

VORSORGE & TRANS*GESUNDHEIT

**Infos und Tipps für trans* Menschen zu gynäkologischer
und urologischer Krebsfrüherkennung und darüber hinaus**

IMPRESSUM

Herausgeber*in

Landeskoordination Trans* NRW
Lindenstraße 20
50674 Köln
www.lako-trans.nrw

Autor*innen

Hannah Engelmann
Dany Hewelt

Gestaltung

Dany Hewelt

**LANDESKOORDINATION
GESCHLECHTLICHE
VIELFALT TRANS
NRW**



Die Landeskoordination Trans* ist eine Kooperation von:

**NETZWERK
GESCHLECHTLICHE
VIELFALT TRANS
NRW**



 **QUEERES
NETZWERK
NRW**

Gefördert vom:

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



INHALT

Warum diese Broschüre?	4
Trans*mythen	6
Mythos oder Fakt?	7
Hausärztliche Vorsorge	9
Interview mit Dr. Christian Wichers	10
Vor der Untersuchung	14
Ablauf der Untersuchungen	20
Organe	26
Anus, Rektum, Dickdarm	27
Brust	31
Eileiter und Eierstöcke	36
Gebärmutter	40
Haut	43
Hoden	46
Klitoris	50
Penis	52
Prostata	57
Vulva und Vagina	62
Nach der Untersuchung	66
Die sichere Hormontherapie	72
Safer Sex	75
Interview mit Luca Siemens	76
Trans* und Elternwerden	82
Schwangerschaftsabbruch	87
Literaturverzeichnis	91

WARUM DIESE BROSCHÜRE?

Körperliche Untersuchungen sind ja so eine Sache – gerade der Blick auf intime Körperzonen kann für viele Menschen unangenehm sein, trans* Menschen wie uns erst recht. Manchmal kann er aber **Leiden zu vermeiden helfen oder sogar Leben retten**. Darum geht es hier.

Trans*Gesundheit betrifft nicht nur Hormone und OPs

Wenn wir Gesundheit als umfassendes körperliches, geistiges und seelisches Wohlergehen fassen, dann gehört dazu, uns vor vermeidbaren Leiden zu schützen. Hierzu zählen zum Beispiel manche Arten von **Krebs**. Gegen sie vorzusorgen oder sie zumindest so früh zu erkennen, dass wir noch gut gegen sie vorgehen können, geht im Alltag aber gern mal unter. Das betrifft trans* Personen besonders stark: Viele von uns machen unerfreuliche Erfahrungen im Gesundheitswesen und haben es satt, sich erklären zu müssen oder für krank erklärt zu werden, weil wir sind, wie wir sind. Manche von uns entscheiden sich für aufwändige Behandlungen und finden vielleicht, dass sie bereits mehr als genug Lebenszeit in Wartezimmern und Praxisräumen verbringen. Zudem sind Infoflyer und Webseiten oft auf cis Personen zugeschnitten, verbinden den Besuch in der Gynäkologie mit ‚Weiblichkeit‘ und ‚Frausein‘ oder den Gang zum Urologen mit ‚männlicher Stärke‘. So wird Krebsvorsorge geschlechtlich aufgeladen, wobei trans* Menschen selten wirklich mitbedacht werden. Weil das mindestens genauso stark für den Bereich der **sexuellen und reproduktiven** (=fortpflanzungsbezogenen) **Gesundheit** gilt, greifen wir diesen ebenfalls in dieser Broschüre auf. Wir möchten Euch eine Informationsquelle zur Verfügung stellen, in der wir Organe einfach Organe sein lassen – und überlassen es Euch, ob Ihr Eure Geschlechtsidentität aus Eurem Körper ableitet, Euren Körper Eurer Identität anpasst oder ob das zwei paar Schuhe für Euch sind. Hauptsache, es geht Euch möglichst gut darin.

Eine Informationsbroschüre von trans* Personen für trans* Personen

Mit dieser Publikation möchten wir Euch ermutigen, Euch eine gute Vorsorge zu sichern, gerade auch wenn Euch der Weg in die Praxis nicht so leicht fällt. Eine reine Freude werden Früherkennungsuntersuchungen auch nach dieser Lektüre für viele nicht werden. Aber hier findet Ihr neben Infos darüber, welche Vorsorge für welche Körperteile sinnvoll ist, auch Tipps dazu, wie Ihr Euch auf eine Untersuchung vorbereiten und was Ihr danach für Euch tun könnt. Damit fällt es

hoffentlich leichter, die Untersuchungen machen zu lassen, wenn sie dran sind. **Was davon Ihr umsetzt, bleibt jedoch einzig und allein Euch überlassen:** Früherkennung und Vorsorge sind freiwillig! Wägt für Euch selber ab, womit Ihr Euch am sichersten und wohlsten fühlt.

Ein kleiner Disclaimer noch vorab:

Wir schreiben aus dyadischen trans* Perspektiven. Das bedeutet: Alle Autor*innen und Herausgeber*innen sind trans*, aber keine*r von uns ist inter*geschlechtlich. Weil es uns wichtig war, aus der eigenen Erfahrung heraus zu schreiben, haben wir hier also eine Wissens- und Informationslücke. Und: Alles, was hier steht, ist sauber recherchiert, aber von medizinischen Lai*innen verfasst. Wir können keine Haftung dafür übernehmen, den Stand der Forschung in jedem Fall perfekt wiedergegeben zu haben. Außerdem sind Körper und Bedarfe ohnehin individuell: **Das direkte Gespräch mit Euren Ärzt*innen kann diese Lektüre daher nicht ersetzen.**

TRANS*MYTHEN

MYTHOS ODER FAKT?

„Der*die Ärzt*in entscheidet, welche Schritte zu einer Untersuchung dazu gehören.“

Falsch. Die ärztliche Berufsordnung gibt Dir als Patient*in das Recht, selbst zu bestimmen, welche Untersuchungsschritte und Eingriffe bei Dir gemacht werden. Mehr auf S. 25 [Infokasten im Abschnitt über die Untersuchungsabläufe].

„Je mehr Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten ich machen lasse, desto besser.“

Fast richtig. Früh erkannte Krankheiten lassen sich oft sehr viel leichter heilen. Es ist aber sehr unterschiedlich, wie zuverlässig einzelne Methoden der Früherkennung sind. Das reicht von Untersuchungen auf Eierstockkrebs, die so ungenau sind, dass von ihnen abzuraten ist, bis hin zu PAP-Abstrichen, die maßgeblich dazu beigetragen haben, die Zahl der Todesfälle durch Gebärmutterhalskrebs zu halbieren. Als Faustregel kannst Du annehmen, dass die Krankenkassen diejenigen Verfahren bezahlen, die in Studien solide Ergebnisse erbracht haben. In dieser Broschüre findest Du das Wichtigste zur Vorsorge für einzelne Organe mit vielen Tipps zum Weiterlesen, wenn Du es genauer wissen willst!

„Eine körperliche Transition erhöht das Krebsrisiko.“

Falsch. Personen, die hormonelle oder chirurgische Transitionsschritte gegangen sind, erkranken laut aktuellen Studien nicht öfter an Krebs als andere. Die Risiken für bestimmte Krebsarten können allerdings steigen oder sinken – mehr dazu auf den folgenden Seiten zu den einzelnen Organen.

„Wer körperlich transitioniert ist, kann sich die Vorsorge sparen.“

Falsch. Jedes Deiner Organe verdient die Gesundheitsversorgung, die es braucht – das umfasst auch z.B. die Prostata von trans* Frauen und die Vagina von allen, die eine haben (ob von Geburt an oder nicht), unabhängig von Hormonen und OPs. Es bleibt aber Deine freie Entscheidung, welche Untersuchungen Du in Anspruch nimmst und welche nicht.

„Wer Testosteron nimmt, muss sich möglichst schnell die Gebärmutter entfernen lassen (Hysterektomie).“

Falsch. Es kann manchmal zu Nebenwirkungen kommen, die – neben einem möglichen Dysphorieerleben, also dem starken Unwohlsein mit dem Organ –

eine Hysterektomie sinnvoll werden lassen. Das ist aber kein Automatismus! Mehr dazu auf S. 42 [Abschnitt Gebärmutter].

„Personen mit Gebärmutter, die Testosteron nehmen, können nicht schwanger werden.“

Nicht ganz. Schwanger zu werden, wird durch die Einnahme von Testosteron unwahrscheinlicher und manchmal unmöglich. Ein sicheres Verhütungsmittel ist Testo aber nicht! Mehr dazu auf S. 84 [Abschnitt Trans* & Elternwerden].

„Schwangerschaftstests funktionieren auch bei Menschen, die Testosteron einnehmen.“

Unklar. Hersteller*innen von Schwangerschaftstest haben auf unsere Anfrage geantwortet, dass die Einnahme von Testosteron eigentlich keinen Einfluss auf die Aussagekraft der Tests haben sollte. Ganz sicher sagen konnten sie es jedoch nicht.

„Hormontherapie ist immer binär. Sie zielt stets auf die Annäherung an einen cis-weiblichen/cis-männlichen Hormonspiegel ab.“

Falsch. Auch nicht-binäre Hormonbehandlungen sind möglich, werden allerdings nicht von allen Endokrinolog*innen durchgeführt. Weil jede Hormontherapie mit individuellen Risiken einhergehen kann, wird aber eine ärztliche Begleitung dringend empfohlen. Mehr dazu auf S. 73 [die sichere Hormontherapie].

HAUSÄRZTLICHE VORSORGE

INTERVIEW MIT DR. CHRISTIAN WICHERS

Dr. Christian Wichers ist Facharzt für Allgemeinmedizin und hat eine Praxis in Hannover. Darüber hinaus engagiert er sich im Vorstand der Aidshilfe Niedersachsen sowie im Queeren Netzwerk Niedersachsen.

Vielen Dank, lieber Christian, für Deine Bereitschaft zum Interview! Du bist als Hausarzt unter anderem aufs Thema Trans*Gesundheit spezialisiert. Wie bist Du dazu gekommen?

Begonnen hat es damit, dass ich mich an der Gründung eines Netzwerks für queere Akteur*innen im Gesundheitswesen beteiligt habe. Darüber wurde ich in ein Trans*Netzwerk eingeladen und fand den Austausch dort sehr spannend. Zusatzqualifikationen und Weiterbildungen kamen und kommen hinzu, es ist ein immerwährender Prozess.

Welche Rolle spielt die Allgemeinmedizin für die Trans*Gesundheit in Deinen Augen?

Wir lotsen die Behandlungssuchenden durchs Gesundheitssystem, schaffen Zugänge und koordinieren die fachärztliche Versorgung. Als Allgemeinmediziner*innen bearbeiten wir nicht jeden Teilaspekt der Gesundheit selbst, sondern wir setzen die Puzzleteile so zusammen, dass sich ein Bild ergibt. Das sieht immer individuell aus – für trans* wie auch für cis Patient*innen.

Es gilt generell als vernünftig, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen machen zu lassen. Warum sind sie wichtig?

Vorsorge ist immer auch eine Bildungserfahrung: ein Anlass, sich ganzheitlich mit der eigenen Gesundheit auseinanderzusetzen, bevor eine Erkrankung eine*n dazu zwingt. Die Untersuchungen, die als Kassenleistung angeboten werden, sind gut auf die statistisch erhöhten Risiken abgestimmt. So können wir Gefährdungen erkennen und Krankheiten vermeiden.

In welchem Alter oder welcher Lebenslage sollte ich welche Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen machen lassen – und wie oft?

Das ist unterschiedlich und hängt davon ab, welche Körperteile ich habe. Generell beginnt mit 20 die jährliche Früherkennung für Gebärmutterhalskrebs; ab 30 gibt es die jährliche Brustkrebs-Früherkennung. Auf Anzeichen für Prostatakrebs wird ab 45 untersucht. Außerdem haben alle unter 35 Anspruch auf einen einmaligen ‚Check-up‘, also eine Rundum-Früherkennungsuntersuchung

mit Fokus auf Herz und Nieren mitsamt Überprüfung des Impfstatus. Ab 35 kann das alle drei Jahre wiederholt werden. Lasst Euch am besten von eurer Hausärztin* eurem Hausarzt informieren!

Welche Untersuchungen kann ich bei meiner Hausärztin*meinem Hausarzt machen lassen, für welche muss ich zur* zum Spezialist*in?

Das Hautkrebs-Screening (ab 35 alle zwei Jahre) kann die*der fortgebildete Hausärzt*in oder die*der Hautärzt*in machen. Dabei wird der ganze Körper auf auffällige Veränderungen hin untersucht. Die Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs machen mit wenigen Ausnahmen nur Gynäkolog*innen. Die Prostatauntersuchung und Untersuchung von Penis und Hoden kann die*der Hausärzt*in oder die*der Urolog*in machen.

Von welcher Untersuchung würdest Du sagen: Wenn Du Dich auch nicht zu jeder Vorsorge überwinden kannst – diese sollte unbedingt sein?

Krebs-Früherkennung ist extrem wichtig. Diese Untersuchungen nicht zu machen, kann folgeschwer sein. Wenn Tumore Beschwerden auslösen und spürbar werden, ist es manchmal schon zu spät. Aber das ist vermeidbar! Gebärmutterhalskrebs zum Beispiel kann gut frühzeitig erkannt werden. Gegen Darmkrebs können wir sogar direkt vorsorgen: Polypen, die bei der Darmspiegelung festgestellt werden, können wir entfernen und so verhindern, dass Krebs sich bildet.

Gibt es Vorsorge- und Früherkennungsbereiche, die für trans* Personen besonders wichtig sind? Oder welche, die nach einer körperlichen Transition vernachlässigbar werden?

Um die Vorsorgebedarfe zu erkennen, muss ich über die Therapie und den Körper meiner Patient*innen Bescheid wissen. Zum Beispiel können informell beschaffte und falsch dosierte Hormone bestimmte Risiken erhöhen. Und nur, weil ich ein Körperteil wie etwa Eierstöcke oder Gebärmutter nicht sehe und nicht vermute, heißt es ja nicht, dass es nicht da sein kann und Früherkennung nötig macht. Eine Hormontherapie ändert nichts daran, dass die gynäkologische Früherkennung weiter durchgeführt werden sollte. Und auch Menschen mit einer Neovagina sollten sich regelmäßig gynäkologisch untersuchen lassen. Cis Männer haben früher ein erhöhtes Darmkrebsrisiko und deshalb schon ab 50 Jahren Anspruch auf eine Darmspiegelung, fünf Jahre früher als cis Frauen. Dieses genetisch bedingte frühere Risiko haben auch trans* Weiblichkeiten, unabhängig von Hormonen oder angleichenden OPs. Sie soll-

ten diese Vorsorge einfordern, auch wenn die Abrechnung komplizierter werden kann, wenn sie im System als Frau geführt werden. Das gleiche gilt für die Früherkennung von Prostatakrebs: Wo eine Prostata vorhanden ist, da gehört sie untersucht. Wirklich behoben ist das Krebsrisiko bei der Mastektomie, wenn das komplette Drüsengewebe der Brust entfernt wird. Ebenso bei der Entfernung der Eierstöcke oder der Gebärmutter. Leider wird bei geschlechtsangleichenden OPs oft nicht gut dokumentiert, welche Vorsorge für den veränderten Körper wichtig ist. Fragt Eure Operateur*innen am besten danach!

Was empfehlst Du Deinen Patient*innen zur Vorbereitung auf eine Vorsorge- / Früherkennungsuntersuchung?

Bevor ich eine Untersuchung durchführe, erkläre ich, was genau dazugehört. Dann können die Patient*innen selbst entscheiden, wie weit ich dabei gehen soll – ob zum Beispiel bestimmte Körperstellen ausgelassen werden sollen. Durch diese Absprache bauen wir eine Brücke, über die wir gemeinsam gehen können. Wenn ich für eine Untersuchung an andere Fachärzt*innen verweise, gebe ich schon auf der Überweisung einen Hinweis, wenn körperliche Besonderheiten vorliegen – zum Beispiel aufgrund einer Transition. Dann können sich die Kolleg*innen darauf einstellen. Zusätzlich kann es nötig sein, dass trans* Patient*innen etwas über ihren Körper erklären – was nicht heißt, dass ihr Trans*Sein zur Diskussion stünde. Manchmal muss mensch sich auch mit Unwissenheit auseinandersetzen. Die eigenen Ansprüche dann durchzusetzen, kostet Energie. Es lohnt sich aber! Wir Ärzt*innen wissen nicht alles, aber wir können vieles lernen. Davon lebt der Beruf.

Was möchtest Du trans* Personen noch für ihre Gesundheit auf den Weg mitgeben?

Sprecht das Thema Vorsorge unbedingt an. Heutzutage muss mensch Zeit für umfassende Information und Aufklärung manchmal einfordern, weil das sonst im Alltag untergeht. Aber es gibt einen Anspruch darauf! Es ist wichtig, die Scham zu überwinden und die Angebote der Früherkennung und Vorsorge zu nutzen, um sicherer durchs Leben zu gehen.

¹Das betrifft alle, deren Brüste in einer Lebensphase hormonbedingt angewachsen sind – u.a. trans* Männer, die eine östrogen-geprägte Pubertät hatten, oder trans* feminine Menschen, die eine Hormontherapie mit Östrogenen machen. Eine Mastektomie (Operation für eine flache Brust) minimiert das Krebsrisiko (Carbine et al. 2018; Chotai et al. 2019).

² Amab = assigned male at birth, d.h. bei Geburt dem männlichen Geschlecht zugeordnet

³ Afab = assigned female at birth, d.h. bei Geburt dem weiblichen Geschlecht zugeordnet

Wann?	Was?	Für wen?	Wo/bei wem?
Einmalig zwischen 18 und 35 Jahren	Check-up: Vollständige körperliche Untersuchung und Überprüfung des Impfstatus plus Beratungsgespräch	Alle	Hausärzt*in
Ab 20 jährlich	Früherkennung Gebärmutterhalskrebs und Vaginalkrebs	Alle Menschen mit Gebärmutter und/oder Vagina	Gynäkolog*in
Ab 30 jährlich	Früherkennung Brustkrebs	Menschen mit ausgeprägtem Brustdrüsen-gewebe ¹	Gynäkolog*in
Ab 35 alle zwei Jahre	Hautkrebs-Screening	Alle	Hautärzt*in oder fortgebildete*r Hausärzt*in
Ab 35 alle drei Jahre	Check-Up: Vollständige körperliche Untersuchung und Überprüfung des Impfstatus plus Beratungsgespräch, Blut- und Urinprobe	Alle	Hausärzt*in
Ab 45 jährlich	Krebsfrüherkennung mit Blick u.a. auf Prostata, ggf. Penis und Hoden usw.	Menschen mit Prostata und / ggf. Hoden	Urolog*in oder Hausärzt*in
Ab 50 alle zwei Jahre bis 69	Mammographie-Screening zur Brustkrebs-Früherkennung	Menschen mit ausgeprägtem Brustdrüsen-gewebe	Spezialisierte Kliniken („Screening-Einheiten“)
Ab 50 (amab) ¹ / ab 55 (afab) ² zwei Mal im Abstand von 10 Jahren	Darmspiegelung (Koloskopie)	Für alle. Wer bei Geburt männlich eingeordnet wurde: ab 50. Bei Geburt weiblich eingeordnet: ab 55.	Internist*innen mit Schwerpunkt Gastroenterologie
Ab 65 einmalig	Früherkennung Bauchortenaneurysmen	Nur für Menschen, die bei Geburt männlich eingeordnet wurden	Hausärzt*in, Internist*in, Urolog*in, Chirurg*in oder Radiolog*in

VOR DER UNTERSUCHUNG

VOR DER UNTERSUCHUNG

Höchstwahrscheinlich bist Du nicht die erste oder einzige trans* Person, die z.B. eine hausärztliche, gynäkologische oder urologische Praxis in Deiner Gegend aufsucht. Zumindest in der nächsten größeren Stadt wird es **Erfahrungswerte** darüber geben, in welchen Praxen sich andere trans* Patient*innen oft wohlfühlen. Nicht jede*r erlebt jede Praxis gleich, aber die Erfahrungen anderer geben Dir zumindest einen Anhaltspunkt. Erkundige Dich bei Trans*Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen oder in Online-Foren.

Wenn Du Sorge vor der Zeit im **Wartezimmer** hast, kannst Du bei der Terminvergabe fragen, ob Du ganz zu Beginn oder ganz zum Schluss des Tages behandelt werden kannst. Manchmal ist es auch möglich, einen Termin in der Mittagspause zu bekommen. Außerdem kannst Du eine*n Freund*in mitnehmen, um nicht allein zu warten.

Es ist empfehlenswert, sich vor dem Termin alle **Fragen aufzuschreiben**, die Du an die Untersuchung oder zu den möglichen Ergebnissen hast. So vermeidest Du, vor Aufregung etwas zu vergessen. Überlege Dir auch, wie Du gegebenenfalls im Nachhinein mit den Ergebnissen kontaktiert werden möchtest. Bevor Du losfährst, denke an die gern vergessenen Kleinigkeiten: Die **Krankenversichertenkarte** und, sofern vorhanden, den **Ergänzungsausweis**. Diesen kannst Du online bei der Deutschen Gesellschaft für Transidentität und Intersexualität beantragen (dgti.org). Er enthält ein Passfoto, Deinen selbst gewählten Vornamen und Deinen Nachnamen, Dein Geburtsdatum, Deine selbstgewählte Geschlechtsbezeichnung und Pronomen und Deine Ausweisnummer. Damit kannst Du Dich ausweisen, wenn die Angaben auf Deinem behördlichen Ausweis nicht passen. Du kannst ihn auch bei der Anmeldung in der Praxis ergänzend zur Krankenversichertenkarte verwenden.

Schon im Vorfeld oder auch bei Betreten des Untersuchungsraums kannst Du der behandelnden Person mitteilen, dass es eine herausfordernde Situation für Dich ist und ob Du bestimmte Wünsche hast, damit sie leichter für Dich wird. Die*der Ärzt*in kann Dich oft besser behandeln, wenn sie*er weiß, mit welchen körperlichen Voraussetzungen und auch mit welchem Gefühl Du zur Untersuchung kommst.

Überlege Dir, was Du Dir nach der Untersuchung Gutes tun kannst. Möchtest Du vielleicht etwas besonderes essen, Dich mit Freund*innen treffen oder Dich mit Deiner Lieblingsserie auf andere Gedanken bringen?

Abrechnung bei den gesetzlichen Krankenkassen

Früher war es oft kompliziert, z.B. als trans* Mann gynäkologische Untersuchungen abrechnen zu lassen. Seit 2019 hat sich diese Situation gebessert. Jede*r gesetzlich Versicherte kann jede ärztliche Leistung nutzen, die medizinisch angezeigt ist – unabhängig vom Geschlecht, auch wenn die Untersuchung üblicherweise mit einem bestimmten Geschlecht verbunden wird. Bei der Abrechnung muss die*der Ärzt*in allerdings als Zusatzkennzeichnung den Diagnoseschlüssel für Trans*Geschlechtlichkeit (F64.0 im Diagnosehandbuch ICD-10) mit angeben, es sei denn, Dein Personenstand ist divers oder Du hast keinen Geschlechtseintrag. Das ist für viele Vorsorgeuntersuchungen relevant, weil ‚Männer‘ und ‚Frauen‘ oft unterschiedliche Ansprüche haben. Sollte Dein*e Ärzt*in noch nicht über die Änderung informiert sein, mache sie*ihn freundlich darauf aufmerksam. Nachlesen kann sie*er dann im aktuellen Einheitlichen Bewertungsmaßstab unter der Nr. 4.2.1 der allgemeinen Bestimmungen.¹

Wenn Du privat versichert bist, hast Du oft Ansprüche auf umso mehr Vorsorgeuntersuchungen. Wenn das als Familienversicherung über Deine Eltern läuft, geht die Rechnung in der Regel an sie. Du kannst die Behandlung auch selbst bezahlen und Dir die Kosten von der Versicherung erstatten lassen. Informiere Dich bei Deiner Versicherung darüber, wie die die Abrechnung genau läuft und gib in der Ärzt*innenpraxis Bescheid, wenn die Rechnung auf Dich ausgestellt werden soll.

Empowerment: Bestärkung von Selbstwert und Handlungsfähigkeit

Wir alle haben eine innere Stimme, mit der wir die Situation, in der wir sind, die Menschen um uns herum und uns selbst kommentieren, einordnen und häufig bewerten. Diese innere Stimme hat Einfluss darauf, wie wir unsere Welt und uns selbst wahrnehmen und welche Gefühle damit einhergehen. Ein Stück weit können wir mitentscheiden, was unsere innere Stimme sagt – oder wir können entscheiden, einen Gedanken noch einmal anders zu formulieren. Das kannst Du bei herausfordernden Untersuchungen gezielt einsetzen:²

• **Im Vorfeld** kannst Du Dir bewusst machen, wie weit Du auf der Reise zu Deiner Geschlechtsidentität bereits gekommen bist (z.B. innere Erkenntnis, Coming-Out und/oder andere Transitionserfahrungen). Du kannst Dir bewusst machen, was Du an Dir und Deiner Identität magst. „Ich liebe meinen neuen, richtigen Vornamen!“

„Vor zwei Jahren hätte ich mir nicht vorstellen können, dass es mir mal so gut geht.“

„Ich bin kompliziert und einzigartig und wundervoll.“

• Es ist für viele von uns nicht einfach, ein gutes Verhältnis zu unserem **Körper** zu pflegen. Und es ist völlig OK, wenn wir das nicht immer schaffen. Vor der Untersuchung kann es hilfreich sein, Dir gezielt positive Gedanken über Deinen Körper zu machen: *„Ich schätze meinen Körper und möchte ihn gut behandeln. Ich erwarte von anderen, dass sie meinen Körper gut behandeln. Mein Körper verdient eine gute Gesundheitsversorgung, genau wie jeder andere Körper.“*

• Du kannst Dir bewusst machen, warum es sinnvoll ist, diese Untersuchung durchführen zu lassen, und Dir für Deine Selbstfürsorge **Anerkennung** zollen. *„Es ist eine zehnmündige Untersuchung, die Leben retten kann. Und es ist mutig und großartig, dass ich sie machen lasse.“*

• Manche Formulierungen, die Dir dabei in den Sinn kommen, passen für Dich besonders gut. Diese gelungenen Gedanken kannst Du Dir in der Untersuchungssituation gezielt ins Gedächtnis rufen und wiederholen wie ein Mantra.

Wenn diese Methode Dir komisch vorkommt oder Deiner inneren Stimme die Worte fehlen, kannst Du Dich auch einfach auf Deine **Atmung** konzentrieren. Ruhig, tief und bewusst ein- und auszuatmen entspannt Dich und kann helfen, Dinge auszublenden, die Dich in Stress versetzen. Tipp: Zähle bei Einatmen bis vier, beim Ausatmen bis fünf – das beruhigt Deinen Atemrhythmus.

• Wenn Du in der Praxis mit **Gender-Stereotypen** konfrontiert bist, kannst Du das einordnen: *„Tja, für manche Leute ist die Welt eben*

*nur blau und rosa – dabei kann sie so faszinierend bunt sein!“
„Hoppla, da habt Ihr aber falsche Vorannahmen über Eure
Patient*innenschaft – Euer Fehler, das hat mit mir nichts zu tun.“*

Manchmal sind unsere Gedanken im ersten Moment nicht besonders hilfreich. Das ist völlig OK. Wenn Du merkst, dass ein Gedanke Dir gerade nicht gut tut, versuche, ihn mit **veränderter Deutung** noch einmal neu zu formulieren: Aus „Oh nein, die Person im Wartezimmer guckt total komisch, bestimmt hab ich mich nicht ordentlich rasiert / hält sie mich für einen völligen Freak“ wird dann: „Hey, so zu starren ist ganz schön unhöflich – wäre mir an ihrer Stelle ja peinlich.“

Neben der inneren Stimme spielt natürlich auch Deine Interaktion mit der*dem Ärzt*in eine große Rolle. Mache Dir klar, wen Du in der Praxis antriffst: Eine*n hochqualifizierte*n Expert*in für mögliche Erkrankungen Deiner Organe, aber keine*n **Expert*in für Dein Geschlecht – das bist Du nämlich selbst**. Viele Ärzt*innen verhalten sich respektvoll und angemessen gegenüber uns als Patient*innen. Manche brauchen aber auch mal eine Erinnerung daran, dass unsere Geschlechtsidentität hier gerade nicht zur Debatte steht.

Ob und wann Du Dich als trans* outest, kannst Du teilweise selbst entscheiden – je nachdem, wie sehr Dein Trans*Sein für die Untersuchung eine Rolle spielt bzw. dabei sichtbar wird. Wenn Du z.B. körperlich und von Deinem amtlichen Namen her regelmäßig falsch eingeordnet wirst und Dich entscheidest, dass für die Dauer des Ärzt*innenbesuchs nicht zu korrigieren, also quasi als cis durchzugehen, ist das völlig in Ordnung und macht Dich nicht ‚weniger‘ trans*. Oft ist es aber ein bestärkendes Gefühl, offen mit der eigenen Identität umzugehen und sich gezielt Ärzt*innen zu suchen, die eine*n darin akzeptieren und unterstützen. Wenn Du körperliche Transitionsschritte unternommen hast, ist es für eine gute und vollständige Vorsorge sinnvoll, Deine*n Ärzt*in darüber in Kenntnis zu setzen.

Du kannst Dir im Vorfeld überlegen, wie Du auf naheliegende Fragen antworten möchtest und auf welche Themen Du nicht eingehen willst. **Lege Dir eine Formulierung zurecht**, wie Du höflich klarstellen kannst, wo Deine Grenzen liegen. Je nach Situation und Gefühl kannst Du entscheiden, still bei Dir zu bleiben und Dir Deinen Teil zu denken - „Dieser Kommentar war jetzt daneben, aber

*es ist nicht mein Job, meine Ärztin in Trans*Respekt fortzubilden“ – oder auch anzusprechen, wenn etwas nicht passt: „Ich verstehe Ihr Interesse, aber möchte dazu gerade nichts weiter sagen.“ Oder auch: „Ich weiß, dass das jetzt normalerweise Teil der Untersuchung wäre. Aber ich möchte das aus persönlichen Gründen nicht und bitte Sie, diesen Schritt auszulassen.“*

Vorsorge ist Dein Recht, nicht Deine Pflicht – Du bestimmst, wie weit sie geht.

¹Bewertungsausschuss 2019.

²Inspiziert von Singh 2018.

ABLAUF DER UNTERSUCHUNGEN

ZUM ABLAUF GYNÄKOLOGISCHER UND UROLOGISCHER UNTERSUCHUNGEN

Die gynäkologische und die urologische Früherkennungsuntersuchung decken eine ganze Reihe möglicher (Krebs-)Erkrankungen auf einmal ab. Der **jährliche Besuch der gynäkologischen Praxis** wird allen Menschen mit Vulva ab 20 empfohlen. In die **urologische Praxis oder eine hausärztliche Praxis** mit entsprechendem Angebot sollten Menschen ab 45 mit dem Typus der Prostata, der sich meist in Körpern mit Hoden entwickelt (siehe S. 57), einmal im Jahr kommen. Wer z.B. eine solche Prostata und eine Neovagina hat, sollte am besten beide Untersuchungen in Anspruch nehmen. **Du kannst frei entscheiden**, ob und wie oft Du die Untersuchung in Anspruch nimmst. Der Jahresrhythmus ist die **Empfehlung** der Fachgesellschaften, um Dir den bestmöglichen Schutz vor einer lange unerkannten Krebserkrankung zu bieten. Dir steht die Früherkennung aber genauso zu, wenn Du ein oder mehrere Jahre ausgelassen hast.

Jede gute Früherkennungsuntersuchung beginnt mit einem ausführlichen Gespräch („Anamnese“). Dabei geht es um Deinen allgemeinen Gesundheitszustand und aktuelle Beschwerden, bisherige Erkrankungen und mögliche Risiken, zum Beispiel durch bestimmte Alltagsgewohnheiten oder aufgrund von Diagnosen in Deiner Verwandtschaft. Manche Ärzt*innen gehen davon aus, cisgeschlechtliche Heterosexuelle vor sich zu haben – das kann sich darin zeigen, wie sie ihre Fragen stellen. Da dies eine der seltenen Situationen ist, in denen Dein Gegenüber ein sinnvoll begründetes Interesse an Deinen Genitalien, Deinem Sexleben und ggf. Deiner Periode hat, kannst Du Dir schon im Vorfeld überlegen, was Du wie sagen möchtest und wo Du ggf. auch Grenzen ziehen möchtest. Du kannst Dir dazu, ebenso wie zu Deinen Fragen, Notizen machen und sie zum Termin mitnehmen. Vor allem akute Beschwerden können ein schwieriges Thema sein. Dein*e Ärzt*in kann Dich aber am besten unterstützen, wenn sie*er möglichst viel darüber erfährt, wie es Dir geht. Wenn Du körperliche Transitionsschritte gegangen bist oder gehst, ist es hilfreich für Deine*n Ärzt*in, auch darüber möglichst genau Bescheid zu bekommen.

Wenn Du neu in einer gynäkologischen oder urologischen Praxis bist, kannst Du schon bei der **Terminvergabe** darum bitten, beim ersten Mal nur das Anamnesegespräch zu führen und für die Untersuchung einen weiteren Termin zu machen. Dann kannst Du ein Gefühl dafür bekommen, wie die*der Ärzt*in

Dir begegnet und ob Du Dich sicher genug mit ihr*ihm fühlst, um Dich beim nächsten Mal untersuchen zu lassen. Du kannst übrigens auch eine Vertrauensperson in die Praxis mitbringen.

Wenn Dein*e Ärzt*in zustimmt, kann diese auch bei der Untersuchung dabei sein¹ – zum Beispiel halb hinter Dir sitzend, um bei Dir zu sein, aber nicht direkt zuzusehen.

Im Folgenden beschreiben wir, wie eine gynäkologische und eine urologische Untersuchung ablaufen kann. Dein*e Ärzt*in hat darin eine bestimmte Routine. **Du kannst aber selbst bestimmen**, was davon gemacht wird (siehe Infokasten unten).

Wie kann eine gynäkologische Untersuchung ablaufen?²

Die Wartezeit wäre ein günstiger Zeitpunkt, noch schnell zur Toilette zu gehen, weil eine volle Blase während der Untersuchung unangenehm sein kann (frage aber am besten vorher, ob ein Urintest geplant ist). Bevor es ins Zimmer der*des Ärzt*in geht, wird meist noch Dein Puls und Blutdruck und manchmal auch Dein Gewicht gemessen.

Nach dem Anamnesegespräch wirst Du gebeten, dich untenrum frei zu machen und auf dem Untersuchungsstuhl Platz zu nehmen. Wenn Du ein längeres Oberteil oder, je nach Geschmack, einen Rock trägst, kannst Du diese anbehalten und fühlst Dich damit vielleicht weniger nackt. Auf dem Stuhl kommst Du in eine eher liegende als sitzende Haltung. Auch, wenn es im ersten Moment schwierig erscheint: **Versuche, ruhig zu atmen und die Muskeln zu entspannen**. Wenn Du es schaffst, Dich körperlich zu lockern, macht das die Untersuchung weniger unangenehm. Wenn Dir insbesondere der Stuhl unangenehm ist, könnt Ihr eventuell auf eine Liege ausweichen.³

Üblicherweise besteht die Untersuchung aus einer optischen Untersuchung, einem Abstrich und dem Abtasten. Zuerst schaut die*der Ärzt*in die Vulva an und achtet dabei auf Auffälligkeiten der Haut. Sie*er tastet die Lymphknoten in der Leistengegend ab. Nun führt sie*er ein Spekulum, ein metallenes Instrument, das so ähnlich aussieht wie ein Entenkopf mit langem Schnabel, in die Vagina ein. Das **Spekulum** sollte vorgewärmt und mit Gleitmittel bestrichen sein. Der „Schnabel“ des Spekulum ist beweglich: Damit kann Dein*e

Ärzt*in vorsichtig die Vagina öffnen, um sie zu untersuchen. Das kann etwas drücken, vor allem, wenn Du angespannt bist. Sie*er kann ein **Koloskop**, eine Art beleuchtete Lupe, vor die Vagina halten, um genauer sehen zu können. So lassen sich Vaginalkanal und das untere Ende des Gebärmutterhalses, der Muttermund, auf Gewebeveränderungen hin untersuchen. Mit einem Watte­stäbchen, einem Spatel oder einer kleinen Bürste entnimmt sie*er dann Zellen vom Muttermund und aus dem Gebärmutterhals. Dieser sogenannte **Pap-Abstrich** wird unterm Mikroskop auf Zellveränderungen hin untersucht, die auf Krebs hindeuten könnten.

Ab 35 erfolgt der Abstrich nur noch alle drei Jahre und wird dafür zusätzlich auf **HPV** (Humane Papillomaviren) untersucht. Diese Viren sind weit verbreitet und größtenteils harmlos, einige ihrer Typen können allerdings Krebs verursachen.⁴ Nach dem Abstrich kann das Spekulum geschlossen und weggelegt werden. Nun folgt noch die **Tastuntersuchung**: Dein*e Ärzt*in befühlt mit zwei behandschuhten Fingern das Innere der Vagina und drückt mit der anderen Hand auf die Bauchdecke. So kann er*sie insbesondere die Gebärmutter auf Veränderungen untersuchen. Eine zusätzliche rektale Untersuchung kann z.B. dienlich sein, um die Haltebänder und die Rückseite der Gebärmutter zu überprüfen. Ab 50 gehört sie im Rahmen der Darmkrebsvorsorge dazu.⁵

Nach der Unterleibsuntersuchung kannst Du Dich wieder anziehen. Wenn Du 30 oder älter bist und keine Mastektomie hattest, wirst Du danach gebeten, den **Oberkörper** freizumachen. Dein*e Ärzt*in nimmt Dein Brustdrüsengewebe und die Lymphknoten in Achsel- und Schlüsselbeinbereich in Augenschein und tastet sie ab. Er*sie zeigt Dir auch, wie Du selbst Deine Brust auf Knoten und Gewebeveränderungen untersuchen kannst.

Die gesamte gynäkologische Untersuchung kann etwas unangenehm sein, sollte aber nicht schmerzen. Wenn Dir etwas weh tut, gib Bescheid: Einerseits kann Dein*e Ärzt*in dann besonders behutsam vorgehen, andererseits kann der Schmerz z.B. auch auf eine Entzündung hindeuten.⁶

Testo und der Pap-Abstrich

Wenn Du Dich für eine Testosterontherapie entscheidest, kann das die Untersuchung und ihre Ergebnisse beeinflussen. Einerseits kann es hilfreich sein, wenn Du Dich mit den Hormonen wohl fühlst und dadurch besser mit der Untersuchung umgehen kannst. Andererseits haben Menschen auf Testo deutlich häufiger uneindeutige Pap-Abstriche, die nicht ausgewertet werden können.⁷ Dann kann ein erneuter Test nötig sein.⁸ Vermutlich liegt ein Teil der unbrauchbaren Abstriche daran, dass sich Ärzt*innen und Patient*innen unwohl fühlen und die Untersuchung nicht gut klappt.⁹ Das kann durch ein gutes Vertrauensverhältnis, Entspannungstechniken Deinerseits und ein gutes Eingehen der*des Ärzt*in auf Deine Bedürfnisse verbessert werden.¹⁰ Zudem kann es helfen, eine Woche vor der Untersuchung lokal vaginal Östrogene anzuwenden.¹¹ Alternativ wird neuerdings diskutiert, dass trans* Menschen Selbsttests auf HPV ermöglicht werden sollten.¹²

Wie kann eine urologische Untersuchung ablaufen?¹³

Während der körperlichen Untersuchung liegst Du meist auf dem Rücken auf einer Liege. Zu Beginn nimmt die*der Ärzt*in die äußeren Genitalien in **Augenschein** und tastet sie sowie die Lymphknoten der Leistengegend mit der behandschuhten Hand ab, was ein wenig drücken kann. Sie*er achtet auch auf Größenunterschiede der Hoden (sofern vorhanden) und auf Auffälligkeiten der Haut. Danach wirst Du gebeten, die Knie anzuwinkeln und Dich mit dem Rücken zur*zum Ärzt*in auf die Seite zu drehen. Sie*er trägt Gleitgel auf und führt rektal einen Finger ein, um Enddarm und Prostata **abzutasten**. So kann eine Prostatavergrößerung oder auch ein Tumor an der Rückseite der Prostata entdeckt werden. Das Einführen des Fingers kann sich ungewohnt anfühlen, sollte aber nicht schmerzhaft sein. Das Abtasten selbst ist dann schnell vorbei. Ergänzend wird Dir noch ein **PSA-Test** angeboten, den Du allerdings selbst bezahlen musst (ca. 20-45€).¹⁴ Dabei wird Dir Blut abgenommen und im Labor auf einen Stoff überprüft, der bei Prostatakrebs oft vermehrt vorkommt. Das Ergebnis ist umso aussagekräftiger, wenn Du den Test regelmäßig durchführen lässt und die Werte über die Jahre verglichen werden können. Die Häufigkeit richtet sich u.a. danach, wie Dein erstes Ergebnis ausfiel.¹⁵

Wenn beim Abtasten der äußeren und inneren Organe Schwellungen, Verhärtungen oder andere Veränderungen auffallen, können diese einige Zeit genau beobachtet oder auch durch eine Ultraschalluntersuchung oder ein anderes bildgebendes Verfahren weiter abgeklärt werden. Eventuell kann auch eine Gewebeprobe (Biopsie) angezeigt sein.

Dein Recht auf Aufklärung & Selbstbestimmung

Alle Ärzt*innen sind zur Mitgliedschaft in der Ärztekammer verpflichtet. In NRW ist das, je nach Lage der Praxis, die Ärztekammer Nordrhein oder die Ärztekammer Westfalen-Lippe. Beide haben übereinstimmende Berufsordnungen. Darin ist auch festgelegt, welche Rechte Du als Behandlungssuchende*r hast. So steht in § 7, Absatz 1: „Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts von Patientinnen bzw. Patienten zu erfolgen. Das Recht der Patientinnen und Patienten, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, ist zu respektieren.“

Und § 8 hält fest: „Zur Behandlung bedürfen Ärztinnen und Ärzte der Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch vorauszugehen“.¹⁶

Auch im eng getakteten Praxisalltag stehen Dir diese Rechte zu.

1 Ärztekammer Nordrhein 2020; Ärztekammer Westfalen-Lippe 2020.

2 Gumpert 2020e; Ärzte-im-Netz-Redaktion 2018b; Yiallourous 2018a; Machetanz 2016.

3 Ärzte-im-Netz-Redaktion 2018b.

4 Yiallourous 2018a.

5 Ärzte-im-Netz Redaktion 2018b; Machetanz 2016.

6 Ärzte-im-Netz Redaktion 2018b.

7 Adkins et al. 2018.

8 Peitzmeier et al. 2014.

9 Peitzmeier et al. 2014.

10 Potter et al. 2015.

11 Deutsch 2016:112.

12 Goldstein et al. 2020; Weyers et al. 2020.

13 Otto & Bühmann 2020; Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) 2019; Apothekenumschau 2019; Leitlinienprogramm Onkologie 2015; Von Kieseritzky 2014.

14 Otto & Bühmann 2020; Apothekenumschau 2019; Leitlinienprogramm Onkologie 2015:31.

15 Leitlinienprogramm Onkologie 2019:34.

16 Ärztekammer Nordrhein 2020; Ärztekammer Westfalen-Lippe 2020.

ORGANE

ANUS, REKTUM, DICKDARM

Aufbau

Der Anus liegt zwischen den Pobacken, die circa zur Hälfte aus Fett, zur Hälfte aus Muskeln bestehen. In Richtung der Genitalien liegt der Damm, ein Teil der Beckenbodenmuskulatur, der von einer sehr sensiblen Hautzone bedeckt ist. Vom Anus aus führt der circa 5cm lange Analkanal ins Körperinnere. Er ist mit der Afterhaut ausgekleidet, die den Übergang von der Haut zur Darmschleimhaut darstellt. Anus und Analkanal werden von zwei Muskeln geschlossen gehalten oder geöffnet: Dem äußeren und dem inneren Schließmuskel, von denen der äußere willentlich steuerbar ist, der innere reflexhaft funktioniert. Dahinter liegt der letzte Abschnitt des Darms: das circa 16cm lange Rektum, das mit dem eineinhalb Meter langen Dickdarm verbunden ist.

Funktion

Die Darmschleimhaut kann Sekrete in die Nahrung einbringen, die für die Verdauung wichtig sind. Zugleich nimmt sie Salze und Wasser auf. Diese Funktion wird auch dafür genutzt, z.B. Medikamente durch den Dickdarm schnell in die Blutbahn einzubringen. Die verdaute Nahrung wird durch unbewusste Muskelbewegungen durch den Darm transportiert und sammelt sich als Stuhl im Rektum. Von dort wird sie durch den Analkanal ausgeschieden.

Lustvolles

Damm und Anus sind erogene Zonen: Viele Menschen erleben es als erotisch und angenehm, hier massiert oder geleckert zu werden. Wer Sexspielzeug oder Körperteile anal einführt, kann dadurch Lust und Orgasmen erleben: Zusätzlich zum Anus kommt hier das Rektum und, je nach körperlichen Gegebenheiten, die Prostata als erogene Zonen ins Spiel. **Zentral für anale Lustmomente ist eine gute Kommunikation darüber, was Ihr wollt – sowie Entspannung, Geduld und üppige Mengen von Gleitgel.** Beim Analsex, ob allein oder zu zweit, solltest Du besonders darauf achten, keine Krankheitserreger auf andere Körperteile zu übertragen. Kondome, Silikon-/ Latexhandschuhe und Lecktücher (Dental Dams) helfen dabei.

Darmkrebs: Vorsorge & Früherkennung zu Hause

Darmkrebs gehört zu den häufigsten Krebserkrankungen. Bei jungen Menschen nehmen die Fallzahlen sogar zu.¹ Vieles deutet darauf hin, dass ein hö-

herer Konsum von rotem und von industriell verarbeitetem Fleisch² sowie von Alkohol³ das Risiko erhöht. Raucher*innen und Menschen mit viel Bauchfett erkranken öfter.⁴ Wir haben aber auch einige Ansatzpunkte, um unser Risiko zu senken: Viel Bewegung⁵ und eine vegetarische⁶ Ernährung mit vielen Ballaststoffen, Obst und Gemüse⁷ haben sich dabei als effektiv erwiesen.

Darüber reden hilft:

Gibt es Krankheitsfälle in der näheren Verwandtschaft, ist auch unser Risiko stark erhöht – auch schon in jungen Jahren. Weißt Du, ob Verwandte von Dir eine Diagnose haben oder hatten? Finde es heraus – und sprich gegebenenfalls mit Deiner*Deinem Hausärzt*in über frühzeitige Vorsorge.⁸

Vorsorge & Früherkennung in der Ärzt*innenpraxis

Ältere Menschen erkranken häufiger an Darmkrebs als jüngere, und Menschen mit XY-Chromosom früher als Menschen mit YY-Chromosom. Deshalb wird die Früherkennung allen ab 50 empfohlen, bei familiärer Vorbelastung auch früher. Wer bei Geburt männlich eingeordnet wurde, hat ab 50 Anspruch auf eine Darmspiegelung. Wer bei Geburt weiblich eingeordnet wurde, hat diesen Anspruch ab 55. Alternativ gibt es für alle ab 50 die Möglichkeit eines Stuhltests, zunächst jährlich, ab 55 alle zwei Jahre.

Darmkrebs wächst im Körper langsam heran und führt erst sehr spät zu Beschwerden. Der Nachteil daran: Wenn wir seine Symptome bemerken, ist die Erkrankung schon fortgeschritten. Der Vorteil aber: **Wenn wir nur einmal alle zehn Jahre zur Darmspiegelung gehen, genügt das in aller Regel, um Darmkrebs rechtzeitig zu erkennen.** Dann stehen die Heilungschancen gut. Möglicherweise wird sogar schon in seine harmlosere Vorstufe, eine Veränderung der Darmschleimhaut namens Polypen, erkannt. Polypen lassen sich meist direkt während der Darmspiegelung entfernen.⁹ Bei der Darmspiegelung wird ein Endoskop anal in den Körper eingefügt. Das ist ein etwa fingerdicker, weicher High-Tech-Schlauch, der den Darm mit Co2 oder Luft weitet, ausleuchtet und digitale Bilder der Darmschleimhaut auf einen Bildschirm bringt. So lassen sich Veränderungen der Haut erkennen. Mit dem Endoskop können auch kleinere Polypen direkt entfernt werden. Du kannst entscheiden, ob Du für die Dauer der circa halbstündigen Untersuchung betäubt oder wach sein möchtest. Zur Vorbereitung, die Dir Dein*e Ärzt*in genau erklärt, darfst Du einige Zeit vor der Untersu-

chung nichts essen und musst ein Mittel zur Darmreinigung nehmen; nach der Untersuchung kannst Du meist direkt wieder essen und trinken.¹⁰ **Die Darmspiegelung gilt als das beste und zuverlässigste Vorsorgeverfahren gegen Darmkrebs.**¹¹ Sie verläuft meist unkompliziert; bei circa zwei von 1.000 Patient*innen kommt es aber zu Blutungen oder – sehr selten – zu schweren Verletzungen oder Kreislaufproblemen.¹² Individuell können Risiken höher sein, etwa nach Bauchoperationen. Manchen Menschen ist auch persönlich die Vorstellung einfach zu unangenehm, ein Endoskop in den After geschoben zu bekommen. **Als Alternative gibt es den Test auf verborgenes Blut im Stuhl.** Die Stuhlprobe wird nach ärztlicher Anleitung zu Hause genommen und ins Labor geschickt. Dort kann unsichtbares Blut festgestellt werden, das auf einen Tumor hindeutet. In diesem Fall steht eine Darmspiegelung an, um den Befund genau zu klären. Oft löst der Test nämlich einen Fehlalarm aus (ca. 50-75% der auffälligen Befunde sind kein Darmkrebs), während er andererseits so manchen Tumor übersieht (ca. 40-70% der Tumore).¹³

Mögliche Veränderungen durch eine Transition

Um eine **Neovagina** zu formen, können Teile des Darms verwendet werden. Diese werden in der Regel dem Sigma entnommen, dem letzten Abschnitt des Dickdarms.¹⁴ Für Menschen mit ausgewachsenem Penis und Hoden wird derzeit meist eine Methode bevorzugt, bei der die Vagina aus der Haut dieser vorhandenen Genitalien geformt wird.¹⁵ Bei der Sigma-Neovagina sind Komplikationen während der Operation häufiger, zumal es sich um einen größeren der Eingriff im Bauchraum handelt.¹⁶ Nach Operationen durch erfahrene und spezialisierte Chirurg*innen treten Schwierigkeiten für den Darmtrakt sehr selten auf, es kann aber zu Verstopfung bis hin zum Darmverschluss kommen.¹⁷ Lass Dich von Deiner*Deinem Operateur*in beraten, wie Du diesen Schwierigkeiten vorbeugst und in welchem Fall Du ärztliche Hilfe brauchst. Frage auch nach, inwieweit Analsex nach der Operation noch möglich ist oder worauf Du dabei achten solltest.

Zum Weiterlesen:

Die SP5, ein Zusammenschluss schwuler Präventionsprojekte, haben mit der Poschüre („Alles, was Du über Deinen Arsch und andere Ärsche wissen solltest“) eine großartige und detaillierte Ressource erstellt, die z.B. auf der Website der AIDS-Hilfe Frankfurt gratis online zu finden ist. Sie ist für cis Männer geschrieben, die meisten Inhalte gelten aber für alle Geschlechter. Darin findest Du allgemeine Infos sowie Tipps rund um Analsex und zur Vermeidung von Krankheiten. Das „Leitlinienprogramm Onkologie“¹⁸ hat drei Leitlinien für Patient*innen zu den Themen Früherkennung und Darmkrebs im frühen und im späten Stadium herausgegeben, in denen Du umfassende und verständliche Infos rund um Vorsorge und Behandlung findest.

1 Vuik et al. 2019.

2 Diallo et al. 2018; Battaglia Richi et al. 2015.

3 Scherübl 2020.

4 Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) 2019b, S. 28.

5 Kyu et al. 2016.

6 Orlich et al. 2015; Tantamango-Bartley. 2013.

7 Leitlinienprogramm Onkologie 2019b, S. 27, 31.

8 Felix Burda Stiftung & Krebsinformationsdienst o.D.

9 Deutsches Krebsforschungszentrum 2019a.

10 Bartram 2017.

11 Leitlinienprogramm Onkologie 2019b, S. 38f.

12 Deutsches Krebsforschungszentrum 2019a.

13 Leitlinienprogramm Onkologie 2015b., S. 29f.

14 Kaushik et al. 2019; Bizic et al. 2014.

15 Cornelisse et al. 2017; Meltzer 2016.

16 Cornelisse et al. 2017; Meltzer 2016.

17 Kaushik et al. 2019; Bizic et al. 2014.

18 „Leitlinienprogramm Onkologie“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. und der Stiftung Deutsche Krebshilfe. Leitlinien abrufbar auf www.awmf.org

BRUST

Aufbau

Die Brust besteht aus Fett- und Bindegewebe sowie den Lappen und Milchgängen der Brustdrüse. Sie liegt auf der Brustmuskulatur auf und wird von Haut, Brustwarze und Warzenhof bedeckt. Unter der Brustwarze entfalten sich die Milchgänge ähnlich den Verästelungen einer Baumkrone und führen zu zehn bis 20 Lappen, die wiederum aus feineren Läppchen bestehen. Zusammen bilden sie die Bestandteile der Brustdrüse. Wie stark ausgeprägt das Drüsengewebe ist, hängt vom Hormonhaushalt ab: Als Kinder verfügen wir alle über eine sehr kleine Brustdrüse, die je nach Ablauf der Pubertät bzw. der Transition anwächst oder nicht. Eine weitere Entfaltung der Brustdrüse geschieht während einer Schwangerschaft. Wenn in diesem Abschnitt von „Menschen mit voll entwickeltem Brustdrüsengewebe“ die Rede ist, dann meint das cis Frauen, trans* Frauen bzw. abinäre Personen mit Östrogentherapie sowie trans* Männer bzw. abinäre Personen, deren Brüste in der Pubertät angewachsen sind und die keine Mastektomie hatten.

Funktion

Eine zentrale Funktion der Brust besteht darin, Säuglinge ernähren zu können. Wer schwanger wird, dessen*deren Drüsengewebe wächst durch Progesteron und Östrogen. Nach der Geburt des Kindes führen Prolaktin und Oxytocin zur Milchproduktion, wobei unterschiedlich ist, ob und wie gut das klappt.¹ Dieser Vorgang lässt sich auch im Rahmen einer Hormontherapie einläuten, wenn mensch selbst nicht schwanger ist (oder auch nicht werden kann). Auch nach einer Mastektomie kann das Stillen unter Umständen noch funktionieren. Mehr zum Thema findest Du im Kapitel „Trans* & Kinderkriegen“.

Lustvolles

Für viele Menschen ist die Brust eine erogene Zone. Für viele ist sie auch geschlechtlich konnotiert, was Lustgefühle erhöhen oder auch erschweren kann. Für manche Menschen ist es dabei vor allem wichtig, wie die Brust Körperform und Aussehen prägt. Dann kann es hilfreich sein, z.B. die Brust auch beim Sex abzubinden oder das Oberteil anzulassen, damit sie weniger stört – bzw. die Brust mittels Push-up-BH oder Silikonbrüsten aufzurunden, damit die Form zum Selbstbild passt. Für andere ist das Gefühl insbesondere in den Brust-

warzen wichtig und erotisch, völlig egal, ob andere ihre Brustform eher als männlich oder weiblich ansehen mögen und ob das zu ihnen passt.

Brustkrebs: Vorsorge & Früherkennung zu Hause

Brustkrebs ist bei Menschen mit voll entwickeltem Milchdrüsengewebe die häufigste Krebserkrankung.² Wird die Erkrankung früh erkannt, kann das die Heilungschancen erhöhen. Die bekannteste Methode zur Brustkrebs-Früherkennung ist das **Abtasten** der eigenen Brust. Es wird von Fachgesellschaften empfohlen, allerdings nicht als einzige Methode der Früherkennung.³ Ob es wirklich hilfreich ist, ist aber umstritten.⁴ Einerseits erkennen die meisten an Brustkrebs Erkrankten eine Veränderung noch bevor sie die Diagnose bekommen, und zwar umso früher, wenn sie sich regelmäßig abtasten. Das kann die Heilungschancen erhöhen. Andererseits sind die meisten Veränderungen gar kein Krebs, dann sind der Schreck und vielleicht auch die folgenden Untersuchungen überflüssig. Entscheide selbst! Nach der Datenlage scheint die Selbstuntersuchung nicht so wirkungsvoll zu sein, dass sie es wert wäre, sich durch starkes Unwohlsein hindurchzuquälen. Wenn Du hingegen ein gutes Gefühl dabei hast, führe sie regelmäßig durch (immer in derselben Phase des Zyklus, sofern Du einen hast). Wie Du genau tastest, lässt Du Dir am besten von einer*inem Gynäkolog*in zeigen. Achten solltest Du auf die klassischen „Knoten“ in der Brust, aber auch auf Veränderungen der Haut, der Brustwarze oder der Brustform. Kommt Dir etwas ungewohnt vor, ist das kein Grund zur Panik. Es sollte aber zur Sicherheit immer gynäkologisch überprüft werden.

Zum Weiterlesen:

Eine genaue Beschreibung der Selbstuntersuchung der Brust findest Du in der leider nur an cis Frauen adressierten AWMF-Patientinnenleitlinie auf S. 57.

<https://www.awmf.org/leitlinien/patienteninformation.html>

=> Krebserkrankungen => Früherkennung von Brustkrebs.

Es gibt eine seltene **genetische Veranlagung** zu Brustkrebs. Wenn mehrere Fälle von Brust- oder Eierstockkrebs in Deiner näheren Verwandtschaft aufgetreten sind, sprich mit einer*inem Gynäkolog*in darüber.⁵ Dir wird dann eine früher beginnende und häufigere ärztliche Früherkennungsuntersuchung empfohlen.

Die Befunde dazu, wie wir am besten gegen Brustkrebs vorsorgen, sind unterschiedlich.⁶ Einig sind sich aber alle darin, dass körperliche Bewegung das Erkrankungsrisiko senkt und die Überlebenschancen verbessert.⁷

Früherkennung in der Ärzt*innenpraxis

Ab 30 können alle Menschen mit voll entwickeltem Brustdrüsengewebe einmal jährlich die Brustdrüsen und die Lymphknoten im Brustbereich gynäkologisch abtasten lassen. Dabei kontrolliert die*der Gyn auch Form und Größe der Brust und die Brustwarze, die sie*er vorsichtig zusammendrückt um zu überprüfen, ob Flüssigkeit austritt.

Ab 50 Jahren wirst Du zusätzlich automatisch zum Mammographie-Screening eingeladen, wenn Du amtlich als Frau geführt wirst. Wenn Du einen anderen Personenstandseintrag hast, aber an diesem Früherkennungsprogramm teilnehmen möchtest, ist der unkomplizierteste Weg eine Überweisung zur Mammographie durch eine*n Gynäkolog*in.

Die Mammographie findet in einer darauf spezialisierten Klinik statt. Dort röntgt eine*e dafür ausgebildete*r Röntgenassistent*in die Brust, die dafür zwischen zwei Plexiglasplatten gedrückt wird. Der Druck kann unangenehm sein, erhöht aber die Genauigkeit der Aufnahme. Jede Brust wird aus mehreren Winkeln geröntgt. Nach etwa einer Viertelstunde bist Du durch. Bevor Du Dich zur Untersuchung aufmachst, solltest Du auf Deos oder Cremes verzichten, weil sie die Aufnahmen verzerren können. Außerdem solltest Du für Kleidung wählen, die Dir erlaubt, unkompliziert den Oberkörper freizumachen. Nach der Untersuchung sehen zwei Fachärzt*innen für Radiologie unabhängig voneinander die Aufnahmen an. Das Ergebnis kannst Du binnen sieben Werktagen erwarten.⁸ Auffälligkeiten sind noch keine Krebsdiagnose. Du wirst dann zur weiteren Klärung des Befunds noch einmal eingeladen und per Ultraschall, Kernspin oder Gewebeprobe weiter untersucht, um festzustellen, was genau vorliegt.

Wie alle Früherkennungsuntersuchungen ist die Mammographie freiwillig. Gynäkolog*innen können Dich zu den **Vor- und Nachteilen** genauer beraten. Es gibt Kritik an der Mammographie, weil sie zu Überdiagnosen und unnötigen Behandlungen führen kann.⁹ Bei 97% der Untersuchten wird nichts Auffälliges gefunden, was beruhigt.¹⁰ Mit ca. neunzigprozentiger Wahrscheinlichkeit stimmt dieses Ergebnis auch – manchmal wird aber auch etwas übersehen.¹¹ Die drei Prozent mit auffälligen Befunden machen sich bis zur weiteren Klärung unter Umständen große Sorgen, obwohl nur jede *r Fünfte von ihnen dann wirklich eine Brustkrebsdiagnose bekommt. Mehr als 90 % der Krebserkran-

kungen, die mit der Mammographie entdeckt werden, sind in einem frühen Stadium und daher noch gut heilbar.¹² Die Mammographie kann also lebensrettende Hinweise geben, perfekt ist die Untersuchungsmethode aber nicht.

Zum Weiterlesen:

Viele Infos bietet das Portal www.mammo-programm.de. Dort findest Du mit einem Klick aufs Feld „Ist das Mammographie-Screening sinnvoll?“ auch eine Entscheidungshilfe-Broschüre des Gemeinsamen Bundesausschusses von 2017. Sie soll Dir helfen, die Vor- und Nachteile der Mammographie abzuwägen. Leider richtet sie sich nur an cis Frauen, ist aber ansonsten gut aufbereitet.

Mögliche Veränderungen durch eine Transition

Trans* Frauen bzw. abinäre Personen können mit Östrogenen und Gestagenen ein Brustwachstum erreichen, das körperlich dem von cis Frauen gleicht. Mediziner*innen vermuten, dass dabei auch ihr Brustkrebsrisiko steigt.¹³ Deshalb wird für diese Menschen auch die gleiche Früherkennung empfohlen, wenn sie mehr als fünf Jahre lang Hormone genommen haben.¹⁴ Menschen mit Östrogentherapie haben oft ein sehr festes Brustgewebe. Das erhöht das Risiko von Brustkrebs, der dann schwieriger in der Mammographie zu erkennen ist.¹⁵ Allerdings scheint das Risiko für trans* Frauen und abinäre Personen dennoch eher unter dem von cis Frauen zu liegen.¹⁶

Trans* Männer und abinäre Personen mit entwickeltem Brustdrüsengewebe haben zunächst das gleiche Brustkrebsrisiko wie cis Frauen, daher wird ihnen auch die gleiche Früherkennung empfohlen. Eine Mastektomie verringert das Risiko stark und gilt auch sonst als sichere und komplikationsarme Operation.¹⁷ Es kann allerdings zur Verringerung oder auch zum Verlust des Gefühls vor allem im Bereich der Brustwarzen kommen, was manchmal lange oder für immer anhält – je nach OP-Methode eine häufige Nebenwirkung.¹⁸ Weil bei der Mastektomie etwas Brustdrüsengewebe verblieben sein kann, wird das Krebsrisiko als etwas höher als bei cis Männern eingeschätzt.¹⁹ Es gibt daher Empfehlungen, die Brust im Blick zu behalten und weiterhin regelmäßig abzutasten. Die Rolle von Testosteron ist im Hinblick auf Brustkrebs noch unklar.²⁰

Safer Binding: schonendes Abbinden

Viele trans* Männer und abinäre Personen, die keine Mastektomie hatten, verbinden ein mehr oder weniger starkes Unwohlsein mit ihrer Brust. In einer großen Studie gab rund die Hälfte der Befragten an, deshalb tagtäglich Binder, Sport-BHs oder mehrere Lagen anderer enger Kleidungsstücke zu tragen.²¹ Für fast alle hatte das laut Eigenauskunft positive Auswirkungen auf Psyche und Befinden. Zugleich hatten 97% von ihnen unerwünschte körperliche Nebenwirkungen erlebt, meist Schmerzen in Rücken oder Brust und Hautprobleme., aber z.B. auch Atemprobleme. Das traf vor allem auf die zu, die sehr häufig / täglich binden. Binding-freie Tage könnten die Nebenwirkungen also eventuell verringern. Community Ratgeber empfehlen auch, nicht zu lange am Stück zu binden (max. acht Stunden) und Pausen einzulegen, wenn es geht. Binde so oft und so fest, wie Du es brauchst – aber versuche, dabei möglichst gut auf Deinen Körper zu hören und kümmere Dich um Nebenwirkungen, wenn sie auftreten. Wenn Du sie zu lange ignorierst, könnten manche Haut- oder Rückenprobleme sogar noch verbleiben, falls Du Dich später für eine Mastektomie entscheidest.²²

1 Gianni et al. 2019; Arbour & Kessler 2013.

2 Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) 2010:15; Global Burden of Disease Cancer Collaboration 2015.

3 Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) 2020a:51.

4 Der Rest des Absatzes bezieht sich auf: Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) 2010:55ff.

5 Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) 2020a:55f.

6 Es gibt leicht widersprüchliche Einschätzungen dazu, ob wir mit ballaststoffreicher Ernährung mit viel Gemüse und Hülsenfrüchten und wenig Fleisch und Alkohol, Fett und Zucker das Brustkrebsrisiko senken können. Vgl. Leitlinienprogramm Onkologie 2020a:197f.; World Cancer Research Fund 2018:7f.

7 Leitlinienprogramm Onkologie 2020a:191ff.; World Cancer Research Fund 2018:7f.; Kyu et al. 2016.

8 Prien 2017.

9 Götzsche 2015

10 Deutsches Krebsforschungszentrum 2018.

11 Prien 2017.

12 Prien 2017.

13 Braun et al. 2017.

14 Bekeny et al. 2020; Sonnenblick et al. 2018; Phillips et al. 2014.

15 Deutsch 2016.

16 De Blok et al. 2019.

17 Guccolo et al. 2019

18 Kühn et al. 2019; Deutsch 2016.

19 Sonnenblick et al. 2018.

20 Braun et al. 2017.

21 Peitzmeier et al. 2017.

22 Jarrett et al. 2018; Mosser o.D.

EILEITER UND EIERSTÖCKE

Aufbau¹

Die **Eileiter (Tuben)** gehen rechts und links vom oberen Ende der Gebärmutter ab. Mit einer Länge von ca. 10 bis 15 cm sind sie die Verbindung zwischen der Gebärmutter und den Eierstöcken.

Nahe dem Ende der Eileiter befinden sich rechts und links im Becken die etwa walnussgroßen **Eierstöcke (Ovarien)**. Die Ovarien bestehen aus einem inneren Mark aus Binde- und Stützgewebe, das Blut- sowie Lymphgefäße und Nerven enthält, und einer äußeren Rinde. In dieser Rinde finden sich unzählige Zellhaufen, die sogenannten Follikel, in denen die Eizellen heranreifen. Umhüllt sind die Ovarien von einem glatten Gewebe, das **Epithel** genannt wird. Zusammen heißen Tuben und Ovarien auch die **Adnexe** („Anhänge“ oder „Anhängsel“, bezogen auf die Gebärmutter).

Funktion und Möglichkeiten²

Findet ein Eisprung statt, bricht ein Follikel auf, sodass die reife Eizelle vom Trichter des Eileiters aufgenommen und in Richtung der Gebärmutter transportiert werden kann. Auf der anderen Seite, über Vagina und Gebärmutter, können auch Spermien in den Eileiter eintreten. Wenn beide Zellen im Eileiter im fruchtbaren Zeitfenster aufeinandertreffen, kann das Spermium in die Eizelle aufgenommen werden, wo ihre Zellkerne verschmelzen. Eine so befruchtete Eizelle wandert etwa drei bis fünf Tage weiter, bevor sie sich in der Gebärmutter schleimhaut einnistet.

Die Ovarien sind auch zuständig für den Großteil der Produktion von Östrogen und Progesteron. Diese Hormone sorgen dafür, dass Eizellen heranreifen und es zum Eisprung kommen kann. Sie sind aber auch für eine Vielzahl weiterer Körperfunktionen wichtig.

Informationen zu Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom)

Tumore können in den Tuben und Ovarien in verschiedenen Formen vorkommen. Die meisten davon sind gutartig,³ es gibt aber auch bösartige – das sind die Krebserkrankungen. In neun von zehn Fällen bilden diese sich im Epithel der Eierstöcke.⁴ **Insgesamt ist Eierstockkrebs relativ selten:** Er macht circa 3% der Krebserkrankungen von Menschen mit Eierstöcken aus.⁵

Glücklicherweise sinken die Zahlen zudem seit zwei Jahrzehnten.⁶ Das **Risiko**, an einem Ovarialkarzinom zu erkranken, **steigt mit dem Alter**.⁷ Weitere Risikofaktoren sind ein **sehr hohes Körpergewicht** (Adipositas)⁸ und bestimmte **Erbanlagen** – wenn mehrere Verwandte von Dir Brust- oder Eierstockkrebsdiagnosen hatten, könntest Du Dich zu den Möglichkeiten eines Gentests beraten lassen.⁹

Schutzfaktoren, die das Risiko eines Ovarialkarzinoms senken, sind der Gebrauch der **Anti-Baby-Pille** sowie eine **Sterilisierung** (Tubenligatur), andererseits aber auch **Schwangerschaften** und Stillzeiten.¹⁰ **Leider ist die Früherkennung dieser Krebsart äußerst schwierig**. Daher werden drei von vier bösartigen Tumoren erst spät entdeckt. Die Heilungschancen stehen dann weniger günstig.¹¹ Eierstockkrebs verursacht meist lange keine oder sehr uneindeutige Symptome wie diffuse Unterleibsschmerzen und zunehmend häufigen Harndrang, Völlegefühl und Blähungen oder eine ungeklärte Zunahme des Bauchumfangs. Solche Symptome solltest Du zur Sicherheit gynäkologisch abklären lassen, wenn Du sie über einen längeren Zeitraum feststellst, Du über 50 bist und/oder mehrere Verwandte von Dir Eierstock- oder Brustkrebs hatten.¹² Die Untersuchungsmethode der Wahl wäre dann eine Spiegel-, Tast- und Ultraschalluntersuchung durch die Vagina.¹³ Du kannst aber mit Deiner*Deinem Gyn auch andere Möglichkeiten besprechen (z.B. eine Untersuchung über die Bauchdecke / durch den Enddarm¹⁴ oder eine Tomographie¹⁵). Weil all diese Verfahren mit Blick auf eine Eierstock-Krebsdiagnose als relativ ungenau gelten, kommt auch ohne gesicherte Diagnose schon eine Operation in Betracht. Diese kann Gewissheit geben und zugleich im Krebsfall den ersten Behandlungsschritt darstellen.¹⁶ Um bei Unsicherheiten eine optimale Versorgung sicherzustellen, kann Dein*e Gyn eine kostenlose Zweitmeinung einer*eines spezialisierten Kolleg*in über das eKonsil einholen. Mehr Infos findest Du auf der Website: gynaekologie.ekonsil.org

Weil alle derzeit gängigen Untersuchungsmethoden so ungenau sind, ist eine allgemeine Früherkennungsuntersuchung der Eierstöcke für Menschen ohne akute Symptome ausdrücklich nicht empfehlenswert.¹⁷ Das unterscheidet das Ovarialkarzinom von vielen anderen Krebsarten.

Zum Weiterlesen:

Das Leitlinienprogramm Onkologie von der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF), der Deutschen Krebshilfe und der Deutschen Krebsgesellschaft hat einen gut verständlichen Ratgeber herausgebracht. Leider richtet er sich nur an cis Frauen. Du findest ihn auf der Website leitlinienprogramm-onkologie.de => Patientenleitlinien => Eierstockkrebs.

Veränderung durch eine mögliche Transition:

Eine Testosterontherapie gehört für viele trans* männliche und abinäre Personen zu ihrer medizinischen Transition.

Ihre Auswirkungen auf die Ovarien sind nicht restlos geklärt. Einige Studien haben in Ovarien nach längerer Testosterontherapie vermehrt Zysten gefunden, wobei nicht klar war, welchen Effekt die Hormone und die Dauer der Therapie dabei genau spielten.¹⁸ Stoffwechselprobleme, die cis Frauen mit Eierstockzysten häufig haben (polyzystisches Ovarialsyndrom), scheinen bei trans* Personen auf Testo so nicht vorzukommen.¹⁹

Aktuelle Studien stellen kein erhöhtes Eierstock-Krebsrisiko durch Testo fest;²⁰ die Frage ist aber nicht abschließend geklärt.²¹ Die Ovarien bei einer Hormontherapie grundsätzlich herauszunehmen, um Krebs zu verhindern, wird **nicht** empfohlen.²² Letztlich bleibt es Deine Entscheidung, ob Du Deine Eierstöcke behalten möchtest. Eine **kleine Verringerung des Krebsrisikos** bringt übrigens auch schon die Entfernung der Eileiter (**Salpingektomie**).²³ Wenn die Ovarien und Tuben, also die Adnexe, gemeinsam entfernt werden, wird das **Adnektomie** genannt. Sie gilt als Routineeingriff. Wenn Du Dich entscheidest, Deine Eierstöcke entfernen zu lassen, entfällt damit auch fast die vollständige Östrogenproduktion Deines Körpers. Um starke unerwünschte Auswirkungen zu vermeiden, hilft dann eine dauerhafte Hormonersatztherapie (mit Östrogenen oder mit Testosteron).²⁴

Eine **Einsetzung** von Eierstöcken und Eileitern für trans* Frauen und abinäre Personen gehört derzeit **nicht** zu den gängigen geschlechtsangleichenden Operationen. Hormone wie Östrogen und je nach Therapieform auch Gestagen kannst Du Deinem Körper stattdessen mit ärztlicher Unterstützung z.B. in Gel- oder Pflasterform zuführen.

-
- 1 Gumpert 2020c; Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) 2018b; Ärzte-im-Netz Redaktion 2018.
 - 2 Ärzte-im-Netz Redaktion 2018; Gumpert 2020c
 - 3 Leitlinienprogramm Onkologie 2018b:19.
 - 4 Leitlinienprogramm Onkologie 2018b:13f.
 - 5 Leitlinienprogramm Onkologie 2018b:15; die Zahlen wurden vermutlich an cis Frauen erhoben.
 - 6 Robert Koch-Institut (RKI) & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) 2019:94.
 - 7 Leitlinienprogramm Onkologie 2018:84.
 - 8 Leitlinienprogramm Onkologie 2020d:46.
 - 9 Leitlinienprogramm Onkologie 2018b:78.
 - 10 Leitlinienprogramm Onkologie 2020d:45f; RKI & GEKID 2019:94.
 - 11 Deutsches Krebsforschungszentrum 2020c.
 - 12 Leitlinienprogramm Onkologie 2020d:29.
 - 13 Leitlinienprogramm Onkologie 2020d:28ff.
 - 14 Deutsch 2016:116.
 - 15 Leitlinienprogramm Onkologie 2020d:30f.
 - 16 Leitlinienprogramm Onkologie 2018b:21f.
 - 17 Leitlinienprogramm Onkologie 2020d:25ff; Leitlinienprogramm Onkologie 2018b:15f.; Stiftung Gesundheitswissen 2018; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) 2012.
 - 18 Grimstad et al. 2020; Baba et al. 2007.
 - 19 Chan et al. 2018.
 - 20 AWMF 2018:64; Harris et al. 2017; Deutsch 2016:116.
 - 21 Millington et al. 2020.
 - 22 AWMF 2018:64; Harris et al. 2017; Deutsch 2016:116.
 - 23 Leitlinienprogramm Onkologie 2020d:45.
 - 24 AWMF 2018:63f.

GEBÄRMUTTER

Aufbau

Die Gebärmutter (Uterus) ähnelt in Form und Größe einer umgedrehte Birne: Oben befindet sich der größere Gebärmutterkörper mit der Gebärmutterhöhle. Darunter verbindet der Gebärmutterhals (Zervix) den Uterus mit der Vagina. Bei Erwachsenen wiegt die Gebärmutter etwa 80g bis 120g und ist 7cm bis 9cm lang. Der **Gebärmutterkörper** besteht großteils aus Muskeln. Außen ist er von einem Bindegewebe umgeben, innen mit der **Gebärmutterschleimhaut** (Endometrium) ausgekleidet. Diese wird durch den Einfluss von Hormonen regelmäßig auf- und abgebaut. In einem meist ungefähr monatlichen Rhythmus wird ihre obere Schicht mit dem Blut der zerrissenen Schleimhautgefäße ausgeschieden (Menstruation). Diese Regel kennt viele Ausnahmen: Körperliche Veränderungen, Stress, eine Schwangerschaft oder auch eine Hormontherapie können den Zyklus aussetzen lassen. Zwischen Gebärmutterkörper und Vagina liegt der **Gebärmutterhals (Zervix)**. Er ist unterteilt in den Zervixkanal, der in die Gebärmutterhöhle mündet, und den Gebärmuttermund, der in die Vagina ragt. Der Zervixkanal produziert Schleim, der je nach Zyklus mehr oder weniger zäh und damit undurchdringlich für Keime und auch Spermien ist.¹

Funktion und Möglichkeiten

Die Gebärmutter dient in erster Linie zum Austragen einer Schwangerschaft, darauf ist sie gut vorbereitet. Ihre starke Muskulatur kommt bei einer Geburt voll zum Einsatz. Aber auch beim Sex können Gebärmutterkörper und Gebärmutterhals eine Rolle spielen. Beim Orgasmus zieht sich die Gebärmutter rhythmisch zusammen.² Auch die achtsame Stimulation der Zervix kann zum Lustgewinn beitragen.³

Krebsvorsorge

Gebärmutterkörper und Gebärmutterhals können an Krebs erkranken. Die Vorsorge sieht allerdings unterschiedlich aus. **Schutzfaktoren**, die Du selbst beeinflussen kannst, sind u.a. körperliche **Bewegung und Sport gegen Gebärmutterkörperkrebs⁴ und Safer Sex sowie vor allem die Impfung gegen HP-Viren (HPV) gegen Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom).**⁵ HPV ist an der Entstehung so gut wie aller Zervixkarzinome beteiligt. Es wird empfohlen, die Impfung so früh wie möglich durchzuführen. Bei Jugendlichen bis 18 zählt die

Krankenkasse, aber auch bis 26 ist sie noch sinnvoll.⁶

Die Früherkennung ist im Kampf gegen Gebärmutterhalskrebs so erfolgreich wie gegen keine andere Krebsart.⁷ Der Körper ist hier, am Übergang von Vaginal- zum Zervixgewebe, besonders anfällig für Virusinfektionen und Tumorbildungen.⁸ Bis zur Einführung der Früherkennungsuntersuchung für alle gesetzlich Versicherten war das Zervixkarzinom die häufigste Krebserkrankung bei Menschen mit Gebärmutter. Heute ist es weit davon entfernt; die Zahl der Todesfälle hat sich mehr als halbiert.⁹ Dazu trägt der **Pap-Abstrich** bei der jährlichen gynäkologischen Untersuchung bei – mehr dazu auf Seite 23.

Für den Krebs im Gebärmutterkörper (Endometriumkarzinom) gibt es leider keine gut funktionierende Früherkennungsuntersuchung.¹⁰ Hier gilt es, mögliche **Symptome direkt abzuklären**. Dazu zählen insbesondere ungewöhnliche **Blutungen** im mittleren und höheren Lebensalter. Sie sind kein Grund zur Panik: In den allermeisten Fällen haben sie eine andere Ursache als Krebs.¹¹ Andererseits sind sie bei neun von zehn Endometriumkarzinomen ein frühes Symptom und damit unsere beste Möglichkeit, die Krankheit rasch zu erkennen und zu heilen.¹²

Veränderung durch eine mögliche Transition

Eine hormonelle Transition mit Testosteron kann Einfluss auf die Gebärmutter haben. So bleibt meist ab ein paar Monaten Testo-Einnahme die Menstruation aus.¹³ Die Gebärmutter Schleimhaut bleibt aber oft aktiv.¹⁴ Insofern ist Testosteron auch kein verlässliches Verhütungsmittel, obwohl es unter Umständen zur Unfruchtbarkeit führen kann (siehe den Abschnitt „Trans* & Elternwerden“ auf S. 84).

Die Sorge, dass Testosteron eine Krebserkrankung der Gebärmutter wahrscheinlicher machen könnte, hat sich in Studien bislang nicht bestätigt.¹⁵ Umgekehrt ist aber auch keine definitiv schützende Wirkung zu erwarten. Daher wird für trans* männliche und abinäre Personen, die einen Uterus haben, auch bei einer Hormontherapie die gleiche Früherkennung empfohlen wie für cis Frauen.¹⁶ Mehr dazu findest Du auf S. 22. Ungewöhnliche, anscheinend unerklärliche Blutungen solltest Du gynäkologisch abchecken lassen, weil sie auf Krebs hindeuten könnten.¹⁷

Manche trans* Personen entscheiden sich, ihre Gebärmutter herausnehmen zu lassen (Hysterektomie). Das ist heute eine Routineoperation mit insgesamt niedrigen Komplikationsraten.¹⁸ Allerdings kann sie sich auf die Orgasmusintensität und die Selbstbefuchtung der Vagina auswirken.¹⁹ Die Hysterektomie kann in einer einzigen OP-Sitzung mit einer Mastektomie (Formung einer flachen Brust) kombiniert werden, was allerdings Komplikationen während des Heilungsprozesses wahrscheinlicher macht.²⁰

Seit Gebärmutter-Transplantationen in cis Frauen erfolgreich praktiziert werden, ist im Gespräch, wie diese Option auch trans* Frauen und abinären Personen ermöglicht werden kann.²¹

1 Ärzte-im-Netz Redaktion 2018; Kieseritzky 2018c; Deutsches Krebsforschungszentrum 2016.

2 Pfaus et al. 2016.

3 Petersen & Bryant 2016; Pfaus et al. 2016.

4 Deutsches Krebsforschungszentrum 2020b.

5 Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) 2014:35f. Etwa 3% der Menschen mit Uterus, die sich mit HPV anstecken, erkranken demnach später an Gebärmutterhalskrebs.

6 Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) 2020:18f.

7 Yiallourous 2018a.

8 Ärzte-im-Netz Redaktion 2018.

9 Deutsches Krebsforschungszentrum 2016.

10 Leitlinienprogramm Onkologie 2018:49ff.

11 Bei Menschen mit Uterus vor den Wechseljahren liegt das Risiko einer Krebsdiagnose bei ungewöhnlichen Blutungen bei unter 1,5% (Leitlinienprogramm Onkologie 2018:54). Nach der Menopause steigt es auf um die 10% (Clarke et al. 2018). Es ist unklar, inwieweit sich diese Zahlen auf Menschen mit Testo-Therapie übertragen lassen.

12 Clarke et al. 2018; Yiallourous 2018b.

13 Hembree et al. 2017:20.

14 Grimstad et al. 2019.

15 AWMF2018:64; Deutsch 2016:64.

16 Hembree et al. 2017; Deutsch 2016:111f.

17 Leitlinienprogramm Onkologie 2018:54f; Clarke et al. 2018; Deutsch 2016:115; 64.

18 Gut 96% der von Bretschneider et al. (2018) untersuchten Hysterektomien heilten bei trans* Männern wie bei cis Frauen ohne Komplikationen; Obedin-Maliver et al. (2017) stellten bei beiden Gruppen etwas häufigere Komplikationen fest.

19 AWMF 2018:64.

20 Elfering et al. 2020

21 Jones et al. 2019.

HAUT

Aufbau

Mit einer Fläche von um die zwei Quadratmeter ist die Haut unser größtes Organ. Sie ist nur wenige Millimeter dick und doch aus mehreren feinen Schichten zusammengesetzt: In der Oberhaut liegt unter anderem die Basalzellschicht. Hier entstehen ständig neue Hautzellen – und leider auch manchmal Krebs. Läuft alles, wie es soll, dann wandern die frischen Hautzellen durch die Stachelzellschicht nach außen und enden als schützende tote Zellen in der äußeren Hornschicht. Unter der Oberhaut liegt die Lederhaut. Sie beherbergt Nervenzellen und Blutgefäße, Haarwurzeln, Talg- und Schweißdrüsen. Die unterste Hautschicht ist die Unterhaut mit ihrem Binde- und Fettgewebe.

Funktion & Lustvolles

Die Haut schützt uns vor schädlichen Einflüssen und vermittelt uns Eindrücke vom Windhauch bis zum Stoß. Im Sonnenlicht bildet sie Provitamin D und durchs Schwitzen sorgt sie dafür, dass wir nicht überhitzen. Als Sinnesorgan dient die Haut der Orientierung und der Warnung vor Gefahren. Sie erfüllt aber auch wesentliche Aufgaben in unserem Sozialleben und der Regulation unserer Emotionen: Angenehme Berührungen stärken Bindungen und geben Vertrauen. Sie können Stress reduzieren und unser Immunsystem stärken.¹ Massagen können Glückshormone hervorrufen und Depressionssymptome lindern.²

Hautkrebs: Vorsorge & Früherkennung zu Hause

Hautkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebserkrankung überhaupt.³ Hautkrebs ist dabei eine Sammelbezeichnung für eine ganze Reihe verschiedener bösartiger Tumore. In mehr als neun von zehn Fällen⁴ handelt es sich um **hellen Hautkrebs** der Basalzellen- oder der Stachelzellschicht, der sehr gute Heilungschancen hat.⁵ Die dritthäufigste Art des Hautkrebs ist der **schwarze Hautkrebs** (malignes Melanom), der in den Pigmentzellen der Oberhaut entsteht. Heutzutage hat auch diese Diagnose deutlich bessere Heilungschancen als früher. In zwei Dritteln der Fälle kann das Melanom rechtzeitig herausoperiert und die Gefahr damit gebannt werden.⁶ **Der Schlüssel zur Heilung ist dabei die Früherkennung.** Folgende „ABCDE“-Anzeichen⁷ solltest Du hautärztlich überprüfen lassen, wenn Du sie an Deinem Körper

bemerkst:

A wie Asymmetrie: ein dunkler Hautfleck mit einer ungleichmäßigen Form.

B wie Begrenzung: ein Hautfleck, dessen Rand verwischt, ausgefranst oder gezackt aussieht.

C wie Couleur (Farbe): Ein Fleck mit verschiedenen Farben, z.B. schwarz und rosa oder grau.

D wie Durchmesser: Hautflecken mit mehr als 5mm Durchmesser.

E wie Erhabenheit: Ein Leberfleck, der mehr als einen Millimeter herausragt und eine raue Oberfläche hat.

Um Hautkrebs von vornherein zu verhindern, gilt es vor allem, zu viel **direkte Sonne zu meiden**. Das gilt **umso mehr, je heller Deine Haut** ist und je leichter Du Sonnenbrand bekommst. Schädliche UV-Strahlung gibt es vor allem in der sommerlichen Mittagssonne. Das Gemeine an einer Überdosis Sonne ist: Sie wirkt sich noch Jahrzehnte später auf unser Hautkrebsrisiko aus.⁸ Auch der regelmäßige Besuch des Solariums in jungen Jahren kann das Hautkrebsrisiko fast verdoppeln.⁹ Wenn Du Dich in der prallen Sonne aufhältst, schützt Du Dich am besten durch Kleidung und Sonnenbrille. Zusätzlich kann großzügig und gleichmäßig aufgetragene Sonnencreme helfen.¹⁰

Früherkennung in der Ärzt*innenpraxis

Ab 35 haben alle gesetzlich Versicherten alle zwei Jahre Anspruch auf ein Hautscreening (manche Kassen übernehmen die Kosten auch schon früher). Hautscreening bedeutet, dass ein*e dafür qualifizierte*r Ärzt*in Deine gesamte Haut von Kopf bis Fuß in Augenschein nimmt. Es kann in einer dermatologischen oder hausärztlichen Praxis stattfinden. Ärztlich wird empfohlen, beim Screening den gesamten Körper inklusive Intimbereich mit einzubeziehen, weil Hautkrebs überall entstehen kann.¹¹ Allerdings treten die allermeisten Tumoren in Bereichen auf, die direktem Sonnenlicht ausgesetzt sind: Kopf und Hals, seltener Rumpf und noch seltener Waden, Hände und Füße.¹² **Wenn Du Dich also nicht komplett ausziehen möchtest**, wäre ein unvollständiges Screening sehr viel sinnvoller, als der Untersuchung ganz fernzubleiben. Vermutlich sieht das auch Dein*e Ärzt*in so. Solltest Du einen auffälligen Befund haben, wird als nächster Schritt eine Gewebeprobe entnommen. Das ist noch kein Grund zu großer Sorge: In der

überwiegenden Zahl der Fälle stellt sich der Fleck nach der genaueren Untersuchung als harmlos heraus.¹³

Mögliche Veränderungen durch eine Transition

Eine hormonelle Transition wirkt sich auch auf die Haut und Haare aus. **Östrogene** können die Haut weicher machen,¹⁴ aber auch Melasma (eine Pigmentstörung, die Flecken auf der Haut verursacht) hervorrufen.¹⁵ Testosteron-Blocker können das Ausfallen des Haupthaars vermindern; die Gesichtsbehaarung bleibt meist unbeeinflusst. **Testosteron** führt neben der stärkeren Behaarung bei sehr vielen Menschen im ersten Jahr der Behandlung zu Akne, die meist von selbst verschwindet oder hautärztlich behandelt werden kann.¹⁶

Dauerhaftes oder enges **Binding** (das Abbinden der Brust) kann die Haut beanspruchen und zu Problemen führen.¹⁷ Benutze möglichst Binder aus Material, das Schweiß aufnehmen kann und Deine Haut atmen lässt – oder trage ein angenehmes Material darunter.¹⁸

Nach **Operationen** kann eine gute Wundversorgung und Massage der heilenden Haut die Bildung von Narben verringern. Wenn sich dennoch große Narben gebildet haben und Dich stören, gibt es dafür Behandlungsmöglichkeiten.¹⁹

1 Jones & Field 2018; Keltner 2010.

2 Müller-Oerlinghausen & Kiebig 2018:138ff.; Grunwald 2017:243.

3 Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP) e. V. (o.D.a)

4 Deutsches Krebsforschungszentrum 2019b.

5 von Kieseritzky 2020a, 2020b.

6 Krampe-Schneider 2020a.

7 Krampe-Schneider 2020b.

8 Krampe-Schneider 2020a.

9 „Leitlinienprogramm Onkologie“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. und der Stiftung Deutsche Krebshilfe 2014b:84.

10 „Leitlinienprogramm Onkologie“ 2016:22ff.

11 Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP) e. V. (o.D.b)

12 von Kieseritzky 2020a, 2020b; Krampe-Schneider 2020a.

13 „Leitlinienprogramm Onkologie“ 2016:34f.

14 Chipkin & Kim 2019.

15 Yeung et al. 2019b.

16 Yeung et al. 2019a.

17 Yeung et al. 2019a.

18 Go Ask Alice 2011.

19 Kosche et al. 2019.

HODEN

Aufbau und Funktion

Im Hodensack liegen die Hoden und die Nebenhoden. Erstere sind etwa pflaumengroß und bestehen aus sehr feinen Hodenläppchen, die von einer gröberen Bindegewebshülle umgeben sind. Die Anzahl der Hodenläppchen geht in die Hunderte.¹ In den Hodenläppchen befinden sich Hodenkanälchen mit Keimzellen, die umringt von Sertoli-Stützzellen Spermien produzieren und reifen lassen. Zwischen den Kanälchen liegen neben Blutgefäßen und Bindegewebe die Leydig-Zwischenzellen, die Testosteron herstellen. Diese Hormonproduktion ist die zweite Hauptfunktion der Hoden neben ihrer Rolle in der Fortpflanzung. Auf der Rückseite der Hoden liegen die kleineren Nebenhoden auf. Sie bestehen aus eng geschichteten Gängen, die auseinandergefaltet fünf Meter lang wären. In den Nebenhoden werden die Spermien gespeichert, um bei der Ejakulation über den Samenleiter zusammen mit der Samenflüssigkeit aus Bläschendrüse und Prostata in die Harnröhre weitergeleitet und ausgestoßen zu werden. Der Samenleiter ist gemeinsam mit Nerven und Blutbahnen Teil des Samenstrangs. Dieser verläuft durch den Leistenkanal, einer ca. 4cm langen Röhre, die den Hodensack mit dem Rest des Körpers verbindet.

Lustvolles

Die Hoden sind zwar sehr schmerzempfindlich, aber für viele Menschen zugleich eine erogene Zone.² Sie bei der Masturbation oder auch beim Oralsex miteinzubeziehen, kann die Ejakulation und den sie meist begleitenden Orgasmus anregen oder auch – durch sanftes Herabziehen der Hoden – verzögern. Es gibt auch eigenes Sexspielzeug für diesen Körperbereich.

Hodenkrebs: Vorsorge zu Hause

Hodenkrebs tritt insgesamt selten auf. Anders als andere Krebsarten betrifft er aber vor allem Jüngere und ist die häufigste bösartige Tumorerkrankung bei Menschen mit Hoden zwischen 20 und 44. Deshalb empfehlen Ärzt*innen vor allem dieser Altersgruppe, regelmäßig die eigenen Hoden abzutasten und auf Veränderungen zu achten.³ Denn vor allem, wenn er früh entdeckt wird, ist Hodenkrebs fast immer heilbar.⁴ Es kann auf Hodenkrebs hindeuten, wenn ein Hoden (selten auch beide) anschwillt oder sich verhärtet.⁵ Auch Schmerzen in den Hoden oder auch in der Brustdrüse können ein Anzeichen sein, ebenso wie ein Ziehen oder Schwe-

regefühl in Hoden oder Leiste.⁶ Diese Symptome solltest Du in einer urologischen Praxis untersuchen lassen. Sie müssen aber keine Krebsdiagnose bedeuten. Insbesondere Schmerzen in Hoden und Brust können übrigens auch zu Beginn der Hormontherapie als harmlose Nebenwirkung auftreten.⁷ Besonders achten solltest Du auf eine mögliche Erkrankung, wenn Hodenkrebs in Deiner Familie schon vorgekommen ist. Auch ein Hodenhochstand, d.h. wenn die Hoden bei Geburt nicht in den Hodensack hinabgewandert waren, ist mit einem erhöhten Risiko verbunden.⁸ Ein Einfluss der Hormontherapie auf das Hodenkrebsrisiko ist nicht bekannt.⁹

Vorsorge in der Ärzt*innenpraxis (wann, wie, was?)

Die Untersuchung der Hoden durch Abtasten ist Teil der jährlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchung, auf die alle Menschen mit Prostata bzw. Hoden ab 45 Jahren Anspruch haben.

Tipp: Wenn Du einen Tumor hast, kann Dein*e Ärzt*in über das Projekt „eKonsil“ eine **Zweitmeinung** von Spezialist*innen einholen, um die optimale Behandlung zu finden.

Die Adresse: <https://hodentumor.zweitmeinung-online.de/>

Mögliche Veränderungen durch eine Transition

Testosteronblocker und Östrogene haben einen Einfluss auf die Hoden. Bei manchen Menschen verursachen sie zu Beginn der Therapie Schmerzen, die kein Grund zur Sorge sind und meist von selbst verschwinden.¹⁰ Dauerhaft können allerdings die Auswirkungen auf die **Fruchtbarkeit** sein – wie oft es zu zeitweiser oder permanenter Unfruchtbarkeit kommt, ist nicht restlos klar.¹¹ Daher solltest Ihr sicherheitshalber verhüten, wenn Du Sex mit einem Menschen hast, der eventuell schwanger werden könnte und Ihr das nicht wollt. Andererseits solltest Du am besten schon vor einer Hormontherapie überlegen, ob Du Spermien einfrieren lassen möchtest¹² - auch nach Beginn der Hormontherapie und selbst erst im Zuge der Orchiektomie (siehe unten) kann sich der Versuch aber noch lohnen, Spermien zu gewinnen und zu konservieren.¹³ Vor allem nach langer Dauer¹⁴ führt die Hormontherapie bei einigen Menschen dazu, dass sich die Hoden verkleinern (atrophieren)¹⁵, was vermutlich mit dem Auftreten von Unfruchtbarkeit zusammenhängt.¹⁶

Nicht direkt verändert, sondern verschoben werden die Hoden beim **Tucking** (gesprochen: „tacking“, englisch für „wegstecken, verstauen“), um die Genitalien unter enger Kleidung nicht auffallen zu lassen. Dabei werden die Hoden

mit den Fingern vorsichtig in die Leistenkanäle geschoben, aus denen sie übrigens im Laufe ihrer vorgeburtlichen Entwicklung auch einst gekommen sind. Penis und Hodensack können dann leichter zwischen den Beinen in Richtung Po geschoben werden, wo sie visuell nicht mehr auffallen. Du kannst enge Unterwäsche, selbstgemachte oder gekaufte Gaff-Höschen (gesprochen: „gäf“, engl. Wort für Unterwäsche, die Genitalien sehr eng anliegen oder auch in Innentaschen verschwinden lässt) nutzen, um alles am Platz zu halten. Wenn selbstgemachte Gaffs kneifen, kann es helfen, Unterwäsche darunter zu tragen. Von Tape oder Klebeband ist abzuraten, weil es die Haut schädigen kann und es aufwändiger macht, den Tuck z.B. beim Toilettengang zu lösen. Es ist unterschiedlich, wie gut Tucking klappt und wie es sich anfühlt. Für manche Menschen ist es sehr bestärkend, auf diesem Wege ihre Hoden zeitweise verschwinden zu lassen. Das ist wunderbar und gesundheitlich sinnvoll.¹⁷ Für andere mag sich Tucking unangenehm anfühlen und nicht der richtige Weg sein. Spätestens, wenn Du Schmerzen verspürst, solltest Du den Tuck lösen und eine Pause einlegen. Es kann sonst zu Entzündungen und Infektionen von Haut, Hoden und Harnwegen kommen, die ärztlich behandelt werden müssen.¹⁸

Zum Weiterlesen:

Das Queer Lexikon (www.queer-lexikon.net) hat einen Infolyer zu Tucking erstellt, der online zum Download bereitsteht.

Alternativ zum Tucking kann eine **Orchiektomie** (Herausnahme der Hoden) eine sinnvolle Option sein.¹⁹ Die Orchiektomie gilt als unkomplizierte Operation, die für sich allein stehen oder auch der erste Schritt auf dem Weg zu einer Neovagina sein kann.²⁰ Danach musst Du Dein Leben lang Hormone nehmen. Du kannst allerdings oft die Dosis verringern und immer auf Testo-Blocker verzichten.²¹

Hodenimplantate sind eine gängige Ergänzung zur Metaoidioplastik (Klitpen) bzw. zum Penoidaufbau. Die OP erfolgt ein halbes bis ganzes Jahr nach der ersten Genital-OP. Dabei wird meist aus den äußeren Vulvalippen ein Sack geformt und mit Silikonkugeln als Hoden ausgestattet. Es ist auch möglich, einen oder beide Hodenimplantate durch eine Pumpe für die Erektion des Penoids zu ersetzen.²² Komplikationen und Nach-OPs haben sich im letzten Jahrzehnt seltener geworden, wobei Nichttrauchen Deine Chancen auf eine reibungslose Heilung verbessert.²³

-
- 1 Yiallourous 2017c gibt 200 an; Gumpert 2020f spricht von 370.
 - 2 Schober et al. 2009.
 - 3 Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) 2020b:26f.
 - 4 Yiallourous 2017a.
 - 5 Leitlinienprogramm Onkologie 2020b:33.
 - 6 Yiallourous 2017b.
 - 7 Hodenschmerzen: Deutsch 2016:94; Brustschmerzen: Kerkar 2018.
 - 8 Leitlinienprogramm Onkologie 2020b:28.
 - 9 Joint et al. 2018.
 - 10 Deutsch 2016:94.
 - 11 Jiang et al. 2019; Kent et al. 2018; Schneider et al. 2017.
 - 12 Deutsche Gesellschaft für Sexuallforschung et al. 2018:41.
 - 13 Schneider et al. 2019; Barnard et al. 2019.
 - 14 Hembree et al. 2017:3888.
 - 15 Matoso et al. 2018.
 - 16 Jiang et al. 2019.
 - 17 Deutsch 2016:23.
 - 18 Deutsch 2016:93.
 - 19 Deutsch 2016:93.
 - 20 Van der Sluis et al. 2020; Francis et al. 2020; Hehemann & Walsh 2019.; Deutsch 2016:28.
 - 21 World Professional Association for Transgender Health 2012a:43.
 - 22 Kang et al. 2019.
 - 23 Pigot et al. 2019.

KLITORIS

Aufbau

Die Klitoris besteht aus mehreren Teilen. Außen sichtbar ist die von der Vorhaut umschlossene Klitoriseichel. Sie hat dem Organ den falschen Ruf gegeben, „erbsengroß“ zu sein. **Neun Zehntel der Klitoris aber liegen innerhalb des Körpers:**¹ Von der Eichel führt der Klitorisschaft ins Körperinnere und teilt sich in zwei längliche Schwellkörper, die in die Klitorisschenkel übergehen. Neben diesen zählen auch zwei weitere, rundlichere Schwellkörper (die Vorhofschwellkörper) zur Klitoris. Bei Erregung schwillt die Klitoris an. Im nicht erregten Zustand beträgt ihre Länge von Eichel bis Schenkel durchschnittlich ca. 9 Zentimeter, wobei es sehr große Unterschiede gibt.² Ihre rund 8.000 Nervenenden machen die Klitoris **zum empfindsamsten Teil des menschlichen Körpers überhaupt.**³

Funktion und Möglichkeiten

Die Klitoris erfüllt nach unserem Wissen **eine einzige Funktion:** Sie dient dem **Lustempfinden**. Durch ihre viele Nervenenden kann sie zur sexuellen Stimulation genutzt werden, wobei sie stark anschwellen kann. Welche Art der Berührung dabei als angenehm empfunden wird, ist sehr unterschiedlich.

Nicht nur der äußere Teil kann stimuliert werden: Die innenliegenden Schwellkörper können wir zwar nicht direkt berühren, aber zum Beispiel beim Penetrationssex dennoch erreichen, weil sie die Vagina teilweise umgeben.⁴ Es wird angenommen, dass die Klitoris bei jedem Orgasmus von Menschen mit Klitoris eine Rolle spielt.⁵

Vorsorge

Vulva und Vagina insgesamt sollten **einmal jährlich** gynäkologisch gecheckt werden, wobei dann auch auf Veränderungen der Klitoris geachtet wird. Dort kann sich in seltenen Fällen Krebs bilden.⁶ Wie so eine Untersuchung ablaufen kann, findest Du auf S. 22 beschrieben.

Veränderung durch eine mögliche Transition:

Die Einnahme von **Testosteron** kann dazu führen, dass die Klitoris dauerhaft anwächst und sich im Empfinden verändert.⁷ Dies ist aber wie vieles während einer Transition individuell unterschiedlich.

Eine durch Testo vergrößerte oder von vornherein große Klitoris erleichtert

auch die **Metoidioplastik**.⁸ Bei dieser geschlechtsangleichenden OP wird die Klitoris verlängert und zu einem kleinen Phallus (Klitpen) geformt. Mehr Infos im Abschnitt zum Penis auf S. 54.

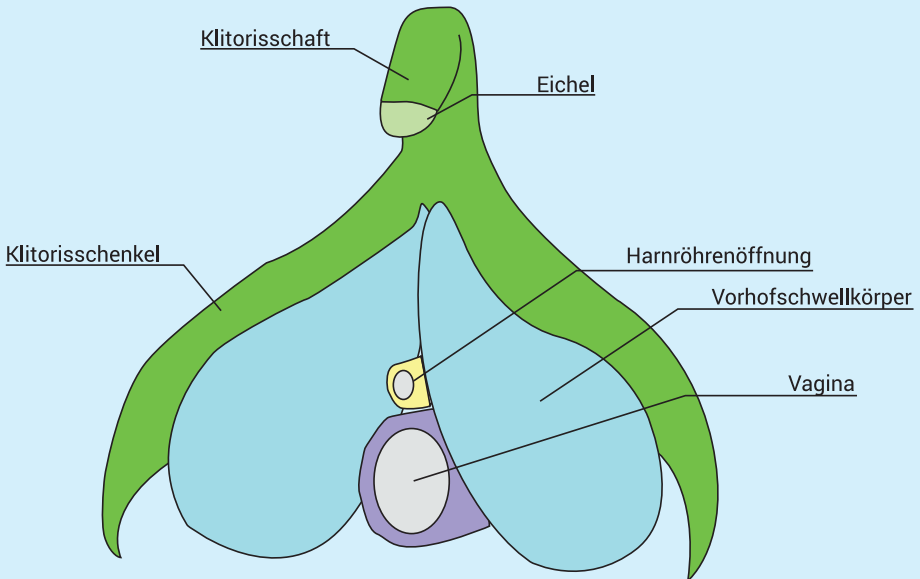


Abbildung einer Klitoris
Grafik: Dany Hewelt

1 Gross et al. 2020.
 2 Jackson et al. 2019.
 3 Gross et al. 2020; Posmyk 2019.
 4 O'Connell & DeLancey 2005.
 5 Gross et al. 2020.
 6 Hampf & Ärzte-im-Netz Redaktion 2018.
 7 Deutsch 2020.
 8 Bizic et al. 2019.

PENIS

Aufbau

Der Penis gehört zu den äußeren Genitalien und besteht aus der am Becken befestigten Peniswurzel, dem beweglichen Penisschaft und der Eichel. Die Eichel an der Spitze des Penis ist mit besonders vielen Nervenenden ausgestattet und sehr sensibel. Wenn keine Beschneidung stattgefunden hat, ist sie von Schleimhaut bedeckt und von der Vorhaut umgeben. Nach einer Beschneidung bildet die Eichel eine trockene Oberhaut.¹ Im Inneren des Penisschafts befinden sich Schwellkörper, die eine Erektion ermöglichen. Durch den Penis führt außerdem die Harn-Samen-Röhre, deren Ausgang in der Eichel liegt.

Funktion und Möglichkeiten

Der Penis erfüllt vor allem drei Funktionen: Er kann **Lust** bereiten, kann **Urin** und **Sperma** leiten und ausstoßen. Eine Erektion ermöglicht penetrativen Sex, der unter Umständen auch zur Zeugung eines Kindes führen kann (zu Möglichkeiten medizinisch unterstützter Fortpflanzung siehe Abschnitt Trans* & Elternwerden auf S. 83). Darüber hinaus ist der Penis als Phallussymbol mit kulturellen Bedeutungen versehen bzw. je nach Perspektive überfrachtet.

Vorsorge zu Hause

Der Penis kann unter anderem von **sexuell übertragbaren Infektionen (STI)** betroffen sein. In seltenen Fällen bildet sich hier auch eine **Krebs-erkrankung**, wobei das Risiko im höheren Alter ansteigt.² Der Tabakkonsum ist dabei ein starker Risikofaktor, den Du selbst beeinflussen kannst.³ STI sind als ebenfalls Risikofaktor von Peniskrebs erkannt worden.⁴ Du kannst Dich durch **Safer Sex** vor ihnen schützen (siehe auch das Interview auf S. 78). Gegen das HP-Virus, das neben Peniskrebs auch zu einer Reihe weiterer Erkrankungen beiträgt, wird jungen Menschen zudem eine **Impfung** empfohlen.⁵ Bei nicht beschnittenen Penissen bildet sich durch Bakterien, Talg und abgestorbene Hautzellen unter der Vorhaut eine weißliche Ablagerung, das sogenannte Smegma.⁶ Es wird ebenfalls mit der Entstehung von Peniskrebs in Verbindung gebracht.⁷ Vermutlich kann gute **Hygiene** zum Schutz vor Krebs beitragen.⁸

Vorsorge in der Praxis

Ein starker Schutzfaktor gegen Peniskrebs ist die **Beschneidung**, insbesonde-

re im Kindesalter.⁹ Die präventive Wirkung der Beschneidung ist dabei gut belegt, wobei nicht restlos klar ist, weshalb sie funktioniert. Mögliche Faktoren sind u.a. die erleichterte Hygiene und das verringerte Risiko einer HPV-Ansteckung.¹⁰ Es gibt trotz mancher anderslautender Vermutungen keine Belege dafür, dass eine Beschneidung die sexuelle Lust einschränken würde.¹¹

Ab dem Alter von 45 Jahren wird Menschen mit Prostata empfohlen, sich einmal jährlich urologisch untersuchen zu lassen. Bei dieser **Krebsfrüherkennung** werden, sofern vorhanden, auch Hoden und Penis in Augenschein genommen. Wenn dir Veränderungen auffallen oder du Beschwerden hast, solltest du ebenfalls eine urologische Praxis aufsuchen. Auch chronische Entzündungen können z.B. zu Peniskrebs beitragen.¹²

Wie so eine Urologische Untersuchung ablaufen kann, findest du auf S. 24 näher beschreiben.

Mögliche Veränderungen durch eine Transition

Eine **Therapie mit Östrogen und Testosteron-Blockern** kann Einfluss auf den Penis haben. Einerseits nimmt meist die **Erektionshäufigkeit** ab; Erektionen können auch dauerhaft ausbleiben.¹³ Die Fähigkeit zum **Orgasmus** ist in der Regel nicht beeinträchtigt, der Weg dorthin aber kann sich wie das **sexuelle Empfinden** insgesamt verändern. Inwieweit die **Größe** des Penis abnimmt, ist unklar. Medizinische Fachgesellschaften und Verbände machen dazu keine Angaben.¹⁴ Es gibt Erfahrungsberichte, die von einer teils stark verringerten Penisgröße sprechen.¹⁵ Allerdings hat eine Studie mit 330 trans* Frauen ergeben, dass die Hormontherapie keinen Einfluss darauf hatte, wie gut die Formung einer Neovagina aus der Haut des Penis gelang (penile Inversion).¹⁶ Sollte die penile Inversion nicht klappen, ist es auch möglich, zusätzlich Haut aus anderen Körperregionen einzusetzen¹⁷ oder die Neovagina aus einem Darmabschnitt zu formen.¹⁸ Mehr dazu findest Du im Abschnitt Neovagina auf S. 64.

Beim **Tucking** (gesprochen: „tacking“, englisch für „wegstecken“, „verstauen“) wird der Penis eng am Körper zwischen den Beinen in Richtung Po angelegt, um ihn optisch nicht mehr auffallen zu lassen. Die Hoden werden in die Leistenkanäle geschoben (mehr dazu im Tucking-Abschnitt zu den Hoden auf S. 47). **Tucking kann ein sinnvoller und guter Weg sein**, mit Unwohlsein (Dys-

phorie) umzugehen. Allerdings sollte **es mit Pausen und ohne Gewalt** durchgeführt werden. Achte darauf, beim Tucking nicht durch zu viel Druck die Blutzufuhr Deines Genitals abzuschneiden.¹⁹ Es ist wichtig, **genug zu trinken** und Wasser zu lassen: Sonst steigt das Risiko von Harnwegsentzündungen, das durch die Nähe des Harn-Samen-Röhrenausgangs zum Anus beim Tucking ohnehin erhöht wird.²⁰

Möglichkeiten für Menschen, die einen Penis wollen

Der Neophallus: Viele trans* männliche und abinäre Personen entscheiden sich, ihre Vulva und Vagina zu behalten. Andere möchten eine operative Genitalangleichung. Es gibt zwei grundlegende Ansätze, einen Penis zu formen: Die **Phalloplastik (Penoidaufbau)** und die **Metoidioplastik (Klitpen)**. Welches Verfahren das richtige ist, ist eine **individuelle Entscheidung**. Wie sie ausfällt, hängt u.a. vom Körperschema und von den konkreten Wünschen des*der Behandlungssuchenden ab.²¹ Unabhängig vom OP-Verfahren ist es eine gute Idee, mehrere Monate vorher mit dem **Rauchen aufzuhören**, um die Wundheilung nicht zu beeinträchtigen.²²

Metoidioplastik: Bei dieser geschlechtsangleichenden OP wird die Klitoris verlängert und zu einem kleinen Phallus (Klitpen) geformt. Die Harnröhre kann verlängert und mit dem Klitpen verbunden werden, sodass die Patienten* danach im Stehen urinieren können.²³ Aus den Vulvalippen und Implantaten können ergänzend Hoden geformt werden. Die Metoidioplastik ist weniger aufwändig als ein großer Penoidaufbau (Phalloplastik) und kann mit anderen OPs wie der Entfernung von Gebärmutter, Vagina und/oder Eierstöcken kombiniert werden.²⁴ Sie ist weniger oft mit Komplikationen verbunden, obwohl diese je nach OP-Technik immer noch oft vorkommen.²⁵ Das Gefühl im Klitpen bleibt gut erhalten und Erektionen sind ohne Implantate möglich.²⁶ Ob penetrativer Sex mit dem Klitpen funktioniert, ist unterschiedlich.²⁷ Es ist aber auch möglich, später aus dem Klitpen einen großen Penoidaufbau zu machen.²⁸

Phalloplastik: In dieser meist mehrstufigen Operation wird ein Penis aus der Haut des Unterarms oder des Oberschenkels geformt. Optional können Hoden geformt und Implantate eingesetzt werden, die eine Erektion des Neophallus' erlauben. Dieser Penisaufbau ist größer als ein Klitpen. Der Operationsvorgang kann über ein Jahr dauern.²⁹ Dabei treten öfter Schwierigkeiten auf: Harnwegskomplikationen sind mit ca. 50% doppelt so häufig wie bei der

Metoidioplastik.³⁰ Nach dem Einsetzen einer Erektionsprothese brauchen gut 4 von 10 Personen Korrekturoperationen.³¹ Trotzdem gilt die Phalloplastik als verlässliche Operationstechnik mit guten Resultaten.³²

Nachsorge für den Neophallus (Penoidaufbau / Klitpen)

Es gibt keinen allgemeingültigen Standard dafür, wie eine gute Nachsorge nach einer solchen Genital-OP aussehen sollte. Grundsätzlich sind die allermeisten Behandlungssuchenden mit dem Ergebnis **zufrieden**;³³ fast immer bleibt die Empfindungs-³⁴ und Orgasmusfähigkeit³⁵ erhalten. Klar ist aber leider auch, dass es je nach Verfahren recht häufig **Komplikationen** gibt, die eine Behandlung oder auch weitere Operationen nötig machen.³⁶

Das Risiko ist aber bei weitem nicht überall gleich. **Es ist daher ratsam, sich eine*n Operateur*in zu suchen, bei der*dem Du Dich sicher fühlst und mit der*dem andere bereits gute Erfahrungen gemacht haben.** Ihre*seine Praxis sollte für Dich möglichst gut erreichbar sein. Alternativ kannst Du mit der*dem Operateur*in vereinbaren, dass alle wichtigen Infos für die Nachsorge an eine*n Ärzt*in in Deiner Nähe weitergeleitet werden.³⁷ **Nachuntersuchungen** werden übrigens auch dann empfohlen, wenn Du keine Probleme verspürst.³⁸ Fachleute raten zu einer Untersuchung pro Quartal im ersten Jahr nach der OP.³⁹

1 Hoffman 2014.

2 Leitlinienprogramm Onkologie 2020c:26; Douglawi & Masterson 2017.

3 Morris et al. 2011 bezeichnen das Peniskrebs-Risiko bei Raucher*innen als 4,5fach erhöht.

4 Morris et al. 2011.

5 Leitlinienprogramm Onkologie 2020c:27; AWMF 2020:18f.

6 Oelke 2011:192.

7 Vieira et al. 2020; Morris et al. 2019.

8 Vieira et al. 2020 sowie Douglawi & Masterson 2017 sprechen sich dafür aus; Morris et al. 2011 äußern sich skeptisch.

9 Leitlinienprogramm Onkologie 2020c:27; Vieira et al. 2020; Morris et al. 2019; Montes Cardona & García-Perdomo 2017; Morris et al. 2011.

10 Leitlinienprogramm Onkologie 2020c:27.

11 Friedman et al. 2016; Shabanzadeh et al. 2016; Cox et al. 2015.

12 Douglawi & Masterson 2017.

13 Hembree et al. 2017

14 AWMF 2018; Hembree 2017; Deutsch 2016; WPATH 2012b.

15 Sehr unterschiedliche Erfahrungen werden in Trans*Foren berichtet. Die 2pass Clinic (2018) schätzt eine Verringerung der Penisgröße als wahrscheinlich ein.

16 Gaither et al. 2018.

17 Meltzer 2016.

18 Von der Sluis et al. 2019a; Horbach et al. 2015.

19 Dornheim & Brito 2018.

20 Moffa 2019.

21 Chen et al. 2019.

22 Chen et al. 2019.

23 Djordjevic et al. 2019; Frey et al. 2016.

24 Djinovic 2018.

25 Kjölhede et al. 2019; Djordjevic et al. 2019; Frey et al. 2016.

26 Djordjevic et al. 2019; Frey et al. 2016.

27 Djordjevic et al. 2019; Frey et al. 2016.

28 Al-Tamimi et al. 2019

29 Morrison et al. 2017.

30 Chen et al. 2019.

31 Kang et al. 2019; van der Sluis et al. 2019b; Falcone et al. 2018.

Fast doppelt so hoch liegt die Rate der Korrektur-OPs derzeit beim neuen ZSI Malleable Penile Implant, vgl. Pigot et al. 2020.

32 Sarikaya & Ralph 2017.

33 Brazio et al. 2020; Falcone et al. 2018.

34 Morrison et al. 2019.

35 Selvaggi et al. 2007.

36 Brazio et al. 2020. Morrison et al. 2016 sprechen von ca. 54%; Remington et al. 2018 stellten Komplikationen der Harnwege in rund 40% und der Hautlappen in 10% der Fälle fest, wobei unklar ist, bei wie vielen Leute beide Formen auftraten.

37 WPATH 2012b:78.

38 WPATH 2012b:78.

39 Deutsch 2016:147.

PROSTATA

Aufbau

Es gibt zwei verschiedene Arten von Prostata: Eine, die in aller Regel in Körpern mit Hoden (1) vorkommt und eine, die in aller Regel in Körpern mit Eierstöcken (2) vorkommt. Beide werden auch **Vorsteherdrüse** genannt (eine Übersetzung des Worts Prostata). Die zweite Variante heißt auch **Skene-Drüse** (gesprochen: „skien“, nach dem schottischen Gynäkologen Alexander Skene) oder **Paraurethraldrüse** (nach ihrer Lage an der Urethra, der Harnröhre). Der folgende Text ist in Abschnitte unterteilt, die sich um die erste (1) oder zweite (2) Variante der Prostata drehen.

(1) Die Prostata / Vorsteherdrüse liegt direkt unterhalb der Blase, ist meist so groß wie eine Kastanie und wiegt bei jungen Erwachsenen ca. 20g, wobei das Gewicht lebenslang zunehmen kann. Rückseitig grenzt sie an den Enddarm (Rektum). Sie umschließt den Beginn der Harnröhre, mit der sie durch Ausführungsgänge verbunden ist. Außen an der Prostata liegen die Samenbläschen auf. Im Bereich der Prostata verbinden sich Samenleiter und Harnröhre zur Harn-Samen-Röhre, die in den Penis führt.¹

(2) Die auch als Paraurethral- oder Skene-Drüse bezeichnete Prostata ist in die Wand Harnröhre eingebettet und von Schwellkörpergewebe umgeben. Sie hat zahlreiche Gänge, deren Öffnungen in die Harnröhre führen. Verortet ist sie häufig hinter der Harnröhrenöffnung, sie kommt aber auch in anderen Abschnitten oder über die gesamte Länge der Urethra gestreckt vor. Meist misst sie ca. 2 x 1 Zentimeter auf einer Länge von ca. 1,5 bis 3 Zentimetern und kommt auf ein Gewicht von ca. 2,5 bis 5g. Ihre Form und Ausprägung ist aber sehr unterschiedlich, manchmal deutlich und manchmal kaum zu erkennen.²

Funktion und Möglichkeiten

(1) Beim Samenerguss werden neben den Spermien aus den Nebenhoden auch Sekrete der Samenbläschen und der Prostata in die Harn-Samen-Röhre geleitet. Das Sekret der Vorsteherdrüse trägt entscheidend dazu bei, dass die Spermien sich weiterbewegen und potenziell eine Eizelle befruchten können.³ Viele Menschen erleben die Stimulation der Prostata als lustvoll. Erreichbar ist sie für Massagen über den Damm (zwischen Anus und Hoden) oder über das Rektum, z.B. beim Analsex: Zwischen Rektum und Prostata liegt nur dünnes Bindegewebe.⁴

(2) Auch diese Prostata produziert ein milchig-durchsichtiges **Ejakulat**, das bei sexueller Erregung, oft beim Orgasmus, durch die Harnröhre hervortreten kann. Es ähnelt in Teilen seiner Zusammensetzung der Samenflüssigkeit, nur dass keine Spermien darin transportiert werden.⁵ Eventuell hat es auch eine antibakterielle Wirkung und schützt beim Sex vor Infektionen.⁶ Manche Menschen empfinden es als sehr **lustvoll**, im Bereich der vorderen/oberen Vaginalwand einige Zentimeter innerhalb des Körpers stimuliert zu werden,⁷ was auch mit einer Ejakulation einhergehen kann.⁸ Es gibt verschiedene Sichtweisen darauf, wo genau diese Erregung entsteht – ob durch die hier gelegene Prostata, eine „G-Punkt“ genannte erogene Zone⁹ oder die innere Klitoris¹⁰ – oder ob Lustgefühl und Orgasmus dem Zusammenwirken¹¹ von Klitoris, Urethra und Vagina entspringen.

Prostata-Krebsvorsorge

Oft wird nur die erste Variante gemeint, wenn von „der“ Prostata die Rede ist. Beide Organformen haben zwar so viele Ähnlichkeiten, dass manche Wissenschaftler*innen dafür plädieren, den Begriff Prostata auch für beide zu verwenden.¹² Dafür haben auch wir uns hier entschieden. Mit Blick auf die Krebsvorsorge und Früherkennung gibt es aber tatsächlich einen großen Unterschied: **Prostatakrebs ist in Körpern mit Hoden die häufigste Krebserkrankung.**¹³ Das Risiko ist vor allem ab dem 50. Lebensjahr gegeben und steigt mit dem Alter an.¹⁴ **In Körpern mit Eierstöcken kommt Prostatakrebs hingegen äußerst selten vor.**¹⁵

Was zur **Vorbeugung** von Prostatakrebs hilft, ist derzeit noch unklar. Gegen den **Haupttrisikofaktor, das Altern**, können wir uns nicht schützen. Fachgesellschaften empfehlen eine **Lebensweise** mit wenig Alkohol- und Tabakkonsum, viel Bewegung und einer großteils pflanzlichen Ernährung, weil dies das Krebsrisiko insgesamt verringert.¹⁶ Es ist aber nicht restlos geklärt, wie gut diese Maßnahmen konkret vor Prostatatumoren schützen. Über das Thema in der **Familie** zu sprechen, hilft, das persönliche Risiko einzuschätzen:¹⁷ Wer weiß, dass ein*e enge*r Verwandte*r erkrankt war, sollte die Früherkennung umso stärker in Betracht ziehen.

Krebsfrüherkennung

(1) Menschen, die mit Hoden geboren wurden, können ab **45 Jahren** eine **jährliche Früherkennungsuntersuchung** in Anspruch nehmen. Die Kosten werden von den

gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Das gilt auch für abinäre Personen und trans* Frauen, unabhängig vom Personenstand. Bei der Untersuchung tastet ein*e Ärzt*in die Prostata durch den Enddarm ab. Mehr zum Ablauf findest Du auf S. 24. **Früh erkannte Tumore lassen sich leichter behandeln und heilen.**

Generell sind die Überlebenschancen bei Prostatakrebs sehr gut.¹⁸ Wenn Du **Symptome** wie Schwierigkeiten beim Wasserlassen bemerkst, lasse sie urologisch abklären. Ein Tumor, der sich durch Beschwerden bemerkbar macht, ist oft bereits weit fortgeschritten.¹⁹ Meist sind die Symptome aber auf eine ungefährliche Vergrößerung der Prostata zurückzuführen.²⁰ Je nach Größe und Lage des Tumors kann eine Tastuntersuchung als Methode ungenau sein. Wenn Du eine Früherkennung möchtest, wird deshalb ergänzend ein **Bluttest** empfohlen.²¹

Dieser misst die Konzentration von **PSA** (Prostata-spezifischem Antigen). Ist sie erhöht, kann das auf Krebs hindeuten. Allerdings stellen sich drei Viertel der auffälligen Befunde später als harmlos heraus.²² Der Test kostet ca. 45€ und wird nicht von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Er sollte je nach Alter und Messwert alle ein bis vier Jahre wiederholt werden.²³ Wenn die Tastuntersuchung oder der PSA-Test den Verdacht auf Prostatakrebs ergeben, bringt eine **Gewebeprobe** Gewissheit. Bedenke bei der Entscheidung für oder gegen die Früherkennung, dass jede solche Untersuchung zu **Überdiagnosen und Überbehandlungen** führen kann. Manche Befunde ziehen also eine Therapie nach sich, die gar nicht nötig gewesen wäre. Weil Prostatakrebs meist sehr langsam wächst, sterben viele Menschen an einer anderen Ursache, ehe der Krebs überhaupt tödlich würde. Eine Diagnose kann dann unnötige Sorgen auslösen. In einer großen Studie wurde nachgewiesen, dass die Früherkennung zwar **Todesfälle durch Prostatakrebs verhindert**, aber auch zu vielen unnötigen Behandlungen führt.²⁴ **Fachgesellschaften geben daher keine eindeutige Empfehlung für oder gegen die Prostatakrebs-Früherkennung.**²⁵ Hier gilt also nochmal mehr als sowieso: Informiere Dich und triff Deine eigene Entscheidung.

Zum Weiterlesen:

Zahlen und Grafiken mit verständlichen Infotexten findest Du in der Gesundheitsleitlinie des Leitlinienprogramms Onkologie, zum Download auf der Seite leitlinienprogramm-onkologie.de => Patientenleitlinien => Prostatakrebs. Leider richtet sich der Text nur an cis Männer.

(2) Für diese Prostata (Skene- / Paraurethraldrüse) gibt es keine eigene Früher-

kennungsuntersuchung und auch keine klaren diagnostischen Kriterien.²⁶ Sie kann z.B. im Rahmen der jährlichen gynäkologischen Untersuchung abgetastet werden. Das kann neben den sehr seltenen Tumorbildung auch über eine etwas häufigere Entzündung (Prostatitis) Aufschluss geben.²⁷

Veränderung durch eine mögliche Transition

(1) Die Prostata bleibt in aller Regel im Körper, auch wenn Du Dich für eine medizinische Transition entscheidest. Allerdings kann sie sich unter Einfluss von Hormonen zurückbilden.²⁸

Mit Blick auf **Prostatakrebs** machen **Testosteronblocker** eine Erkrankung deutlich **unwahrscheinlicher**.²⁹ Auch **Finasterid**, ein Mittel, das u.a. trans* feminine Personen zur Vermeidung von Haarausfall einsetzen, wirkt in der Dosis von 5mg **präventiv** gegen Prostatakrebs.³⁰ **Trotzdem bleibt ein Risiko bestehen**. Es sind Fälle von Prostatakrebs auch unter trans* Frauen mit Testo-Blockern oder Orchiektomie (Entnahme der Hoden) bekannt und wir dürfen nicht davon ausgehen, dass die komplexen Wirkungsweisen der Hormontherapie in jedem Fall schützen.³¹ Deshalb empfehlen Forscher*innen, nicht wegen einer Transition auf **Früherkennungsuntersuchungen** zu verzichten.³² Zugleich ist klar, dass die Form der Prostata ebenso wie die PSA-Blutwerte sich im Rahmen einer hormonellen Transition verändern können.³³ Somit können Standardwerte von cis Männern nicht auf alle trans* Frauen und abinären Personen übertragen werden. Idealerweise nimmst Du und Dein*e Ärzt*in Euch Zeit, um die Früherkennung **individuell auf Dich abzustimmen**.³⁴

(2) Die Auswirkungen einer möglichen hormonellen Transition auf die Skene- / Paraurethraldrüse sind unklar. In Trans*Foren gibt es Diskussionen dazu, dass Testo möglicherweise diese Form der Prostata **wachsen** lässt. Theoretisch ist das plausibel. Eindeutige Erfahrungsberichte oder Studien sind uns aber nicht bekannt. Bei cis Männern ist belegt, dass **Testosteronersatztherapie** das **Prostatakrebsrisiko nicht erhöht**.³⁵ Es ist allerdings **nicht sicher**, ob sich der Befund auf die Skene- / Paraurethraldrüse 1:1 übertragen lässt. Jedenfalls deutet nichts auf ein hohes Risiko einer trans* Testotherapie hin. Bei einer genitalangleichenden OP kann auch diese Prostata erhalten bleiben. Menschen, die vor der OP ejakuliert haben, können das dann unter Umständen auch durch den Klitpen / Penisaufbau.³⁶

-
- 1 Gumpert 2020b; Prien 2018a.
 - 2 Zaviacič 1999:23ff.; 28ff.
 - 3 Deutsches Krebsforschungszentrum 2017.
 - 4 Gumpert 2020b.
 - 5 Pastor & Chmel 2018.
 - 6 Rodriguez et al. 2020.
 - 7 Pan et al. 2015.
 - 8 Zaviacič 1999:78f.
 - 9 Ostrzenski 2019.
 - 10 Gross et al. 2020, Pauls 2015.
 - 11 Jannini et al. 2014.
 - 12 Biancardi et al. 2017; Dietrich et al. 2011; Zaviacič & Ablin 2000. Allerdings gibt es in der Frage keinen wissenschaftlichen Konsens, vgl. Toivanen & Shen 2017.
 - 13 Deutsches Krebsforschungszentrum 2017.
 - 14 Prien 2018b.
 - 15 Kyriazis et al. 2020, Muto et al. 2017.
 - 16 Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) 2019:28ff.; Leitlinienprogramm Onkologie 2015:20f.
 - 17 Leitlinienprogramm Onkologie 2019:25f.
 - 18 Prien 2018b.
 - 19 Leitlinienprogramm Onkologie 2015:32.
 - 20 Prien 2018b.
 - 21 Leitlinienprogramm Onkologie 2019:33.
 - 22 Leitlinienprogramm Onkologie 2015:35.
 - 23 Leitlinienprogramm Onkologie 2019:34.
 - 24 Leitlinienprogramm Onkologie 2015:37ff.
 - 25 Leitlinienprogramm Onkologie 2015:43.
 - 26 Lenz et al. 2020.
 - 27 Gittes 2002.
 - 28 Iwamoto et al. 2019.
 - 29 De Nie et al. 2020.
 - 30 Leitlinienprogramm Onkologie 2019:30f.
 - 31 Majumder et al. 2020; Braun et al. 2017. Die Befunde müssten auf abinäre Personen, die mit Hoden und Prostata geboren wurden, übertragbar sein.
 - 32 Majumder et al. 2020.
 - 33 Iwamoto et al. 2019.
 - 34 Iwamoto et al. 2019; Hembree et al. 2017.
 - 35 Boyle et al. 2016; Kang et al. 2015.
 - 36 GRS Montreal o.D.a, o.D.b

VULVA UND VAGINA

Aufbau

Als **Vulva** werden die äußeren Teile des Genitals bezeichnet. Dazu gehören der Vulvahügel, die kleinen und großen Vulvalippen,¹ die Klitoris (mehr auf S. 50) sowie Vaginvorhof und -eingang. Gleich hinter der Klitoris befindet sich der Harnröhrenausgang.

Die **Vagina** liegt im Inneren des Körpers. Sie besteht aus einem dehnbaren, muskulären Schlauch, der mit einer dicken Haut ausgekleidet ist. Die Anzahl der Zellschichten, die die Stärke der Vaginalhaut bestimmt, ist hormonell bedingt und verändert sich im Laufe des Lebens.

Die eine, „richtige“ Vulva gibt es nicht: Vulven kommen in vielen verschiedenen Formen und Farben! Genau wie in vielen anderen Bereichen des Körpers gibt es auch hier eine **große Vielfalt**. Auch die Länge der Vagina ist von Mensch zu Mensch ganz unterschiedlich.²

Funktion und Möglichkeiten

Vulva (insbesondere die Klitoris) und Vagina sind erogene Zonen und können zur **Lustgewinnung** dienen. Wenn durch die Erregung der Blutdruck steigt, steigert sich dadurch auch die Durchblutung der Beckenorgane und des Intimbereichs. Dadurch können die Vulvalippen anschwellen. Drüsen in der Vagina können ein Sekret produzieren, das wie ein Gleitmittel funktioniert. Besonders die außenliegenden Teile der Vulva sind in ihrer Sensibilität nicht zu unterschätzen. Auch innerhalb der Vagina können Berührungen als sehr lustvoll erlebt werden. Was angenehm ist und was zu einem Orgasmus führen kann, ist letztlich subjektiv, auch wenn in zahllosen Studien versucht wurde, diesen Vorgang objektiv zu bestimmen.³

Das erwähnte Sekret der Vagina hilft auch Spermien, sich in Richtung des Cervix (Gebärmutterhals) fortzubewegen. Bei einer Geburt kann die Vagina als **Geburtskanal** für das Kind dienen, da sie sehr dehnbar ist.

Vorsorge zu Hause

Vulvakrebs und Vaginalkrebs sind seltene, aber ernste Erkrankungen. Bestimmte Risikofaktoren kannst Du verringern oder vermeiden.

Dazu gehören vor allem das Rauchen und die Ansteckung mit sexuell übertragbaren Krankheiten wie Herpes, Chlamydien und Syphilis, HI- und HP-Viren (siehe dazu auch das Interview zu Safer Sex auf S. 76).⁴ Es gibt keine eindeutigen Symptome, die auf Vulva- oder Vaginalkrebs hindeuten.⁵ Wenn Du einen anhaltenden Juckreiz, Schmerzen oder ertastbare Veränderungen im Vulva- oder vaginalbereich bemerkst, solltest Du das zur Sicherheit gynäkologisch abklären lassen.⁶

Früherkennung in der gynäkologischen Praxis

Es wird aus einer Reihe von Gründen empfohlen, sich einmal im Jahr gynäkologisch untersuchen zu lassen. Dabei können auch die Anzeichen für Vulva- oder Vaginalkrebs erkannt werden. Je früher diese Erkrankungen bemerkt und behandelt werden, desto besser sind die Heilungschancen.⁷ Wie so eine gynäkologische Untersuchung abläuft, findest du auf S. 22 näher beschreiben. Wenn Du in der Sexarbeit tätig bist, wird eine umfassendere Untersuchung alle 3-6 Monate empfohlen.⁸

HPV (das Humane Papillomavirus) spielt eine wesentliche Rolle bei Vulva- und vaginal- wie auch bei Gebärmutterhalskrebs. Es gibt eine Impfung dagegen, die vor allem für Menschen unter 27 empfohlen wird.⁹

Veränderung durch eine mögliche Transition

Eine Testosterontherapie kann den Säurehaushalt und das Gewebe der Vagina verändern und Entzündungen begünstigen.¹⁰ Wenn Du einen Juckreiz, Schmerzen oder ungewöhnlichen Ausfluss bemerkst, wende Dich damit an eine*n Gynäkolog*in. Die Behandlung aufzuschieben, kann die Beschwerden schlimmer machen.¹¹ Du hast aber ein Recht darauf, festzulegen, welche Form der Untersuchung für Dich geht und wo Deine Grenzen sind.¹² Kommuniziere das, so klar Du kannst.

Die Einnahme von Testosteron kann auch dazu führen, dass Bereiche der Vulva, insbesondere die Klitoris, in ihre Größe und Sensibilität zunehmen – umso stärker, wenn Du erregt bist.¹³ Dies ist aber, wie vieles während einer Transition, individuell sehr unterschiedlich.

Es ist möglich, die Vagina operativ entfernen und verschließen zu lassen (Vaginektomie). Diese Operation kann mit anderen operativen Schritten kombi-

nirt werden. Sie wird auch üblicherweise vor einer Phalloplastik (Penoidaufbau) durchgeführt.¹⁴

Die Neovagina

Auch bei einer Neovagina wird empfohlen, sich jährlich bei einer gynäkologischen Praxis untersuchen zu lassen. Dies dient dazu sowohl Infektionen, innere Hautverletzungen als auch (seltene) Krebserkrankungen frühzeitig erkennen zu können.¹⁵

Die Neovagina kann aus der Haut des Penischafts oder eines Teils der Darmschleimhaut geformt werden.¹⁶ Das erstere Verfahren gilt als die einfachere Operation und ist derzeit üblicher.¹⁷ Die dabei entstandene Vagina besteht allerdings nicht aus selbstreinigender Schleimhaut und sollte daher ein Leben lang mehrmals pro Woche mit Wasser und milden Waschsubstanzen gespült werden, um Infektionen zu vermeiden.¹⁸ Wenn Du verhindern möchtest, dass die Vagina sich teilweise wieder verschließt, solltest Du sie außerdem regelmäßig bougieren (dehnen). Viele Menschen empfinden dabei Bougierstäbe, Vibratoren oder Dildos aus weicherem Silikonmaterial im Vergleich zu hartem Kunststoff als angenehmer. Verwende in jedem Fall ein Gleitgel, das Du gut verträgst. Um die Haut weich und geschmeidig zu halten, kannst Du Dir zusätzlich eine dafür geeignete Östrogensalbe verschreiben lassen.¹⁹

Die genaue Pflege hängt von Operationsverfahren und individuellem Körper ab. Frage Deine*n Chirurg*in oder Deine*n Gynäkolog*in, was genau für Dich dazugehört!

Die Neovulva

Wer aus medizinischen Gründen keine Vagina formen lassen kann oder sie nicht möchte, kann sich stattdessen für eine Neovulva entscheiden. Hierbei werden Hoden und Penis entfernt bzw. in eine Vulva umgeformt, ohne aber eine vaginale Öffnung zu schaffen. Es gibt bislang wenige Studien zu diesem Verfahren. Soweit bekannt, zeigen sich die Behandlungssuchenden im Nachhinein in aller Regel zufrieden mit dem Ergebnis; Komplikationen sind selten und meist leicht zu behandeln.²⁰

1 Oft werden diese Körperteile als „Schamhügel“ und „Schamlippen“ bezeichnet. Das vermeiden wir hier, weil wir ohne Scham über Organe sprechen wollen.

2 Studien berichten von 4 cm bis 14 cm; Durchschnittswerte liegen demnach zwischen 6 cm und 11 cm. Vgl. Gumpert 2020, Ärzte-im-Netz Redaktion 2018, Barnhart et al. 2006, Lawrence 2003.

3 Pfau et al. 2016.

- 4 Von Kieseritzky 2018a; Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) et al. 2018:55, DGGG 2015:17.
- 5 DGGG et al. 2018:77, DGGG 2015:29.
- 6 Von Kieseritzky 2018b.
- 7 DGGG et al. 2018:124; von Kieseritzky 2018b.
- 8 Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) 2018:44f.
- 9 AWMF 2020:33f.
- 10 Deutsch 2016:60.
- 11 World Professional Association for Transgender Health (WPATH) 2012b:81.
- 12 Bundesärztekammer 2018: §7f.; Deutsch 2016:61.
- 13 Deutsch 2020.
- 14 Deutsch 2016:147ff.
- 15 Deutsch 2016:145.
- 16 Bizic et al. 2014.
- 17 Cornelisse et al. 2017; Meltzer 2016.
- 18 Wright o.D.
- 19 Löhner 2020; Carlina 2013.
- 20 Van der Sluis et al. 2020; Jiang et al. 2018.

NACH DER UNTERSUCHUNG

NACH DER UNTERSUCHUNG

Im Vorfeld der Vorsorgeuntersuchung stellt mensch sie sich oft schlimmer vor, als sie dann ist. Aber egal, ob sich Deine Befürchtungen bestätigt haben oder nicht: **Tu danach etwas, das Dir guttut.** Das kann ganz Verschiedenes sein: Vielleicht baust Du Deine Anspannung beim Sport ab oder tauschst Du Dich mit Freund*innen darüber aus, wie froh Du bist, den Termin hinter Dich gebracht zu haben; vielleicht probierst Du einen neuen Badezusatz aus oder kommst bei einem Waldspaziergang zur Ruhe. Jedenfalls kannst Du Dich während der Untersuchung darauf freuen, was Du danach vorhast. Und Du kannst Dich dafür entschädigen, dass Du durch eine nicht besonders angenehme Situation gegangen bist, um für Deine Gesundheit zu sorgen.

Umgang mit Nebenwirkungen

Untersuchungen im Intimbereich können Unterschiedliches in uns auslösen. Das müssen sie nicht – manche trans* Personen fühlen sich mit ihrem Körper wohl oder zumindest OK, dann ist oft auch die Untersuchung kein Problem. Für andere ist das aber nicht der Fall. Vielleicht kannst Du schon im Vorfeld erahnen, ob Du mit Nebenwirkungen der Vorsorge zu rechnen hast. Manche von uns fühlen sich danach entfremdet von ihrem Körper und brauchen ein **wohliges Gefühl oder eine intensive Aktivität**, um wieder zu sich zu kommen. Manche von uns fühlen sich sehr auf ihren Körper zurückgeworfen und stürzen sich lieber schnell in den **Alltag**, um auf ganz andere Gedanken zu kommen. Manche von uns haben damit zu kämpfen, dass ihre Organe oder das, wofür sie kulturell stehen, nicht zu ihrer Identität passt. Da kann es helfen, sich mit lieben Menschen zu treffen, die Dich so sehen und anerkennen, wie Du bist. Queere Zentren oder Gruppen können **heilsame Orte** sein, wo trans* zu sein nichts Ungewöhnliches ist und die Leute selbstverständlich davon ausgehen, dass Geschlecht zwischen den Ohren und nicht zwischen den Beinen bestimmt wird.

Vorsorge nach traumatischen Erfahrungen

Für manche von uns besteht die Möglichkeit, dass eine Untersuchung traumatische Erinnerungen hochkommen lässt. Wenn Du ein*e Überlebende*r von traumatisierender Gewalt bist, hast Du mit der Zeit – ob bewusst oder unbewusst – wertvolle Ressourcen entwickelt, die Dir helfen, das Erlebte zu verwinden. **Mache Dir bewusst, was Dir erfahrungs-**

gemäß gut tut und hilft, mit schmerzhaften Erinnerungen umzugehen. Nimm Dir Zeit, um nach der Untersuchung zu tun, was Du jetzt brauchst. Wenn eine traumatische Erfahrung sich nicht ausreichend verarbeitet anfühlt, solltest Du Dich **nicht unter Druck setzen**, Vorsorgeuntersuchungen machen zu lassen. Dann kann die Aufarbeitung, unter Umständen mit therapeutischer Hilfe, an erster Stelle stehen. Wenn eine Untersuchung akut notwendig erscheint und Du Sorge vor dem Termin hast, kannst Du Dir eine*n Ärzt*in suchen, die*der Erfahrung mit Traumafolgen hat. In manchen Fällen kann die Untersuchung auch mit Beruhigungsmitteln oder sogar unter Narkose erfolgen, wenn es nur so für Dich geht. Leider gibt es keine zentrale, umfassende Adresssammlung, die Dir die Suche in diesem konkreten Fall abnehmen würde. **Mögliche Anlaufstellen** findest Du auf gynformation.de (noch im Aufbau), arzt-auskunft.de oder auch durch den direkten Anruf bei einer Praxis in Deiner Nähe. Erfahrungsberichte auf Plattformen wie Jameda können ebenfalls helfen, wobei umstritten ist, wie vertrauenswürdig die Bewertungen dort sind.¹

Umgang mit Diskriminierung

In einer perfekten Welt wäre dieser Abschnitt unnötig. Leider ist aber nicht auszuschließen, dass wir in Ärzt*innenpraxen auf Vorurteile, Stereotypen oder sogar übergriffiges Verhalten stoßen. Das kann von falschen Anreden über unpassende Kommentare oder unnötige Fragen bis dahin gehen, dass eine Untersuchung nach einem Standardschema durchgeführt wird, obwohl wir es anders gewünscht hatten.

Mit Geistesgegenwart und Übung kann es uns gelingen, schon in der Situation zu erkennen, dass etwas schief läuft und direkt für uns einzustehen. Oft fällt uns aber erst **im Nachhinein** ein, was wir hätten sagen können – oder wir stellen sogar erst später fest, dass wir uns mit etwas unwohl gefühlt haben. Wenn es Dir so ergeht, dann überlege zunächst, was genau passiert ist. Erkenne die Gefühle an, die das in Dir ausgelöst hat. Wenn Du zu dem weit verbreiteten Muster neigst, Dich nach Diskriminierungserfahrungen selbst zu hinterfragen oder Dir selbst die Schuld zu geben, steuere bewusst dagegen. Du verdienst eine hochwertige Gesundheitsversorgung, und **niemand – auch niemand mit weißem Kittel und Dokortitel – hat das Recht, Dich respektlos zu behandeln.** Manchmal geschieht Diskriminierung einfach aus Überlastung, Gedankenlosigkeit oder Unwissenheit. Wenn Du Dich ansonsten wohl in der Praxis gefühlt hast und wieder dorthin gehen willst, kann es sich lohnen, das Praxis-

team oder die*den Ärzt*in **freundlich darauf aufmerksam zu machen**, was sie ändern könnten. Erfahrungsgemäß sind Menschen offener, wenn wir ihnen zu verstehen geben, dass wir ihnen keinen bösen Willen unterstellen, dass Fehler passieren können und wir lediglich einen Wunsch an sie richten oder ein Bedürfnis kommunizieren. Es kann Dein Anliegen aber auch unterstützen, auf die **AWMF-Leitlinie zu Trans*Gesundheit hinzuweisen**: Darin ist festgehalten, dass Ärzt*innen die geschlechtliche Selbstbestimmung und Selbstbezeichnung von Behandlungssuchenden respektieren sollten. Außerdem sollten Behandelnde ihre eigenen Vorstellung von Geschlecht reflektieren und anerkennen, dass es nicht das Problem ihrer Patient*innen ist, wenn sie von Trans*Geschlechtlichkeit verunsichert oder verwirrt sind.² Wenn Du nicht sicher bist, ob all das etwas nützt, fertige zunächst ein **Gedächtnisprotokoll** an. Darin sollte stehen, wer wann was genau gesagt oder getan hat – was im ersten Moment glasklar präsent ist, kann später in der Erinnerung verschwimmen. Auf dieser Basis kannst Du Dich bei zwei Stellen beschweren: Der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung. Das machst Du brieflich, indem Du mitteilst, wer Du bist, bei wem Du Behandlung gesucht hast und was genau geschehen ist. Außerdem solltest Du die*den Ärzt*in von der Schweigepflicht entbinden, sodass sie*er selbst zur Beschwerde Stellung nehmen kann. Vergiss nicht, das Schreiben am Ende zu unterzeichnen. Zusätzlich kannst Du Belege beifügen, z.B. Emails, Briefe oder Rechnungen.

An wen richte ich meine Beschwerde?

In Nordrhein-Westfalen sind diese Organisationen aufgeteilt in den Bereich Nordrhein und des Bereich Westfalen-Lippe. Die **Ärztekammer Nordrhein (AekNo)** wie auch die **Ärztekammer Westfalen-Lippe (AekWL)** bieten auf ihren Webseiten Formulare und Informationen dazu, was Du wie einreichen solltest. Dorthin bringt Dich eine Suchmaschine mit den Stichworten „Beschwerde einlegen“ und dem Namen der jeweiligen Ärztekammer oder direkt dieser Link: <https://www.aekno.de/patienten/beschwerde-einlegen>
beziehungsweise:
<https://www.aekwl.de/fuer-patienten/konflikte/wo-und-wie-beschweren/>

Für Beschwerden bei der **Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNo)** ist die jeweilige Kreisstelle zuständig, in deren Bereich die Diskriminie-

rung stattgefunden hat. Du findest die Kreisstellen auf der Website der KVNo (kvno.de => Über uns => Bezirksstellen), kannst aber auch telefonisch nachfragen, wohin Deine Beschwerde gehen sollte (0211 59 70-0). Für die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe gibt es ein zentrales Beschwerdemanagement: Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Beschwerdemanagement, Robert-Schimrigk-Str. 4/6, 44141 Dortmund.

Was geschieht nach meiner Beschwerde?

Bei der **Ärztammer**:

Hier prüft die Rechtsabteilung, ob ein Mitglied der Ärztekammer Deine Patient*innenrechte missachtet oder anderweitig gegen die Berufsordnung verstoßen hat. Die*der Ärzt*in wird um Stellungnahme dazu gebeten. Daraufhin entscheidet die Kammer und informiert Dich in der Regel über das Ergebnis.

Bei der **Kassenärztlichen Vereinigung**: Hier wird geprüft, ob niedergelassene Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen ihren Vertrag mit den Krankenkassen verletzt haben, z.B. indem sie Dir eine Behandlung verweigert haben. Deine Beschwerde wird an die*den Ärzt*in weitergeleitet, die*der dann dazu Stellung beziehen muss. Daraufhin fällt die Kassenärztliche Vereinigung ihre Entscheidung und teilt diese mit.

Weitere Beratung bekommst Du z.B. bei der Patientenbeauftragten des Landes NRW oder den Gesundheitsläden in Bielefeld und Köln. Eine Liste von Patient*innenberatungen findest Du auf der Website des PatientInnen-Netzwerkes NRW; eine Liste von Trans*Beratungen und Selbsthilfegruppen findest Du auf der Website des Netzwerks Geschlechtliche Vielfalt Trans* NRW.

Wenn Du Diskriminierung erfahren hast, ist Dir ein Unrecht widerfahren. Es ist dann erst einmal alles richtig, was Dir gut tut. Das kann darin bestehen, dieser Ungerechtigkeit etwas entgegenzusetzen – wobei nie sicher ist, ob Deine Beschwerden zum gewünschten Ergebnis führen. Es ist genauso in Ordnung, sich dieser Auseinandersetzung nicht zu stellen und sich stattdessen um sich selbst zu kümmern.

1 Fischer 2018.

2 Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung et al. 2018:15f.

Zum Weiterlesen:

Deutsche Gesellschaft für Sexuallforschung et al. (2018): „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung.“ Veröffentlicht bei der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften (AWMF.org).

Der Bundesverband Trans* hat die Leitlinie 2019 als „Leitfaden Trans*Gesundheit“ zusammengefasst. Der ist inhaltlich ebenso akkurat, hat weniger Fachjargon, mehr praktische Tipps und ein hübscheres Layout.

bv-trans.de => Publikationen => Leitfaden Trans*Gesundheit

Die Patientenbeauftragte des Landes NRW:

patientenbeauftragte.nrw.de/

Tel.: 0211 855 3008

Email: kontakt@lbbp.nrw.de

Gesundheitsläden:

gesundheitsladen-bielefeld.de/patientenberatung

Tel.: 0521 133561

Email: gl-bielefeld@t-online.de

gesundheitsladen-koeln.de/patientenberatung

0221 32 87 24

PatientInnennetzwerk NRW:

patientennetz.net/

Trans*Beratungen und Gruppen in NRW:

ngvt.nrw/category/gruppen-beratung/

DIE SICHERE HORMONTHERAPIE

DIE SICHERE HORMONTHERAPIE

Für viele von uns ist die Hormontherapie ein wichtiger Teil unserer Transition. In der Regel dauert sie, wenn wir sie einmal angefangen und für gut befunden haben, das ganze Leben an. Letztlich kannst nur Du selbst sagen, ob eine Hormonbehandlung für Dich das Richtige ist. **Wenn Du zu dem Entschluss kommst, sie zu wollen, solltest Du Dir die Begleitung durch Ärzt*innen sichern, die darauf spezialisiert sind**¹ – das sind vor allem Endokrinolog*innen (Hormon-Fachärzt*innen), manchmal auch Urolog*innen, Gynäkolog*innen oder Hausärzt*innen.

Du kannst bei Selbsthilfegruppen und Trans*Beratungsstellen nachfragen, an wen Du Dich in Deiner Gegend wenden kannst. Dort oder direkt in der Praxis erfährst Du auch, was genau Du zum Start der Therapie noch brauchst – in der Regel eine Diagnose und Indikation aus der Psychotherapie.² Die ärztliche Begleitung hat zwei Vorteile: Erstens kommen wir so näher an unsere **Wunschergebnisse**, als wenn wir mangels Fachwissen falsche Mittel in falschen Dosierungen zu uns nehmen.³ Zweitens gibt es mögliche **Nebenwirkungen**, die schnell erkannt und behandelt werden sollten, wenn sie auftreten. So haben trans* Personen mit Hormonbehandlung unter Umständen ein erhöhtes Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen⁴ und scheinen etwas häufiger an Diabetes zu erkranken.⁵ Im Zusammenhang mit dem Level der Sexualhormone (Östrogene, Gestagene, Androgene) sollten deshalb regelmäßig Blutzucker- und Fettwerte untersucht werden.⁶ Es ist noch nicht ganz klar, wie sich die Hormontherapie auf Knochendichte und Osteoporose-Risiko auswirkt – es könnte sein, dass hier sogar positive Gesundheitseffekte auftreten.⁷

Letztlich ist es immer individuell, welche Risiken bei Dir erhöht sind. Deshalb ist es so wichtig, dass Du eine*n Ärzt*in hast, der*dem Du vertraust. Besprich mit ihr*ihm, worauf Du besonders achten solltest. In guter Abstimmung mit Dir findet sie*er die richtigen Präparate in der richtigen Dosis für Dich. Das gilt auch für abinäre Personen,⁸ wobei nicht überall eine individuelle nicht-binäre Hormonbehandlung angeboten wird. Möglichst vermeiden solltest Ihr Ethinyl-Estradiol (in Anti-Baby-Pillen enthalten), weil es das Thromboserisiko erhöhen kann.⁹ So niedrig wie möglich solltest Ihr Cyproteronacetat (Androcur®) dosieren, weil mit höheren Dosen, vor allem über 25mg/Tag, das Risiko für Gehirntumore steigt.¹⁰ Wenn Du höhere Dosen benötigst, solltest Ihr diese mög-

liche Nebenwirkung im Blick behalten.

Die gute Nachricht: **Die Hormonbehandlung ist für alle, die sie wollen und brauchen, eine angemessene und sichere Therapieform.**¹¹ Die verbleibenden Risiken können wir durch eine ärztliche Begleitung entscheidend senken.¹² Mit Blick auf das Herz-Kreislauf-System kann eine Lebensweise mit ausgewogener Ernährung, viel Bewegung und weniger Tabak und Alkohol uns dabei noch weiter unterstützen.¹³ Die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken, wird durch die Hormontherapie nach unserem Wissensstand insgesamt nicht erhöht.¹⁴

Und übrigens: **Die ärztliche Betreuung der Hormontherapie zahlt die Krankenkasse.** Das musst Du nicht extra beantragen.

1 Empfehlung der Deutsche Gesellschaft für Sexualeforschung et al. – S3-Leitlinie, S. 56.

2 Mit der Diagnose bestätigt ein*e psychologische*r Psychotherapeut*in oder ein*e Psychiater*in, dass Du trans* bist. Diagnosen sind codiert; der Code für trans* lautet F64.0. Indikation heißt ein Schreiben, in dem steht, dass aus psychotherapeutischer Sicht eine Hormonbehandlung angezeigt ist.

3 Deutsche Gesellschaft für Sexualeforschung et al. 2018:53ff.

4 Nota et al. 2019; Hembree et al. 2017. Das Risiko erscheint demnach für Personen, die Testo-Blocker und Östrogene nehmen, deutlich stärker erhöht als für Menschen, die Testosteron einnehmen.

T'Sjoen et al. 2019 vertreten allerdings die Auffassung, dass die Risikolage bei trans* Männern nicht erhöht und bei trans* Frauen noch ungeklärt ist.

Laut dem Deutschen Krebsforschungszentrum (2020) bringt die Aufnahme von Östrogenen durch Pflaster ein geringeres Risiko fürs Herz-Kreislauf-System mit sich als die Einnahme in Tablettenform.

5 Wierckx et al. 2013. Die Meta-Analyse von Spanos et al. 2020 deutet allerdings darauf hin, dass die Verschlechterung der Insulinverarbeitung nur bei Personen vorkommt, die Estradiol (mit oder ohne Testo-Blocker) nehmen, wobei weitere Forschung erforderlich sei.

6 Hembree et al. 2017:3871.

7 Verschiedene Fachartikel kommen hier zu unterschiedlichen, teils widersprüchlichen Einschätzungen: Krause 2019; Singh-Ospina et al. 2017; Tangpricha & den Heijer 2017; Winkler-Crepaz et al. 2017.

8 Cocchetti et al. 2020.

9 Hembree et al. 2017; Asscheman et al. 2011.

10 Betapharm, Jenapharm, TAD Pharma & TEVA 2020.

11 Deutsche Gesellschaft für Sexualeforschung et al. 2018:56; Asscheman et al. 2011.

12 Deutsche Gesellschaft für Sexualeforschung et al. 2018:56; Weinand & Safer 2015.

13 Deutsche Gesellschaft für Sexualeforschung et al. 2018:57; Asschemann et al. 2011.

14 McFarlane et al. 2018; Braun et al. 2017; Wierckx et al. 2013; Asscheman et al. 2011. Allerdings braucht es noch weitere und bessere Studien, um ein durch Hormone erhöhtes Gesamt-Krebsrisiko restlos ausschließen zu können. Teilweise sinken bestimmte Risiken, während andere steigen: Eine Östrogentherapie führt zu im Vergleich zu vorher erhöhten Brustkrebsrisiko (de Blok et al. 2019), aber verringertem Prostatakrebsrisiko (De Nie et al. 2020).

SAFER SEX

INTERVIEW MIT LUCA SIEMENS

Luca Siemens berät für die Göttinger AIDS-Hilfe Menschen zu allen Fragen einer sicheren und erfüllenden Sexualität. Der Sozialpädagoge und Trans*Berater hat viel Erfahrung in der sexuellen und queeren Bildung in Schulen und mit Jugendgruppen. Er engagiert sich ehrenamtlich u.a. beim Queeren Zentrum Göttingen.

Vielen Dank, lieber Luca, für Deine Bereitschaft zum Interview! Du arbeitest für die Aidshilfe. Wie bist Du dazu gekommen und was erfüllt Dich daran?

Begonnen habe ich mit ehrenamtlicher Aufklärungsarbeit für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt. Der Gesundheitsaspekt war zunächst lange Zeit gar nicht so mein Thema. Als trans*idente Person habe ich aber die Erfahrung gemacht, dass es in Gesundheitsfragen wichtig ist, **Ansprechpartner*innen zu haben, die trans*spezifische Anliegen kennen** und verstehen. So muss die ratsuchende Person nicht erstmal als ‚Erklär-Bär‘ auftreten. Seit 2017 bin ich jetzt hauptamtlich in der Aidshilfe für den Bereich Prävention zuständig, kann hier Beratung und Bildung trans*inklusiv gestalten und bin sehr glücklich damit.

Für viele von uns ist es nicht so einfach, über Sex zu sprechen. Für sexuell übertragbare Infektionen (sexually transmitted infections, STI) gilt das erst recht. Wie gehst Du damit um?

Wir als Aidshilfe haben einen **sex-positiven Ansatz**. Wir wollen vermitteln, dass wir nur mit dem Wissen um sexuelle Gesundheit und STIs selbstbestimmt über unsere Sexualität und unseren Körper entscheiden können. Deshalb ist es etwas sehr Positives, sich mit diesen Themen auseinanderzusetzen und so Verantwortung für sich und andere zu übernehmen.

In der Beratung versuche ich, einen Raum zu schaffen, in dem Menschen angstfrei über alles reden können. Manchmal ist dieser Raum sehr schnell geschaffen, manchmal braucht es Zeit – und die nehme ich mir dann auch. Wichtig finde ich auch eine gemeinsame Sprache. Ich benutze deshalb die gleichen Wörter wie die ratsuchende Person oder biete an, dass wir darüber sprechen, welche Begriffe wir in der Beratung nutzen wollen.

Was empfehlst Du Menschen, die über Safer Sex zu sprechen beginnen wollen?

Positiv an das Thema ranzugehen! **Safer Sex geht alle an**, die an einer se-

xuellen Interaktion beteiligt sind. Manchen Menschen hilft es, sich vorher zu informieren und das Thema dann anzusprechen. Anderen hilft es, direkt miteinander darüber zu sprechen und sich dann gemeinsam Informationen zu suchen. Da muss jede*r für sich gucken, was sich am besten anfühlt. Viele Infos findet mensch zum Beispiel auf der Website der **Deutschen Aidshilfe**, die wir Stück für Stück auch um trans* Anliegen erweitern. Das ist leider noch nicht abgeschlossen, aber da passiert einiges. Für alle, die sich in der schwulen und bisexuellen Community bewegen, gibt es außerdem die Website **IWWIT – Ich weiß, was ich tu**. Letztere ist inzwischen auch sehr trans*inklusiv und wird auch von trans* Menschen mitgestaltet. Die Leute vom **Queer Lexikon** haben einen Safer Sex Flyer für alle erstellt, der für trans* wie für cis Menschen empfehlenswert ist. Mensch kann natürlich auch in den regionalen Aidshilfen anrufen oder direkt vorbeikommen.

Wichtig ist: **Gib Dir Zeit**. Du musst nicht über alles auf einmal reden und es ist OK, wenn Du ein bisschen brauchst, um zu besprechen, was Dir wichtig ist. Wenn Menschen sich unter Druck setzen, wird Safer Sex zu einer Belastung, anstatt die eigene Sexualität zu bereichern. Das wäre schade.

Wo finde ich vertrauliche und gute Beratung zu sexueller Gesundheit?

Zum Beispiel in den Aidshilfen! **Grundsätzlich bietet jede Aidshilfe vertrauliche und nicht-verurteilende Beratung zu sexueller Gesundheit**. Leider sind noch nicht überall alle Mitarbeitenden für trans*spezifische Anliegen sensibilisiert. Aber wir bemühen uns immer mehr, das zu ändern. Falls mensch lieber eine Mail schreiben möchte, ist die **Online-Beratung** der Deutschen Aidshilfe eine gute Möglichkeit. Da bin ich selbst im Team der Mail- und Chat-Beratung und weiß, dass wir Trans*Fragen sprachlich sensibel beantworten können.

Wo und wie kann ich mich auf sexuell übertragbare Infektionen testen lassen?

In vielen **Aidshilfen, Checkpoints und Gesundheitsämtern** können Menschen sich testen lassen. Leider sind die Testangebote, die über HIV hinausgehen, meist nur in größeren Städten zu finden. Das liegt vor allem an einer mangelnden Finanzierung. Alternativ gibt es auch die Möglichkeit, sich in einer gynäkologischen, urologischen oder hautärztlichen **Praxis** testen zu lassen. Der Nachteil dort ist, dass es nicht anonym ist und meistens ein ganzes Stück teurer, denn die Krankenkassen zahlen Tests nur, wenn es auch Symptome gibt.

Allgemein wird bei manchen Tests Blut abgenommen, zum Beispiel bei HIV und Syphilis. Bei anderen, zum Beispiel bei Chlamydien und Tripper, wird ein Abstrich von den Schleimhäuten gemacht, die betroffen sein könnten, also genitalen, analen und oralen Schleimhäuten.

Sexuell übertragbare Infektionen (STI): Hier gibt es Tests und Beratung

Du suchst eine Möglichkeit, Dich in Deiner Nähe zu STI beraten und darauf testen zu lassen? Folgende Webseiten haben aktuelle Adresslisten:

HIV & more: Eine medizinjournalistische Seite mit vielen Infos zu AIDS und anderen STIs. Führt eine detaillierte Liste mit Infos zu Angebot, Kosten und genauen Kontaktmöglichkeiten von über 50 Anlaufstellen verschiedener Träger in NRW (auch bundesweit).

hivandmore.de/hiv-test/teststellen/?land=NRW

Deutsche Aidshilfe: Homepage der Organisation mit zahlreichen Info-Unterseiten sowie Telefon- und Online-Beratungsmöglichkeiten. Führt eine Liste von weit über 100 Anlaufstellen in NRW, wobei sowohl Aidshilfen als auch Gesundheitsämter und Kliniken verlinkt werden.

aidshilfe.de/adressen/

Ich weiß, was ich tu (iwwit): Projekt-Homepage der Deutschen Aidshilfe mit diversen Infos, Telefon- und Online-Beratungsmöglichkeiten rund um schwulen Sex – trans*inklusiv gedacht. Führt eine Liste und eine interaktive Karte mit diversen Anlaufstellen.

iwwit.de/geh-zum-test

Verband der AIDS-KoordinatorInnen NRW: Verein von Mitarbeiter*innen des öffentlichen Gesundheitswesens mit Materialien, Informationen und Fortbildungsmöglichkeiten. Führt eine Liste von über 80 Gesundheitsämtern und Beratungsstellen in NRW.

vak-nrw.de/beratungsstellen-in-nrw/

Wie laufen die Tests bei den Aidshilfen ab? Wer darf sie in Anspruch nehmen und unter welchen Voraussetzungen?

Grundsätzlich dürfen sich alle Menschen testen lassen, wenn sie es möchten. Anders als in ärztlichen Praxen muss es bei uns keinen Anlass und keine Sym-

ptome geben, sondern es ist ein **präventives Angebot**. Es wird allen Menschen, die sexuell aktiv sind, empfohlen, sich ein bis zwei Mal im Jahr testen zu lassen. Und wer das machen möchte, ist bei uns grundsätzlich willkommen. Wie das dann genau abläuft, ist bei jeder Aidshilfe etwas unterschiedlich, je nachdem, welche Tests angeboten werden und welche räumlichen und personellen Möglichkeiten da sind. Bei uns zum Beispiel gibt es nur den **HIV-Selbsttest**, den Menschen bei uns kaufen und entweder mit nach Hause nehmen oder gleich bei uns machen können. Letzteres hat dann den Vorteil, dass wir die Menschen beim Test begleiten und bei Unsicherheiten oder Fragen direkt zur Verfügung stehen. Und wir warten mit den Menschen zusammen auf das Ergebnis – das dauert bei unseren Tests zehn Minuten. In jedem Fall gibt es zum Selbsttest auch noch eine Beratung rund um Prävention.

Selbsttests gibt es verschiedene. Empfehlenswert sind alle, die auf der Seite der Deutschen Aidshilfe stehen, weil die verlässlich sind und sichere Ergebnisse liefern. Bei allen von ihnen ist es so, dass Blut aus der Fingerkuppe genommen wird und auf einen Teststreifen gegeben wird, wo es mit einer anderen Flüssigkeit reagiert und das Ergebnis gibt. Wichtig zu wissen: Wenn ich mich heute selbst teste, sagt mir das Ergebnis meinen HIV-Status von vor zwölf Wochen. Wenn ich nun vor sieben oder acht Wochen eine Risikosituation hatte, nützt mir das noch nichts – das ist die sogenannte diagnostische Lücke. Die **Labortests**, die in einigen Aidshilfen, im Gesundheitsamt oder in ärztlichen Praxen gemacht werden, haben hingegen eine diagnostische Lücke von nur sechs Wochen.

In einigen Anlaufstellen, die auch an Aidshilfen angegliedert sind, werden nur bestimmte Personengruppen getestet. Kannst Du das erklären?

Das hat vor allem mit Finanzierungsstrukturen zu tun. Die Aidshilfen sind für sogenannte Hauptbetroffenengruppen verantwortlich, also für Menschen, die statistisch betrachtet ein erhöhtes Risiko haben, sich zu infizieren. Dazu gehören vor allem Männer, die Sex mit Männern haben bzw. Menschen, die sich in der schwulen und bisexuellen Szene bewegen und Menschen, die Drogen konsumieren. Für alle anderen sind vor allem das Gesundheitsamt und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zuständig. Dieser starke Blick auf bestimmte Gruppen hat auch mit den Wurzeln der Aidshilfen in der **Selbsthilfebewegung** zu tun. Aber natürlich wäre es wünschenswert, diese Zuständigkeiten zu überdenken, sodass wir die Angebote dort für alle öffnen können,

wo sie es noch nicht sind.

Welche trans*spezifischen Hinweise zu sexueller Gesundheit gibst Du Ratsuchenden?

Erst einmal gebe ich ihnen die gleichen Hinweise wie allen cis-geschlechtlichen Menschen auch: Nicht davon ausgehen, dass die anderen Personen Verantwortung für Schutz und Verhütung übernehmen! Informiert Euch und lasst Euch beraten. Trans*spezifisch erkläre ich meistens dann noch, dass Übertragungswege und damit auch **Schutzmöglichkeiten abhängig sind von Körperflüssigkeiten und Schleimhäuten**, die miteinander in Kontakt kommen. Das ist der Grund, warum oft nicht nur nach sexuellen Praktiken, sondern auch nach Körperlichkeiten gefragt wird und weshalb viele Broschüren und auch viele Berater*innen so sehr auf der Benennung von Genitalien beharren. Das könnte sprachlich oft gern noch sensibler geschehen. Es ist aber wichtig, hier konkret zu werden, um einschätzen zu können, welches Risiko in einer bestimmten Situation bestanden hat.

Seit einigen Jahren ist die Präexpositionsprophylaxe (PrEP) zum Schutz vor HIV in Europa zugelassen und wird nach einer ärztlichen Verschreibung nun auch von den Krankenkassen übernommen. Kannst Du etwas über PrEP und Trans*Gesundheit sagen?

PrEP bedeutet ja, dass Menschen Medikamente nehmen, um sich präventiv vor einer HIV-Infektion zu schützen. Darin befinden sich Wirkstoffe, die verhindern, dass sich HI-Viren im Körper einnisten. Frühere Studien scheinen bei trans* PrEP-Nutzer*innen eine schlechtere Wirksamkeit erwiesen zu haben als bei cis PrEP-Nutzer/innen. Die Studien der letzten Jahre zeigen vor allem, dass sich die Wirkstoffe in verschiedenen Schleimhäuten verschieden schnell anreichern. In analen Schleimhäuten geht das so rasch, dass schon nach ein bis zwei Tagen eine sichere Schutzwirkung vorhanden ist. Bei anderen genitalen Schleimhäuten dauert diese Anreicherung der Wirkstoffe länger. **Es geht also eigentlich weniger um cis und trans* als um die Frage, welche Schleimhäute beim Sex involviert sind.** Leider gehen viele Broschüren und Berater*innen nur von cisgeschlechtlichen Nutzer/innen aus und sprechen dann von ‚Männern‘ und von ‚Frauen‘, anstatt zu sagen: Anale Schleimhäute sind schneller geschützt als andere genitale Schleimhäute. Das ist aber nur bei der sogenannten „anlassbezogenen PrEP“ wichtig, also wenn die Medikamente nur kurz z.B. vor einer Sexparty eingenommen werden. Da würden für die analen Schleimhäute zwei Tage vorher und nachher reichen; für andere

genitale Schleimhäute müsste mensch die Medikamente sieben Tage vorher und sieben Tage danach einnehmen, damit sie wirken. PrEP anlassbezogen zu verschreiben, ist in Deutschland aber auch gar nicht erlaubt. **Die PrEP schützt uns alle**, wenn sie dauerhaft täglich eingenommen wird – ganz egal, wie unser Körper aussieht und ob wir uns cis oder trans* oder anders verorten.

Was möchtest Du trans* Personen noch für ihre Gesundheit auf den Weg mitgeben?

Lasst Euch nicht entmutigen, wenn Ihr das Gefühl habt, in Broschüren oder mit Angeboten nicht angesprochen zu werden. Das kann hart sein, weh tun und frustrieren. Aber die eigene sexuelle Gesundheit sollte trotzdem wichtig sein und ein positives Thema bleiben. Wenn ich mich damit befasst habe, kann ich **entspannt und sorglos Sexualität leben**.

Wenn Ihr trans*spezifische Anliegen habt: kommuniziert diese gern an Vereine mit Trans*Bezug oder auch an die Aidshilfen. Es ist wichtig für solche Einrichtungen, Rückmeldungen zu bekommen, was gebraucht wird oder besser gemacht werden könnte. Trans*Belange werden leider erst seit kurzem mehr mitgedacht und die Aidshilfen und andere Institutionen haben da noch viel zu lernen. Aber es ist natürlich genauso OK, wenn Du dafür keine Energie oder auch einfach keine Lust hast. Dafür gibt es ja Menschen in diesen Strukturen, die sich dafür einsetzen.

Aber in jedem Fall: **Ihr seid alle wichtig und Ihr seid alle richtig!** Lasst Euch nicht von irgendwelchen gesellschaftlichen Normen einreden, Eure Identität und Eure Sexualität sei weniger wert. Ihr seid toll so, wie Ihr seid! **Und wenn Ihr Sex haben möchtet: Habt Spaß dabei.**

TRANS* UND ELTERNWERDEN

TRANS* UND ELTERNWERDEN

Lange Zeit hielt sich das unsinnige Vorurteil, trans* Menschen könnten keine Eltern sein (wollen). Dabei ist doch klar: Ein Kinderwunsch ist nicht auf cis Männer und Frauen beschränkt. Schwangere Väter, zeugende Mütter und elternwerdende abinäre Personen gibt es zahllose – auch wenn sie in ihrem Umfeld oder ihrer Gyn-Praxis die ersten sein mögen.

Kinderwunsch & Medizin: Die assistierte Reproduktion

Idealerweise vor Beginn einer Hormontherapie, aber auch in ihrem Laufe kannst Du Schritte unternehmen, um Deine Fruchtbarkeit zu konservieren.¹ Sowohl Spermien als auch Eizellen können in Kinderwunschkliniken in **Stickstoff tiefgefroren (d.h. kryokonserviert)** und später zur Befruchtung gebracht werden. Bei Spermien klappt die Kryokonservierung meist.

Sie können durch Masturbation oder operativ gewonnen werden. Je länger Du Östrogene und Testo-Blocker genommen hast, desto schwieriger wird es, noch fruchtbare Spermien zu gewinnen. Theoretisch ist es aber selbst noch am Tag einer geschlechtsangleichenden OP noch möglich.² Bei Eizellen ist das Verfahren etwas komplizierter, weniger sicher von Erfolg gekrönt und zudem mit mehreren Tausend Euro deutlich teurer.³ Immerhin deutet aber alles darauf hin, dass das Verfahren bei trans* Männern und abinären Menschen genauso gut funktioniert wie bei cis Frauen – sogar, wenn sie bereits längere Zeit Testo genommen haben.⁴ Bevor Eizellen entnommen werden, musst Du eine Hormontherapie machen – nicht aber mit Testo, sondern mit Botenstoffen, die die Bildung von Eizellen anregen. Das kann emotional herausfordernd und auch mit Nebenwirkungen verbunden sein und sollte ärztlich eng begleitet werden.⁵

Die **Kosten** für das Einfrieren und Lagern von Spermien oder Eizellen musstest Du bislang selbst tragen.

Voraussichtlich wird gesetzlich Versicherten die Kryokonservierung zukünftig erstattet, wenn sie ihre Fruchtbarkeit durch eine medizinisch notwendige Behandlung verlieren. Dies müsste dann fachärztlich bestätigt werden.⁶ Eine spätere künstliche Befruchtung bezahlt Dir die Krankenkasse unter einigen Bedingungen zumindest zur Hälfte.

Auf einem Portal der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung findest Du weitere Infos und Beratungsangebote zu Behandlungsverfahren und Fi-

nanzfragen: <https://www.familienplanung.de/kinderwunsch/>

Trans*Schwangerschaft

Trans* Männer und abinäre Menschen können unter Umständen schwanger werden – auch nach einer hormonellen Transition. Eine Schwangerschaft kann sogar dann zustande kommen, wenn Du aktuell Testosteron nimmst und schon länger keine Periode gehabt hast.⁷ Wie wahrscheinlich das ist, ist noch nicht ausreichend erforscht.⁸ Wenn Du eine Schwangerschaft planst und Testo nimmst, solltest Du es einige Monate vor der Zeugung absetzen – wie lange es genau sein sollte, ist nicht klar. Allerspätestens mit Beginn der Schwangerschaft ist aus medizinischer Sicht eine Testo-Pause dran.⁹ Diese Pause hat in der Regel keinen Effekt auf Deine äußerliche Erscheinung,¹⁰ wobei es auch andere Erfahrungen gibt.¹¹

Eine gute **Unterstützung vor, während und nach der Geburt** ist besonders wertvoll. Das queere Berliner Hebammen*kollektiv Cocoon bietet Vorbereitungskurse und Workshops an, berät bei Kinderwunsch und begleitet Geburten zu Hause wie auch in Kliniken (cocoon-hebammenkollektiv.de). Das Kollektiv für gynäkologische Selbstbestimmung sammelt Informationen u.a. zu queer-freundlichen Hebammen, die Seite ist allerdings noch im Aufbau (gynformation.de). Dein Umfeld soll von Deiner Schwangerschaft nichts mitbekommen oder Du befindest Dich in einer anderen **komplizierten Situation**? In solchen Lagen kannst Du Dich an die staatliche Beratungsstelle Geburt vertraulich wenden, die u.a. anonyme Beratung per Telefon und Chat sowie regional vor Ort anbietet: geburt-vertraulich.de.

Stillen

Viele Menschen verschiedenster Geschlechter können stillen. Wichtige Faktoren dabei sind das Brustdrüsengewebe und die Hormone. Es kann sogar nach einer Mastektomie noch genügend von der Brustdrüse erhalten sein, um zu stillen – das kommt u.a. aufs OP-Verfahren an; auch kann durch die Schwangerschaft das Brustdrüsengewebe wieder zunehmen.¹² Andererseits kann eine Testosterontherapie wie auch Binding zur Rückbildung der Brustdrüse führen, weshalb Du überlegen kannst, damit eine Pause einzulegen, wenn Du stillen möchtest.¹³ Auch trans* Frauen und abinäre Menschen können mit Hilfe einer darauf abgestimmten Hormontherapie Milch produzieren;¹⁴ wie viel, ist unterschiedlich. **Menschliche Milch gilt als die optimale Nahrung für Säuglinge.**¹⁵ Bei manchen

Eltern klappt das Stillen aber nicht, während andere mehr Milch haben als sie brauchen. Einige Kliniken (z.B. in Essen und Dortmund) haben deshalb **Milchbanken**, durch die vor allem Frühchen versorgt werden. Eine Übersicht findest Du auf der Webseite frauenmilchbank.de, die leider nicht trans*inklusiv formuliert ist.

Trans*Familienrecht

Trans* Eltern werden nach aktueller Rechtsprechung mit dem falschen Geschlecht und dem alten Namen in die Geburtsurkunde ihres Kindes eingetragen, selbst wenn Name und Personenstand auf dem Ausweis der Eltern längst angepasst sind. Gegen diesen für alle Beteiligten problematischen Zustand läuft seit 2018 eine Klage vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte.

Zum Weiterlesen:

- Die gratis Zeitschrift *Queerulant_in* hat in der Ausgabe 8 Trans*Elternschaft zum Schwerpunkt gemacht (online verfügbar).
www.queerulant.in.de
- Das Online-Magazin *umstandslos* – Magazin für feministische Elternschaft hat eine Handvoll bezaubernder Artikel zu Trans*Elternschaft: umstandslos.com/tag/trans/
Sowie ein Interview mit dem trans* Elter Rix: umstandslos.com/2019/05/17/interview-rix/
- Rix Weber hat außerdem eine Masterarbeit zu Erfahrungen von trans* Eltern geschrieben und online veröffentlicht. Zu finden bei <https://ediss.uni-goettingen.de/>
- Trevor MacDonald hat einen englischsprachigen Blog, auf dem er seine Erfahrung als stillender trans* Vater beschreibt und auch z.B. Interviews mit stillenden trans* Müttern veröffentlicht hat: www.milkjunkies.net
- La Leche League ist ein internationales Netzwerk rund ums Stillen. Die englisch- und spanischsprachige Seite lille.org hat auch Infos zu Trans* & Stillen; die deutschsprachige Seite lalecheliga.de geht leider nur von cis Eltern aus.
- Ein erfrischend deutlicher Blogpost von Grantel darüber, dass bei Queer oft trans* und inter* Eltern nicht mitgedacht werden, findet sich auf: <http://grantel.blogspot.eu/>
- Wissenschaftliche Interviews mit trans* Eltern sind in zwei Artikel des GENDER Sonderhefts 5 eingegangen, das es gratis beim Verlag Barbara Budrich zum Download gibt: shop.budrich-academic.de/produkt-schlagwort/gender-reihe/

- Ein Buch mit vielfältigen, u.a. transmännlichen, Erfahrungsberichten: Alisa Tretau (Hrsg., 2018): Nicht nur Mütter waren schwanger. Unerhörte Perspektiven auf die vermeintlich natürlichste Sache der Welt. Münster: Edition Assemblage.
- Queerfeministischer Sammelband mit einer trans* Perspektive auf Elternschaft von Joke Janssen: Maya Dolderer, Hannah Holme, Claudia Jerzak, Ann-Madeleine Tietge (Hrsg., 2018): O Mother, Where Art Thou? (Queer-)Feministische Perspektiven auf Mutterschaft und Mütterlichkeit. 2. Auflage. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot.

1 Amir et al. 2020; Barnard et al. 2019.

2 Schneider et al. 2019.

3 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend o.D.

4 Amir et al. 2020; Adeleye et al. 2019; Leung et al. 2019.

5 Bearely et al. 2020; Pagenstedt 2020.

6 Gemeinsamer Bundesausschuss 2020.

7 Deutsch 2016:61.

8 Schubert & Carey 2020; Krempasky et al. 2020; Taub et al. 2020.

9 Deutsch 2016:100.

10 Güldenring o.D.

11 MacDonald 2018.

12 MacDonald et al. 2016.

13 Ferri et al. 2020.

14 Reisman & Goldstein 2018; MacDonald 2018.

15 Global Breastfeeding Collective 2019.

SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

Es gibt viele unterschiedliche Gründe, sich für einen Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden. Jährlich tun das in Deutschland rund 100.000 Menschen,¹ darunter sicher eine ganze Reihe von trans* Personen.² Diese Entscheidung ist sehr persönlich; nur Du selbst kannst und darfst sie für Dich treffen. Wenn Du Dich überlegst, eine Schwangerschaft abzubrechen, musst Du einige Dinge beachten.

Wann kann ein Schwangerschaftsabbruch vorgenommen werden?

Entweder, der Schwangerschaftsabbruch ist medizinisch notwendig, um eine Gefährdung Deiner körperlichen oder seelischen Gesundheit abzuwenden („**medizinische Indikation**“). Wenn ein*e Ärzt*in das festgestellt hat, ist der Abbruch unabhängig vom Zeitpunkt in der Schwangerschaft legal. **Oder** die Zeugung ist im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt geschehen („**kriminologische Indikation**“). Wenn ein*e Ärzt*in das feststellt, ist der Abbruch bis zur 12. Woche legal. Oder Du entscheidest Dich aus persönlichen Gründen für eine Abtreibung – der mit großem Abstand häufigste Weg.³ Das ist zwar nicht legal, aber unter folgenden Bedingungen ist gesetzlich garantiert, dass es keine Strafverfolgung gibt („**Beratungsregelung**“):

- Die Befruchtung ist maximal zwölf Wochen her
- Du hast eine Bescheinigung darüber, dass Du die „gesetzliche Beratung“ bei einer staatlich dafür anerkannten Beratungsstelle wahrgenommen hast
- Der Abbruch erfolgt frühestens am vierten Tag nach der Beratung
- Durchgeführt wird der Abbruch von einer*einem Ärzt*in

Was ist die gesetzliche Beratung und wo kann ich mich beraten lassen?

Das Schwangerschaftskonfliktgesetz regelt die gesetzliche Beratung. Diese soll einerseits dazu **ermutigen**, die Schwangerschaft auszutragen und Perspektiven für ein Leben mit Kind aufzeigen, u.a. mit Informationen zu Hilfsangeboten für werdende Eltern. Zugleich darf die schwangere Person aber zu nichts gedrängt werden, sondern muss **ergebnisoffen** in einer eigenverantwortlichen Entscheidungsfindung unterstützt werden.⁴ **Es gibt diverse Anlaufstellen**, an die Du Dich für die gesetzlich vorgeschriebene Beratung wenden kannst. Zu den Trägern zählen der Verband pro familia, die Arbeiterwohlfahrt (AWO), Gesundheits- und Sozialämter, die evangelische Diakonie sowie der

katholische Verein donum vitae. Sie alle unterliegen demselben Gesetz, haben aber **unterschiedliche Haltungen** zum Thema – ihren Homepages kannst Du dazu einiges entnehmen. **Die Beratung ist in jedem Fall kostenlos, vertraulich und auf Wunsch anonym.** Auf der Bescheinigung wird allerdings Dein Name vermerkt, zumindest der Person, die diese ausstellt, musst Du ihn also nennen. Du hast Anspruch auf einen **unverzüglichen** Termin. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) hat eine Suchfunktion für Beratungsstellen in Deiner Nähe: familienplanung.de => Beratung => Beratung und Hilfen => Beratungsstelle finden

Achtung: Es gibt Beratungsstellen, die zwar Beratung zu Schwangerschaftskonflikten anbieten, aber **keine Bescheinigung** darüber ausstellen, die für eine straffreie Abtreibung brauchst (z.B. pro femina, die Caritas oder der Sozialdienst katholischer Frauen). Sei Dir dieses Unterschieds bei der Wahl Deiner Beratungsstelle bewusst.

Wie läuft ein Abbruch ab?

Es gibt **zwei gängige Varianten**, eine Schwangerschaft abzubrechen: die **medikamentöse** und die **instrumentelle** (chirurgische/operative). Erste führt mittels Tabletten zu einer Abbruchsblutung, mit der das Schwangerschaftsgewebe den Körper verlässt. Bei der zweiten Methode wird das Schwangerschaftsgewebe unter lokaler Betäubung oder Narkose abgesaugt. Beide Varianten werden durch Ärzt*innen durchgeführt bzw. begleitet. Schwere Komplikationen sind sehr selten. Auf jeden Fall wird aber eine **Nachuntersuchung dringend empfohlen**, auch um sicherzustellen, dass die Abtreibung geklappt hat und es zu keiner Entzündung gekommen ist. **Die Kosten** für die ärztliche Beratung und Untersuchung vor und nach dem Eingriff sowie für zusätzliche Medikamente übernehmen die gesetzlichen und einige private Krankenkassen. Den Schwangerschaftsabbruch als solchen musst Du jedoch selbst bezahlen, wenn es keine medizinische oder kriminologische Indikation gibt. Er kostet **zwischen ca. 300 und 600 Euro**. Wenn Du über ein geringes monatliches Einkommen verfügst (1.258 Euro zzgl. 298 Euro pro Kind, Stand 2020), hast Du unter Umständen einen **Anspruch auf Kostenübernahme**. Diese musst Du **vor dem Eingriff bei einer gesetzlichen Krankenkasse beantragen**. Das geht unabhängig von Deinem Versicherungsstatus.

Mehr zu den Möglichkeiten der Abtreibung und zur möglichen Kos-

tenerstattung erfährst Du zum Beispiel auf der Seite der BzGA unter: familienplanung.de => Beratung => Schwangerschaftsabbruch. Leider geht die Seite nur von cis Frauen aus.

Wenn Du mehr wissen willst

Vorsicht beim Googeln: Gute und sachliche Informationen zu Schwangerschaftsabbrüchen sind nicht immer leicht zu finden. Bei einer Internetrecherche kannst Du schnell auf Websites von fundamentalistischen Abtreibungsgegner/innen geraten, die teils verstörende Bilder benutzen, um Menschen zu verunsichern. Auf den ersten Blick sehen die Seiten oft aus wie neutrale Informationsportale. Aber auch seriöse Webseiten können Berichte von belastenden Erfahrungen z.B. mit Diskriminierung beinhalten. Wenn Du Dich emotional nicht stabil fühlst, achte gut auf Dich und zwingt Dich nicht, alles zu lesen, was Du findest. Du kannst auch eine*n Freund*in bitten, Informationen für Dich zu recherchieren.

Hier sind einige Anregungen, wo Du Dich weiter informieren kannst. Leider sind die Quellen, soweit deutlich gemacht, alle aus cis Perspektiven verfasst.

Informative und sachliche Übersichten bieten u.a. die Seite der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzGA), familienplanung.de, und die Seite des Verbands pro familia, profamilia.de.

Kluge und reflektierte Erfahrungsberichte und Debattenbeiträge von Menschen, die abgetrieben haben, findest Du z.B. hier:

- [*innenAnsicht \(innenansicht-magazin.de\)](http://innenansicht-magazin.de): u.a. der Artikel „Wie wir über Abtreibung reden“ von Claire vom 12. Juli 2018
- [Feminismus im Pott \(feminismus-im-pott.de\)](http://feminismus-im-pott.de): Artikel „Fick dich, Schweigen! Du bist nur nützlich, wenn man keine Ahnung hat“ von Chiara Fabri vom 30.05.2015
- [#funk YouTube-Kanal „auf Klo“](#): Videos „Wir haben abgetrieben“ vom 3. Juli 2018 und „Abtreibung – so fühlt es sich wirklich an“ vom 28. Juni 2018
- kleinerdrei.org: Podcast „Nicht Mutter – reden über Abtreibung“ mit Anne Wizorek, Kim Münster und Giovanna Gilges vom 8. November 2017; Artikel „Drei Wochen“ von Paula vom 25. Januar 2017

1 Statistisches Bundesamt 2020.

2 Forscher*innen schätzen auf Grundlage von Studiendaten, dass in den USA jährlich rund 500 trans* Personen abtreiben, vgl. Jones et al 2020. Für Deutschland liegen diese Daten nicht vor. Nehmen wir einen ähnlichen Anteil an der Gesamtzahl an, würde das ca. 60 Abtreibungen bei trans* Personen pro Jahr in Deutschland bedeuten.

3 Statistisches Bundesamt 2020.

4 Zu rechtlichen Fragen siehe Schwangerschaftskonfliktgesetz, insb. §§ 5-7, oder die Infobroschüre Schwangerschaftsberatung § 218 des BMFSFJ (2019).

LITERATURVERZEICHNIS

- 2pass Clinic (2018): Eintrag „Die 6 wichtigsten körperlichen Veränderungen durch die MtF-Hormontherapie“ auf der Website der 2pass Clinic Antwerpen vom 16. Oktober 2018. URL: <https://2pass.clinic/de/article/die-6-wichtigsten-koerperlichen-veraenderungen-durch-die-mtf-hormontherapie> [2020-11-02].
- Adeleye, A. J., Cedars, M. I., Smith, J., & Mok-Lin, E. (2019): Ovarian stimulation for fertility preservation or family building in a cohort of transgender men. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 36(10), 2155–2161. <https://doi.org/10.1007/s10815-019-01558-y>
- Adkins, B. D., Barlow, A. B., Jack, A., Schultenover, S. J., Desouki, M. M., Coogan, A. C., & Weiss, V. L. (2018): Characteristic findings of cervical Papanicolaou tests from transgender patients on androgen therapy: Challenges in detecting dysplasia. *Cytopathology* : official journal of the British Society for Clinical Cytology, 29(3), 281–287. <https://doi.org/10.1111/cyt.12525>
- Al-Tamimi, M., Pigot, G. L., van der Sluis, W. B., van de Griff, T. C., van Moorselaar, R., Mullender, M. G., Weigert, R., Buncamper, M. E., Özer, M., de Haseth, K. B., Djordjevic, M. L., Salgado, C. J., Belanger, M., Suominen, S., Kolehmainen, M., Santucci, R. A., Crane, C. N., Claes, K., Monstrey, S., & Bouman, M. B. (2019): The Surgical Techniques and Outcomes of Secondary Phalloplasty After Metoidioplasty in Transgender Men: An International, Multi-Center Case Series. *The journal of sexual medicine*, 16(11), 1849–1859. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.07.027>
- Amir, H., Yaish, I., Samara, N., Hasson, J., Groutz, A., & Azem, F. (2020): Ovarian stimulation outcomes among transgender men compared with fertile cisgender women. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 37(10), 2463–2472. <https://doi.org/10.1007/s10815-020-01902-7>
- Apothekenrundschau (2019): Eintrag „Prostatakrebs: Symptome, Diagnose, Therapie“. Erstellt unter Fachberatung von Prof. Dr. Christian Stief. Zuletzt aktualisiert am 22.10.2019. URL: <https://www.apotheken-umschau.de/Prostatakrebs#Frueherkennung-von-Prostatakrebs> [2020-11-17]
- Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP) e. V. (o.D.a): Eintrag „Fakten“ auf der Website Hautkrebs-Screening.de, URL: <https://www.hautkrebs-screening.de/de/hautkrebs/Fakten.php> [2020-10-07]
- Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Prävention (ADP) e. V. (o.D.b): Eintrag „Ablauf und Bestandteile der Untersuchung“ auf der Website Hautkrebs-Screening.de, URL: <https://www.hautkrebs-screening.de/de/aerzte/untersuchung/ablauf.php> [2020-10-07]
- Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF, 2018): Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. Federführend: Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung. AWMF-Register-Nr. 138J001
- Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF, 2020): Evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie Impfprävention HPV-assoziiierter Neoplasien. Langfassung. AWMF-Register Nr.: 082-002, 2020
- Arbour, M. W., & Kessler, J. L. (2013): Mammary hypoplasia: not every breast can produce sufficient milk. *Journal of midwifery & women's health*, 58(4), 457–461. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12070>
- Ärztammer Nordrhein (2020): Berufsordnung für für nordrheinischen Ärztinnen und Ärzte vom 14.11.1998 in der Fassung vom 16.11.2019, in Kraft getreten am 04.04.2020. Veröffentlicht auf URL: https://www.aekno.de/fileadmin/user_upload/aekno/downloads/2020/berufsordnung-2020.pdf [2020-11-16]
- Ärztammer Westfalen-Lippe (2020): Berufsordnung in der Fassung vom 20. Juni 2020 (MBL NRW 2020, S. 511f.). Veröffentlicht auf URL: https://www.aekwl.de/fileadmin/user_upload/aekwl/recht/Berufsordnung_2020-06-20.pdf [2020-11-16]
- Ärzte-im-Netz Redation (2018): Eintrag „Innere Genitalien der Frau“ auf der Website Frauenärzte im Netz. URL: <https://www.frauenaeerzte-im-netz.de/koerper-sexualitaet/weibliche-geschlechtsorgane/innere-genitalien/> [2020-10-28]
- Ärzte-im-Netz Redaktion (2018b): Eintrag „Gynäkologische Tastuntersuchungen / Palpationen“ auf der Website Frauenärzte im Netz. URL: <https://www.frauenaeerzte-im-netz.de/diagnostik/tastuntersuchungen-abtastuntersuchungen-palpationen/> [2020-11-17]
- Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A., de Ronde, W. P., van Trotsenburg, M. A., & Gooren, L. J. (2011): A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European journal of endocrinology*, 164(4), 635–642. <https://doi.org/10.1530/EJE-10-1038>
- Baba, T., Endo, T., Honnma, H., Kitajima, Y., Hayashi, T., Ikeda, H., Masumori, N., Kamiya, H., Moriwaka, O., & Saito, T. (2007): Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Human reproduction (Oxford, England)*, 22(4), 1011–1016. <https://doi.org/10.1093/humrep/del474>
- Barnard, E. P., Dhar, C. P., Rothenberg, S. S., Menke, M. N., Witchel, S. F., Montano, G. T., Orwig, K. E., & Valli-Pulaski, H. (2019): Fertility Preservation Outcomes in Adolescent and Young Adult Feminizing Transgender Patients. *Pediatrics*, 144(3), e20183943. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3943>
- Barnhart, K. T., Izquierdo, A., Pretorius, E. S., Shera, D. M., Shabbout, M., & Shaunik, A. (2006): Baseline dimensions of the human

vagina. *Human reproduction* (Oxford, England), 21(6), 1618–1622. <https://doi.org/10.1093/humrep/del022>

Bartram, Hans-Peter (2017): Eintrag „Darmspiegelung“ auf der Website Gastroenterologie-Portal. URL: <http://dasgastroenterologieportal.de/Darmspiegelung.html> [2020-11-22]

Battaglia Richi, E., Baumer, B., Conrad, B., Darioli, R., Schmid, A., & Keller, U. (2015): Health Risks Associated with Meat Consumption: A Review of Epidemiological Studies. *International journal for vitamin and nutrition research. Internationale Zeitschrift für Vitamin- und Ernährungsforschung. Journal international de vitaminologie et de nutrition*, 85(1-2), 70–78. <https://doi.org/10.1024/0300-9831/a000224>

Bearely, P., Rague, J.T. & Oates, R.D (2020): Fertility Preservation in the Transgender Population. *Current Sexual Health Reports* 12, 40–48. <https://doi.org/10.1007/s11930-020-00238-8>

Bekeny, J. C., Zolper, E. G., Fan, K. L., & Del Corral, G. (2020): Breast augmentation for transfeminine patients: methods, complications, and outcomes. *Gland surgery*, 9(3), 788–796. <https://doi.org/10.21037/gs.2020.03.18>

Betapharm, Jenapharm, TAD Pharma & TEVA (2020): „Wichtige Arzneimittelinformation: Anwendungsbeschränkungen von Cyproteronacetat aufgrund des Risikos für Meningeome“. Rote-Hand-Brief vom 23. April 2020. Aschheim: Schwarzeck-Verlag.

Bewertungsausschuss (2019): Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Abrufbar unter URL: https://institut-ba.de/ba/babeschlusse/2019-06-19_ba439_12.pdf [2020-11-22]

Biancardi, M. F., Dos Santos, F., de Carvalho, H. F., Sanches, B., & Taboga, S. R. (2017): Female prostate: historical, developmental, and morphological perspectives. *Cell biology international*, 41(11), 1174–1183. <https://doi.org/10.1002/cbin.10759>

Bizic, M., Kojovic, V., Duisin, D., Stanojevic, D., Vujovic, S., Milosevic, A., Korac, G., & Djordjevic, M. L. (2014): An overview of neovaginal reconstruction options in male to female transsexuals. *TheScientificWorldJournal*, 2014, 638919. <https://doi.org/10.1155/2014/638919>

Bizic, Marta R; Borko Stojanovic; Ivana Joksic & Miroslav L Djordjevic (2019): Metoidioplasty. *Urol Clin North Am* 2019 Nov;46(4):555-566. doi: 10.1016/j.ucl.2019.07.009.

Body Connect Health & Wellness (o.D.): Eintrag „Pelvic Floor PT & the Transgender Experience“ auf der Klinik-Website. URL: <https://bodyconnecthw.com/pelvic-floor-pt-the-transgender-experience/> [2020-11-05]

Boyle, P., Koehlin, A., Bota, M., d’Onofrio, A., Zaridze, D. G., Perrin, P., Fitzpatrick, J., Burnett, A. L., & Boniol, M. (2016): Endogenous and exogenous testosterone and the risk of prostate cancer and increased prostate-specific antigen (PSA) level: a meta-analysis. *BJU international*, 118(5), 731–741. <https://doi.org/10.1111/bju.13417>

Braun, H., Nash, R., Tangpricha, V., Brockman, J., Ward, K., & Goodman, M. (2017): Cancer in Transgender People: Evidence and Methodological Considerations. *Epidemiologic reviews*, 39(1), 93–107. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxw003>

Brazio, Philip S.; Irene T. Ma, Jeff J. Kim, Gordon K. Lee (2020): Penile Reconstruction: Current Thoughts, Techniques, and Outcomes. *EMJ Urology* 2020;8[1]:12-21.

Bretschneider, C. E., Sheyn, D., Pollard, R., & Ferrando, C. A. (2018): Complication Rates and Outcomes After Hysterectomy in Transgender Men. *Obstetrics and gynecology*, 132(5), 1265–1273. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002936>

Bundesärztekammer (2018): (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 –*) in der Fassung der Beschlüsse des 121. Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt, geändert durch Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer am 14.12.2018. *Deutsches Ärzteblatt*, 1. Feb. 2019. DOI: 10.3238/arztebl.2019.mbo_daet2018b

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (o.D.): „Trans* Elternschaft“. Artikel auf dem Regenbogenportal. URL: <https://www.regenbogenportal.de/informationen/trans-elternschaft> [2020-10-09].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2019): Schwangerschaftsberatung § 218. Informationen über das Schwangerschaftskonfliktgesetz und gesetzliche Regelungen im Kontext des § 218 Strafgesetzbuch. 10. Auflage. Berlin.

Carbine, N. E., Lostumbo, L., Wallace, J., & Ko, H. (2018): Risk-reducing mastectomy for the prevention of primary breast cancer. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD002748. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002748.pub4>

Carlina (2013): GA-OP Nachbehandlung. Ein Ratgeber. Basis: „Chonburi Flap-Methode“ (unter anderen: OP-Technik von Dr. Pottek, Hamburg). Stand: Mai 2013. Veröffentlicht auf der Website der Switch Trans*Selbsthilfe Hamburg. URL: https://www.switch-hh.de/med.html#GAOP_F [2020-10-28].

Chan, K. J., Liang, J. J., Jolly, D., Weinand, J. D., & Safer, J. D. (2018): EXOGENOUS TESTOSTERONE DOES NOT INDUCE OR EXACERBATE THE METABOLIC FEATURES ASSOCIATED WITH PCOS AMONG TRANSGENDER MEN. *Endocrine practice : official journal of the American College of Endocrinology and the American Association of Clinical Endocrinologists*, 24(6), 565–572. <https://doi.org/10.4158/EP-2017-0247>

Chen, M. L., Reyblat, P., Poh, M. M., & Chi, A. C. (2019): Overview of surgical techniques in gender-affirming genital surgery. *Trans-*

lational andrology and urology, 8(3), 191–208. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.19>.

Chipkin, S. R., & Kim, F. (2017): Ten Most Important Things to Know About Caring for Transgender Patients. *The American journal of medicine*, 130(11), 1238–1245. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.06.019>

Chotai, N., Tang, S., Lim, H., & Lu, S. (2019): Breast cancer in a female to male transgender patient 20 years post-mastectomy: Issues to consider. *The breast journal*, 25(6), 1066–1070. <https://doi.org/10.1111/tbj.13417>

Clarke, M. A., Long, B. J., Del Mar Morillo, A., Arbyn, M., Bakkum-Gamez, J. N., & Wentzensen, N. (2018): Association of Endometrial Cancer Risk With Postmenopausal Bleeding in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 178(9), 1210–1222. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.2820>

Cocchetti, C., Ristori, J., Romani, A., Maggi, M., & Fisher, A. D. (2020): Hormonal Treatment Strategies Tailored to Non-Binary Transgender Individuals. *Journal of clinical medicine*, 9(6), 1609. <https://doi.org/10.3390/jcm9061609>

Cornelisse, V. J., Jones, R. A., Fairley, C. K., & Grover, S. R. (2017): The medical care of the neovagina of transgender women: a review. *Sexual health*, 14(5), 442–450. <https://doi.org/10.1071/SH17044>

Cox, G., Krieger, J. N., & Morris, B. J. (2015): Histological Correlates of Penile Sexual Sensation: Does Circumcision Make a Difference?. *Sexual medicine*, 3(2), 76–85. <https://doi.org/10.1002/sm2.67>

de Blok, C., Wiepjes, C. M., Nota, N. M., van Engelen, K., Adank, M. A., Dreijerink, K., Barbé, E., Konings, I., & den Heijer, M. (2019): Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. *BMJ (Clinical research ed.)*, 365, l1652. <https://doi.org/10.1136/bmj.l1652>

Deutsch, Maddie (2016, Ed.): *Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People*. Center of Excellence for Transgender Health, Department of Family & Community Medicine, University of California, San Francisco. 2nd Edition.

Deutsch, Maddie (2020): Eintrag „Information on Testosterone Hormone Therapy“ auf dem Portal UCSF Transgender Care (Juli 2020). URL: <https://transcare.ucsf.edu/article/information-testosterone-hormone-therapy> [2020-10-28]

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) (2015): S2k-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vulvakarzinoms und seiner Vorstufen. AWMF-Registernummer 015/059. URL: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/015-059.html> [2020-10-05]

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG) & Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG) (2018): S2k-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Vaginalkarzinoms und seiner Vorstufen. AWMF-Registernummer 032/042. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-042_S2k_Vaginalkarzinom-Vorstufen-Diagnostik-Therapie-Nachsorge_2018-11.pdf [2020-11-24]

Deutsche Gesellschaft für Sexuallforschung et al. (2018): Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. AWMF-Register-Nr. 138|001

Deutsches Krebsforschungszentrum (2016): Eintrag „Gebärmutterhalskrebs: Krebsentstehung, Anatomie, Häufigkeit“ auf dem Portal Krebsinformationsdienst. Letzte Aktualisierung: 13.10.2016. URL: <https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/gebaermutterhalskrebs/was-ist-gebaermutterhalskrebs.php> [2020-11-05].

Deutsches Krebsforschungszentrum (2017): Eintrag „Prostatakrebs: Anatomie, Entstehung und Häufigkeit“ auf dem Portal Krebsinformationsdienst. Letzte Aktualisierung: 07.12.2017. URL: <https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/prostatakrebs/einfuehrung.php> [2020-11-03].

Deutsches Krebsforschungszentrum (2018): Eintrag „Mammographie zur Früherkennung von Brustkrebs“ auf dem Portal Krebsinformationsdienst. Letzte Aktualisierung: 2.12.2018. URL: <https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/brustkrebs/mammographie-frueherkennung.php> [2020-10-13]

Deutsches Krebsforschungszentrum (2019a): Eintrag „Darmkrebs-Früherkennung“ auf dem Portal Krebsinformationsdienst. Letzte Aktualisierung: 25.06.2019. URL: <https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/darmkrebs/frueherkennung.php> [2020-10-12]

Deutsches Krebsforschungszentrum (2019b): Eintrag „Weißer und schwarzer Hautkrebs“ auf dem Portal Krebsinformationsdienst. Letzte Aktualisierung: 18.07.2019 URL: <https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/hautkrebs.php> [2020-10-07]

Deutsches Krebsforschungszentrum (2020): Eintrag „Wechseljahre: Krebsrisiko durch Hormone? Hitzewallungen und Stimmungsschwankungen – was dagegen hilft und nicht schadet“ auf dem Portal Krebsinformationsdienst. Letzte Aktualisierung: 13.02.2020 URL: <https://www.krebsinformationsdienst.de/vorbeugung/risiken/krebsrisiko-hormonersatztherapie-in-den-wechseljahren.php> [2020-09-23]

Deutsches Krebsforschungszentrum (2020b): Eintrag „Endometriumkarzinom: Risikofaktoren, Vorbeugung und Früherkennung“ auf dem Portal Krebsinformationsdienst. Letzte Aktualisierung: 20.07.2020 URL: <https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/endometriumkarzinom/risikofaktoren-frueherkennung.php> [2020-11-05]

- Deutsches Krebsforschungszentrum (2020c): Eintrag „Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom)“ auf dem Portal Krebsinformationsdienst. Erstellt am 07.10.2020. URL: <https://www.krebsinformationsdienst.de/tumorarten/eierstockkrebs.php> [2020-11-10]
- Diallo, A., Deschasaux, M., Latino-Martel, P., Hercberg, S., Galan, P., Fassier, P., Allès, B., Guéraud, F., Pierre, F. H., & Touvier, M. (2018). Red and processed meat intake and cancer risk: Results from the prospective NutriNet-Santé cohort study. *International journal of cancer*, 142(2), 230–237. <https://doi.org/10.1002/ijc.31046>
- Dietrich, W., Susani, M., Stifter, L., & Haitel, A. (2011): The human female prostate-immunohistochemical study with prostate-specific antigen, prostate-specific alkaline phosphatase, and androgen receptor and 3-D remodeling. *The journal of sexual medicine*, 8(10), 2816–2821. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02408.x>
- Djinovic R. P. (2018): Metoidioplasty. *Clinics in plastic surgery*, 45(3), 381–386. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2018.03.008>
- Djordjevic, M. L., Stojanovic, B., & Bizic, M. (2019): Metoidioplasty: techniques and outcomes. *Translational andrology and urology*, 8(3), 248–253. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.12>
- Dornheim, Kaleb Oliver & Brito, Janet (2018): How Does Tucking Work and Is It Safe? Article on healthline, last updated September 18, 2018. URL: <https://www.healthline.com/health/transgender/tucking#how-tountuck> [2020-11-02].
- Douglawi, A., & Masterson, T. A. (2017): Updates on the epidemiology and risk factors for penile cancer. *Translational andrology and urology*, 6(5), 785–790. <https://doi.org/10.21037/tau.2017.05.19>
- Elfering, L., van de Grift, T. C., Bouman, M. B., van Mello, N. M., Groenman, F. A., Huirne, J. A., Budiman, I., Goijen, L., van Loenen, D., & Mullender, M. G. (2020): Combining total laparoscopic hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy with subcutaneous mastectomy in trans men: The effect on safety outcomes. *International journal of transgender health*, 21(2), 138–146. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1751014>
- Falcone, M., Garaffa, G., Gillo, A., Dente, D., Christopher, A. N., & Ralph, D. J. (2018): Outcomes of inflatable penile prosthesis insertion in 247 patients completing female to male gender reassignment surgery. *BJU international*, 121(1), 139–144. <https://doi.org/10.1111/bju.14027>
- Felix-Burda-Stiftung & Krebsinformationsdienst (o.D.): Eintrag „Familiär gehäufter Darmkrebs“ auf der Stiftungs-Website Darmkrebs.de. URL: <https://www.darmkrebs.de/ueberblick/risiko-fuer-darmkrebs/familiaeres-risiko/familiaer-gehaeufter-darmkrebs> [2020-11-22]
- Ferri, R. L., Rosen-Carole, C. B., Jackson, J., Carreno-Rijo, E., Greenberg, K. B., & Academy of Breastfeeding Medicine (2020): ABM Clinical Protocol #33: Lactation Care for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Questioning, Plus Patients. *Breastfeeding medicine : the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 15(5), 284–293. <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.29152.rlf>
- Fischer, Tin (2018): Jameda: Zu welchem Arzt würden Sie gehen? Artikel auf Zeit.de vom 17. Januar 2018. URL: <https://www.zeit.de/2018/04/jameda-aerzte-bewertungsportal-profil-bezahlung> [2020-10-19]
- Francis, C., Grober, E., Potter, E., Blodgett, N., & Krakowsky, Y. (2020): A Simple Guide for Simple Orchiectomy in Transition-Related Surgeries. *Sexual medicine reviews*, 8(3), 492–496. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.11.004>
- Frey, J. D., Poudrier, G., Chiodo, M. V., & Hazen, A. (2016): A Systematic Review of Metoidioplasty and Radial Forearm Flap Phalloplasty in Female-to-male Transgender Genital Reconstruction: Is the „Ideal“ Neophallus an Achievable Goal?. *Plastic and reconstructive surgery*. *Global open*, 4(12), e1131. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000001131>.
- Friedman, B., Khoury, J., Petersiel, N., Yahalomi, T., Paul, M., & Neuberger, A. (2016): Pros and cons of circumcision: an evidence-based overview. *Clinical microbiology and infection: the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, 22(9), 768–774. <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2016.07.030>
- Gaither, T. W., Awad, M. A., Osterberg, E. C., Murphy, G. P., Romero, A., Bowers, M. L., & Breyer, B. N. (2018): Postoperative Complications following Primary Penile Inversion Vaginoplasty among 330 Male-to-Female Transgender Patients. *The Journal of Urology*, 199(3), 760–765. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.10.013>.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hg., 2017): Mammographie-Screening: Eine Entscheidungshilfe. Anlage der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Berlin.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder Keimzellgewebe sowie entsprechende medizinische Maßnahmen wegen keimzellschädigender Therapie (Kryo-RL). Erstfassung. Abrufbar unter URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4393/2020-07-16_Kryo-RL_Erstfassung.pdf [2020-11-22]
- Gianni, M. L., Bettinelli, M. E., Manfra, P., Sorrentino, G., Bezze, E., Plevani, L., Cavallaro, G., Raffaelli, G., Crippa, B. L., Colombo, L., Momioli, D., Liotto, N., Roggero, P., Villamor, E., Marchisio, P., & Mosca, F. (2019): Breastfeeding Difficulties and Risk for Early Breastfeeding Cessation. *Nutrients*, 11(10), 2266. <https://doi.org/10.3390/nu11102266>
- Gittes R. F. (2002): Female prostatitis. *The Urologic clinics of North America*, 29(3), 613–616. [https://doi.org/10.1016/s0094-0143\(02\)00062-9](https://doi.org/10.1016/s0094-0143(02)00062-9)

- Global Breastfeeding Collective (UNICEF & WHO) (2019): Advocacy Brief „Breastfeeding and HIV“, Januar 2019. Genf & New York.
- Global Burden of Disease Cancer Collaboration, Fitzmaurice, C., Dicker, D., Pain, A., Hamavid, H., Moradi-Lakeh, M., MacIntyre, M. F., Allen, C., Hansen, G., Woodbrook, R., Wolfe, C., Hamadeh, R. R., Moore, A., Werdecker, A., Gessner, B. D., Te Ao, B., McMahon, B., Karimkhani, C., Yu, C., Cooke, G. S., ... Naghavi, M. (2015): The Global Burden of Cancer 2013. *JAMA oncology*, 1(4), 505–527. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2015.0735>
- Go ask Alice (2011): „Breast Binding Safety“. From Go Ask Alice!, Columbia University's Health Q&A Internet Resource, at goaskalice.columbia.edu. Originally published Jun 24, 2011; last reviewed & updated Jun 07, 2019. URL: <https://goaskalice.columbia.edu/answered-questions/breast-binding-safety-0> [2020-10-01]
- Goldstein, Z., Martinson, T., Ramachandran, S., Lindner, R., & Safer, J. D. (2020): Improved Rates of Cervical Cancer Screening Among Transmasculine Patients Through Self-Collected Swabs for High-Risk Human Papillomavirus DNA Testing. *Transgender health*, 5(1), 10–17. <https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0019>
- Götzsche P. C. (2015): Mammography screening is harmful and should be abandoned. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 108(9), 341–345. <https://doi.org/10.1177/0141076815602452>
- Grimstad, F. W., Fowler, K. G., New, E. P., Ferrando, C. A., Pollard, R. R., Chapman, G., Gomez-Lobo, V., & Gray, M. (2019): Uterine pathology in transmasculine persons on testosterone: a retrospective multicenter case series. *American journal of obstetrics and gynecology*, 220(3), 257.e1–257.e7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.12.021>
- Grimstad, F. W., Fowler, K. G., New, E. P., Ferrando, C. A., Pollard, R. R., Chapman, G., Gray, M., & Gomez Lobo, V. (2020): Ovarian Histopathology in Transmasculine Persons on Testosterone: A Multicenter Case Series. *The journal of sexual medicine*, 17(9), 1807–1818. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.05.029>
- Gross, Rachel E.; Jeffery DeViscio & Dominic Smith (2020): The Clitoris: A Reveal Two Millennia in the Making. Video lecture and transcript, published at ScientificAmerican.com on March 4, 2020. URL: <https://www.scientificamerican.com/video/the-clitoris-a-reveal-two-millennia-in-the-making/> [2020-10-31]
- GRS Monetral (o.D.a): Eintrag „Female to Male FAQ – Metaiodoplasty“ auf der Website *Complexe Chirurgical – GRS Montreal*. URL: <https://www.grsmontreal.com/en/frequently-asked-questions/12-metaiodoplasty.html> [2020-11-05]
- GRS Monetral (o.D.a): Eintrag „Female to Male FAQ – Phalloplasty“ auf der Website *Complexe Chirurgical – GRS Montreal*. URL: <https://www.grsmontreal.com/en/frequently-asked-questions/6-phalloplasty.html?rep=81> [2020-11-05]
- Grunwald, Martin (2017): *Homo hapticus: Warum wir ohne Tastsinn nicht leben können*. München: Dreemer.
- Güldenring, Annette (o.D.): „Möglichkeiten körperlicher Geschlechtsangleichung“. Artikel auf dem Regenbogenportal des BMFSFJ. URL: <https://www.regenbogenportal.de/moeglichkeiten-koerperlicher-geschlechtsangleichung> [2020-10-09].
- Cuccolo, N. G., Kang, C. O., Boskey, E. R., Ibrahim, A., Blankensteijn, L. L., Taghinia, A., Lee, B. T., Lin, S. J., & Ganor, O. (2019): Mastectomy in Transgender and Cisgender Patients: A Comparative Analysis of Epidemiology and Postoperative Outcomes. *Plastic and reconstructive surgery*. *Global open*, 7(6), e2316. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000002316>
- Gumpert, Nicolas (2020): Eintrag „Weibliches Geschlechtsorgan“ auf der Website *Dr-Gumpert.de*. URL: https://www.dr-gumpert.de/html/weibliches_geschlechtsorgan.html [2020-10-28].
- Gumpert, Nicolas (2020b): Eintrag „Prostata“ auf der Website *Dr-Gumpert.de*. URL: <https://www.dr-gumpert.de/html/prostata.html> [2020-11-03]
- Gumpert, Nicolas (2020c): Eintrag „Eileiter“ auf der Website *Dr-Gumpert.de*. URL: <https://www.dr-gumpert.de/html/eileiter.html> [2020-11-10]
- Gumpert, Nicolas (2020d): Eintrag „Eierstöcke“ auf der Website *Dr-Gumpert.de*. URL: <https://www.dr-gumpert.de/html/eierstoecke.html> [2020-11-10]
- Gumpert, Nicolas (2020e): Eintrag „Gynäkologische Untersuchung“ auf der Website *Dr-Gumpert.de*. URL: https://www.dr-gumpert.de/html/gynaekologische_untersuchung.html [2020-11-17]
- Gumpert, Nicolas (2020f): Eintrag „Hoden“ auf der Website *Dr-Gumpert.de*. URL: <https://www.dr-gumpert.de/html/hoden.html> [2020-11-24]
- Hampf, Monika & Ärzte-im-Netz Redaktion (2018): Eintrag „Vulvakrebs: Einteilung der Krankheitsstadien“ auf dem Portal *Frauenärzte im Netz*. Letzte Bearbeitung: 11.07.2018. URL: <https://www.frauenaeerzte-im-netz.de/erkrankungen/vulvakrebs/einteilung-krankheitsstadien/#c702> [2020-11-02]
- Harris, M., Kondel, L., & Dorsen, C. (2017): Pelvic pain in transgender men taking testosterone: Assessing the risk of ovarian cancer. *The Nurse practitioner*, 42(7), 1–5. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000520423.83910.e2>
- Hehemann, M. C., & Walsh, T. J. (2019): Orchiectomy as Bridge or Alternative to Vaginoplasty. *The Urologic clinics of North America*

ca, 46(4), 505–510. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.005>

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017): Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 102(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>

Hoffman, Matthew (2014): Eintrag „Picture of the Penis: Human Anatomy“ auf dem Portal WebMD. URL: <https://www.webmd.com/men/picture-of-the-penis#1> [2020-11-02]

Horbach, S. E., Bouman, M. B., Smit, J. M., Özer, M., Buncamper, M. E., & Mullender, M. G. (2015): Outcome of Vaginoplasty in Male-to-Female Transgender: A Systematic Review of Surgical Techniques. *The journal of sexual medicine*, 12(6), 1499–1512. <https://doi.org/10.1111/jsm.12868>

Iwamoto, S. J., Defreyne, J., Rothman, M. S., Van Schuylenbergh, J., Van de Bruaene, L., Motmans, J., & T'Sjoen, G. (2019): Health considerations for transgender women and remaining unknowns: a narrative review. *Therapeutic advances in endocrinology and metabolism*, 10, 2042018819871166. <https://doi.org/10.1177/2042018819871166>

Jackson, Lindsey A; Hare AM, Carrick KS, Ramirez DMO, Hamner JJ, Corton MM (2019): Anatomy, histology, and nerve density of clitoris and associated structures: clinical applications to vulvar surgery. *Am J Obstet Gynecol*. 2019 Nov;221(5):519.e1-519.e9. doi: 10.1016/j.ajog.2019.06.048.

Jannini, E. A., Buisson, O., & Rubio-Casillas, A. (2014): Beyond the G-spot: clitourethrovaginal complex anatomy in female orgasm. *Nature reviews. Urology*, 11(9), 531–538. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2014.193>

Jarrett, B. A., Corbet, A. L., Gardner, I. H., Weinand, J. D., & Peitzmeier, S. M. (2018): Chest Binding and Care Seeking Among Transmasculine Adults: A Cross-Sectional Study. *Transgender health*, 3(1), 170–178. <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0017>

Jiang, D., Witten, J., Berli, J., & Dugi, D., 3rd (2018): Does Depth Matter? Factors Affecting Choice of Vulvoplasty Over Vaginoplasty as Gender-Affirming Genital Surgery for Transgender Women. *The journal of sexual medicine*, 15(6), 902–906. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.085>

Jiang, D. D., Swenson, E., Mason, M., Turner, K. R., Dugi, D. D., Hedges, J. C., & Hecht, S. L. (2019): Effects of Estrogen on Spermatogenesis in Transgender Women. *Urology*, 132, 117–122. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.06.034>

Joint, R., Chen, Z. E., & Cameron, S. (2018): Breast and reproductive cancers in the transgender population: a systematic review. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 125(12), 1505–1512. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15258>

Jones, B. P., Williams, N. J., Saso, S., Thum, M. Y., Quiroga, I., Yazbek, J., Wilkinson, S., Ghaem-Maghani, S., Thomas, P., & Smith, J. R. (2019): Uterine transplantation in transgender women. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 126(2), 152–156. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15438>

Jones, Jonathan & Field, Tiffany (2018): Why Physical Touch Matters for Your Well-Being. Interview-Artikel im Greater Good Magazine. URL: https://greatergood.berkeley.edu/article/item/why_physical_touch_matters_for_your_well_being [2020-11-24]

Jones, R. K., Witwer, E., & Jerman, J. (2020): Transgender abortion patients and the provision of transgender-specific care at non-hospital facilities that provide abortions. *Contraception*, X, 2, 100019. <https://doi.org/10.1016/j.conx.2020.100019>

Kang, A., Aizen, J. M., Cohen, A. J., Bales, G. T., & Pariser, J. J. (2019): Techniques and considerations of prosthetic surgery after phalloplasty in the transgender male. *Translational andrology and urology*, 8(3), 273–282. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.06.02>

Kang, D. Y., & Li, H. J. (2015): The effect of testosterone replacement therapy on prostate-specific antigen (PSA) levels in men being treated for hypogonadism: a systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 94(3), e410. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000000410>

Kaushik, N., Jindal, O., & Bhardwaj, D. K. (2019): Sigma-lead Male-to-Female Gender Affirmation Surgery: Blending Cosmesis with Functionality. Plastic and reconstructive surgery. *Global open*, 7(4), e2169. <https://doi.org/10.1097/GOX.00000000000002169>

Keltner, Dachter (2010): Hands On Research: The Science of Touch. Artikel im Greater Good Magazine. URL: https://greatergood.berkeley.edu/article/item/hands_on_research [2020-11-24]

Kent, M. A., Winoker, J. S., & Grotas, A. B. (2018): Effects of Feminizing Hormones on Sperm Production and Malignant Changes: Microscopic Examination of Post Orchiectomy Specimens in Transwomen. *Urology*, 121, 93–96. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.07.023>

Kerker, Pramod (2018): Eintrag „Effects of Hormone Therapy on Transgender People“ auf dem Online-Portal ePainAssist, letzte Änderung: Jul 20 2018. URL: <https://www.epainassist.com/articles/effects-of-hormone-therapy-on-transgender-people> [2020-11-24]

Kieseritzky, Katrin von (2014): „Urologische Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung“. Artikel auf dem Onko-Internetportal, zuletzt aktualisiert am 10.09.2014. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/vorsorge-und-frueherkennung/screeninguntersuchung-beim-urologen.html> [2020-11-16].

Kieseritzky, Katrin von (2018a): „Vulvakrebs - Ursachen, Risikofaktoren und Symptome“. Artikel auf dem Onko-Internetportal, zuletzt aktualisiert am 13.3.2018. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/andere-krebsarten/vulvakrebs/ursachen-risikofaktoren-und-symptome.html> [2020-10-28].

Kieseritzky, Katrin von (2018b): „Wenn's juckt oder brennt“. Artikel auf dem Onko-Internetportal vom 03.04.2018. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/aktuelle-themen/news/wenns-juckt-oder-brennt.html> [2020-10-28].

Kieseritzky, Katrin von (2018c): „Gebärmutterkörperkrebs, Endometriumkarzinom - Aufbau und Funktion“. Artikel auf dem Onko-Internetportal vom 19.03.2018. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/andere-krebsarten/gebaermutterkoerperkrebs/aufbau-und-funktion.html> [2020-11-05]

Kieseritzky, Katrin von (2020a): „Basalzellkarzinom: heller oder weißer Hautkrebs“. Artikel auf dem Onko-Internetportal, aktualisiert am 4.8.2020. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/hautkrebs/basalzellkarzinom.html> [2020-10-07]

Kieseritzky, Katrin von (2020b): „Das Plattenepithelkarzinom (Spinaliom)“. Artikel auf dem Onko-Internetportal, aktualisiert am 7.8.2020. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/hautkrebs/plattenepithelkarzinom.html> [2020-10-07].

Kjölhede, A; F Cornelius; F Huss & G Kratz (2019): Metodioplasty and groin flap phalloplasty as two surgical methods for the creation of a neophallus in female-to-male gender-confirming surgery: A retrospective study comprising 123 operated patients. *JPRAS Open* 2019 Jul 12;22:1-8. doi: [10.1016/j.jpra.2019.07.003](https://doi.org/10.1016/j.jpra.2019.07.003).

Kosche, C., Mansh, M., Luskus, M., Nguyen, A., Martinez-Diaz, G., Inwards-Breland, D., Yeung, H., & Boos, M. D. (2019): Dermatologic care of sexual and gender minority/LGBTQIA youth, Part 2: Recognition and management of the unique dermatologic needs of SGM adolescents. *Pediatric dermatology*, 36(5), 587–593. <https://doi.org/10.1111/pde.13898>

Krampe-Schneider, Anne (2020a): „Malignes Melanom: schwarzer Hautkrebs“. Artikel auf dem Onko-Internetportal, aktualisiert am 5.8.2020. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/hautkrebs/malignes-melanom-schwarzer-hautkrebs.html> [2020-10-07]

Krampe-Schneider, Anne (2020b): „Vorbeugung und Früherkennung von Hautkrebs“. Artikel auf dem Onko-Internetportal, aktualisiert am 3.7.2020. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/hautkrebs/frueherkennung.html> [2020-10-07].

Krause, Carola (2019): „Transgender: Regulation des Knochenstoffwechsels durch Hormontherapien bedarf besonderer medizinischer Aufmerksamkeit“. Artikel in der Rubrik „Medizinische Neuigkeiten“ des Portals Univadis. URL: <https://www.univadis.de/viewarticle/transgender-regulation-des-knochenstoffwechsels-durch-hormontherapien-bedarf-besonderer-medizinischer-aufmerksamkeit-706948> [2020-07-20]

Krempasky, C., Harris, M., Abern, L., & Grimstad, F. (2020): Contraception across the transmasculine spectrum. *American journal of obstetrics and gynecology*, 222(2), 134–143. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.043>

Kühn, S., Keval, S., Sader, R., Küenzlen, L., Kiehlmann, M., Djedovic, G., Bozkurt, A., & Rieger, U. M. (2019): Mastectomy in female-to-male transgender patients: A single-center 24-year retrospective analysis. *Archives of plastic surgery*, 46(5), 433–440. <https://doi.org/10.5999/aps.2018.01214>

Kyriazis, G., Varughese, A., Rodrigues, G., & Simms, M. (2020): A Rare Case of Skene's Gland Adenocarcinoma. *Clinical genitourinary cancer*, 18(3), e300–e302. <https://doi.org/10.1016/j.clgc.2019.11.022>

Kyu, H. H., Bachman, V. F., Alexander, L. T., Mumford, J. E., Afshin, A., Estep, K., Veerman, J. L., Delwiche, K., Iannarone, M. L., Moyer, M. L., Cercy, K., Vos, T., Murray, C. J., & Forouzanfar, M. H. (2016): Physical activity and risk of breast cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke events: systematic review and dose-response meta-analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *BMJ (Clinical research ed.)*, 354, i3857. <https://doi.org/10.1136/bmj.i3857>

Lawrence, Anne (2003): Eintrag „Notes on Genital Dimensions“ auf der Website Transsexual Women's Resources. Archiviert. URL: <https://web.archive.org/web/20060324105730/http://www.annelawrence.com/genitaldimensions.html> [2020-10-28]

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2010): Früherkennung von Brustkrebs. Eine Entscheidungshilfe für Frauen. Gesundheitsleitlinie. URL: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Patientenleitlinien/Patientenleitlinie_Brustkrebs_Fruherkennung.pdf [2020-11-22]

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2014): S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientin mit Zervixkarzinom, Langversion, 1.0, 2014, AWMF-Registernummer: 032/0330L. URL: <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>, [2020-11-04]

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2014b): S3-Leitlinie Prävention von Hautkrebs, Langversion 1.1, 2014. AWMF Registernummer: 032/0520L. URL: <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html> [2020-10-05]

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2015): Früherkennung von Prostatakrebs – Information für Männer. Gesundheitsleitlinie. Zweite Auflage, Juli 2015. URL: <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de>

de/patientenleitlinien/prostatakrebs/ [2020-11-02]

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2015b): Früherkennung von Darmkrebs. Gesundheitsleitlinie. Erste Auflage, Juli 2015. URL: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Patientenleitlinien/Gesundheitsleitlinie_Darmkrebs_Fruherkennung.pdf [2020-11-22]

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2016): Prävention von Hautkrebs. Gesundheitsleitlinie. Erste Auflage, März 2016. URL: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Patientenleitlinien/Gesundheitsleitlinie_Hautkrebspraevention_v09-2016.pdf [2020-11-22]

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2018): Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Patientinnen mit Endometriumkarzinom, Langversion 1.0, 2018, AWMF Registernummer: 032/034-OL. URL: <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/endometriumkarzinom/> [2020-11-04]

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2018b): Eierstockkrebs. Ein Ratgeber für Patientinnen. Patientinnenleitlinie, April 2018. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/032-0350Lp_S3_Ovarialkarzinom_2020-08.pdf [2020-11-10]

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2019): Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms. Langversion 5.1, 2019, AWMF Registernummer: 043/022OL. URL: <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/prostatakarzinom/> [2020-11-02]

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2019b): S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom, Langversion 2.1, 2019. AWMF Registrierungsnummer: 021/007OL. URL: <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/kolorektales-karzinom/> [2020-08-20]

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2020a): S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 4.3, 2020. AWMF Registernummer: 032-045OL. URL: <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/> [2020-09-20]

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2020b): S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Keimzelltumoren des Hodens, Langversion 1.1, 2020. AWMF-Registernummer: 043/049OL. <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/hodentumoren> [2020-08-10]

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2020c): S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Peniskarzinoms, Langversion 1.0, 2020. AWMF Registernummer: 043-042OL. URL: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/peniskarzinom/> [2020-11-02]

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2020d): S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge maligner Ovarialtumoren, Langversion 4.0, 2020. AWMF Registernummer: 032/035OL. URL: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/ovarialkarzinom/> [2020-11-10]

Lenz, J., Michal, M., Michal, M., Hes, O., Konečná, P., & Lenz, D. (2020): First Molecular Genetic Characterization of Skene's Gland Adenocarcinoma. *International journal of surgical pathology*, 1066896920947808. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/1066896920947808>

Leung, A., Sakkas, D., Pang, S., Thornton, K., & Resetkova, N. (2019): Assisted reproductive technology outcomes in female-to-male transgender patients compared with cisgender patients: a new frontier in reproductive medicine. *Fertility and sterility*, 112(5), 858–865. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.07.014>

Löhner, Christin (2020): Eintrag „GaOP Nachsorge – Nachsorge nach der geschlechtsangleichenden Operation – Nachsorge Neovagina – Bougieren“, veröffentlicht auf der Website des VDGE e.V. am 29.07.2020. URL: <https://www.vdge.org/2020/02/08/gaop-nachsorge-nachsorge-nach-der-geschlechtsangleichenden-operation-nachsorge-neovagina/> [2020-10-28]

MacDonald, T., Noel-Weiss, J., West, D., Walks, M., Biener, M., Kibbe, A., & Myler, E. (2016): Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 16, 106. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0907-y>

MacDonald, Trevor (2018): „Transgender parents and chest/breastfeeding“. Artikel auf dem Portal KellyMom. URL: <https://kellymom.com/bf/got-milk/transgender-parents-chestbreastfeeding/> [2020-11-26]

Machetanz, Lena (2016): Eintrag „Gynäkologische Untersuchung“ auf dem Webportal NetDoktor, URL: <https://www.netdoktor.de/diagnostik/gynaekologische-untersuchung/> [2020-11-17]

Matoso, A., Khandakar, B., Yuan, S., Wu, T., Wang, L. J., Lombardo, K. A., Mangray, S., Mannan, A., & Yakirevich, E. (2018): Spectrum of findings in orchiectomy specimens of persons undergoing gender confirmation surgery. *Human pathology*, 76, 91–99. <https://doi.org/10.1016/j.humpath.2018.03.007>

Majumder, A., Chatterjee, S., Maji, D., Roychaudhuri, S., Ghosh, S., Selvan, C., George, B., Kalra, P., Maisnam, I., & Sanyal, D. (2020): IDEA Group Consensus Statement on Medical Management of Adult Gender Incongruent Individuals Seeking Gender Reaffirmation as Female. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, 24(2), 128–135. https://doi.org/10.4103/ijem.IJEM_593_19

- McFarlane, T., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2018): Gender-affirming hormone therapy and the risk of sex hormone-dependent tumours in transgender individuals-A systematic review. *Clinical endocrinology*, 89(6), 700–711. <https://doi.org/10.1111/cen.13835>
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2012): IGeL-Monitor: Ultraschall der Eierstöcke zur Krebsfrüherkennung Evidenzsynthese 1.0 – Erstbewertung. URL: https://www.igel-monitor.de/fileadmin/user_upload/Ultraschall_der_Eierstoecke_Erstbewertung_Synthese_und_Ergebnisbericht_1.0.pdf [2020-11-10]
- Meltzer Toby (2016): Vaginoplasty procedures, complications and aftercare. Published June 17, 2016 on the website of UCSF Transgender Care. URL: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines/vaginoplasty> [2020-08-05].
- Millington, K., Hayes, K., Pilcher, S., Roberts, S., Vargas, S. O., French, A., Veneris, J., & O'Neill, A. (2020): A serous borderline ovarian tumour in a transgender male adolescent. *British journal of cancer*, 10.1038/s41416-020-01129-4. Advance online publication. <https://doi.org/10.1038/s41416-020-01129-4>
- Moffa, Jamie (2019): Genital Tucking for Trans-Feminine Patients. Article for Pride in Practice, published July 15, 2019. URL: <https://www.prideinpractice.org/articles/transgender-genital-tucking-guide/> [2020-11-02].
- Montes Cardona, C. E., & García-Perdomo, H. A. (2017): Incidence of penile cancer worldwide: systematic review and meta-analysis. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, 41, e117. <https://doi.org/10.26633/RPSP2017.117>
- Morris, B. J., Gray, R. H., Castellsague, X., Bosch, F. X., Halperin, D. T., Waskett, J. H., & Hankins, C. A. (2011): The Strong Protective Effect of Circumcision against Cancer of the Penis. *Advances in urology*, 2011, 812368. <https://doi.org/10.1155/2011/812368>
- Morris, B. J., Moreton, S., & Krieger, J. N. (2019). Critical evaluation of arguments opposing male circumcision: A systematic review. *Journal of evidence-based medicine*, 12(4), 263–290. <https://doi.org/10.1111/jebm.12361>
- Morrison, S. D., Chen, M. L., & Crane, C. N. (2017): An overview of female-to-male gender-confirming surgery. *Nature reviews. Urology*, 14(8), 486–500. <https://doi.org/10.1038/nrurol.2017.64>
- Morrison, S. D., Massie, J. P., & Dellon, A. L. (2019): Genital Sensibility in the Neophallus: Getting a Sense of the Current Literature and Techniques. *Journal of reconstructive microsurgery*, 35(2), 129–137. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1667360>.
- Mosser, Scott (o.D.): Eintrag „FTM/N Chest Binding Guide and Safety Before Surgery“ auf der Website Gender Confirmation Center. URL: <https://www.genderconfirmation.com/chest-binding/> [2020-11-22]
- Müller-Oerlinghausen, Bruno & Kiebig, Gabriele Mariell (2018): *Berührung: Warum wir sie brauchen, und wie sie uns heilt*. Berlin: Ullstein.
- Muto, M., Inamura, K., Ozawa, N., Endo, T., Masuda, H., Yonese, J., & Ishikawa, Y. (2017): Skene's gland adenocarcinoma with intestinal differentiation: A case report and literature review. *Pathology international*, 67(11), 575–579. <https://doi.org/10.1111/pin.12571>
- de Nie, I., de Blok, C., van der Sluis, T. M., Barbé, E., Pigot, G., Wiepjes, C. M., Nota, N. M., van Mello, N. M., Valkenburg, N. E., Huime, J., Gooren, L., van Moorselaar, R., Dreijerink, K., & den Heijer, M. (2020): Prostate Cancer Incidence under Androgen Deprivation: Nationwide Cohort Study in Trans Women Receiving Hormone Treatment. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 105(9), e3293–e3299. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa412>
- Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C., Gooren, L., Kreukels, B., & den Heijer, M. (2019): Occurrence of Acute Cardiovascular Events in Transgender Individuals Receiving Hormone Therapy. *Circulation*, 139(11), 1461–1462. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.038584>
- Obedin-Maliver, J., Light, A., de Haan, G., & Jackson, R. A. (2017): Feasibility of Vaginal Hysterectomy for Female-to-Male Transgender Men. *Obstetrics and gynecology*, 129(3), 457–463. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001866>
- O'Connell HE & DeLancey JO (2005): Clitoral anatomy in nulliparous, healthy, premenopausal volunteers using unenhanced magnetic resonance imaging. *J Urol*. 2005 Jun;173(6):2060-3. doi: 10.1097/01.ju.0000158446.21396.c0.
- Oelke, Uta (2011): *In Guten Händen: Pflegebasiswissen*. 1. Auflage. Berlin: Cornelsen Verlag.
- Orlich, M. J., Singh, P. N., Sabaté, J., Fan, J., Sveen, L., Bennett, H., Knutsen, S. F., Beeson, W. L., Jaceldo-Siegl, K., Butler, T. L., Herzig, R. P., & Fraser, G. E. (2015): Vegetarian dietary patterns and the risk of colorectal cancers. *JAMA internal medicine*, 175(5), 767–776. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.59>
- Ostrzanski A. (2019): G-Spot Anatomy and its Clinical Significance: A Systematic Review. *Clinical anatomy (New York, N.Y.)*, 32(8), 1094–1101. <https://doi.org/10.1002/ca.23457>
- Otto, Susanne & Bühhmann, Wolfgang (2020): Eintrag „Krebsfrüherkennung beim Mann“ auf der Website Urologenportal. Aktualisiert am 31.8.2020. URL: <https://www.urologenportal.de/patienten/patienteninfo/patientenratgeber/krebsfrueherkennung-beim-mann.html> [2020-11-17].

- Pagenstedt, Georg (2020): „Hormontherapie für Frauen mit Kinderwunsch“. Artikel auf dem Internetportal Fertila, zuletzt bearbeitet am 1.9.2020. URL: <https://fertila.de/hormontherapie-frauen-mit-unerfuehltem-kinderwunsch/> [2020-10-10].
- Pan, S., Leung, C., Shah, J., & Kilchevsky, A. (2015): Clinical anatomy of the G-spot. *Clinical anatomy* (New York, N.Y.), 28(3), 363–367. <https://doi.org/10.1002/ca.22523>
- Pastor, Z., & Chmel, R. (2018): Differential diagnostics of female „sexual“ fluids: a narrative review. *International urogynecology journal*, 29(5), 621–629. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3527-9>
- Pauls R. N. (2015): Anatomy of the clitoris and the female sexual response. *Clinical anatomy* (New York, N.Y.), 28(3), 376–384. <https://doi.org/10.1002/ca.22524>
- Peitzmeier, S. M., Reisner, S. L., Harigopal, P., & Potter, J. (2014): Female-to-male patients have high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender females: implications for cervical cancer screening. *Journal of general internal medicine*, 29(5), 778–784. <https://doi.org/10.1007/s11606-013-2753-1>
- Peitzmeier, S., Gardner, I., Weinand, J., Corbet, A., & Acevedo, K. (2017): Health impact of chest binding among transgender adults: a community-engaged, cross-sectional study. *Culture, health & sexuality*, 19(1), 64–75. <https://doi.org/10.1080/13691058.2016.1191675>
- Petersen, Jana & Bryant, Olivia (2016): „Die Zervix kann Frauen zu sehr intensiven Orgasmen bringen“. Interview, veröffentlicht auf der Website des ZEIT-Magazins. URL: <https://www.zeit.de/zeit-magazin/leben/2016-07/zervix-sex-orgasmus-gebaermutterhals> [2020-11-05]
- Pfafs, J. G., Quintana, G. R., Mac Cionnaith, C., & Parada, M. (2016): The whole versus the sum of some of the parts: toward resolving the apparent controversy of clitoral versus vaginal orgasms. *Socioaffective neuroscience & psychology*, 6, 32578. <https://doi.org/10.3402/snp.v6.32578>
- Phillips, J., Fein-Zachary, V. J., Mehta, T. S., Littlehale, N., Venkataraman, S., & Slanetz, P. J. (2014): Breast imaging in the transgender patient. *AJR. American journal of roentgenology*, 202(5), 1149–1156. <https://doi.org/10.2214/AJR.13.10810>
- Pigot, G., Al-Tamimi, M., Ronkes, B., van der Sluis, T. M., Özer, M., Smit, J. M., Buncamper, M. E., Mullender, M. G., Bouman, M. B., & van der Sluis, W. B. (2019): Surgical Outcomes of Neoscrotal Augmentation with Testicular Prosthesis in Transgender Men. *The journal of sexual medicine*, 16(10), 1664–1671. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.07.020>
- Pigot, G., Sigurjónsson, H., Ronkes, B., Al-Tamimi, M., & van der Sluis, W. B. (2020): Surgical Experience and Outcomes of Implantation of the ZSI 100 FtM Malleable Penile Implant in Transgender Men After Phalloplasty. *The journal of sexual medicine*, 17(1), 152–158. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.09.019>
- Posmyk, Wiebke (2019): Eintrag „Klitoris (Kitzler): Sexuelle Lust und Erregung“ auf dem Portal Onmeda. Letzte Änderung: 24.01.2019. URL: <https://www.onmeda.de/sexualitaet/klitoris-sexuelle-lust-und-erregung-17175-2.html> [2020-11-02].
- Potter, J., Peitzmeier, S. M., Bernstein, I., Reisner, S. L., Alizaga, N. M., Agénor, M., & Pardee, D. J. (2015): Cervical Cancer Screening for Patients on the Female-to-Male Spectrum: a Narrative Review and Guide for Clinicians. *Journal of general internal medicine*, 30(12), 1857–1864. <https://doi.org/10.1007/s11606-015-3462-8>
- Prien, Peggy (2017): Eintrag „Das Mammographie-Screening als Früherkennungsmethode“ auf dem Onko-Internetportal der Krebsgesellschaft. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/brustkrebs/mammographie-screening.html> [2020-11-22]
- Prien, Peggy (2018a): Eintrag „Die Prostata - Anatomie und Funktion“ auf dem Onko-Internetportal der Krebsgesellschaft. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/prostatakrebs/anatomie-und-funktion.html> [2020-11-03]
- Prien, Peggy (2018b): Eintrag „Prostatakrebs, Krebs der Vorsteherdrüse“ auf dem Onko-Internetportal der Krebsgesellschaft. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/prostatakrebs/definition-und-haeufigkeit.html> [2020-11-03]
- Reisman, T., & Goldstein, Z. (2018): Case Report: Induced Lactation in a Transgender Woman. *Transgender health*, 3(1), 24–26. <https://doi.org/10.1089/trgh.2017.0044>
- Robert-Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg.) (2019): Krebs in Deutschland für 2015-2016. Aktualisierte, 12. Auflage. Berlin.
- Rodriguez, F. D., Camacho, A., Bordes, S. J., Gardner, B., Levin, R. J., & Tubbs, R. S. (2020): Female ejaculation: An update on anatomy, history, and controversies. *Clinical anatomy* (New York, N.Y.), 10.1002/ca.23654. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/ca.23654>
- Sarıkaya, S., & Ralph, D. J. (2017): Mystery and realities of phalloplasty: a systematic review. *Turkish journal of urology*, 43(3), 229–236. <https://doi.org/10.5152/tud.2017.14554>
- Scherübl H. (2020). Alcohol Use and Gastrointestinal Cancer Risk. *Visceral medicine*, 36(3), 175–181. <https://doi.org/10.1007/s00192-017-3527-9>

- Schneider, F., Kliesch, S., Schlatt, S., & Neuhaus, N. (2017): Andrology of male-to-female transsexuals: influence of cross-sex hormone therapy on testicular function. *Andrology*, 5(5), 873–880. <https://doi.org/10.1111/andr.12405>
- Schneider, F., Scheffer, B., Dabel, J., Heckmann, L., Schlatt, S., Kliesch, S., & Neuhaus, N. (2019): Options for Fertility Treatments for Trans Women in Germany. *Journal of clinical medicine*, 8(5), 730. <https://doi.org/10.3390/jcm8050730>
- Schober, J. M., Meyer-Bahlburg, H. F., & Dolezal, C. (2009): Self-ratings of genital anatomy, sexual sensitivity and function in men using the „Self-Assessment of Genital Anatomy and Sexual Function, Male“ questionnaire. *BJU international*, 103(8), 1096–1103. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2008.08166.x>
- Schubert, F. D., & Carey, J. M. (2020): Data unclear on pregnancy risk in transmasculine individuals on testosterone. *American journal of obstetrics and gynecology*, 222(4), 393–394. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.12.014>
- Selvaggi, G., Monstrey, S., Ceulemans, P., T'Sjoen, G., De Cuypere, G., & Hoebcke, P. (2007): Genital sensitivity after sex reassignment surgery in transsexual patients. *Annals of plastic surgery*, 58(4), 427–433. <https://doi.org/10.1097/01.sap.0000238428.91834.be>
- Shabanzadeh, D. M., Düring, S., & Frimodt-Møller, C. (2016): Male circumcision does not result in inferior perceived male sexual function - a systematic review. *Danish medical journal*, 63(7), A5245.
- Singh, Anneliese (2018): *The Queer and Transgender Resilience Workbook: Skills for Navigating Sexual Orientation and Gender Expression*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Singh-Ospina, N., Maraka, S., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017): Effect of Sex Steroids on the Bone Health of Transgender Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 102(11), 3904–3913. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01642>
- Sonnenblick, E. B., Shah, A. D., Goldstein, Z., & Reisman, T. (2018): Breast Imaging of Transgender Individuals: A Review. *Current radiology reports*, 6(1), 1. <https://doi.org/10.1007/s40134-018-0260-1>
- Spanos, C., Bretherton, I., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020): Effects of gender-affirming hormone therapy on insulin resistance and body composition in transgender individuals: A systematic review. *World journal of diabetes*, 11(3), 66–77. <https://doi.org/10.4239/wjcd.v11.i3.66>
- Statistisches Gesundheitsamt (2020): „Zahl der Schwangerschaftsabbrüche 2019 nahezu unverändert“. Pressemitteilung Nr. 070 vom 3. März 2020. Abrufbar unter URL: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/03/PD20_070_233.html;jsessionid=3079627FE12C96D6411BB8745E1C8FD1.internet8731 [2020-11-19]
- Stiftung Gesundheitswissen (2018): Eintrag „Eierstockkrebs-Früherkennung“ auf der Stiftungswebsite. Erstellt am 10.08.2018. URL: <https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/wissen/eierstockkrebs-frueherkennung/frueherkennung> [2020-11-10]
- Tangpricha, V., & den Heijer, M. (2017): Oestrogen and anti-androgen therapy for transgender women. *The lancet. Diabetes & endocrinology*, 5(4), 291–300. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(16\)30319-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30319-9)
- Tantamango-Bartley, Y., Jaceldo-Siegl, K., Fan, J., & Fraser, G. (2013): Vegetarian diets and the incidence of cancer in a low-risk population. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, co-sponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 22(2), 286–294. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-12-1060>
- Taub, R. L., Ellis, S. A., Neal-Perry, G., Magaret, A. S., Prager, S. W., & Micks, E. A. (2020): The effect of testosterone on ovulatory function in transmasculine individuals. *American journal of obstetrics and gynecology*, 223(2), 229.e1–229.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.01.059>
- Toivanen, R., & Shen, M. M. (2017): Prostate organogenesis: tissue induction, hormonal regulation and cell type specification. *Development (Cambridge, England)*, 144(8), 1382–1398. <https://doi.org/10.1242/dev.148270>
- T'Sjoen, G., Arcelus, J., Gooren, L., Klink, D. T., & Tangpricha, V. (2019): Endocrinology of Transgender Medicine. *Endocrine reviews*, 40(1), 97–117. <https://doi.org/10.1210/er.2018-00011>
- van der Sluis, W. B., Tuynman, J. B., Meijerink, W., & Bouman, M. B. (2019a): Laparoscopic Intestinal Vaginoplasty in Transgender Women: An Update on Surgical Indications, Operative Technique, Perioperative Care, and Short- and Long-Term Postoperative Issues. *The Urologic clinics of North America*, 46(4), 527–539. <https://doi.org/10.1016/j.ucl.2019.07.007>
- van der Sluis, W. B., Pigot, G., Al-Tamimi, M., Ronkes, B. L., de Haseth, K. B., Özer, M., Smit, J. M., Buncamper, M. E., & Bouman, M. B. (2019b): A Retrospective Cohort Study on Surgical Outcomes of Penile Prosthesis Implantation Surgery in Transgender Men After Phalloplasty. *Urology*, 132, 195–201. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2019.06.010>
- van der Sluis, W. B., Steensma, T. D., Timmermans, F. W., Smit, J. M., de Haseth, K., Özer, M., & Bouman, M. B. (2020): Gender-Confirming Vulvoplasty in Transgender Women in the Netherlands: Incidence, Motivation Analysis, and Surgical Outcomes. *The journal of sexual medicine*, 17(8), 1566–1573. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.04.007>
- Vieira, C. B., Feitoza, L., Pinho, J., Teixeira-Júnior, A., Lages, J., Calixto, J., Coelho, R., Nogueira, L., Cunha, I., Soares, F., & Silva, G.

(2020): Profile of patients with penile cancer in the region with the highest worldwide incidence. *Scientific reports*, 10(1), 2965. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-59831-5>

Vuik, F. E., Nieuwenburg, S. A., Bardou, M., Lansdorp-Vogelaar, I., Dinis-Ribeiro, M., Bento, M. J., Zadnik, V., Pellisé, M., Esteban, L., Kaminski, M. F., Suchanek, S., Ngo, O., Májek, O., Leja, M., Kuipers, E. J., & Spaander, M. C. (2019): Increasing incidence of colorectal cancer in young adults in Europe over the last 25 years. *Gut*, 68(10), 1820–1826. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2018-317592>

Wallen, K., & Lloyd, E. A. (2011): Female sexual arousal: genital anatomy and orgasm in intercourse. *Hormones and behavior*, 59(5), 780–792. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2010.12.004>

Weinand, J. D., & Safer, J. D. (2015): Hormone therapy in transgender adults is safe with provider supervision; A review of hormone therapy sequelae for transgender individuals. *Journal of clinical & translational endocrinology*, 2(2), 55–60. <https://doi.org/10.1016/j.jcte.2015.02.003>

Weyers, S., Garland, S. M., Cruickshank, M., Kyrgiou, M., & Arbyn, M. (2020): Cervical cancer prevention in transgender men: a review. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 10.1111/1471-0528.16503. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16503>

Wierckx, K., Elaut, E., Declercq, E., Heylens, G., De Cuypere, G., Taes, Y., Kaufman, J. M., & T'Sjoen, G. (2013): Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: a case-control study. *European journal of endocrinology*, 169(4), 471–478. <https://doi.org/10.1530/EJE-13-0493>

Winkler-Crepaz, K., Müller, A., Böttcher, B., Wildt, L. (2017): Hormonbehandlung bei Transgenderpatienten. *Gynäkologische Endokrinologie* 2017 · 15:39–42. DOI 10.1007/s10304-016-0116-9

World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research (2018): Continuous Update Project Research Report 2018. Diet, Nutrition, Physical Activity, and Breast Cancer. Available at dietaandcancerreport.org.

World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (2012a): Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 7th Version. Abrufbar unter URL: <https://wpath.org/publications/soc> [2020-11-24].

World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (2012b): Standards of Care: Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen. 7. Version. Abrufbar unter URL: <https://wpath.org/publications/soc> [2020-11-24].

Wright, Masina (o.D.): Care of the Neovagina. Published at: The Wright Doctor - Modern Medicine, Old Fashioned Care. <http://thewrightdoctor.com/lgbttiq/care-of-the-neovagina/> [2020-08-05]

UCSF Transgender Care, Department of Family and Community Medicine, University of California San Francisco (2016): Guidelines for the Primary and Gender-Affirming Care of Transgender and Gender Nonbinary People; 2nd edition. Deutsch MB, ed. June 2016. Available at transcare.ucsf.edu/guidelines.

Yeung, H., Luk, K. M., Chen, S. C., Ginsberg, B. A., & Katz, K. A. (2019a): Dermatologic care for lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: Epidemiology, screening, and disease prevention. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 80(3), 591–602. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.02.045>

Yeung, H., Kahn, B., Ly, B. C., & Tangpricha, V. (2019b): Dermatologic Conditions in Transgender Populations. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, 48(2), 429–440. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.005>

Yiallourous, Maria (2017a): Eintrag „Hodenkrebs“ auf dem Onko-Internetportal. Letzte Aktualisierung: 08.12.2017. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/andere-krebsarten/hodenkrebs/definition-und-haeufigkeit.html> [2020-11-24]

Yiallourous, Maria (2017b): Eintrag „Früherkennung von Hodenkrebs“ auf dem Onko-Internetportal. Letzte Aktualisierung: 25.04.2017. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/andere-krebsarten/hodenkrebs/frueherkennung.html> [2020-11-24]

Yiallourous, Maria (2017c): Eintrag „Hoden – Aufbau und Funktion“ auf dem Onko-Internetportal. Letzte Aktualisierung: 25.04.2017. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/andere-krebsarten/hodenkrebs/anatomie.html> [2020-11-24]

Yiallourous, Maria (2018a): Eintrag „Gebärmutterhalskrebs, Zervixkarzinom - Früherkennung und Vorsorge“ auf dem Onko-Internetportal. Letzte Aktualisierung: 14.05.2018. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/andere-krebsarten/gebaermutterhalskrebs/frueherkennung.html> [2020-11-06]

Yiallourous, Maria (2018b): Eintrag „Gebärmutterkörperkrebs, Endometriumkarzinom - Früherkennung“ auf dem Onko-Internetportal. Letzte Aktualisierung: 19.03.2018. URL: <https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/krebsarten/andere-krebsarten/gebaermutterkoerperkrebs/frueherkennung.html> [2020-11-06]

Zaviačić, Milan (1999): *The Human Female Prostate*. Bratislava: Slovak Academic Press.

Zavjačić, M., & Ablin, R. J. (2000): The female prostate and prostate-specific antigen. Immunohistochemical localization, implications of this prostate marker in women and reasons for using the term „prostate“ in the human female. *Histology and histopathology*, 15(1), 131–142. <https://doi.org/10.14670/HH-15.131>

