Geburt, Rooming-in, Stillen nach Bedarf und angemessene Nachsorge (siehe ABM Klinisches Protokoll Nr.5).(42) Die Standardanleitungen zum ausschließlichen Stillen müssen möglicherweise auf der Grundlage der zu erwarteten Milchproduktion eines nicht schwangeren Elternteils und der Frage, ob die Milch von einem schwangeren Elternteil zur Verfügung gestellt wird, geändert werden. So ist z.B. eine volle Milchmenge bei einer induzierten Laktation oder nach einer „Top“-Operation in der Regel nicht erreichbar. Daher sollten die Eltern ermutigt werden, so viel Muttermilch wie möglich zu geben, und gleichzeitig über die Indikationen für eine Zufütterung, die Möglichkeiten und Methoden der ergänzenden Zufütterung und die Notwendigkeit einer genauen Nachsorge aufgeklärt werden.
- Wenn zwei oder mehr Familienmitglieder planen zu stillen/chestfeeden:
 - Erstellen Sie gemeinsam einen Plan zu den Ernährungswünschen
 - Stellen Sie fest, welcher Elternteil Haut-zu-Haut-Kontakt halten wird und wer im Krankenhaus, unterstützt durch jegliche von anderen Elternteilen bereit gestellte Milch, stillen wird (Anhang A1).
 - Alle stillenden Eltern sollten ihre Medikamente und ihren Gesundheitszustand auf mögliche Auswirkungen auf die Laktation oder die Gesundheit des Säuglings überprüfen lassen.
- Privatsphäre ist ein wichtiger Aspekt. Medizinisches Personal und Laktationsberaterinnen sollten sich bewusst sein, dass einige transgener und geschlechtsexpansive Patientinnen unter Körperdysphorie leiden, Operationsnarben oder Erfahrungen mit Trauma, Missbrauch und Gewalt haben können. Die Privatsphäre während der Untersuchung, beim Stillen und bei der Hilfe beim Anlegen kann für die Familie sehr wichtig sein und sollte respektiert werden. Wenn die Familie es wünscht, sollte auch ein „hands-off“-Ansatz für die Stillberatung in Erwägung gezogen werden.
- In Hinblick auf das Anlegen müssen die Form und Ausprägung von Brustwarzenhof/Brustkorb, die Elastizität der Brust/des Brustkorbs, die Positionierung und der Einsatz von Stillhilfsmittel bedacht werden.
 - Bei Transmännern, die sich einer „Top“-Operation unterzogen haben oder bei Transfrauen, die eine Brustvergrößerung hatten, kann das Brustgewebe weniger elastisch sein und die Brustwarzenhöfe eher flach. Wenn in diesem Fall angelegt werden soll und das Kind nicht in der Lage ist, die Brustwarze zu erfassen, kann ein Stillhütchen in Erwägung gezogen werden. Es gibt Stillhütchen, die von der Form her einem Flaschensauger ähneln. Diese können, insbesondere dann, wenn das Gewebe nicht elastisch ist und nicht in ein Standardstillhütchen eingezogen werden kann, das Anlegen weiter erleichtern.
 - Bei Transmännern nach „Top“-Operation, kann es notwendig sein, das Kind höher am elterlichen Körper zu positionieren, da es im Allgemeinen kein herabhängendes Gewebe am Brustkorb gibt. Dazu können zusätzliche Kissen benötigt werden.
 - Bei allen PatientInnen mit Anlegeproblemen besteht ein weiterer Ansatz darin, das Brustgewebe mit den Händen zu formen, um dem Säugling das Erfassen der Brust zu erleichtern. Wie so oft wird von den meisten Patienten ein Hands-off-Ansatz oder das Führen der eigenen Hände der PatientIn zur Unterweisung als am effektivsten empfunden und bevorzugt.
 - Bei PatientInnen mit geringer Milchmenge kann eine zusätzliche Ernährungssonde, die an einer mit Muttermilch oder künstlicher Säuglingsnahrung (Säuglingsanfangsnahrung) gefüllten Flasche, Spritze oder einem Brusternährungsset, befestigt ist, verwendet werden, um dem Kind bei gleichzeitiger Stimulation der Brust mit Milchtransfer von dem Elternteil Nahrung zuzuführen. Das Ende der Ernährungssonde sollte die Brustwarzenspitze erreichen, und die Sonde kann mit Klebeband an der Brustwand befestigt werden. Eine solche Sonde kann innerhalb oder außerhalb eines Stillhütchens genutzt werden. Es gibt keine publizierte Evidenz dafür, wie diese Zufütterungsmethode am besten genutzt wird.

Zusätzliche Überlegungen für Krankenhaus und Neugeborenenintensivstation

LGBTQ+-Familien sehen sich in der Intensivstation besonderen Herausforderungen gegenüber. Zunächst einmal gibt es eine Vielzahl von medizinischem Personal, die über das übliche Team von ärztlichem und pflegerischem Personal hinausgeht. Dies und der zusätzlich häufige Personalwechsel erschwert es, sicher zu stellen, dass allen beteiligten Mitarbeitern die familiären Beziehungen und die affirmativen Pronomen/Namen bekannt sind. Darüber hinaus befinden sich viele Neugeborenenintensivstationen in Bildungseinrichtungen, wodurch LGBTQ+-Eltern mit Medizinstudenten, Assistenzärzten und Stipendiaten mit unterschiedlichem Ausbildungsstand in kulturell kompetenter Gesundheitsversorgung konfrontiert werden. Eine vorläufige qualitative Studie mit LGBTQ+-Eltern ergab, dass die Interaktion mit dem Personal eine wichtige Rolle für die gesamte elterliche Erfahrung spielt. Diese Interaktionen beginnen bei der Aufnahme und setzen sich bis zur Entlassung fort.* Wie bereits beschrieben, aber durch Mehrpatientenzimmer noch verstärkt, kann der Verlust der Privatsphäre für Eltern mit Geschlechtsdysphorie oder einer Vorgeschichte mit Traumata oder Missbrauch ein weiteres Hindernis für das Stillen/Chestfeeding darstellen.

Darüber hinaus sehen sich LGBTQ+-Familien mit den gleichen Hindernissen konfrontiert wie andere Familien, die auf der Neo-Intensivstation stillen/an der Brust füttern wollen. Dazu gehören die Abhängigkeit von Milchpumpen, um die Milchbildung in Gang zu bringen und aufrechtzuerhalten, Schwierigkeiten beim Haut-zu-Haut-Kontakt aufgrund der für den Säugling erforderlichen medizinischen Geräte (d. h. Endotrachealtuben, mechanische Beatmungsgeräte und zentrale Zugänge), Schwierigkeiten beim Stillen eines Frühgeborenen mit schwachen Hungerzeichen und oromotorischen Fähigkeiten sowie die vielen miteinander kollidierenden Belange, die das Leben mit einem hospitalisierten Kind mit sich bringt (finanziell, familiär, emotional, Berufstätigkeit, Mobilität usw.).

Das Folgende kann für Familien, die sich als LGBTQ+ identifizieren, sowohl auf der Neugeborenenintensivstation als auch in jedem anderen institutionellen Umfeld hilfreich sein:

- Stellen Sie sicher, dass die Anmeldeformulare eine inklusivere Sprache verwenden (z.B. Felder für „Elternteil 1, Elternteil 2“ anstelle von „Mutter, Vater“).
- Stellen Sie sicher, dass Vorgesetzte stets betonen, wie notwendig eine integrative und respektvolle Sprache ist. Dies erfordert oftmals eine vorherige Schulung, klare Übergaben, an denen verschiedene Fachkräfte beteiligt sind, und die Nichtduldung jeglichen respektlosen Verhaltens.
- Gute Kommunikation bei der Vorstellung durch Erfragen der Pronomen und der Frage danach, welche Begriffe die Familie für Eltern, Füttern usw. verwenden mag. Stellen Sie sicher, dass diese Vorgaben innerhalb des Personals weitergegeben werden, damit die Familie nicht mit immer wieder neuen Wiederholungen ihrer Wünsche belastet wird.
- Stellen Sie sicher, dass die elterlichen Anliegen berücksichtigt werden und dass alle Elternteile in medizinische Entscheidungen einbezogen werden.(8,41)

Spendermilch und informelles Milchteilen

Mehrere Quellen bestätigen, dass Spendermilch eine sichere und gute Nahrungsquelle für extrem Frühgeborene, sehr leichtgewichtige oder Säuglinge mit medizinische komplexen Problemen ist.(43,44) Leider ist Spendermilch in vielen Ländern nicht verfügbar, nur für Hochrisikosäuglinge erhältlich oder unerschwinglich teuer. Daher sind LGBTQ+-Familien im Nachteil, wenn sie nicht in der Lage sind, ihre eigene Muttermilch zu produzieren. Aus diesem Grund sind Gruppen für informelles Milchteilen bei LGBTQ+-Eltern sehr beliebt.(45) Die American Academy of Pediatrics (AAP) befürwortet die Nutzung des informellen Milchteilens nicht, da eine Risikoabschätzung nicht möglich ist.(43) Die ABM sieht die Risiken und Vorteile des informellen Milchteilens und schlägt eine medizinische Untersuchung des Spenders und sichere Vorgehensweisen im Umgang mit Milch vor, um größtmögliche Sicherheit zu erreichen.(46) Sowohl die AAP als auch die ABM raten vom Milchteilen über das Internet ab.

Unterstützung

Es gibt bislang nur wenige Unterstützungsangebote während Schwangerschaft und Stillzeit für LGBTQ+-Familien und die sie betreuenden medizinischen Fachkräfte, doch es werden langsam mehr. Leider sind die Unterstützungsangebote in den Bereichen Elternschaft und Stillzeit nach wie vor hetero- und cisnormativ ausgerichtet, mit einem explizit mütterlichen Fokus, wenn es um das Stillen und die Laktation geht. Die Tendenz geht nicht dahin, andere Familien- und Elternformen zu diskutieren oder mit einzubeziehen. LGBTQ+-Eltern geben an, dass sie aufgrund der Geschlechtsnormativität einen negativen Eindruck von Stillbüchern und Apps erhalten haben.

- Schriftliche Informationsquellen, die auch das Thema Laktation aufgreifen:
 - *Where's the Mother?: Stories from a Transgender Dad* by Trevor MacDonald(3)
- Online-Unterstützung:
 - Zunehmend werden Facebook und andere soziale Medien zur Unterstützung genutzt
 - Communities zum Teilen von Milch (z.B. Milk-Share, Eats on Feets)
 - "Birthing and Breast or Chestfeeding Trans People and Allies Facebook Group"
 - Hilfreiche Suchbegriffe sind 'trans' oder "LGBTQ" und "stillen" oder "Elternschaft"
 - Internet Mailing Liste für lesbische, bisexuelle und transgender Mütter s. Lev et al., 2005.(47)
 - Stillen und Elternsein aus Transgender-Perspektive (milkjunkies.net).
- Gesundheitspersonal
 - GOLD learning online: Jaye Simpson "LGBTQ Parents and Lactation—An Exploration in LGBTQ Culture" abzurufen unter: <https://www.goldlearning.com/lecture/221>.
- Fachverbände:
 - World Professional Association for Transgender Health.
 - La Leche League International, <https://www.llli.org/breastfeeding-info/transgender-non-binary-parents/>.
- Gruppentreffen:
 - Unterstützung durch Selbsthilfegruppen ist ein wichtiger Vorhersagefaktor für den Erfolg der Eltern beim Erreichen ihrer Stillziele.(48) Tran-Eltern und andere LGBTQ+-Familien fühlen sich möglicherweise bereits isoliert, insbesondere, wenn sie keine anderen LGBTQ+-Familien kennen.(28)

Zukünftige Forschung

In diesem Bereich bestehen signifikante Forschungslücken. Es ist unwahrscheinlich, dass in Zukunft Gruppierung der sexuellen Orientierung und der Geschlechtsidentität angemessene Forschung oder praktische Anleitung erhalten wird. Es wird daher vorgeschlagen, in der künftigen Forschung die Untergruppen der LGBTQ+-Gemeinschaft zu untersuchen. Insbesondere muss die Milchbildung von Eltern, die sich geschlechtsanpassenden Operationen unterzogen haben, und von Eltern, die die Laktation induziert haben, untersucht werden. In Hinblick auf die Tatsache, dass dies ein neuer und wachsender Bereich ist und die Geschichte der Vernachlässigung und Diskriminierung der LGBTQ+-Community, sollten gemeinschaftsbezogene

partizipatorische Forschung und qualitative Studien zur wissenschaftlichen Information und Unterstützung unbedingt erwogen werden.

***Jackson J, Dadiz R. (2020). LGBTQI Parent Experience with Newborn Nutrition. Unpublished raw data.**

Offenlegungserklärung

C.B.R.-C. ist Berater für May & Meadow, ein Biotech-Start-up-Unternehmen. Für die übrigen Autoren bestehen keine konkurrierenden finanziellen Interessen.

Informationen zur Finanzierung

Für die Erstellung dieses Protokolls wurden keine Mittel bereitgestellt.

Korrespondenzadresse: abm@bfmed.org

Übersetzung: Denise Both, IBCLC, Füssen

Überprüfung der Übersetzung: Dr. Kathrin Gorlitt, Dirlewang

Originaltext und Quellenangaben unter: <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.29152.rlf>

Anhang A1. Ernährungsplan bei Kolaktation

(Bitte beachten Sie: Dieser Ernährungsplan wird vom schwangeren Elternteil ausgefüllt. In einem Krankenhaus oder einer Institution wäre dies die Patientin/der Patient, die/der in den meisten Fällen ihr/sein Einverständnis bei der Wahl der Behandlungsform geben würde. Dabei wird von einer Zwei-Personen-Elternschaft ausgegangen, was möglicherweise nicht zutreffend ist. Daher kann es notwendig sein, den Plan an die speziellen Umstände anzupassen.)

Datum: _____/_____/_____

Kolaktationsernährungsplan für den Säugling

Mein Name ist _____ und ich beabsichtige, mein Baby gemeinsam mit meinem Partner/meiner Partnerin _____ (Name) zu stillen.

Die Vorteile der Ernährung mit Muttermilch sind für uns und unser Baby sehr wichtig. Wir wünschen, dass unsere Vorgaben unterstützt werden, solange dies medizinisch vertretbar ist. Wir möchten zudem sicherstellen, dass meine Milchproduktion sich gut einspielt während _____ dabei unterstützt wird, zu lernen unser Neugeborenes zu stillen und mit ihm zu bonden. Deshalb sind einige Aspekte unseres Ernährungsplans die gleichen wie bei anderen Eltern, einige unterscheiden sich jedoch.

Allgemeines (zutreffendes bitte ankreuzen):

Haut-zu-Haut-Kontakt: Bitte legen Sie das Baby nach der Geburt im Haut-zu-Haut-Kontakt auf meine Brust. Bitte führen Sie Untersuchungen und Behandlungen an unserem Baby durch, wenn möglich, während es sich im Haut-zu-Haut-Kontakt befindet.

Not-Sectio: Falls ich nach der Geburt nicht in der Lage bin, mein Baby im Haut-zu-Haut-Kontakt zu halten, erlauben Sie bitte meinem Partner/meiner Partnerin _____ (Name) dies zu übernehmen und das Baby zum ersten Mal anzulegen.

Ausschließliches Stillen: Unser Ziel ist das ausschließliche Stillen unseres Babys. Bitte geben Sie meinem Baby keine künstliche Säuglingsnahrung, ohne dies vorher mit uns abzusprechen.

Keine Flaschen oder Beruhigungssauger: Bitte verwenden Sie weder Beruhigungssauger noch Flaschen ohne vorherige Absprache mit uns.

Stillen nach Bedarf: Bitte unterstützen Sie mich dabei, die Hungerzeichen meines Babys erkennen zu lernen und es zu stillen, wenn es dies entsprechend signalisiert.

Rooming in: Bitte unterstützen Sie, dass unser Baby und ich 24 Stunden am Tag gemeinsam in einem Zimmer bleiben.

Speziell zur Kolaktation (zutreffendes bitte ankreuzen):

Zum Zeitpunkt der Geburt produziert meine Partnerin/mein Partner _____ (Name) _____ ml Milch pro Tag

Initialer Haut-zu-Haut-Kontakt und erstes Anlegen erfolgt durch _____, wenn wir medizinisch dazu in der Lage sind.

Falls ich nach der Geburt für Haut-zu-Haut-Kontakt und erstes Anlegen nicht verfügbar bin, erlauben Sie bitte meiner Partnerin/meinem Partner _____ (Name) dies zu tun und das erste Mal anzulegen.

Nach dem ersten Anlegen möchten wir, dass _____ (Name) das Baby hauptsächlich an der Brust füttert.

Nach dem ersten Anlegen möchten wir beide an der Brust füttern. Es ist uns bewusst, dass in diesem Fall, die/derjenige, die/der nicht an der Brust füttert, Milch von Hand entleeren oder abpumpen muss und dass dies zu einer verringerten Milchmenge führen kann.

Wir wissen auch, dass, wenn meine Partnerin/mein Partner _____ (Name) keine Milch bildet, ein Brusternährungsset eingesetzt werden muss. In jedem Fall muss das Gewicht der Babys engmaschig beobachtet werden.

Bitte unterstützen Sie meine Partnerin/meinen Partner _____ (Name) während des Klinikaufenthaltes bei der Verwendung eines Brusternährungssets.

Nach der Entlassung wollen wir

Dieser Plan wurde mit meinem Arzt/meiner Ärztin abgesprochen: _____

Der Kinderarzt/die Kinderärztin meines Babys ist: _____

Besprechung mit der Kinderärztin/dem Kinderarzt