Krebsfrüherkennung, Verhütung und sexuelle Gesundheit

Krebsfrüherkennung:

- Hormontherapien können die Ergebnisse von Krebsfrüherkennungs-untersuchungen beeinflussen (insbesondere PAP-Tests).
- Auch nach einer Mastektomie sind regelmäßige Brustuntersuchungen wichtig.
- Bei Gabe von Östrogenen sind Brustuntersuchungen zur Krebsfrüherkennung relevant.

Verhütung und sexuelle Gesundheit:

- Testosteron schützt nicht vor Schwangerschaft – eine bestehende Amenorrhoe garantiert keinen zuverlässigen Verhütungsschutz, Ovulationen sind möglich.
- Östrogen bietet ebenfalls keine zuverlässige kontrazeptive Sicherheit, auch wenn es langfristig in den meisten Fällen zu einem irreversiblen Stillstand der Spermatogenese kommt.
- Für einen professionellen Umgang mit trans* Patient*innen sollte sich die Sexualanamnese auf Verhütungsbedarf und STI-Risiko konzentrieren – ohne voreilige Annahmen über Geschlechtsidentität oder sexuelle Orientierung, Beziehungsformen und sexuelle Praktiken.

Gefördert durch
Stadt Köln

Diskriminierungssensible Praxis: Tipps für den Alltag

- Gewünschte Anrede und Pronomen erfragen.
- Offene Fragen stellen: „Wie darf ich Sie ansprechen?“, „Was möchten Sie uns zu Ihrer Sexualität oder Beziehungssituation mitteilen?“, „Wer gehört zu Ihrer Familienkonstellation?“…
- Vergeschlechtlichte Begriffe vermeiden, neutralere Begriffe nutzen (bspw. Uterus statt Gebärmutter, Schwangerschaftspass statt Mutterpass…) und nach dem Wunschvokabular der Patient*innen (u.a. für Körperteile) fragen.
- Nur medizinisch notwendige Untersuchungen durchführen und nur notwendige Fragen stellen. Persönliche Neugierde ist zu vermeiden.
- Keine starren Vorannahmen über besondere Belastungen – trans* Personen machen unterschiedliche Erfahrungen und auch der Aspekt von Mehrfachdiskriminierung spielt eine Rolle
- Ggf. Stoppsignale vereinbaren (gilt für alle Patient*innen, bei trans* Personen können aber ggf. eine erhöhte Vulnerabilität, Dysphorien u.ä. vorliegen)
- Transparenz über die eigene Erfahrung mit Vielfaltsthemen
- Auch Fehler passieren – entschuldigen, Behandlung fortsetzen und daraus lernen.
- Bei fehlendem Wissen externe Fachberatung in Anspruch nehmen
- Gesamtes Praxis-Team zu geschlechtlicher, sexueller und familiärer Vielfalt schulen
- Räume inklusiv gestalten und auf der Website sowie in Formularen geschlechtergerechte Sprache verwenden.
- Verweisadressen für trans* Personen kennen
- Rückmeldungen von trans* Patient*innen einholen

Sie wollen mehr wissen?

www.rubicon-koeln.de

rubicon.

Reproduktive und sexuelle Gesundheit von trans* Personen

Geschlechtliche Vielfalt verstehen

Trans* ist ein Oberbegriff für Menschen, deren Geschlechtsidentität nicht oder nicht vollständig mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt. Dazu gehören sowohl binäre trans* Personen (z. B. trans Frauen oder trans Männer) als auch nichtbinäre Identitäten wie genderfluid, genderqueer, agender oder nonbinär.

Die Wünsche nach körperlichen Veränderungen variieren stark: Die Möglichkeiten reichen von Hormontherapien über chirurgische Eingriffe und dermatologische Behandlungen bis hin zu Stimmtrainings. Manche trans* Personen möchten auch gar keine körperlichen Veränderungen vornehmen.

Medizinische Versorgung von trans* Personen – sexuelle und reproduktive Gesundheit als Leerstellen

Endokrinologie, Gynäkologie, Urologie, Chirurgie, Dermatologie, Psychotherapie… - trans* Personen jeglichen Alters sind potenziell in verschiedene medizinisch-therapeutische Bereiche eingebunden. Oftmals werden sie in all diesen Bereichen nur unzureichend über Themen sexueller und reproduktiver Gesundheit aufgeklärt. Dabei sind **Verhütung, Krebsfrüherkennung, Kinderwunsch und Familiengründung** auch für trans* Personen zentrale Themen.



Transition und Fertilität

Die meisten geschlechtsangleichenden Therapien schränken die Fertilität ein. Daher sollte mit jeder Person, die eine solche Behandlung plant, umfassend über das Thema Kinderwunsch und Optionen des Fertilitätserhalts gesprochen werden.

Hormontherapie und Fertilität:

- Testosteron führt häufig zum Ausbleiben der Menstruation bzw. zu anovulatorischen Zyklen innerhalb von 3-6 Monaten nach Beginn der Anwendung. Der langfristige Einfluss auf die Fertilität ist unklar und wahrscheinlich gering. Bei Kinderwunsch ist nach dem Absetzen des Testosterons in der Regel eine Schwangerschaft möglich.
- Die Einnahme von Östrogen und Antiandrogenen kann eine dauerhafte Infertilität zur Folge haben. Gleichzeitig ist sie jedoch kein sicherer Schutz vor Schwangerschaft.

Möglichkeiten des Fertilitätserhalts:

- Spermien, Eizellen oder Hodengewebe sollten idealerweise vor Beginn der Hormontherapie entnommen und eingefroren werden. Insbesondere die Kryokonservierung von (befruchteten) Eizellen und Ovargewebe ist aber auch nach Beginn der Hormontherapie möglich.
- Wenn bereits vor der Pubertät Hormonblocker genommen werden, sind die Auswirkungen auf die Fertilität bei anschließender Gabe von geschlechtsangleichenden Hormonen aller Wahrscheinlichkeit nach irreversibel. Bei jungen Erwachsenen und Jugendlichen, die vor der Pubertät Hormonblocker erhalten, ist es besonders wichtig, sie über die Möglichkeit der Kryokonservierung von Hoden- oder Ovarialgewebe aufzuklären.

Wege zum Kind und Familienkonstellationen:

Trans* Personen können – wie cis Personen auch – je nach Konstellation, in der sie leben, auf ganz unterschiedliche Weise Eltern oder Bezugspersonen eines Kindes werden: über Geschlechtsverkehr, Selbstinsemination mit privater Samenspende oder reproduktionsmedizinische Behandlungen (Insemination, IVF, ICSI), über Adoption oder über die Aufnahme eines Pflegekindes. Im Ausland stehen weitere reproduktionsmedizinische Behandlungen wie Eizellspende oder Leihschwangerschaft zur Verfügung.

Die entstehenden Familienkonstellationen sind vielfältig: von Paar- oder Polybeziehungen mit Kind(ern) über Co-Elternschaften und erweiterte Wahlfamilienmodelle bis hin zu Solo-Elternschaften.

Herausforderungen während Schwangerschaft und Geburt

Trans* Personen, die geplant oder ungeplant schwanger werden, und ihre Partner*innen oder Bezugspersonen erleben häufig spezifische Herausforderungen: In der gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung werden sie meist nicht mitgedacht.

Viele haben Angst vor Diskriminierung in medizinischen Einrichtungen und sie sind auch in besonderem Maße von Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen unter der Geburt betroffen. Zudem sind sie damit konfrontiert, dass Fachpersonal ihre Lebensrealitäten oft nicht kennt, was in Situationen wie Fehlgeburten, ungewollten Schwangerschaften und bei Schwangerschaftsabbrüchen zu einer noch größeren Belastung führen kann.

Sprachlich finden ebenfalls Ausschlüsse statt – viele Begriffe sind vergeschlechtlicht (bspw. Gebärmutter).