

Das Kind im Manne

Wenn trans Männer Kinder kriegen

Anja Biewald
18668681

Céline Rückert
18668814

Departement Gesundheit
Institut für Hebammen

Studienjahr: 2018
Eingereicht am: 26. April 2021
Begleitende Lehrperson: Julia Butz

**Bachelorarbeit
Hebamme**

Abstract

Darstellung der Thematik

Ein Kinderwunsch ist unabhängig von Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung. Trans Männer werden mit biologisch weiblichen Geschlechtsorganen geboren. Es zeigt sich eine steigende Prävalenz von trans Menschen in der Gesellschaft. Aufgrund cisnormativen Wertvorstellungen werden trans Männer im gesellschaftlichen Kontext oftmals mit Diskriminierung und Stigmatisierung konfrontiert.

Ziel

Ziel dieser Arbeit ist es, die in der Literatur beschriebenen Erkenntnisse über die Bedürfnisse von trans Männern in Verbindung mit einer biologischen Schwangerschaft darzustellen. Daraus sollen Betreuungsschwerpunkte für die Hebammenarbeit im geburtshilflichen Setting abgeleitet werden. Das übergeordnete Ziel ist die Sensibilisierung der Thematik.

Methode

Anhand von fünf Studien, aus zwei Datenbanken, wurde ein Literaturreview verfasst.

Ergebnisse

Ein Kinderwunsch kann bei trans Männern vorhanden sein, eine biologische Schwangerschaft ist möglich. Oftmals wurde das Gefühl von Einsamkeit im Prozess des Elternwerdens genannt. Bei Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe, wurden trans Männer oftmals mit Diskriminierung und Stigmatisierung konfrontiert. Das Gesundheitsfachpersonal kann die Inklusion von trans Männern fördern, durch Anwendung von interkultureller Kompetenz, geschlechtergerechter Sprache, Unterstützung in der Identitätsfindung, Wissenserweiterung und einer verständnisvollen, wertfreien und respektvollen Betreuung.

Schlussfolgerung

Es bedarf weiterer Forschung und Wissenserweiterung, um eine bedürfnisorientierte, wertfreie Schwangerschaftsbetreuung für trans Männer zu gewährleisten. Voraussetzung dafür ist die Sensibilisierung der Hebammen.

Keywords

trans Mann, trans Schwangerschaft, Elternschaft, Bedürfnisse, Hebammenbetreuung

«Wanting to have a biological child is neither a male nor female desire, but a human desire» (Beatie, 2008, zitiert nach Stern, 2008).

Vorwort

Die vorliegende Bachelorarbeit richtet sich an Hebammen und andere Fachpersonen des Gesundheitswesens. Es wird somit ein medizinisches Grundverständnis vorausgesetzt. Begriffe, welche für das Verständnis der Thematik relevant sind, werden bei der Erstnennung mit einem Stern (*) gekennzeichnet und im Glossar unter Anhang A aufgelistet und erläutert.

Bei der Auseinandersetzung mit der Thematik wurde deutlich, dass die Terminologie von trans Menschen auf einem breiten Spektrum liegt. In vorliegender Bachelorarbeit wird zum besseren Verständnis der Terminus trans in Kombination mit weiteren Begrifflichkeiten verwendet. Diese Schreibweise soll alle trans Männer inkludieren, im Wissen, dass die Selbstbezeichnung von dieser Schreibweise abweichen kann. Des Weiteren werden in Anlehnung an den Leitfaden «Geschlechtergerecht in Text und Bild» der Universität Zürich (UZH) in dieser Arbeit unterschiedliche Sprachanwendungen verwendet, um eine geschlechtergerechte Sprache zu gewährleisten (UZH, 2018). Eine Ausnahme bildet die Bezeichnung «Hebamme», welche im deutschen Sprachgebrauch sowohl für das weibliche als auch für das männliche Geschlecht gebräuchlich ist.

Mit dem Begriff «die Autorinnen» sind die Verfasserinnen dieser Bachelorarbeit gemeint. Die Autorinnen und Autoren der analysierten Studien werden als «Forschende» bezeichnet.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Darstellung der Thematik	1
1.2	Begründung der Themenwahl	1
1.3	Relevanz für die Praxis	2
1.4	Zielsetzung	3
1.5	Fragestellung	4
2	Methode	5
2.1	Datenbanken	5
2.2	Ein-/Ausschlusskriterien.....	5
2.3	Literaturrecherche.....	5
2.4	Studienanalyse	6
3	Theoretischer Hintergrund	7
3.1	Geschlecht.....	7
3.2	Abweichungen der Geschlechtskongruenz	8
3.3	Transition	10
3.3.1	Hormonbehandlung Testosteron	11
3.3.2	Geschlechtsangleichende Operationen.....	12
3.4	Optionen Fertilität.....	12
3.5	Rechtslage in der Schweiz	13
3.6	Trans Menschen im gesellschaftlichen Kontext.....	15
4	Ergebnisse	18
4.1	Studienauswahl.....	18
4.2	Studie A: Charter et al. (2017).....	19
4.2.1	Zusammenfassung	20
4.2.2	Würdigung.....	21
4.3	Studie B: Ellis et al. (2014).....	22
4.3.1	Zusammenfassung	23

4.3.2	Würdigung.....	24
4.4	Studie C: Hoffkling et al. (2017).....	26
4.4.1	Zusammenfassung	27
4.4.2	Würdigung.....	28
4.5	Studie D: Light et al. (2014).....	30
4.5.1	Zusammenfassung	31
4.5.2	Würdigung.....	31
4.6	Review E: Besse et al. (2020)	33
4.6.1	Zusammenfassung	34
4.6.2	Würdigung.....	35
5	Diskussion	37
5.1	Identitätsfindung.....	37
5.2	Geschlechtsdysphorie.....	40
5.3	Hormonelle Transition	41
5.4	Umgang durch Gesundheitsfachpersonal	43
5.5	Gesellschaftliche Normen	45
6	Schlussfolgerung	48
6.1	Theorie-Praxis-Transfer	48
6.2	Limitationen	52
6.3	Ausblick	52

1 Einleitung

1.1 Darstellung der Thematik

Kinderwunsch wird als Wunsch und Bedürfnis eigene Kinder zu haben definiert. Laut Charter et al. (2017) ist der Kinderwunsch ein Bedürfnis, welches nicht nur mit cis* Frauen assoziiert ist. Wie eingangs mit dem Zitat erwähnt, ist ein Kinderwunsch unabhängig von Geschlechtsidentität oder sexueller Orientierung. Trans Männer* werden mit den biologisch weiblichen Geschlechtsorganen geboren, welche für eine Schwangerschaft und Geburt Voraussetzung sind (Charter et al., 2017; Hoffkling et al., 2017; Light et al., 2014).

Um das biologische Geschlecht der empfundenen Geschlechtsidentität anzugleichen, bestehen für den trans Mann unterschiedliche Möglichkeiten. Die Transitionsmöglichkeiten können einen Einfluss auf die reproduktiven Wünsche haben (Auer et al., 2018). Mit den Fortschritten der Medizin öffnen sich neue Themenbereiche, die bis anhin nicht bekannt und nur wenig erforscht waren (Besse et al., 2020). Für trans Männer besteht die Möglichkeit trotz vorausgegangener Hormontherapie schwanger zu werden (Light et al., 2014).

Die Prävalenz von trans Menschen nimmt zu. Begünstigt wird dies durch kulturelle Veränderungen und der damit verbundenen zunehmenden Offenheit bezüglich Diversität (Flütsch, 2017).

Die selektierten Studien, Charter et al. (2017), Ellis et al. (2014), Hoffkling et al. (2017), Light et al. (2014) und Besse et al. (2020), untersuchen das Erleben einer biologischen Schwangerschaft von trans Männern. Darin wird mehrfach darauf hingewiesen, dass die gesundheitliche Betreuung nicht immer optimal verläuft. Durch die Medikalisierung der Schwangerschaft werden Menschen zunehmend mit dem Gesundheitswesen konfrontiert (Besse et al., 2020). Bereits der Zugang zu medizinischen Dienstleistungen gestaltet sich für trans Männer als herausfordernd. Trans Menschen werden mit Diskriminierung, Stigmatisierung und Transphobie* konfrontiert. Als Gründe werden Unsicherheit im Umgang und fehlendes Wissen in dieser Thematik seitens des Gesundheitsfachpersonals genannt (Besse et al., 2020).

1.2 Begründung der Themenwahl

Weltweit wird eine Zunahme von trans Männern beobachtet, so auch in der Schweiz (N. Flütsch, persönliche Kommunikation, 18. Mai 2020; Olyslager & Conway, 2007).

Durch die Entwicklung der Medizin werden fortlaufend neue Gebiete erforscht. (Besse et al., 2020). Dieser Umstand erfordert stetige Weiterbildung des Gesundheitsfachpersonals. Aus diesem Grund erscheint die Relevanz dieser Thematik auch für Hebammen deutlich. Dieses Wissen wird in Zukunft zunehmend gefragt sein (N. Flütsch, persönliche Kommunikation, 18. Mai 2020). Die Hebamme begleitet Familien während der Schwangerschaft, unter der Geburt oder im Wochenbett und unterstützt sie mit ihrem Fachwissen. Das Fachwissen wird ergänzt durch weitere Kompetenzen des Canadian Medical Education Directives for Specialists (CanMEDS) Rollenmodells. Obschon Schwangerschaft, Geburt und Stillen ausschliesslich dem weiblichen Geschlecht zugeordnet werden, benötigen Menschen, die sich nicht als cis Frau identifizieren ebenso eine Betreuung durch die Hebamme (MANA, 2016).

1.3 Relevanz für die Praxis

Das Phänomen der trans Identität* nimmt laut Flütsch (2017) in der Gesellschaft zu. Genaue Zahlen zur Prävalenz von trans Menschen existieren nicht. Es wird von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen (Coleman et al., 2012). Die WHO schätzt die weltweite Prävalenz von transgeschlechtlichen Menschen und jenen, die einer weiteren Geschlechtsminorität angehören, auf 0.3 – 0.5 Prozent, beziehungsweise 25 Millionen Menschen (Thomas et al., 2017). Die Prävalenz wurde in der Schweiz bisher noch nie erfasst (TGNS, o. D.). In der Schweiz wird sie auf 1:2000 trans Männer geschätzt.

Die Prävalenz des Kinderwunsches bei trans Männern wurde 2012 von Wierckx et al. in Belgien erhoben. Die Stichprobe umfasste 50 trans Männer, wobei 54% einen Kinderwunsch äusserten. 37% dieser Menschen wünschten sich ein biologischer Elternteil zu sein (Wierckx et al., 2012). Offizielle Zahlen zu trans Männern, die ein Kind geboren hatten, liegen nicht vor. Reis (2020) folgert, dass die bis anhin niedrige Zahl von trans Männern, die ein Kind gebären, steigen wird.

Um den Wunsch einer biologischen Elternschaft zu erfüllen bestehen unterschiedliche Möglichkeiten. Biologische Schwangerschaften von trans Männern werden von Staat, Gesellschaft und Medizin aktiv erschwert und verhindert (Spahn, 2019). Folglich gehen sie aus diesem Grund ihrem Wunsch nach eigenen Kindern oftmals nicht nach (Spahn, 2019).

Laut Stroumsa et al. (2018) impliziert der Begriff «Frauengesundheit» einen Bereich, der nur cis Frauen inkludiert. Dadurch werden transgeschlechtliche und geschlechtervariante Menschen, die sich nicht als cis Frau identifizieren, aber dennoch die Dienste des Gesundheitsfachpersonals benötigen, ausgegrenzt. Stroumsa et al. (2018) erwähnen weiter, dass die generelle Verwendung der cisnormativen Sprache transgeschlechtliche und geschlechtervariante Menschen davon abhält, die benötigte Versorgung in Anspruch zu nehmen. Ebenso besteht ein Mangel an adäquaten Informationen bezüglich Schwangerschaft bei trans Männern. Bereits 2014 sprach sich die Midwives Alliance of North America (MANA) für die Unterstützung in der Betreuung von trans Menschen aus. Im deutschsprachigen Raum beschäftigt sich seit 1980er Jahren ein Expertengremium mit den Anforderungen an den Hebammenberuf, welche zur Professionalisierung beitragen soll. Dabei soll der Bereich der Ausbildung, der Praxis, der Wissenschaft und der Forschung erweitert werden (Brendel, 2020). Im Rahmen der Professionalisierung der Ausbildung ist die Entwicklung von Hebammenkompetenzen vorgesehen. Nach wie vor bestehen internationale Unterschiede bezüglich der Ausbildung von Hebammenkompetenzen, basierend auf den weltweit unterschiedlichen Bildungs- und Gesundheitssystemen, in denen Hebamme arbeiten (Schläppy et al., 2020). Am Beispiel der Schweiz basieren die Kompetenzen der Hebamme auf dem CanMEDS Rollenmodell des Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (Royal College). Anhand dieses Modells sollen Gesundheitsfachpersonen optimal auf einen sich ständig verändernden Berufsalltag vorbereitet werden (ZHAW, o. D.). Aufgrund der unterschiedlichen Kompetenzprofile wird in internationalen Studien daher oftmals der Begriff «Health care professional» verwendet, welcher Hebammen inkludiert.

1.4 Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist es, die in der Literatur beschriebenen Erkenntnisse über die Bedürfnisse von trans Männern in Verbindung mit einer biologischen Schwangerschaft darzustellen. Daraus sollen Betreuungsschwerpunkte für die Hebammenarbeit im geburtshilflichen Setting abgeleitet werden.

Das übergeordnete Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit ist eine Wissenserweiterung und Enttabuisierung der Thematik, um möglicher Diskriminierung, Stigmatisierung und Ausgrenzung vorzubeugen. Durch Sensibilisierung und Wissensvermittlung

sollen bestehende Unsicherheiten im Umgang mit trans Männern im geburtshilflichen Kontext abgebaut werden.

Das Bewusstsein der CanMEDS Rollen soll durch die vorliegende Bachelorarbeit hervorgehoben werden, damit Hebammen trans Männer im Prozess der Schwangerschaft begleiten, unterstützen und empowern können.

1.5 Fragestellung

Welche Bedürfnisse werden von trans Männern in Bezug auf die Schwangerschaft in der Literatur beschrieben und welche Betreuungsschwerpunkte leiten sich daraus für die Hebammenprofession ab?

2 Methode

Bei der vorliegenden Bachelorarbeit handelt es sich um ein Literaturreview. Dabei werden aktuelle, relevante Studien zusammengefasst, kritisch gewürdigt und miteinander verglichen. In diesem Kapitel wird auf die dazugehörige Datenbankrecherche eingegangen. Es wird aufgezeigt, welche Datenbanken für die Arbeit berücksichtigt, welche Keywords, Ein- und Ausschlusskriterien definiert und wie die Studien ausgewählt werden.

2.1 Datenbanken

In den Fachdatenbanken APA PsycINFO, CINAHL Complete, Google Scholar, LIVIVO, MEDLINE, PubMed und ScienceDirect wird nach passenden Studien recherchiert. Auf PubMed und CINAHL Complete werden die ausgewählten Studien gefunden. Diese zwei Datenbanken erweisen sich aufgrund ihrer Grösse, Aktualität und dem Bezug zur Medizin als passend.

2.2 Ein-/Ausschlusskriterien

Nach der Prüfung der Relevanz wurde ausschliesslich Literatur eingeschlossen, in der trans Männer von ihren Erfahrungen mit biologischer Schwangerschaft und über die Betreuung durch das Gesundheitsfachpersonal berichten. Ausserdem wurde für die eingeschlossene Literatur eine zeitliche Grenze von nicht älter als zehn Jahre festgelegt.

Ausgeschlossen wurden Publikationen, welche in ihren Stichproben nebst trans Männern auch trans Frauen* einschlossen. Ebenso wurden weitere Methoden, den Kinderwunsch zu erfüllen, beispielsweise Adoption oder Leihmutterschaft, ausgeschlossen. Der Einschluss dieser Literatur hätte den Umfang dieser Bachelorarbeit überschritten. Um die Fragestellung einzugrenzen wird nicht auf die präkonzeptionelle Phase eingegangen.

2.3 Literaturrecherche

Zur Beantwortung der Fragestellung werden in einem ersten Schritt die Datenbanken APA PsycINFO, CINAHL Complete, Google Scholar, LIVIVO, MEDLINE, PubMed und ScienceDirect verwendet. Für die Literaturrecherche werden aus den verschiedenen Elementen der Fragestellung Keywords definiert. Es wird nach Synonymen der Keywords gesucht und ins Englische übersetzt (vgl. Tabelle 1). Für

die Bezeichnung trans Mann werden die englischen Begriffe «transgender», «transgender m*n», «transm*n», «transitioning m*n», «trans m*n» und «transmasculine» eingesetzt. Ausserdem werden die Keywords «pregnancy», «birth», «lactation», «chestfeeding» und «desiree's baby» verwendet. Zur Optimierung der Datenbankrecherche werden die Booleschen Operatoren AND und OR verwendet, sowie Trunkierungszeichen (*) eingesetzt.

Tabelle 1

Darstellung der Keywords, eigene Darstellung

Keywords Deutsch	Keywords Englisch
trans Menschen, transgeschlechtlich	transgender*
trans Mann, transmännlich	transmen, transgender man, transgender men, transitioning men, trans man, trans men, transmasculine
präkonzeptionelle Betreuung	preconception care
Kinderwunsch	desiree's baby
Schwangerschaft	pregnancy, trans pregnancy
Elternschaft	parenthood, parenting
Hebamme, Geburtshilfe	midwifery
Zugang zum Gesundheitswesen, Barrieren	access to care, health care access, barriers

Für weitere ergänzende Literatur werden Fachpersonen kontaktiert.

Des Weiteren wird mittels Schneeballsystem* nach weiterer geeigneter Literatur gesucht. In der Elektronischen Zeitschriftenbibliothek (EZB) der ZHAW werden ausserdem relevante Zeitschriften gefunden.

2.4 Studienanalyse

Die fünf selektierten Studien werden mittels eines Critical Appraisals (AICA) nach Ris und Preusse-Bleuler (2015) zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Das Review wird nach dem Critical Appraisal Skills Programme (CASP) für systematische Reviews (CASP, 2018) zusammengefasst und kritisch gewürdigt. Die Qualität der Studien und des Reviews wird anhand der Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985) beurteilt. Das Evidenzlevel des Reviews wird mittels der 6S Pyramide nach DiCenso (2009) eingeschätzt.

3 Theoretischer Hintergrund

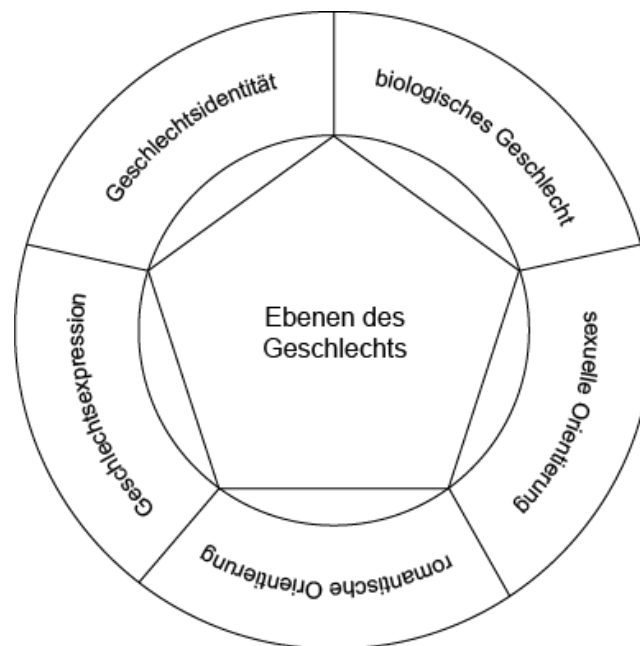
Im folgenden Kapitel werden Grundlagen erläutert und Begriffe definiert, um der Leserschaft ein umfassendes Verständnis zum Thema Transgeschlechtlichkeit zu ermöglichen.

3.1 Geschlecht

Im folgenden Abschnitt wird die Multidimensionalität des Begriffes Geschlecht in Anlehnung an Drevin (2017) aufgezeigt. Die einzelnen Ebenen sind unabhängig voneinander zu betrachten (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1

Ebenen des Geschlechts, in Anlehnung an Drevin (2017), eigene Darstellung



Die «Geschlechtsidentität» bezeichnet das selbst empfundene Geschlecht. Formen der Geschlechtsidentität sind die binären* Kategorien «Frau» oder «Mann» oder weitere nicht binäre* Formen. Im Englischen wird hierfür der Begriff Gender verwendet. Transgeschlechtlichkeit gehört in die Ebene der Geschlechtsidentität, wobei die selbst empfundene Geschlechtsidentität nicht mit dem biologischen Geschlecht übereinstimmt (Drevin, 2017).

Das «biologische Geschlecht» wird bei der Geburt festgelegt. Anatomische, hormonelle und genetische Faktoren sind dabei Entscheidungsgrundlagen. Es wird

zwischen männlich, weiblich und intergeschlechtlich differenziert. Im Englischen wird hierfür der Begriff «sex» verwendet (Drevin, 2017).

Die «sexuelle Orientierung» beschreibt die sexuelle Anziehung zu einer Person. Im binären System stellt die Heterosexualität die häufigste Form dar, gefolgt von der Homosexualität. Weitere Formen der sexuellen Orientierung sind beispielsweise Bisexualität*, Asexualität* oder Pansexualität* (Drevin, 2017).

Die «romantische Orientierung» beschreibt in wen sich ein Mensch verliebt. Sie ist von der sexuellen Orientierung zu differenzieren, wobei die romantische und die sexuelle Orientierung häufig übereinstimmen (Drevin, 2017).

Die «Geschlechtsexpression» stellt die äussere Erscheinungsform dar. Sie ist meist mit der gesellschaftlichen Umgebung assoziiert (Drevin, 2017). Die Geschlechtsexpression kann beispielsweise durch Namen, Pronomen, Kleidung, Verhalten oder Frisur ausgedrückt werden (TGNS, o. D.).

Häufig wird die Geschlechtsexpression spezifischen Stereotypen wie feminin oder maskulin zugeordnet, wobei auch weitere Formen existieren (Drevin, 2017).

3.2 Abweichungen der Geschlechtskongruenz

Wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben gibt es verschiedene Ebenen des Geschlechts. Abweichungen der Kongruenz werden in unterschiedlichen Klassifikationssystemen beschrieben, die nachfolgend erläutert werden.

In der überarbeiteten 5. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) von der American Psychiatric Association (APA), die ausschliesslich psychische Störungen und Verhaltensstörungen umfasst, wurde erstmals die neue Diagnose Geschlechtsdysphorie aufgeführt. Besteht eine Diskrepanz zwischen der empfundenen Geschlechtsidentität und dem biologisch zugeordneten Geschlecht, so wird diese als Geschlechtsinkongruenz bezeichnet. Wenn sich die Geschlechtsinkongruenz über einen Mindestzeitraum von sechs Monaten manifestiert und sie sich für die betroffene Person zum Leidensdruck entwickelt, wird von Geschlechtsdysphorie gesprochen (Wittchen et al., 2015).

Neben dem DSM bestehen weitere Klassifikationssysteme. Nachfolgend wird auf die International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) eingegangen, die das offizielle Klassifikationssystem der World Health Organization (WHO) darstellt. Die zurzeit noch geltende ICD-10 ordnet «Transsexualismus» (F64.0) den «Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen» (F6) zu.

«Transsexualismus» gilt als eine von mehreren «Geschlechtsidentitätsstörungen» (F64). Die Diagnose inkludiert den Wunsch, im anderen Geschlecht zu leben und anerkannt zu werden. Das eigene anatomische Geschlecht löst meist Unbehagen oder ein Gefühl der Nichtzugehörigkeit aus. Zur Angleichung des eigenen Körpers an das bevorzugte Geschlecht besteht der Wunsch nach chirurgischer und/oder hormoneller Behandlung (Mombour et al., 2015). Am 1. Januar 2022 soll voraussichtlich die neue ICD-11 Inkrafttreten. In der Neuauflage soll die Psychopathologisierung von trans Menschen aufgehoben und ein Versorgungsparadigma etabliert werden (Nieder et al., 2013). Nach Klein et al. (2015) soll die Diagnose als «Geschlechtsinkongruenz» definiert und aufgrund ihrer bis dato ungeklärten Genese ausserhalb des Kapitels der psychischen Störungen aufgelistet werden. Geschlechtsinkongruenz wird als «ausgeprägte und anhaltende Inkongruenz zwischen dem erfahrenen Geschlecht eines Menschen und dem zugeordneten Geschlecht» definiert (WHO, 2020). Der Fokus der Umstrukturierung liegt auf der Anti-Diskriminierung und De-Stigmatisierung.

Die Umstrukturierung der Klassifikationssysteme wird auch von der World Professional Association for Transgender Health (WPATH) unterstützt. Die siebte Version der Standards of Care (SOC) der WPATH von 2012, setzt sich für die Entpsychopathologisierung von trans Menschen ein. Das Ziel dabei ist, dass trans Menschen der Zugang zu multidisziplinärer Gesundheitsversorgung ermöglicht wird und sie im Einklang mit ihrem Geschlecht leben können. Die SOC betonen die Individualität der Ausprägung von Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie und die damit verbundenen körpermodifizierenden Behandlungen (Coleman et al., 2012).

MacDonald et al. (2016) zeigen den Zusammenhang zwischen den Handlungen und Äusserungen des Gesundheitsfachpersonals und der möglich resultierenden Geschlechtsdysphorie ihres Klientels auf. Gesundheitsfachpersonen können bei ihrem Gegenüber bewusst oder unbewusst Geschlechtsdysphorie verursachen oder verschlimmern. Durch eine angemessene, geschlechtergerechte Sprache, inklusive der Verwendung der präferierten Pronomen und einem respektvollen Umgang kann Geschlechtsdysphorie gelindert werden. Mit einer starken Konsensstärke wurde in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) -Leitlinie zu «Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit» auf S3-Niveau festgelegt, dass die individuelle geschlechtliche

Selbstbeschreibung der behandlingssuchenden Person im Rahmen des Erstkontaktes offen besprochen und in Absprache mit den Behandlungssuchenden anerkannt werden soll (DGfS, 2019). Durch das Vermitteln von Verständnis für Geschlechtsdysphorie und Transgeschlechtlichkeit kann Vertrauen seitens des Klientels gefördert und eine transkompetente Betreuung angeboten werden.

3.3 Transition

Transition im Zusammenhang mit trans Menschen bezeichnet den Prozess der Angleichung an die eigene Geschlechtsidentität, wenn diese vom biologisch zugeordneten Geschlecht abweicht. Eine Transition kann soziale, medizinische und rechtliche Komponenten beinhalten. Eine Hormontherapie oder geschlechtsangleichende Operationen stellen die medizinischen Komponenten dar. Die rechtliche Transition beinhaltet beispielsweise die Namens- und Personenstandsänderung (Queer Lexikon, 2020). Der Prozess der Transition ist individuell. Ein trans Mensch entscheidet selbst, welche geschlechtsspezifischen Massnahmen er zur Geschlechtsangleichung anstrebt. Unabhängig von den durchgeführten Transitionsmassnahmen kann er sich als trans Mann oder sie sich als trans Frau definieren. Das Ziel der Transition ist es, einen Umgang mit empfundener Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie zu finden (Gorton & Erickson-Schroth, 2017). Bei trans Männern kann ein weiteres Ziel die Maskulinisierung des Körpers durch Veränderung der sekundären Geschlechtsmerkmale* sein (Queer Lexikon, 2020).

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung für trans Menschen wird durch zahlreiche Barrieren erschwert. Diese beziehen sich vorwiegend auf strukturelle, rechtliche, finanzielle und gesellschaftliche Faktoren. Letztere äussern sich durch Angst vor Stigmatisierung und Diskriminierung, die den trans Menschen hindert Unterstützung zu suchen (Thomas et al., 2017).

Solange die primären Geschlechtsmerkmale* nicht angeglichen werden, besteht die Möglichkeit einer biologischen Schwangerschaft.

Flütsch (2017) hebt hervor, dass sich trans Männer häufig für eine Mastektomie* entscheiden. Jedoch wird die Entfernung der inneren weiblichen Geschlechtsorgane aus verschiedenen Gründen weniger häufig durchgeführt.

Aufgrund gesammelter Erkenntnisse von Dr. med. N. Flütsch (persönliche Kommunikation, 12. März 2021) mit rund 350 trans Männern in der Schweiz, werden

folgende Gründe für den Erhalt der inneren Genitalorgane genannt: die Operationsrisiken, wie Blutungen, Verletzungen anderer Organe oder Infektionen, ein offener Kinderwunsch, Angst vor der Narkose, fehlendes Bedürfnis, da die Organe nicht sicht- oder spürbar sind. Weiter erwähnt er den Erhalt der eigenen Hormondrüsen, falls die zu substituierenden Hormone nicht mehr verfügbar wären. (N. Flütsch, persönliche Kommunikation, 12. März 2021). Als weiteren möglichen Grund nennt Verlinden (2012) die bis anhin noch unbefriedigenden Ergebnisse von geschlechtsangleichenden Operationen. Nach Hysterektomie* und/oder Ovarektomie* ist eine natürliche Konzeption nicht mehr möglich (Flütsch, 2017). Der Kinderwunsch sollte vor Beginn einer Transition abgeklärt werden, da die Datenlage unklar ist, inwiefern sich eine geschlechtsangleichende Hormontherapie auf eine Schwangerschaft auswirkt (Besse et al., 2020; Coleman et al., 2012).

3.3.1 Hormonbehandlung Testosteron

Eine Möglichkeit der Geschlechtsangleichung bei trans Männern beinhaltet die Einnahme von Testosteron, um die weiblichen Hormone zu supprimieren. Testosteron bewirkt eine Virilisierung* der sekundären Geschlechtsmerkmale. Dies beinhaltet eine Veränderung der Stimme, des Brustwachstums, der Fettverteilung und der Behaarung (Flütsch, 2017). Ausserdem bewirkt die Testosteroneinnahme eine ovarielle Suppression, die einer hormonellen Antikonzepation gleicht. Die Testosteroneinnahme kann die Fertilität reduzieren, allerdings ist das Ausmass der Reversibilität unbekannt (Coleman et al., 2012). Light et al. (2014) hielten fest, dass 20% der Teilnehmenden während der Testosteroneinnahme und der damit verbundenen Amenorrhoe schwanger wurden. Daraus folgert, dass Testosteron nicht als Antikonzepativum verwendet werden kann. Bei 80% der Studienteilnehmenden setzte die erste Menstruation nach Absetzen des Testosterons innerhalb von sechs Monaten wieder ein. Die Dauer bis zum Eintreten einer Schwangerschaft war bei den Teilnehmenden unterschiedlich (Charter et al., 2017). Es mangelt an Wissen über antikonzepitive Methoden unter Testosteroneinnahme, sowohl bei trans Männern als auch beim Fachpersonal (Krempasky et al., 2019). Der Einfluss von Testosteron auf einen sich entwickelnden Fötus wird kontrovers diskutiert (Hoffkling et al., 2017; Krempasky et al., 2019). Ebenfalls ist die Forschungslage zum Einfluss von Testosteron in menschlicher Milch auf das Neugeborene ist unzureichend (Hoffkling et al., 2017; Light et al., 2014). Daraus ableitend ergibt sich die Empfehlung, die

Testosteroneinnahme während der Schwangerschaft zu sistieren. Die Wiederaufnahme der Testosterontherapie nach der Geburt soll im interprofessionellen Kontext besprochen werden und soll sich an den Bedürfnissen des trans Mannes orientieren.

Häufige Nebenwirkungen der Testosterontherapie beinhalten eine Polyzythämie*, Zunahme von Ödemen, Veränderungen des emotionalen Befindens und eine gesteigerte Libido (Ellis et al., 2014; TGNS, o. D.). Zu den äusseren Nebenwirkungen zählen Veränderungen des Hautbildes, eine androgenetische Alopezie* und Veränderungen des Körperbildes durch Muskelzunahme. Nach Absetzen des Testosterons setzt die Feminisierung wieder ein (Besse et al., 2020). Kurz- und Langzeiteffekte von Testosteron fehlen in der Literatur (Hoffkling et al., 2017).

3.3.2 Geschlechtsangleichende Operationen

Zu den geschlechtsangleichenden Operationen für trans Männer zählen die Mastektomie, Metoidioplastik*, Phalloplastik*, Ovariectomie und Hysterektomie. Das operative Vorgehen bei der Mastektomie wird in der Literatur unterschiedlich beschrieben. Je nach Operationsart besteht die Möglichkeit zu Stillen, da die Laktogenese* I und II stattfinden kann. Aus diesem Grund sollten trans Männer auch über Milchstau und Mastitis aufgeklärt werden. Die Ovariectomie und Phalloplastik führen zu Infertilität, wobei bei der Phalloplastik die Ovarien intraabdominal belassen werden können und damit eine Eizellspende möglich wäre (Flütsch, 2017). Die Metoidioplastik beeinflusst die Fertilität nicht, Geschlechtsverkehr ist weiterhin möglich. Bei der Hysterektomie ist eine biologische Schwangerschaft nicht mehr möglich, eine Eizellspende hingegen schon.

Laut den SOC müssen folgende Voraussetzungen für eine geschlechtsangleichende Operation vorhanden sein: anhaltende Geschlechtsdysphorie, Urteilsfähigkeit und Volljährigkeit. Eine vorausgehende Hormontherapie ist nicht erforderlich (Coleman et al., 2012).

3.4 Optionen Fertilität

Für trans Männer bestehen verschiedene Möglichkeiten zur Fertilitätserhaltung und zur Ermöglichung einer Konzeption. Es besteht die Option der Kryokonservierung von Ovarialgewebe, Eizellen oder Embryonen. Die Entnahme von unreifem Ovarialgewebe im präpubertalen Stadium ist noch nicht etabliert (De Roo et al.,

2016). Nach der Pubertät besteht für trans Männer die Möglichkeit der Eizellentnahme (Cheng et al., 2019). In Art. 15 Abs. 1 Ziff. 1 des Fortpflanzungsmedizingesetzes (FMedG) ist festgehalten, dass die Kryokonservierung von Gameten sowie Embryonen in der Schweiz für maximal zehn Jahre erlaubt ist. Auer et al. (2018) leiten aus ihrer Untersuchung die Erkenntnis ab, dass trans Menschen über Optionen zur Fertilitätserhaltung aufgeklärt werden möchten, bevor eine geschlechtsangleichende Hormontherapie begonnen wird. Ausserdem besteht die Möglichkeit der Insemination, wenn ein cis männlicher Partner nicht vorhanden ist oder der trans Mann in Beziehung mit einer cis Frau lebt. Die Insemination kann im Rahmen der assistierten Reproduktion (ART) durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt erfolgen oder aber auch im privaten Rahmen, als (Becher-)Samenspende.

Sofern die biologische Fertilität der Eizelle nicht eingeschränkt ist, ist für eine erfolgreiche Konzeption die Inanspruchnahme von ART nicht zwingend erforderlich. Die natürliche Konzeption durch Geschlechtsverkehr ist nach Absetzen des Testosterons die am häufigsten praktizierte Vorgehensweise bei noch vorhandenen weiblichen Geschlechtsorganen (Obedin-Maliver & Makadon, 2015). Der Menstruationszyklus setzt nach Sistieren der Hormontherapie mit Testosteron wieder ein.

3.5 Rechtslage in der Schweiz

In folgendem Kapitel wird die biologische Elternschaft von trans Männern im rechtlichen Kontext der Schweiz erläutert.

2017 hielt der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) fest, dass gegen den Art. 8 Abs. 1 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) verstossen wird, weil für einen Geschlechtswechsel zwei Nachweise erforderlich sind – einerseits eine geschlechtsverändernde Operation und andererseits die Aufhebung der Reproduktionsfähigkeit (Büchler & Cottier, 2020). Mit dieser Praxis kann ein trans Mensch das Recht auf Geschlechtsidentität nur erreichen, wenn ein Eingriff in die körperliche Integrität und in die reproduktive Autonomie erfolgt. Die erforderte Infertilität stellt einen Eingriff in die Grundrechte und menschliche Persönlichkeit dar (Büchler & Cottier, 2020).

Das Obergericht Zürich ist das erste Schweizer Obergericht, welches im Jahr 2011 erstmalig festhielt, dass die Änderung des amtlichen Geschlechts nicht mit

erzwungenen operativen Eingriffen mit resultierender Infertilität einhergehen dürfe. Dieser Ansicht folgten weitere Gerichte und das Eidgenössische Amt für das Zivilstandswesen (EAZW). Es ist eine zunehmende Tendenz von erstinstanzlichen Gerichten zu beobachten, die entschieden, dass für die Personenstandsänderung weder eine geschlechtsangleichende Operation noch Nachweise der Infertilität als Voraussetzung gelten dürfen. Mit diesem Urteil wird das Recht auf körperliche Integrität und Unversehrtheit respektiert. Als Voraussetzung für eine Personenstandsänderung soll gelten, dass Menschen zum einen das Wunschgeschlecht auf überzeugende Art leben und zum anderen auch von Dritten als zu diesem Geschlecht angehörig wahrgenommen werden (Büchler & Cottier, 2020).

Gemäss Art. 4 des FMedG sind in der Schweiz die Ei- und Embryonenspende sowie die Leihmutterchaft unzulässig. Dies würde für trans Männer eine weitere Option zur Erlangung der biologischen Elternschaft darstellen.

Die Samenspende ist in der Schweiz grundsätzlich erlaubt. Sie ist jedoch an Bedingungen geknüpft. Nach Art. 3 Abs. 3 des FMedG dürfen gespendete Samenzellen nur bei Ehepaaren verwendet werden. Der Zugang zur Samenspende ist für Menschen in einer eingetragenen Partnerschaft in der Schweiz verwehrt. Im April 2021 wurde das Referendum gegen die «Ehe für alle» eingereicht. Sofern das Gesetz bei der folgenden Volksabstimmung angenommen wird, wäre es verheirateten Frauenpaaren möglich eine professionelle Samenspende in der Schweiz in Anspruch zu nehmen (Pink Cross, 2021). Für trans Männer ist die Gesetzeslage weiterhin unklar geregelt.

Die Gesetzeslage bezüglich Konservierung der Gameten ist in Art. 15 Abs. 1 des FMedG geregelt. Die Kryokonservierung von Gameten sowie Embryonen ist in der Schweiz für maximal zehn Jahre erlaubt.

Das geltende Schweizer Recht zur Elternschaft wird im Schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB) erläutert. Mutterschaft entsteht einzig durch die Geburt eines Kindes oder durch Adoption (Art. 252 Abs. 1 & Abs. 3 ZGB). Der Vorgang der Geburt ist damit ausschlaggebend, welche Bezeichnung im Register erfolgt. Daraus lässt sich folgern, dass ein trans Mann, welcher ein Kind gebärt, als Mutter eingetragen wird. Die Anerkennung der Vaterschaft bedingt eine der folgenden Voraussetzungen: die Ehe mit der Mutter, bei fehlender Ehe die Vaterschaftsanerkennung, ein Vaterschaftsurteil oder die Adoption (Art. 252 Abs. 2 & Abs. 3 ZGB).

Basierend auf das im kanadischen Ontario im Jahr 2017 verabschiedete Gesetz «All Families Are Equal Act» befasst sich ein interdisziplinäres Expertengremium im Auftrag des Bundesamtes für Justiz aktuell mit der Einführung von Elternpositionen. Damit würde auf die aktuell geltenden Bezeichnungen «Mutter» und «Vater» verzichtet zugunsten der geschlechtsneutralen Elternbezeichnung «Geburtseltern» (Büchler & Cottier, 2020).

3.6 Trans Menschen im gesellschaftlichen Kontext

Die Gesellschaft ist geprägt von Normen und Wertvorstellungen.

Transgeschlechtlichkeit stellt dabei eine Abweichung der vorherrschenden Cis- und Heteronormativität* dar. Heteronormativität wird von Vetter (2010) als dichotome Weltanschauung beschrieben, welche sich durch ein binäres Denk- und Geschlechtersystem auszeichnet. Die Heterosexualität und Cisgeschlechtlichkeit werden dabei als Norm definiert. Trans Menschen weichen von der cisnormativen Anschauung ab. Als Folge dessen werden trans Menschen als antinormativ wahrgenommen (Spahn, 2019).

Oftmals werden trans Menschen mit Diskriminierung, Stigmatisierung, Transphobie und Gewalt konfrontiert (Besse et al., 2020; Spahn, 2019). Dies kann direkt, indirekt oder strukturell auftreten. Diskriminierung beschreibt eine Ungleichbehandlung, mit der Folge, dass ein Mensch benachteiligt oder herabgewürdigt wird (EDI, o. D.). Stigmatisierung beschreibt den Prozess, bei welchem Menschen innerhalb einer Gesellschaft aufgrund äußerer Merkmale negativ bewertet und marginalisiert werden (Universität Hamburg, o. D.). Eine Stigmatisierung stellt auch die Diagnose «Transsexualität» in der ICD-10 dar, da sie im Bereich der psychischen Erkrankungen kategorisiert ist. Die Einführung der ICD-11-Klassifikation hat eine Entstigmatisierung und Entpathologisierung von trans Menschen zum Ziel (Klein et al., 2015).

Transphobie definiert sich als soziale Abneigung oder Feindseligkeit gegenüber transgeschlechtlichen Menschen. Formen der Transphobie sind negative Bewertungen, Beschimpfungen, Herabwürdigungen, Benachteiligungen oder körperliche Angriffe (Stadt Wien, o. D.). Gewalt wird nach Spahn (2019) in physische, emotionale, institutionelle, verbale und sexualisierte Gewalt differenziert. In medizinischen Kontexten erleben trans Menschen Gewalt durch Pathologisierung, Objektifizierung, Abhängigkeiten und Entmündigung (Pohlkamp, 2014).

Die Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA) führte 2014 eine Studie durch, die spezifische Erfahrungen von trans Menschen erhob. 54% der Befragten äusserten, aufgrund ihrer Transgeschlechtlichkeit, in den vergangenen zwölf Monaten diskriminiert oder belästigt worden zu sein. Ausserdem schilderte jede dritte befragte Person eine erlebte Form von Gewalt in den vergangenen fünf Jahren (FRA, 2014).

Als belastende Faktoren nennen trans Männer Erfahrungen der Exklusion, Diskriminierung in unterschiedlichen Kontexten und Betreuungsangebote im Gesundheitswesen. Ebenso erfolgt die Ausgrenzung auch durch die Betrachtung der Schwangerschaft als rein femininer Prozess (Reis, 2020).

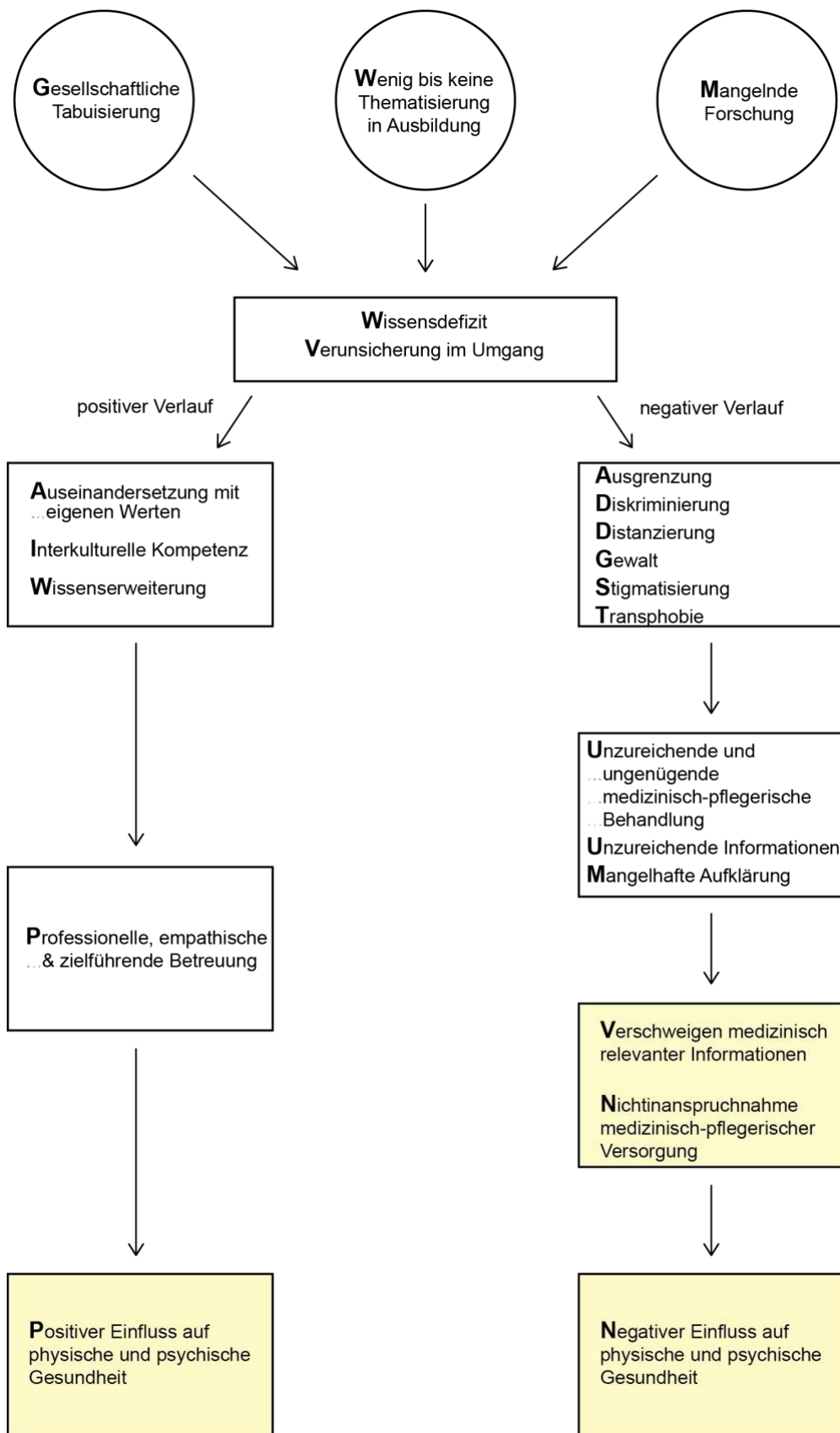
Aufgrund von Angst vor Diskriminierung und transphobischer Aussagen bis hin zu Angst vor Gewalt durch das Gesundheitsfachpersonal vermeiden trans Männer, wenn möglich, die Inanspruchnahme von Dienstleistungen des Gesundheitswesens (Hoffkling et al., 2017; Stroumsa et al., 2018). Dies kann weitreichende und schwerwiegende Folgen für die Gesundheit von trans Männern haben.

In der AWMF-Leitlinie «Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit» wurde mit starkem Konsens festgehalten, dass ein eingeschränkter Zugang zum Gesundheitssystem, Stigmatisierung und Diskriminierung für Menschen mit Geschlechtsinkongruenz/Geschlechtsdysphorie mit erheblichen gesundheitlichen Risiken, wie HIV, sexualisierter Gewalt, Depression und Suizidalität assoziiert ist (DGfS, 2019). Nieder et al. (2013) verdeutlichen die psychischen Komorbiditäten, wie affektive Störungen, Substanzmissbrauch und Angststörungen, die bei transgeschlechtlichen Menschen vermehrt auftreten. Die Vulnerabilität für psychische Erkrankungen kann durch die Marginalisierung verstärkt werden (Günther, 2016).

Den Fokus auf die Interaktion zwischen trans Menschen und dem Gesundheitsfachpersonal gerichtet, lassen sich folgende mögliche Verläufe ableiten (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2

Interaktion trans Menschen und Gesundheitsfachpersonen, in Anlehnung an Hoffking (2017), eigene Darstellung



□ Bezieht sich auf das Gesundheitsfachpersonal
■ Bezieht sich auf die trans Menschen

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die analysierten Studien und das narrative Literaturreview inhaltlich zusammengefasst und anschliessend gewürdigt. Die detaillierten Studienanalysen sind dem Anhang C zu entnehmen.

4.1 Studienauswahl

Aufgrund der Fragestellung und Zielsetzung dieser Bachelorarbeit wurden folgende fünf Studien miteinbezogen:

Tabelle 2

Übersicht der selektierten Studien zur Beantwortung der Fragestellung, eigene Darstellung

A	The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia von Charter, R., Ussher, J. M. & Robinson, K. (2017).
B	Conception, Pregnancy, and Birth Experiences of Male and Gender Variant Gestational Parents: It's How We Could Have a Family von Ellis, S. A., Wojnar, D. M. & Pettinato, M. (2014).
C	From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers von Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J. & Sevelius, J. (2017).
D	Transgender Men Who Experienced Pregnancy After Female-to-Male Gender Transitioning von Light, A. D., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J. M. & Kerns, J. L. (2014).
E	Experiences with Achieving Pregnancy and Giving Birth Among Transgender Men: A Narrative Literature Review von Besse, M., Lampe, N. M. & Mann, E. S. (2020).

4.2 Studie A: Charter et al. (2017)

Tabelle 3

Übersicht Studie Charter et al. (2017), eigene Darstellung

The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia	
Forschende	Rosie Charter, Jane M. Ussher, Janette Perz und Kerry Robinson
Publikationsjahr	2017
Land	Australien
Studiendesign	Mixed-Method
Stichprobe	25 trans Männer
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Trans Männer, mit biologischer Schwangerschaft
Zentrale Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Schulung des Gesundheitsfachpersonals von Relevanz • Mehr Sensibilität in der Betreuung von trans Männern mit Geschlechtsdysphorie • Mangelnde Informationsweitergabe des Gesundheitsfachpersonals • Fehlendes Wissen über Säuglingsernährung, inklusive des Stillens • Einsamkeit als zentrales Empfinden von trans Männern • Potenziell erhöhtes Risiko einer postpartalen Depression → Sensibilisierung des Gesundheitsfachpersonals
Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> • Geringe Varietät der Ergebnisse, aufgrund spezifischer Selektion • Probanden aus vorausgegangener Studie rekrutiert, die sich allein auf die Elternschaft fokussierte, dadurch lückenhafte Erkenntnisse über biologische Schwangerschaft
Theorie-Praxis-Transfer	<ul style="list-style-type: none"> • Wissensgrundlage für Gesundheitsfachpersonal • Förderung der Inklusivität durch Enttabuisierung • Relevanz der interprofessionellen Zusammenarbeit • Betreuung von trans Männern prä-, peri-, postpartal

4.2.1 Zusammenfassung

Trans Männer werden mit weiblichen Geschlechtsmerkmalen geboren, die es ihnen erlauben selbst schwanger zu werden. Bei vielen trans Männern ist ein Wunsch nach eigenen Kindern vorhanden. Es ist noch wenig bekannt und es gibt auch wenig Forschung über die Erfahrungen von trans Männern mit Kinderwunsch in Australien. Ziel der ausgewählten Studie ist es, die Erfahrungen von Betroffenen zu erfragen und damit die Lücken in der Literatur zu schliessen.

Folgende Forschungsfragen wurden demnach definiert: «Wie gestalten und erfahren australische trans Männer ihren Wunsch nach Elternschaft?» und «Wie gestalten australische trans Männer eine Schwangerschaft und wie erleben sie diese?».

Um an die Informationen zu gelangen, wendeten die Forschenden eine Mixed-Method an. Zur Erhebung der soziodemographischen Daten wurde eine Online-Umfrage durchgeführt. Zur qualitativen Datenerhebung wurde ein optionales Einzelinterview erstellt und geführt.

Die Stichprobe bestand aus 25 trans Männern im Alter zwischen 25–46 Jahren. Wobei 16 der 25 Teilnehmenden zusätzlich an einem Einzelinterview teilnahmen. Die qualitativen Daten wurden mittels thematischer Analyse strukturiert und analysiert. Die Analyse der quantitativen Daten wurde nicht beschrieben. Bereits im Kindesalter wurden Erwartungen an eine potenzielle Mutterschaft vom familiären und gesellschaftlichen Umfeld gestellt. Dies führte bei den Teilnehmenden zu einem komplexen inneren Konflikt, da sie sich selbst nicht als Mutter identifizieren konnten. Es bewirkte die Distanzierung zur Reproduktion. Sobald sie sich ihrer Geschlechtsidentität bewusst waren, schien die Rolle des potenziellen Vaters als realer. Da die meisten der Teilnehmenden in einer Beziehung mit einer cis Frau lebten, waren sie auf ART angewiesen. Der Zugang dorthin war häufig erschwert und mit empfundener Diskriminierung assoziiert. Demzufolge isolierten sich die Betroffenen und fühlten sich ausgegrenzt. Die Emotionen der Teilnehmenden änderten sich stetig während des gesamten Prozesses. Verstärkt wurde dies durch Reduktion oder Absetzen des Testosterons. Die meistgenannte Dysphorie wurde in Verbindung mit dem Brustwachstum geäußert. Der Bedarf an unterstützendem und geschultem Gesundheitsfachpersonal wurde aufgezeigt.

4.2.2 Würdigung

Die Studie von Charter et al. (2017) wurde mittels den Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985) gewürdigt. Die spezifischen Kriterien werden im Anhang C aufgeführt. Der theoretische Hintergrund wird in der Einleitung beschrieben und mit weiteren aktuellen Studien verankert. Das Vorgehen der Forschenden wird im Methodenteil beschrieben. Durch die Wahl des Studiendesigns als Mixed-Method Studie werden sowohl quantitative als auch qualitative Daten miteinbezogen. Dies erhöht die Glaubwürdigkeit und Bestätigbarkeit. Die Glaubwürdigkeit wird ausserdem durch den Einbezug von Zitaten der Teilnehmenden gestärkt. Damit erhält die Leserschaft einen Einblick in die Lebenswelt der befragten trans Männer. Member-Checking, Peer-Debriefing oder Datentriangulation wurden in der Studie nicht erwähnt und sind daher vermutlich nicht angewendet worden. Im Forschungsprozess wurden keine Hypothesentests durchgeführt, sondern lediglich deskriptive quantitative Analyse verwendet. Die qualitative Datenerhebung wird in der Datenanalyse klar beschrieben. Der Prozess und die Auswertung der quantitativen Daten fehlen. Die Nachvollziehbarkeit wird daher eingeschränkt. Hingegen wird die Nachvollziehbarkeit durch die Strukturierung der Studie gestärkt. Die Ergebnisse sind in Unterthemen gegliedert. Der formale Rahmen der Studie ist vollständig. Die Übertragbarkeit ist durch die semi-strukturierten Interviews eingeschränkt. Eine allgemeingültige Aussage kann nicht gemacht werden, da die Thematik eine hohe Individualität aufweist und es fraglich ist, ob die Forschenden andere Ergebnisse erhalten hätten, wenn die Studie in einem anderen Setting durchgeführt worden wäre. Eine weitere Stärke der Studie ist der Diskussionsteil. Aussagen und Ergebnisse werden mit Literatur gestützt. Die gewählte Stichprobe ist begründet und für die Studie passend gewählt. Es wurde das Einverständnis für die Interviews eingefordert, fraglich ist, ob dies verbal oder schriftlich erfolgte. Die Studie wurde vom regionalen Ethikkomitee genehmigt. Die Erfahrungen rund um biologische Schwangerschaft und Elternschaft von trans Männern in Australien konnten erhoben werden. Damit wurde das Ziel dieser Studie erreicht. Es ist fraglich inwiefern die Thematik vom australischen in den Schweizer Kontext übertragen werden kann. Die Studie verschafft Gesundheitsfachpersonen einen Überblick über die Lebenswelt ihres potenziellen Klientels.

4.3 Studie B: Ellis et al. (2014)

Tabelle 4

Übersicht Studie Ellis et al. (2014), eigene Darstellung

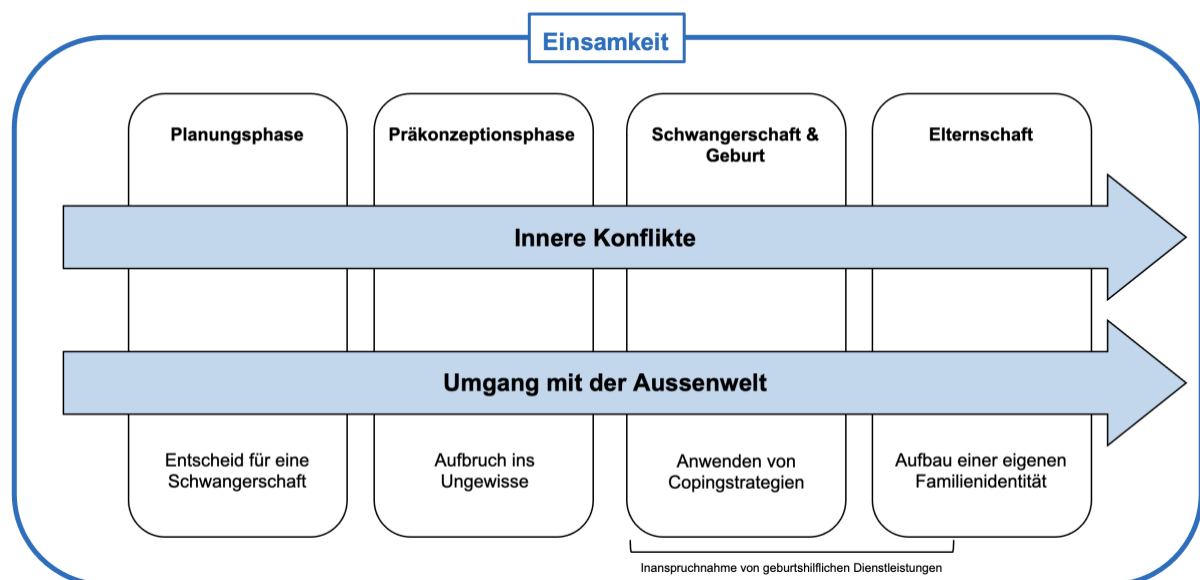
Conception, Pregnancy, and Birth Experiences of Male and Gender Variant Gestational Parents: It's How We Could Have a Family	
Forschende	Simon Adriane Ellis, Danuta M. Wojnar, Maria Pettinato
Publikationsjahr	2014
Land	USA
Studiendesign	Qualitatives Studiendesign
Stichprobe	Acht trans Männer oder geschlechtsvariante Menschen
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Geboren mit biologisch weiblichem Geschlecht • Keine Schwangerschaft zum Zeitpunkt des Interviews • Biologische Schwangerschaft in letzten fünf Jahren • Lebendgeburt • Männliche oder geschlechtsvariante Selbstidentifikation • Offenlegung der Geschlechtsidentität gegenüber Gesundheitsfachpersonal • Geburtsort des Kindes in den USA • Sprachkenntnisse: fließend Englisch
Zentrale Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Schwangerschaft bei trans Männern möglich • Einsamkeit als zentrales Empfinden im Alltag von trans Männern • Geschlechtsdiskrepanz als Herausforderung • Emotionen in Schwangerschaft reichten von Freude bis zu Stress • Präkonzeptionelle Phase = Zeit der höchsten Belastung und geringste Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung • Positive Auswirkung durch kultursensitive Beratung • Konfliktpotenzial zwischen empfundener Geschlechtsidentität und geschlechtlichen Normen • Bewusster Entscheid für eine biologische Schwangerschaft
Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> • Kleine Stichprobe • Geringe Diversität der Teilnehmenden, bezüglich Herkunft und sozioökonomischer Faktoren
Theorie-Praxis-Transfer	<ul style="list-style-type: none"> • Wertfreie Kommunikation • Schulung Gesundheitsfachpersonal • Dokumentation der bevorzugten Namen und Pronomen • Planung der Geburt • Angebot von privaten Informationsgesprächen oder Führungen • Aufrechterhalten der Kontinuität der medizinischen Versorgung

4.3.1 Zusammenfassung

Ellis et al. (2014) untersuchten in der vorliegenden Studie verschiedene Perspektiven von trans Männern und geschlechtsvarianten Menschen in Bezug auf Konzeption, Schwangerschaft und Geburt. Anhand der erforschten Erfahrungen und Perspektiven wurden Interventionen für Institutionen abgeleitet. Das Ziel wird mit den bestehenden Barrieren begründet, die den Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung für transgeschlechtliche und geschlechtsvariante Menschen erschweren. Die Studie inkludierte acht Teilnehmende. Die Daten wurden mittels semi-strukturierten 60 bis 90-minütigen Interviews und dem Ausfüllen eines Online-Fragebogens erhoben. Nach sechs Interviews wurde die theoretische Sättigung erreicht. Der Ergebnisteil wurde in die Phasen Planung, Präkonzeption, Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft gegliedert. Die Phasen wurden unter den Oberbegriffen Innere Konflikte und Umgang mit der Aussenwelt betrachtet. Alle Teilnehmenden äusserten den Konflikt zwischen dem inneren Selbstverständnis und den gesellschaftlichen Normen zu erleben (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3

Phasen der werdenden Elternschaft, in Anlehnung an Ellis et al. (2014), eigene Darstellung



Das Absetzen von Testosteron beschrieben die Teilnehmenden mit einer körperlichen Feminisierung und emotionalen Veränderungen. Einige nannten einen Kontrollverlust über ihren Körper. Die präkonzeptionelle Phase wurde von den Teilnehmenden als Phase der stärksten Belastung genannt. In dieser Phase erfolgte

die geringste Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung. Die biologische Schwangerschaft wurde von den Teilnehmenden individuell erlebt. Einige Schwangere äusserten einen positiven Zugang zu sich selbst gefunden zu haben und ein Gefühl der Ganzheitlichkeit zu empfinden. Hingegen erlebten andere Teilnehmende die Schwangerschaft als Verbindungsverlust zum eigenen Körper. Die Wahl des Geburtsmodus unterschied sich bei den Teilnehmenden. Einige assoziierten eine Vaginalgeburt mit Angst, aufgrund der Offenlegung ihrer Genitalien und bevorzugten daher eine Sectio caesarea. Die Teilnehmenden die vaginal geboren hatten beschrieben den Geburtsprozess als körperlich schmerzhaft aber emotional bedeutsam.

Die Teilnehmenden entwickelten Strategien zum Selbstschutz im Umgang mit der Aussenwelt. Diese wurden je nach Kontext angewendet. Beim Aufsuchen von gemeinschaftlichen Ressourcen wurden die Teilnehmenden von Aussenstehenden mit Ausgrenzung, Isolation und Unverständnis konfrontiert. Als zentrale Herausforderungen in allen Phasen wurden die Einsamkeit und das Zurechtfinden mit der eigenen Geschlechtsidentität genannt. Sie dominierten den Alltag der Teilnehmenden und erforderten viel Energie.

Durch die Erfahrungen der Teilnehmenden konnten Interventionen für das Gesundheitsfachpersonal abgeleitet werden. Eine kultursensitive Beratung könnte sich für diese Population positiv auf das Wohlbefinden auswirken. Das Verständnis von Gesundheitsfachpersonen für Themen rund um Transgeschlechtlichkeit und Menschen mit weiteren Geschlechtsvarianten sollte gestärkt werden, damit sie diese Menschen während der gesamten Zeit besser verstehen und unterstützen können.

4.3.2 Würdigung

Die Studie von Ellis et al. (2014) wurde mittels den Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985) gewürdigt. Das vordefinierte Ziel der Forschenden, die Perspektiven von trans Männern und geschlechtsvarianten Menschen in Bezug auf Konzeption, Schwangerschaft und Geburt zu erforschen wurde erreicht. Die Glaubwürdigkeit wird durch das durchgeführte Member-Checking gestärkt. Ebenso werden Limitationen von den Forschenden angegeben und die Ergebnisse mit Zitaten der Teilnehmenden gestützt. In der Einleitung wird weitere aktuelle Forschung miteinbezogen, was die Glaubwürdigkeit erhöht. Es ist fraglich, ob ein Peer-Debriefing und eine Triangulation durchgeführt wurden. Durch die kleine Stichprobe ist die Übertragbarkeit auf eine

grössere Population nicht möglich. Es besteht bei den Teilnehmenden eine geringe Diversität bezüglich demographischer und sozioökonomischer Faktoren. Dies wird von den Forschenden auch als Limitation angegeben. Alle Interviews wurden vom selben Forscher durchgeführt. Diese Vorgehensweise limitiert die Objektivität. Die erhobenen Daten wurden jedoch von allen Forschenden analysiert, was die Bestätigbarkeit stärkt. Die Forschenden beschreiben und begründen das methodische Vorgehen, was die Nachvollziehbarkeit stärkt. Der Ergebnisteil wird nachvollziehbar aufgeführt, jedoch scheint ein Kapitel in den Ergebnissen zu fehlen. Des Weiteren wird die Nachvollziehbarkeit mit dem gewählten Ansatz der Grounded Theory Methodologie gestärkt. Die Leserschaft erhält so Einblick in die Lebenswelten der Teilnehmenden. Mit der Vulnerabilität der Teilnehmenden wurde sorgsam umgegangen. Es wurde eine schriftliche Einverständniserklärung für die Teilnahme an der Studie eingefordert. Das regionale Ethikkomitee genehmigte die Studie. Dies stärkt die Bestätigbarkeit. Ausserdem werden die Hintergründe der Forschenden beschrieben. Eine weitere Stärke der Studie sind die erstellten Dokumente im Anhang, die als Grundlage für die Schulung von Gesundheitsfachpersonal dienen. Es ist fraglich inwiefern die Thematik vom amerikanischen in den Schweizer Kontext übertragen werden kann. Die Studie verschafft Gesundheitsfachpersonen einen Überblick über die Lebenswelt ihres potenziellen Klientels.

4.4 Studie C: Hoffkling et al. (2017)

Tabelle 5

Übersicht Studie Hoffkling et al. (2017), eigene Darstellung

From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers	
Forschende	Alexis Hoffkling, Juno Obedin-Maliver, Jae Sevelius
Publikationsjahr	2017
Land	USA
Studiendesign	Qualitatives Studiendesign
Stichprobe	10 trans Männer
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 18 Jahre • Männliche Selbstidentifikation vor der Schwangerschaft • Biologische Schwangerschaft in den letzten zehn Jahren • Fähigkeit den Fragebogen auf Englisch auszufüllen • Lebendgeburt
Zentrale Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle Erfahrungen im Prozess der Schwangerschaft • Erschwerter Zugang zum Gesundheitswesen durch zahlreiche Barrieren • Gesundheitsfachpersonal hat einen starken Einfluss auf das Wohlbefinden der trans Männer • Empowerment von Bedeutung
Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> • Nur Englisch sprechende Teilnehmende • Teilnehmende der USA und Westeuropa • Explizite Selbstidentifikation als Mann • Fehlende Informationen über Erfahrungen von trans Männern mit Aborten und Schwangerschaftsabbrüchen • Erfahrungen mit unerfülltem Kinderwunsch • Fehlende Diversität bezüglich sozioökonomischem Status • Voraussetzung für Rekrutierung in die Studie: Internetzugang, oder Zugang zu einem Begegnungszentrum
Theorie-Praxis-Transfer	<ul style="list-style-type: none"> • Das Klientel des geburtshilflichen Settings umfasst nicht nur cis Frauen • Bewusstseinsentwicklung für Thematik • Vertrauensaufbau als Grundlage für das Wohlbefinden des trans Mannes • Relevanz der interprofessionellen Zusammenarbeit

4.4.1 Zusammenfassung

Die Studie befasst sich mit Erfahrungen von trans Männern bezüglich der Familienplanung. Sie beinhaltet die präkonzeptionelle Phase, die Konzeption, die Schwangerschaft, die Geburt und die postpartale Phase. Dazu führten die Forschenden Interviews mit zehn trans Männern durch, die aus einer Online-Umfrage rekrutiert wurden. Das zentrale Ergebnis der Studie ist das breite Spektrum der unterschiedlichen Erfahrungen der trans Männer. Die Individualität wurde stark hervorgehoben. Die Datenerhebung wurde in folgende Themen gegliedert: Geschlechtsidentität, Wunsch nach Fortpflanzung, Fertilität, Zugang zu sozialer Unterstützung, Bestätigung, Grad an Sichtbarkeit in der Gesellschaft, Abfolge von Transition und biologischer Schwangerschaft, Interaktion mit dem Gesundheitswesen und Gesundheitsfachpersonal. Dies geschah unter Einbezug von Zitaten aus den Interviews. Die Geschlechtsidentität wurde von den Teilnehmenden unterschiedlich definiert. Bezüglich Schwangerschaft äusserten die Teilnehmenden, dass diese von «unabsichtlich eingetreten» bis hin zu «sehr erwünscht» entstand. Die Teilnehmenden nannten keine Erwägung eines möglichen Schwangerschaftsabbruches. Alle Teilnehmenden wurden mit deren eigenen Eizellen schwanger. Die Unterstützung des sozialen Umfeldes wurde unterschiedlich empfunden. Als eine Quelle der Resilienz äusserten die Teilnehmenden Vereine von Menschen, die dasselbe erlebten. Der Umgang in der Öffentlichkeit wurde unterschiedlich gehandhabt. Es wurden drei Strategien genannt: «Auftreten als cis Frau», «Sich tarnen» und «Auftreten als trans Mann». Durch die weibliche Geschlechtsexpression bei der ersten Strategie erhöhte sich das Sicherheitsgefühl. Die Exposition gegenüber transphober Gewalt verminderte sich. Jedoch erhöhte sich die Geschlechtsdysphorie, da die Geschlechtsexpression nicht mit der empfundenen Geschlechtsidentität übereinstimmte. Die zweite Strategie verminderte ebenso die Exposition gegenüber transphober Gewalt, allerdings wurde die Schwangerschaft gegen aussen getarnt. Das «Auftreten als trans Mann» entsprach der empfundenen Geschlechtsidentität. Sie wurde von den Teilnehmenden jedoch vermieden, da diese Strategie das Risiko der Exposition gegenüber transphober Gewalt und Diskriminierung erhöhte. Dies wurde als Hauptgrund genannt die erste Strategie anzuwenden. Der Zeitpunkt der Konzeption war unabhängig vom Transitionsstadium.

Der Einsatz der Hormontherapie wurde von den Teilnehmenden verschieden gehandhabt. Ebenso unterschiedlich wurden die geschlechtsanpassenden Operationen genannt.

Weiter wurde auf zahlreiche Barrieren hingewiesen, die den Zugang zur Reproduktionsmedizin erschweren. Es wurden Begriffe wie Ausgrenzung, Transphobie, Diskriminierung und Unverständnis genannt. Aus diesem Grund wurden Einrichtungen des Gesundheitswesens gemieden. Die Teilnehmenden äusserten einen Mangel an interkultureller Kompetenz* seitens des Gesundheitsfachpersonals. Die Geschlechtsidentität wurde ignoriert und die gewünschten Pronomen wurden nicht verwendet. Ausserdem erwähnten einige Teilnehmende zusätzlich durchgeführte Untersuchungen, die nicht im Zusammenhang mit dem eigentlichen Konsultationsgrund standen. Folgende Erwartungen wurden von den Teilnehmenden an das Gesundheitsfachpersonal genannt. Einerseits ein von Akzeptanz und Respekt geprägter Umgang. Andererseits wünschten sich die trans Männer, die Kompetenz trans-spezifische Fragen zu beantworten. Die Forschenden betonen die Bedeutsamkeit der spezifischen Schulung von Gesundheitsfachpersonal.

4.4.2 Würdigung

Die Studie von Hoffkling et al. (2017) wurde mittels den Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985) gewürdigt. Die Glaubwürdigkeit wird einerseits durch den Einbezug von Zitaten der Teilnehmenden und andererseits durch die Durchführung eines Peer-Debriefings gestärkt. Ebenso erläutern die Forschenden vorhandene Limitationen und nennen diese als Schwäche der Studie. Eine Triangulation oder ein Member-Checking werden nicht genannt. Eine Stärke der Studie besteht in der hohen Praxisrelevanz der Thematik. Der derzeitige Forschungsstand wird beschrieben. Es besteht wenig bis keine Forschung zu den Bedürfnissen und Barrieren, betreffend dem Zugang zum Gesundheitswesen. Die Thematik wird im theoretischen Hintergrund mit aktueller Literatur verankert. Die Forschenden definieren das Ziel der Studie und beschreiben, wie sie dies erreichen wollten. Die Daten werden mittels semi-strukturierten Interviews erhoben. Dadurch verringert sich die Objektivität, da es im Ermessen des Interviewers ist, welche Fragen gestellt werden. Die Reflexion der Subjektivität der Forschenden ist gering dokumentiert.

Als Informationen zu den Teilnehmenden bestehen nur die Einschlusskriterien. Sonstige Angaben wie soziodemografische Variablen fehlen. Die Stichprobengrösse erscheint angemessen, da die theoretische Sättigung mit den zehn Teilnehmenden erreicht wurde. Ein Selektionsbias der gewählten Stichprobe ist möglich, da die Teilnehmenden aus einem bereits bestehenden Projekt extrahiert wurden. Die Datenanalyse wird anhand der Beschreibung des Kodierprozesses genau beschrieben. Die Kodierungsreliabilität wird durch den Einbezug von mehreren Forschenden, inklusiv einer externen Person, im Kodierungsprozess erhöht. Mit der Vulnerabilität der Teilnehmenden wurde gewissenhaft umgegangen. Zum einen wurde eine verbale und schriftliche Einverständniserklärung eingefordert und zum anderen wurde eine Genehmigung des regionalen Ethikkomitees eingeholt. Der Diskussionsteil ist strukturiert nach den Unterkapiteln des Ergebnisteils. Es werden nachvollziehbare Ansätze für das Gesundheitsfachpersonal aus den Ergebnissen extrahiert und tabellarisch dargestellt. Die Quelle dieser Empfehlungen ist unklar, da nicht beschrieben wird, ob diese von den Teilnehmenden genannt wurden oder ob eine weitere Quelle hinzugezogen wurde. Ebenso ist fraglich, um welche grösser angesetzte Studie es sich handelt, die mehrfach in dieser Studie erwähnt wurde. Sie ist im Literaturverzeichnis nicht aufgelistet. Es ist fraglich inwiefern die Thematik vom amerikanischen in den Schweizer Kontext übertragen werden kann. Die Studie verschafft Gesundheitsfachpersonen einen Überblick über die Lebenswelt ihres potenziellen Klientels.

4.5 Studie D: Light et al. (2014)

Tabelle 6

Übersicht Studie Light et al. (2014), eigene Darstellung

Transgender Men Who Experienced Pregnancy After Female-to-Male Gender Transitioning	
Forschende	Alexis D. Light, Juno Obedin-Maliver, Jae M. Sevelius, Jennifer L. Kerns
Publikationsjahr	2014
Land	USA
Studiendesign	Mixed-Method-Studie
Stichprobe	41 trans Männer
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • ≥ 18 Jahre • Männliche Selbstidentifikation vor der Schwangerschaft • Schwangerschaft in den letzten zehn Jahre • Fähigkeit den Online-Fragebogen in Englisch auszufüllen
Zentrale Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Trans Männer haben auch einen Kinderwunsch • Biologische Schwangerschaft ist bei trans Männern möglich • Kein Einfluss von vorausgegangener Testosteronsubstitution auf die Schwangerschaft, Geburt und das neonatale Outcome • Häufigere Inanspruchnahme von nicht-ärztlichen Fachpersonen und ausserklinischer Geburtshilfe • Erhöhtes Risiko einer postpartalen Depression • Zentrale Themen: Umgang mit der Schwangerschaft, Geschlechtsidentifikation, Isolation, Geschlechtsdysphorie und Interaktionen mit dem Gesundheitsfachpersonal • Wunsch: verständnisvolle und respektvolle Betreuung • Anerkennung der Geschlechtsidentität durch Gesundheitsfachpersonal
Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> • Follow-up durch gewähltes Studiendesign nicht möglich • Geringer Rücklauf von Teilnehmenden mit verminderten Lese- und Schreibkenntnissen • Verminderte Inklusion in die Studie durch fehlenden Internetzugang • Mögliche Verzerrung bei mangelnder Erinnerung • Eingeschränkte sozioökonomische und ethnische Diversität • Fehlende Lebendgeburt • Exklusion trans Männern mit unerfülltem Kinderwunsch oder Abort
Theorie-Praxis-Transfer	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der Inklusion aller trans Menschen • Bewusstseinsentwicklung und Wissenserweiterung der Thematik • Schulung bezüglich Anwendung von geschlechtergerechter Sprache • Beziehungsaufbau als Grundlage für Wohlbefinden • Das Klientel des geburtshilflichen Settings umfasst nicht nur cis Frauen

4.5.1 Zusammenfassung

Die Studie von Light et al. (2014) befasst sich mit den Erfahrungen von trans Männern bezüglich biologischer Schwangerschaft und Geburt. Das Ziel dieser Studie war es, Erfahrungen zu erforschen, um Wissen über Fertilität, Konzeption, Schwangerschaft und Geburt zu generieren und damit Praxisempfehlungen abzuleiten. Es wurden 41 trans Männer in die Studie eingeschlossen. Die Forschenden führten eine Mixed-Method-Studie durch, um quantitative als auch qualitative Daten zu erheben. Die Daten wurden mittels eines Online-Fragebogens zwischen März und Dezember 2013 erhoben. Die Ergebnisse zeigen ein breites Spektrum an Ergebnissen auf. Die Forschenden differenzierten die Ergebnisse zwischen vorausgegangener Einnahme oder Nichteinnahme von Testosteron. Die präkonzeptionelle Testosteroneinnahme hatte bei den Teilnehmenden keinen Einfluss auf die Schwangerschaft, Geburt und das neonatale Outcome. Es konnte aufgezeigt werden, dass sich die Studienteilnehmenden Kinder wünschen und bereit und in der Lage sind schwanger zu werden und zu gebären. Zwei Drittel der Schwangerschaften waren geplant. Der Umgang mit der Schwangerschaft und der empfundenen Geschlechtsidentität, Isolation, Geschlechtsdysphorie und Interaktionen mit dem Gesundheitsfachpersonal wurden von den trans Männern als zentrale Themen im Prozess der Schwangerschaft und Geburt genannt. Das Gefühl von Isolation wurde von den Teilnehmenden häufig genannt. Viele Teilnehmende äusserten zudem spezifische Symptome einer postpartalen Depression erlebt zu haben. Es wurden von den trans Männern zahlreiche Barrieren im Gesundheitssystem genannt. Dies resultierte darin, dass die Wahrscheinlichkeit bei trans Männern höher war, die ausserklinische Geburtshilfe in Anspruch zu nehmen, als dies bei der Allgemeinbevölkerung der Fall ist. Um diese Barrieren zu reduzieren und zu beheben zeigen die Ergebnisse die Wichtigkeit der Schulung von Gesundheitsfachpersonal. Dies würde das Erlernen einer geschlechtergerechten Sprache, Verwendung von präferierten Pronomen und das Aneignen von Wissen in diesem spezifischen Themenbereich bedeuten. Die Geschlechtsidentität des trans Mannes soll akzeptiert und ihm mit Respekt begegnet werden.

4.5.2 Würdigung

Die Studie von Light et al. (2014) wurde mittels den Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985) gewürdigt. Eine Stärke der Studie stellt deren Glaubwürdigkeit dar. Sie

wird einerseits durch Zitate der Teilnehmenden der offenen Fragen gestärkt. Andererseits besteht eine hohe Transparenz durch Angabe der Limitationen, klarer Definition der Ziele, Begründung der Auswahl des Studiendesigns, genauer Beschreibung des Rekrutierungsvorganges und der Angabe von Dropouts. Der Fragebogen wurde in Zusammenarbeit mit externen Personen entwickelt. Einerseits mit dem Center of Excellence for Transgender Health der Universität Kalifornien in San Francisco und andererseits mit Gesundheitsfachpersonal, welches mit transgeschlechtlichen Menschen arbeitet. Dies erhöht die Objektivität und damit die Bestätigbarkeit. Der Online-Fragebogen wurde auf einer verschlüsselten und sicheren Plattform durchgeführt. Es wurde ein informiertes Einverständnis der Teilnehmenden eingeholt, bevor diese an der Studie teilnahmen. Geschwächt wird die Glaubwürdigkeit durch die fehlenden Angaben, ob ein Member-Checking, ein Peer-Debriefing und eine Datentriangulation durchgeführt wurden. Die Übertragbarkeit ist zum einen durch die verhältnismässig kleine Stichprobe eingeschränkt und zum anderen durch die Rekrutierung mittels Convenience Sampling. Die Objektivität ist durch das gewählte Datenerhebungsinstrument des Online-Fragebogens gewährleistet. Durch die erhobenen soziodemographischen und sozioökonomischen Variablen erhält die Leserschaft einen Überblick über die Teilnehmenden. Die Studie fällt insgesamt kurz aus. Die Datenanalyse und statistischen Testverfahren werden genannt, jedoch nicht näher dargelegt, was die Nachvollziehbarkeit schwächt. Ebenso werden die Reliabilität und Validität der Tests nicht explizit genannt. Das Vorgehen im methodischen Teil wird nicht begründet. Die Datenerhebung und die Resultate werden transparent und nachvollziehbar beschrieben. Im Diskussionsteil der Studie wird das Resultat der postpartalen Depression mit einer unpassenden Studie belegt, was die Nachvollziehbarkeit einschränkt. Diese Studie handelt von trans Frauen und nicht von trans Männern. Die Bestätigbarkeit wird durch das Fehlen von Informationen zu den Forschenden der Studie abgeschwächt. Die Studie wurde vom Komitee für Forschung am Menschen der Universität Kalifornien in San Francisco genehmigt. Es ist fraglich inwiefern die Thematik vom amerikanischen in den Schweizer Kontext übertragen werden kann. Mögliche Gründe dafür sind die unterschiedlichen Gesundheitssysteme, Religionen und Kulturen. Die Studie verschafft Gesundheitsfachpersonen einen Überblick über die Lebenswelt ihres potenziellen Klientels.

4.6 Review E: Besse et al. (2020)

Tabelle 7

Übersicht Review Besse et al. (2020), eigene Darstellung

Experiences with Achieving Pregnancy and Giving Birth Among Transgender Men: A Narrative Literature Review	
Forschende	Margaret Besse, Nik M. Lampe, Emily S. Mann
Publikationsjahr	2020
Land	USA
Studiendesign	Narratives Literaturreview
Einschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> • Publikationen aus den Bereichen Reproduktionsmedizin, Reproduktion, Transgender Studies, Feministische Studien, Soziologie, Public Health und interdisziplinäre Gesundheitswissenschaften
Zentrale Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamter Prozess der Reproduktion ist stark medikalisiert • Transgeschlechtlichkeit schränkt den Kinderwunsch nicht ein • Reproduktionsmedizin geprägt von cisnormativen Ansichten • Individualität des Schwangerschaftserlebens und der Interaktion mit dem Gesundheitsfachpersonal • Unterschiedliche Auswirkungen nach Sistieren der Testosteroneinnahme • Einfluss von substituierten Hormonen auf die Fertilität unklar • Anwendung verschiedener Copingstrategien im Umgang mit der Schwangerschaft und Geschlechtsidentität • Befürchtung von Diskriminierung, Transphobie und Stigmatisierung durch cisnormative Ansichten der Gesellschaft • Transkompetente Betreuung beinhaltet Anwendung von geschlechtergerechter Sprache, Förderung der Inklusivität • Mangelndes Wissen und fehlende Ausbildung im Bereich Transgeschlechtlichkeit • Verstärktes Auftreten von Angst im Reproduktionsprozess möglich • Entscheid Geburtsmodus individuell
Limitationen	<ul style="list-style-type: none"> • Kleine Stichproben mit willkürlicher Selektion • Eingeschränkte Übertragung auf die Gesamtpopulation • Signifikante Lücken in der Literatur
Theorie-Praxis-Transfer	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisierung des Gesundheitsfachpersonals • Optimierung der Betreuungsqualität durch Wissenserweiterung

4.6.1 Zusammenfassung

Beim Review von Besse et al. (2020) handelt es sich um ein narratives Literaturreview mit einem metasynthetischen Ansatz. Das Ziel des Reviews besteht darin, einen umfassenden Überblick der Literatur über Erfahrungen von trans Männern bezüglich biologischer Schwangerschaft und Geburt darzustellen. Dadurch soll Wissen für Gesundheitsfachpersonen generiert werden, um in Zukunft die Qualität der Betreuung zu erhöhen. Die Literaturrecherche erfolgte auf anerkannten Datenbanken mit den Keywords «transgender pregnancy», «transgender reproduction», «transgender childbirth», «TGNC and pregnancy», «transgender and prenatal care» und «transgender and fertility preservation». Es folgte eine zusätzliche Einschränkung, indem ausschliesslich erfahrungsbasierte Forschung von trans Männern eingeschlossen wurde. Insgesamt wurden 14 passende Publikationen eingeschlossen. Die inkludierten Studien wurden vorwiegend in nordamerikanischen und nur vereinzelt in europäischen Ländern durchgeführt. Es resultieren folgende Ergebnisse: trans Männer werden in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert. Barrieren sind zum einen im grösseren Rahmen der cisnormativen Gesellschaft und zum anderen in der Interaktion mit ihrer Umwelt vorhanden. Im vorliegenden Review wird dabei hauptsächlich auf die Interaktion zwischen trans Männern und Gesundheitsfachpersonen eingegangen. Trans Männer werden im Gesundheitssetting vermehrt mit Diskriminierung, Transphobie und Stigmatisierung konfrontiert. Aufgrund dessen werden in der Literatur drei Strategien von trans Männern beschrieben, um den Umgang mit der Schwangerschaft innerhalb der empfundenen Geschlechtsidentität zu erleichtern. Erstens das Auftreten als cis Frau, zweitens das Verheimlichen der Schwangerschaft und drittens das Auftreten als schwangerer Mann. Ziel dabei ist die Exposition gegen transphobe Diskriminierung und die intrapersonelle Geschlechtsdysphorie zu mildern. Eine Schwangerschaft wird von trans Männern individuell erlebt, wobei Gesundheitsfachpersonen einen erheblichen Einfluss auf die psychische Gesundheit des trans Mannes haben können. Aus den eingeschlossenen Studien geht hervor, dass mangelndes Wissen und eine fehlende Ausbildung die Betreuung von trans Menschen erschweren. Einen Ansatz für das Gesundheitsfachpersonal sehen die Forschenden in der Förderung der interkulturellen Kompetenz. Durch das Erlernen von geschlechtergerechter Sprache, Förderung der Inklusion von Menschen, die einer geschlechtlichen

Minderheit angehören und das Normalisieren von Transgeschlechtlichkeit kann eine transkompetente Betreuung gewährleistet werden. Die Forschenden schlussfolgern, dass die Verbesserung der medizinischen Ausbildung zwingend erforderlich ist, damit jede Person die Kompetenz entwickelt einen trans Menschen umfassend und ethisch angemessen betreuen zu können. Insgesamt wurden die Erfahrungen von trans Männern mit Schwangerschaft und Geburt reflektiert und daraus Praxisempfehlungen abgeleitet.

Die Forschenden konnten eine weitere Forschungslücke mit dem Erstellen dieses vorliegenden Reviews füllen, weisen in einem abschliessenden Kapitel jedoch auf weiteren Forschungsbedarf hin.

4.6.2 Würdigung

Das narrative Literaturreview von Besse et al. (2020) wurde mittels den Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985) gewürdigt. Darin wird keine Forschungsfrage definiert. Diese lässt sich jedoch von der differenzierten Zielformulierung ableiten. Der Ansatz der Metasynthese ist verständlich gewählt. Sie dient zur systematischen Zusammenfassung qualitativer Forschungsergebnisse (Sturma et al., 2016).

Die Forschenden beschreiben das methodische Vorgehen. Die Angabe zum Zeitraum der Erstellung des Reviews fehlt. Für die Leserschaft ist es nachvollziehbar, auf welchen Datenbanken und mittels welchen Keywords nach der Literatur gesucht wurde. Zur Konkretisierung werden Einschlusskriterien definiert. Es werden 14 Publikationen eingeschlossen.

Die einbezogenen Studien umfassen die Erfahrungen von trans Männern mit biologischer Schwangerschaft und Geburt und tragen zum Erreichen des Studienziels bei. Durch die Aktualität der einbezogenen Publikationen wird die Praxisrelevanz verdeutlicht. Die Nachvollziehbarkeit wird durch die zusammengefasste Darstellung der Studien in tabellarischer Form erhöht. Es ist unklar, ob und wenn ja, wie die eingeschlossenen Studien von den Forschenden qualitativ beurteilt wurden. Stärken und Limitationen der einzelnen Studien werden nicht aufgeführt. Die Studienauswahl wird zeitlich nicht beschränkt. Als Gesamtlimitationen werden die kleinen Stichproben und die willkürliche Selektion genannt, welche die Übertragung auf die Population einschränken.

Die Ergebnisse der Studien werden nach Thematik geordnet dargestellt. Sie werden im Fliesstext miteinander verglichen und abschliessend diskutiert. Das Review zeigt ein breites Spektrum an Erfahrungen und Bedürfnissen auf. Die Ergebnisse sind aufgrund des Fehlens konkreter Zahlen wenig präzise. Das Review wird mit einer umfassenden Schlussfolgerung abgeschlossen. Trotz Füllung einer weiteren Forschungslücke empfehlen die Forschenden weitere gezielte Forschung im Bereich der Reproduktion von trans Menschen.

Das Review befindet sich auf dem vierten Level der 6S Pyramide nach DiCensco (2009).

5 Diskussion

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, herauszufinden, welche Bedürfnisse und Erwartungen trans Männer in der Schwangerschaft äussern und welche Betreuungsschwerpunkte daraus für die Hebammenarbeit abgeleitet werden. Zur Beantwortung der Fragestellung wurden vier Studien und ein narratives Literaturreview analysiert. Das Studiendesign variierte zwischen rein qualitativer Forschung und der Mixed-Method-Forschung. Die Datenerhebung erfolgte durch Interviews und Fragebögen und ist dadurch vergleichbar. Die Art der Datenerhebung ermöglichte es den Befragten, ihre Erfahrungen, Bedürfnisse und Erwartungen darzustellen. Im folgenden Kapitel werden die wichtigsten Erkenntnisse kritisch diskutiert und ergänzend mit dem theoretischen Hintergrund in Beziehung gesetzt. Dabei werden die Hauptkenntnisse nach Themen gegliedert. Alle inkludierten Studien wurden in industrialisierten Ländern durchgeführt. Ebenfalls wird in allen vier Studien auf Erfahrungen von trans Männern eingegangen. Die Inklusion in die Stichproben variierte. In allen Studien wurden trans Männer einbezogen, die sich selbst als männlich identifizierten. In der Studie von Ellis et al. (2014) wurden zusätzlich geschlechtervariante Menschen einbezogen. Jede der selektierten Studien liefert Aspekte, die zur Beantwortung der gesamten Fragestellung führen.

5.1 Identitätsfindung

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass die Teilnehmenden ihre Geschlechtsidentität unterschiedlich beschrieben (Hoffkling et al., 2017). Light et al. (2014) konnten Unterschiede der Bevorzugung des präferierten Pronomens, bei trans Männern mit und ohne vorausgegangener Testosteroneinnahme aufzeigen. Teilnehmende welche zuvor Testosteron einnahmen bevorzugten eher das Pronomen «he», während jene ohne Testosteron eher das Pronomen «they» wünschten (Light et al., 2014). Der allgemeine Wunsch zur Anerkennung der Geschlechtsidentität wird in Light et al. (2014) geäussert. Die Konfrontation mit der eigenen Identitätsfindung begann bei einigen der Teilnehmenden der Studie Charter et al. (2017) bereits im Kindesalter. Aufgrund gesellschaftlicher Vorstellungen wurde bereits früh die Erwartung gestellt, eigene Kinder zu bekommen. Dies resultierte bei den befragten trans Männern in einem Konflikt, da die empfundene Geschlechtsidentität nicht mit der Vorstellung von

Elternschaft übereinstimmte (Charter et al., 2017). Die Vorstellung von Elternschaft entwickelte sich ab Beginn der Transition nochmals neu. Der Wandel von einer potenziellen Mutter zu einem potenziellen Vater machte die Möglichkeit zur Elternschaft realer (Charter et al., 2017). Bei Ellis et al. (2014) hingegen, blieb bei den Teilnehmenden die Angst bestehen, wieder als Frau betrachtet zu werden, sobald sie schwanger wurden. Als eine Copingstrategie wird bei Ellis et al. (2014) darauf fokussiert, an einem konsistenten Aspekt der eigenen Identität festzuhalten. Dies geschieht meist durch die Geschlechtsexpression.

Wie die meisten werdenden Eltern, standen die Teilnehmenden vor der Entscheidung, wann und wie sie ihren Kinderwunsch offenlegen sollten. Aufgrund der Geschlechtsinkongruenz wurde dies als zusätzliche Herausforderung angesehen (Ellis et al., 2014). Zudem stellt sich für schwangere trans Männer die Frage, wie und wo Schwangerschaftsvorsorge in Anspruch genommen werden soll. Die Schwangerschaft soll geschlechtergerecht und transkompetent betreut werden, um die psychische Gesundheit zu fördern (Besse et al., 2020).

Bei den Studien Charter et al. (2017) und Ellis et al. (2014) war die Entscheidung für eine Schwangerschaft von den Teilnehmenden bewusst getroffen worden. Bei Teilnehmenden der Studien von Hoffkling et al. (2017) und Light et al. (2014) traten auch ungeplante Schwangerschaften ein. Als mögliche Begründung dafür werden die mangelnde Aufklärung und Information bezüglich Fertilität diskutiert.

Die Teilnehmenden mussten sich mit ihrer männlichen Identität und der mit einer Schwangerschaft verbundenen Weiblichkeit auseinandersetzen (Charter et al., 2017). Laut Charter et al. (2017) hatten die Teilnehmenden unterschiedliche Gründe schwanger zu werden. Einige entschieden sich aufgrund der Unfruchtbarkeit der Partnerin für das Austragen der Schwangerschaft. Bei weiteren Teilnehmenden war der Stellenwert des biologisch eigenen Kindes von grosser Bedeutung. Einige der Teilnehmenden wollten noch vor der geplanten Transition schwanger werden. Diese Teilnehmenden sahen dies als Mittel zum Zweck (Charter et al., 2017). Dieselben Parallelen weist die Studie von Ellis et al. (2014) auf. Für einige der Teilnehmenden war die Schwangerschaft ein gewünschter Zustand, der mit ihrer Geschlechtsidentität kongruent sein konnte und für andere war sie ein Mittel, um Elternschaft zu erreichen, die nicht mit ihrer Identität zusammenpasste (Charter et al., 2017). Im Gegensatz dazu beschreiben Ellis et al. (2014), dass einige der Teilnehmenden die Schwangerschaft als Gefühl der Ganzheitlichkeit erlebten und

sich körperlich attraktiv fanden. Aber auch ergänzend zur oben genannten Inkongruenz äusserten einige der Teilnehmenden die Schwangerschaft als Verbindungsverlust zum Körper und dass kein Zugang zu sich selbst oder zum Fötus vorhanden war (Ellis et al., 2014). Die Teilnehmenden trans Männer in Light et al. (2014) beschrieben die biologische Schwangerschaft als notwendigen Schritt, um eine Familie zu gründen, die sie sich wünschten. Ebenfalls genannt wird die Beschreibung der Schwangerschaft und Geburt als Brücke zur Vaterschaft (Light et al., 2014). Einen Einfluss auf den Entscheid selbst schwanger zu werden kann auch die Gesetzeslage haben (Charter et al., 2017).

Der Wunsch schwanger zu werden bestand bei einigen der Teilnehmenden schon im Kindesalter, während bei anderen der indirekte Wunsch, Teil der Entstehung eines neuen Lebens zu sein, bestand (Ellis et al., 2014).

Die meisten der Teilnehmenden empfanden bei Eintreten der Schwangerschaft eine Erleichterung. Jedoch dominierte die Identitätsfindung weiterhin den Alltag der meisten trans Männer (Ellis et al., 2014).

In der Literatur werden drei Strategien zum Selbstschutz im Umgang mit der Schwangerschaft beschrieben (Besse et al., 2020; Ellis et al., 2014; Hoffkling et al., 2017). Die erste Strategie beschreibt das Auftreten als cis Frau. Die Schwangerschaft ist offensichtlich, hingegen wird die männliche Geschlechtsidentität verschwiegen. Die Exposition gegenüber transphober Gewalt ist nicht erhöht, hingegen steigt die Dysphorie an, da die gegen aussen gezeigte Geschlechtsexpression nicht mit der empfundenen Geschlechtsidentität zusammenpasst. Als zweite Strategie wird das Tarnen beschrieben. Dabei ist die äussere Bestätigung des Geschlechts vorhanden. Die Exposition gegenüber transphober Gewalt ist gemindert, weil die Schwangerschaft negiert wird. Die dritte Strategie ist das Sichtbarsein als trans Mann. Die innere Bestätigung wird gestärkt. Die Exposition gegenüber transphober Gewalt und Diskriminierung steigt dadurch an. Dies ist ein Hauptgrund für die Teilnehmenden, die erste Strategie zu wählen (Hoffkling et al., 2017).

Der Geburtsprozess wurde ebenso individuell wahrgenommen und gehandhabt. Einige der Teilnehmenden äusserten, während der Geburt weniger gehemmt gewesen zu sein mit den sonst üblichen Gedanken bezüglich der Geschlechtsidentität und Enthüllung ihres Körpers vor anderen (Ellis et al., 2014).

Wohingegen andere mit Hypervigilanz auf Aussagen und Handlungen des Gesundheitsfachpersonals reagierten (Besse et al., 2020).

Nach der Geburt entstand bei den Teilnehmenden das Gefühl der Familieneinheit. Dafür entwickelte sich zunächst die innere elterliche Identität. Einige der Teilnehmenden äusserten die alleinige Vaterrolle als passend. Andere beschrieben eine doppelte Elternrolle als geeignet und erfüllend (Ellis et al., 2014). Die Suche nach einer passenden Begrifflichkeit der eigenen Elternrolle wurde unterschiedlich gehandhabt. Laut Ellis et al. (2014) passte für einige die männliche, väterliche Bezeichnung, während für andere die Bezeichnungsfindung eine grosse Herausforderung darstellte.

5.2 Geschlechtsdysphorie

Die beschriebenen Gefühle in der Schwangerschaft der Teilnehmenden reichten von beängstigend, beunruhigend bis hin zu schwer zu handhaben (Charter et al., 2017). Die physiologischen körperlichen Veränderungen wie Gewichtszunahme, Brustwachstum, Brustspannen, Feminisierung und damit verminderte Maskulinität wurde als häufigste Ursachen für Stress genannt (Charter et al., 2017). Die Teilnehmenden distanzierten sich vom eigenen schwangeren Körper, um mit den oben genannten Gefühlen umzugehen. Das Absetzen von Testosteron führte zur Feminisierung des Körpers, Verlust an Muskelmasse, Veränderungen des Körpergeruchs und emotionaler Stimmung (Besse et al., 2020). Die meisten Teilnehmenden der Studie Light et al. (2014) äusserten in der Schwangerschaft eine Zunahme der Geschlechtsdysphorie, die sich teilweise bis in die postpartale Zeit fortsetzte. Die Veränderungen der Brust lösten die meisten dysphorischen Gefühle aus (Charter et al., 2017). Dies wurde als die grösste Herausforderung beschrieben. Das Binden der Brüste wurde in der Schwangerschaft als sehr unangenehm empfunden und daher nicht praktiziert. Als Trigger für mögliche Dysphorie des eigenen Körpers wurde oftmals das Stillen genannt. Dennoch bestand bei einigen trans Männer der Stillwunsch (Charter et al., 2017; Hoffkling et al., 2017). Die empfundene Geschlechtsdysphorie kann einen Einfluss auf die Wahl des Geburtsmodus haben. Die Entscheidung für einen Sectio caesarea oder für eine vaginale Geburt ist sehr individuell und von verschiedenen Faktoren abhängig (Besse et al., 2020). Als ein möglicher Grund für die Präferenz einer Sectio caesarea wurde die Angst vor der Exposition der Genitalien bei einer vaginalen Geburt

genannt (Besse et al., 2020; Ellis et al., 2014). Einige der trans Männer bevorzugten eine vaginale Geburt, da sie ihnen das Gefühl gibt, dass die Genitalien einen Sinn haben und sie dadurch eine stärkere Bindung zum Neugeborenen aufbauen können (Besse et al., 2020).

Die Angst vor der Geburt ist für viele Menschen ein zentraler Aspekt. Sie kann bei trans Männern verstärkt auftreten (Besse et al., 2020). Im Review von Besse et al. (2020) wird zwischen den allgemeinen und den spezifischen Ängsten unterschieden. Die allgemeinen Ängste werden unterteilt in den Geburtsschmerz, die Sorge um die Gesundheit der gebärenden Person und des Kindes, Angst vor Blut, Spritzen, unkontrollierbaren Schmerzen, Kontrollverlust und Ressourcen und der Angst, keine angemessene Hilfe zu bekommen. Ursachen für spezifische Ängste wurde wie folgt genannt: Gefühl einer geschlechtlichen Minorität anzugehören, Auswirkung von systemischer Diskriminierung im Gesundheitswesen, Angst vor transphobischen Aussagen und Handlungen, Angst vor Infertilität und die vulnerable Situation der Geburt. Der Geburtsprozess kann die Geschlechtsdysphorie auslösen oder verstärken, da der Prozess Frauen zugeordnet wird (Besse et al., 2020; Ellis et al., 2014). Einige wünschten sich eine Verbindung mit dem Geburtsprozess, während andere sich eine Trennung von der physiologischen Realität der Geburt wünschten (Ellis et al., 2014).

Laut Besse et al. (2020) bestehen Forschungslücken bezüglich Geburtserfahrungen von trans Männern. Die Geburt ist heutzutage ein meist medikalisiertes Prozess, dadurch werden trans Männer gezwungenermaßen mit dem Gesundheitssystem konfrontiert (Besse et al., 2020). In der Zeit nach der Geburt wurde wieder zwischen den oben beschriebenen Strategien entschieden. Einige der Teilnehmenden verschwiegen, dass sie die Schwangerschaft selbst ausgetragen hatten. Andere nannten passive Verheimlichungsstrategien. Die dritte Strategie wurde ebenfalls genutzt, in dem eine Offenlegung der biologischen Elternschaft bevorzugt wurde (Ellis et al., 2014).

5.3 Hormonelle Transition

Bei Charter et al. (2017) ist die Einnahme von Testosteron für viele der teilnehmenden trans Männer ein entscheidender Schritt der Transition in Richtung Männlichkeit. Bei einigen trans Männern bestand ein Konflikt zwischen dem Verfolgen der reproduktiven Ziele und ihrem Wunsch nach Transition (Hoffkling et al.,

2017). Damit eine Schwangerschaft eintreten kann, ist es nötig, die Einnahme des Testosterons herabzusetzen oder zu sistieren (Charter et al., 2017). Dies führte bei einigen trans Männern zu einem inneren Konflikt. Teilnehmende äusserten zudem die Angst, wieder als weiblich betrachtet zu werden, wenn die Feminisierung durch Absetzen des Testosterons einsetzte. Als Folge dessen nannten die Teilnehmenden einen Kontrollverlust ihres Körpers. Ausserdem wurden nach dem Absetzen des Testosterons signifikante emotionale Veränderungen geäussert (Besse et al., 2020; Ellis et al., 2014).

Wie von Charter et al. (2017) beschrieben, war die Dauer vom Absetzen des Testosterons bis zum Eintreten der Schwangerschaft bei den Teilnehmenden unterschiedlich. Bei der Studie von Light et al. (2014) nahmen 61% der Teilnehmenden trans Männer vor der Schwangerschaft Testosteron ein. Von diesen setzte bei 20% die Menstruation innerhalb von sechs Monaten nach Absetzen des Testosterons wieder ein. Rund 20% der Teilnehmenden wurden während der Testosteroneinnahme schwanger. 38% der Teilnehmenden trans Männer, die zuvor noch kein Testosteron einnahmen, starteten mit der Testosteroneinnahme nach der Schwangerschaft. Und 40% der Teilnehmenden, die zuvor Testosteron einnahmen, haben bis anhin die Testosteronsubstitution noch nicht wieder aufgenommen (Light et al., 2014).

Einige der Teilnehmenden wurden durch Erfahrungsberichte anderer trans Männer darin bestärkt, bereits mit der Hormontherapie zu beginnen, da dies keinen Einfluss auf die Fertilität und das damit verbundene Eintreten der Schwangerschaft hat (Hoffkling et al., 2017). Ergänzend dazu wird in der Studie von Light et al. (2014) aufgeführt, dass die Schwangerschaft, die Geburt und das Geburtsoutcome sich nicht nach vorangegangener Testosteroneinnahme unterschieden. Laut Besse et al. (2020) bedarf es weiterer Forschung in den Bereichen Hormontherapie und deren Effekt auf die Fertilität.

Die befragten trans Männer hätten sich mehr Informationen zu den unvorhergesehenen emotionalen Erfahrungen in Verbindung mit dem Absetzen von Testosteron und der postpartalen Depression gewünscht.

Vorausgehende Informationen zur physiologischen postpartalen Hormonumstellung und damit assoziierten Stimmungsschwankungen hätte ihren Kohärenzsinn gesteigert (Hoffkling et al., 2017).

Die meisten der Teilnehmenden waren in Light et al. (2014) Erstgebärende. Mehrgebärende neigten eher dazu kein Testosteron einzunehmen.

5.4 Umgang durch Gesundheitsfachpersonal

Medikalisierung ist der Prozess, bei welchem menschliche Zustände als medizinische Probleme definiert werden und damit in den Fokus der Medizin rücken. Das Gesundheitssystem hat, wegen der häufigen Interaktion durch die Medikalisierung, einen Einfluss auf das Schwangerschaftserleben des trans Mannes (Besse et al., 2020). Seitens des Gesundheitsfachpersonals wird erwähnt, dass sie aufgrund der Angst vor Fehlern sich davor scheuten, einen schwangeren trans Mann zu betreuen (Besse et al., 2020).

Teilnehmende beschrieben viele Herausforderungen und Barrieren bei der Betreuung rund um die Reproduktion. Die Herausforderungen und Barrieren basieren meist auf Diskriminierung, Stigmatisierung, Transphobie und der damit assoziierten Exklusion. Als Beispiel hierfür wird das Unverständnis gegenüber einem schwangeren Mann genannt (Hoffkling et al., 2017). Auch in Besse et al., (2020) wird die Interaktion mit dem Gesundheitsfachpersonal teils als unangenehm beschrieben. Dies beinhaltet beispielsweise die mangelnd geschützte Intimsphäre während gynäkologischen Untersuchungen. Als Copingstrategien hierfür werden zum einen die Dissoziation während der Untersuchung und zum anderen den Fokus auf die Sinnhaftigkeit der Untersuchung zu legen genannt (Besse et al., 2020). Als Lösungsansatz wird in Besse et al. (2020) das Einbeziehen des trans Mannes während des gesamten Prozesses genannt. Eine weitere Möglichkeit ist das Erfragen und Erfassen von präferierten Begriffen für die Körperteile (Besse et al., 2020).

Bei Hoffkling et al. (2017) wurde bei einigen der Teilnehmenden die reproduktive Behandlung, aufgrund ihres Geschlechtes, verweigert. Samenbanken können, da sie in den USA privatisiert geführt werden, entscheiden, wer von der Dienstleistung Gebrauch machen darf und wer nicht. Einige der Teilnehmenden äusserten sogar Barrieren beim Zugang von geschlechtsangleichenden Behandlungen. Um eine ihnen angemessene, zustehende Behandlung zu erhalten, nannten sie oftmals nicht ihren bestehenden Kinderwunsch (Hoffkling et al., 2017).

Der Wunsch vieler trans Männer ist der Erhalt von frühzeitigen Informationen rund um die Transition und Möglichkeiten der Reproduktion. Viele wünschten

ausführlichere Informationen bezüglich Fertilitätserhaltung und -möglichkeiten zu bekommen (Hoffkling et al., 2017). Zudem sei es wichtig, die Möglichkeiten der Fertilitätserhaltung vor dem Beginn der Transition zu besprechen (Besse et al., 2020).

Sämtliche Teilnehmende wurden während der Schwangerschaft durch Gesundheitsfachpersonal betreut, welches keine Erfahrungen und Fachwissen mit transgeschlechtlichen oder geschlechtsvarianten Menschen hatte (Ellis et al., 2014). Einige der Teilnehmenden berichteten von negativen Erfahrungen mit dem Gesundheitsfachpersonal. Die meisten jedoch berichteten von positiven Erfahrungen (Ellis et al., 2014). In Hoffkling et al. (2017) wird ebenfalls von positiven Erfahrungen mit dem Gesundheitsfachpersonal berichtet. Das Akzeptieren der Geschlechtsidentität und die Verwendung der präferierten Namen und Pronomen führten dazu, dass die Erfahrungen positiv waren. Das Wohlbefinden erhöhte sich, wenn sie vom Gesundheitsfachpersonal nicht als exotisch oder extraordinär behandelt wurden. In Hoffkling et al. (2017) und Light et al. (2017) wird durch Äusserungen der Teilnehmenden der Mangel an interkultureller Kompetenz seitens des Gesundheitsfachpersonals ersichtlich. Dies beinhaltet die Verwendung falscher Pronomen, die Ansprache mit dem rechtlichen und nicht mit dem präferierten Namen, die Vermutungen über das Aussehen der Geschlechtsteile, das Ignorieren der Geschlechtsidentität und die Gleichstellung von Geschlechtsidentität mit sexueller Orientierung. Nebst dem Mangel an interkultureller Kompetenz wird auch die Transphobie hervorgehoben.

Im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe wurden folgende strukturellen Barrieren genannt: Die fehlende Inklusivität in Informationsmaterial wie Broschüren. Diese sind allein auf cis Frauen ausgelegt. Ausserdem beschrieben die Teilnehmenden die Informationssysteme, die ihre Geschlechtsidentität nicht inkludierten (Besse et al., 2020; Hoffkling et al., 2017). Durch die institutionelle Ausgrenzung werden Cisnormativität und Transphobie sichtbar (Besse et al., 2020). Dadurch, dass die Aufnahmeformulare lediglich binäre Geschlechtskategorien beinhalten, wird die Schwangerschaft bei trans Männern als nicht normal impliziert (Besse et al., 2020). Durch die empfundene Ausgrenzung strebten einige trans Männer eine Geburt im ausserklinischen Setting an, um Konfrontationen im Spital zu vermeiden (Besse et al., 2020; Hoffkling et al., 2017). Trans Männer erfuhren die Ausgrenzung auch in der Zeit post partum, beispielsweise durch die Verweigerung von Stillberatung im Spital

(Hoffkling et al., 2017). Ausserdem wurden einige der Teilnehmenden wegen ihrer Transgeschlechtlichkeit pathologisiert und als «Problem» behandelt (Hoffkling et al., 2017). Das Problem wird in Besse et al. (2020) als Anderssein definiert. Die Wahrnehmung des Gefühls von Einzigartigkeit und Anderssein, kann bei trans Menschen ein Gefühl der Minderwertigkeit auslösen (Besse et al., 2020).

Die trans Männer wünschten sich von medizinischen Fachpersonen, dass diese ihre Fragen rund um transspezifische Bereiche beantworten können (Hoffkling et al., 2017). Auch in der Studie von Light et al. (2014) und Besse et al. (2020) wird der Wunsch nach einer verständnisvollen und von Respekt geprägten Betreuung durch das Gesundheitsfachpersonal geäussert. Die mangelnde Erfahrung und das Wissensdefizit können zu Unbehagen beim trans Mann führen. Es stellt sich die Frage, ob aufgrund des Wissensdefizits eine Qualitätsminderung der Betreuung besteht (Besse et al., 2020). Die inkludierten Studien sind sich einig, dass die korrekte Einordnung des Geschlechts, die Verwendung des präferierten Namens und Pronomens und Schulungen des Gesundheitsfachpersonals den Anfang einer transkompetenten Betreuung darstellt (Besse et al., 2020). Ein hoher Stellenwert hat die den trans Männern entgegengebrachte Akzeptanz und Respekt (Hoffkling et al., 2017).

5.5 Gesellschaftliche Normen

Viele transgeschlechtliche Menschen erfüllen ihren Kinderwunsch auf biologische Weise. Diesbezüglich bestehen keine grossen Unterschiede zu cisgeschlechtlichen Menschen. Transgeschlechtlichkeit schränkt den Kinderwunsch nicht ein. Sie kann jedoch die Möglichkeiten der Reproduktion einschränken. Je nach verfügbaren Ressourcen und Betreuung können Wege zum Erreichen der Elternschaft eingeschränkt sein. Die Gründe für einen Kinderwunsch unterscheiden sich nicht von jenen cisgeschlechtlicher Menschen (Besse et al., 2020). Sämtliche Studienteilnehmende von Charter et al. (2017) verspürten bereits ab Kindesalter einen gesellschaftlichen Druck, dass das Vorhandensein der weiblichen Geschlechtsorgane eine spätere Mutterschaft impliziert (Charter et al., 2017). Ellis et al. (2014) bekräftigen dies mit dem Resultat, dass alle Teilnehmenden den Konflikt zwischen dem inneren Selbstverständnis der Geschlechtsidentität und den gesellschaftlichen Normen, die eine schwangere Person als Frau und werdende Mutter definieren, nannten. In Besse et al. (2020) wird dies als cisnormative

Vorstellungen dargestellt. Trans Männer befürchten Diskriminierung, Stigmatisierung und weitere physische und psychische Konsequenzen durch die gesellschaftlichen Normen (Besse et al., 2020).

Soziale und finanzielle Barrieren hinderten Teilnehmende am Erlangen der Elternschaft (Ellis et al., 2014).

Die Teilnehmenden der Studie von Charter et al. (2017) äusserten durch die Schwangerschaft von Isolation und Exklusion betroffen gewesen zu sein. Durch die systemische Ausgrenzung und aufgrund des fehlenden Wissens fühlten sich einige trans Männer als Exoten. Zur Isolation führten auch Mutmassungen wie ein schwangerer Mann auszusehen hat (Charter et al., 2017). Die Ausgrenzung durch die Gesellschaft dominierte den Alltag vieler trans Männer. Der Wunsch, nicht der Einzige zu sein wurde oftmals genannt (Ellis et al., 2014; Light et al., 2014).

Ellis et al. (2014) und Light et al. (2014) beschreiben nicht vorhandene Ressourcen wie eine fehlende spezialisierte Unterstützung seitens des Gesundheitsfachpersonals. Ein Grossteil des Gesundheitsfachpersonals äussert das Gefühl zu haben, nicht über die benötigten Ressourcen zu verfügen, um einen trans Mann zu betreuen (Besse et al., 2020).

Teilnehmende äusserten beim Aufsuchen von gemeinschaftlichen Ressourcen Ausgrenzung, Isolation und Unverständnis von Sozialdienstleistern und anderen werdenden Eltern (Ellis et al., 2014). Im sozialen Umfeld beschrieben deshalb viele Teilnehmende das aktive und passive Verschweigen der Schwangerschaft als Copingstrategien, um eine Beurteilung durch andere zu vermeiden (Ellis et al., 2014). Auch Hoffkling et al. (2017) beschreiben die Schwierigkeit des Findens einer passenden Dienstleistung. Durch Mund-zu-Mund Propaganda in den Vereinen und Gesundheitsorganisationen wurde die Suche erleichtert (Hoffkling et al., 2017). Ein Einfluss auf die Ausgrenzung hatte sowohl die Interaktion zwischen einer Gesundheitsfachperson und dem trans Mann als auch der übergeordnete Rahmen des Gesundheitssystems (Light et al., 2014).

Es bestand für einige der Teilnehmenden der Studie von Hoffkling et al. (2017) die Schwierigkeit bis hin zur Unmöglichkeit, als Vater auf der Geburtsurkunde ihres Kindes zu stehen. Einige zogen vor Gericht oder mussten ihre Kinder adoptieren. Die Kombination zahlreicher Barrieren löste bei vielen trans Männern das Gefühl aus, dass ihr Leben im cis- und heteronormativen System nicht existiert und ihre Geschlechtsidentität nicht akzeptiert wird (Hoffkling et al., 2017).

Eine Thematisierung und Normalisierung von schwangeren trans Männern würde durch die Enttabuisierung der sozialen Isolation, Diskriminierung und Stigmatisierung entgegenwirken (Besse et al., 2020).

6 Schlussfolgerung

In diesem abschliessenden Kapitel erfolgt zunächst der Theorie-Praxis-Transfer mit der Beantwortung der Fragestellung. Weiter werden die Limitationen der Bachelorarbeit genannt. Abschliessend folgt ein Ausblick.

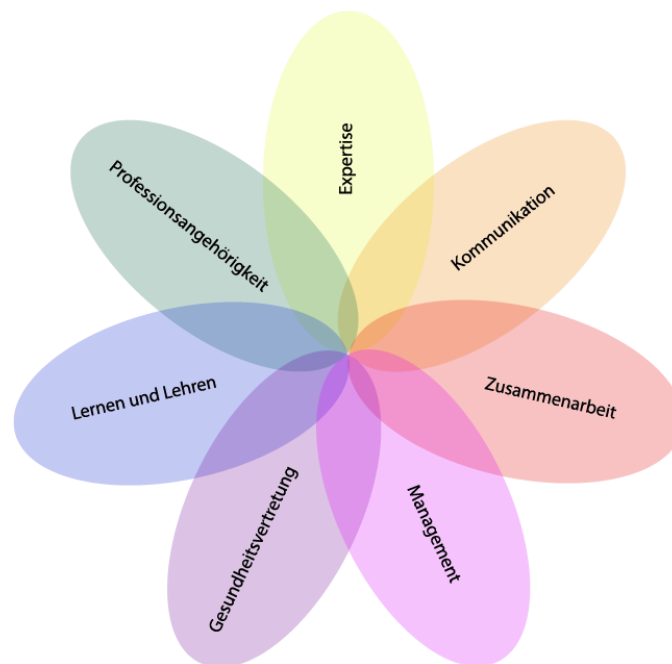
6.1 Theorie-Praxis-Transfer

Die Beantwortung der Fragestellung «Welche Bedürfnisse werden von trans Männern in Bezug auf die Schwangerschaft in der Literatur beschrieben und welche Betreuungsschwerpunkte leiten sich daraus für die Hebammenprofession ab?» zeigt zahlreiche Implikationen für die Praxis auf. Das Phänomen von trans Schwangerschaften wird in Zukunft an Häufigkeit und Bedeutung zunehmen. Zum einen, weil die Inzidenz an trans Menschen steigt und zum anderen, weil sich gesellschaftliche Wertvorstellungen und Normen wandeln und eine steigende Akzeptanz zu beobachten ist. Dadurch steigt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Hebamme in ihrem beruflichen Setting dieser Thematik begegnet. Trans Männer haben das Bedürfnis nach leiblicher Elternschaft. Dies kann durch Fortschritte in der Reproduktionsmedizin ermöglicht werden. Im Prozess des Elternwerdens werden trans Männer vermehrt mit Diskriminierung, Stigmatisierung, Transphobie und verschiedenen Formen von Gewalt konfrontiert. In diesem Zusammenhang ist auch die erhöhte Anfälligkeit für psychische Erkrankungen in der perinatalen Zeit zu erklären. Faktoren zur Entstehung oder Verstärkung dieser Erkrankungen sind Geschlechtsdysphorie, Isolation, Ausgrenzung sowie der Mangel an interkultureller Kompetenz seitens des Gesundheitsfachpersonals.

Um eine transkompetente Betreuung anzubieten und die genannten Barrieren zu mindern oder aufzulösen, sollten sich alle Mitarbeitenden im geburtshilflichen Setting Fachwissen über Transgeschlechtlichkeit aneignen. Dies schliesst Wissen über alle schwangeren Menschen sowie deren familiären Systeme ein. Es liegt in der beruflichen Verantwortung der Hebammen und Ärztinnen und Ärzte sich kontinuierlich weiterzubilden und evidenzbasierte Forschung anzuwenden, um über notwendiges Fachwissen und Kompetenz zu verfügen. Dies beinhaltet auch eine Auseinandersetzung mit der interkulturellen Kompetenz (GMC, 2019; ICM, 2014; NMC, 2018). Die Autorinnen erläutern mögliche Praxisansätze für das Gesundheitsfachpersonal anhand des Rollenmodells nach CanMEDS des Royal College (2015).

Abbildung 4

CanMEDS-Rollenmodell, in Anlehnung an das Royal College (2015), eigene Darstellung



Expertise

Die Expertise ist die Voraussetzung für die berufsspezifischen Tätigkeiten und die Verantwortung, die fachliche Führung im Berufsfeld zu übernehmen und entsprechende Entscheidungen und Beurteilungen zu treffen (ZHAW, o. D.).

Mögliche Ansätze:

- Bewusstsein für Differenzierung der Geschlechtsebenen
- Allgemeinbefinden der trans Männer einschätzen
- Unterstützung der Rollenidentitätsfindung
- Wissen um das Vorkommen von trans Männern im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe
- Einfluss der Hormonsubstitution in der Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett
- Physische und psychische Risiken
- Einschätzung psychischer Anpassungen
- Möglichkeiten der Säuglingsernährung
- Fertilitätserhaltende Massnahmen
- Erhebung des geburtshilflichen Risikomanagements
- Anwendung interkultureller Kompetenz

Kommunikation

Durch die Kommunikation wird eine vertrauensvolle Beziehung im Umfeld und die Weitergabe von gezielten Informationen ermöglicht (ZHAW, o. D.).

Mögliche Ansätze:

- Kommunikationskompetenzen
- Geschlechtergerechte Sprache
- Wertfreie Kommunikation und Betreuung
- Erfassung und Dokumentation von präferierten Namen und Pronomen
- Empowerment

Zusammenarbeit

Dabei partizipieren Hebammen effektiv innerhalb eines interdisziplinären Teams (ZHAW, o. D.).

Mögliche Ansätze:

- Interprofessioneller Austausch
- Grenzen des Kompetenzbereichs kennen
- Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen

Management

Dazu gehört das Übernehmen der fachlichen Führung, das Beitragen zur Effektivität der Organisation und das Entwickeln der eigenen Berufskarriere (ZHAW, o. D.).

Mögliche Ansätze:

- Auseinandersetzung mit eigenen Werten, interkultureller Kompetenz und vorherrschenden cisnormativen Werten und Normen
- Aufzeigen von Ressourcen für trans Männer, wie beispielsweise Anlaufstellen, Selbsthilfegruppen

Gesundheitsvertretung

Hebammen stützen sich dabei verantwortungsvoll auf die Expertise ab und nutzen die Einflussmöglichkeiten um die Gesundheit und die Lebensqualität des Klientels sowie der Gesellschaft als Ganzes zu fördern (ZHAW, o. D.).

Mögliche Ansätze:

- Inklusion fördern
- Anerkennung und Wertschätzung der Geschlechtsidentität
- Barrieren abbauen
- Enttabuisierung
- Forschungsfelder etablieren

Lernen und Lehren

Es beinhaltet das Engagement der Hebammen sich für ein lebenslanges Lernen, basierend auf einer reflektierten Praxis sowie für die Entwicklung, Weitergabe und Anwendung von evidenzbasiertem Wissen (ZHAW, o. D.).

Möglich Ansätze:

- Die Aus-, Weiter-, und Fortbildung soll die Thematik beinhalten (DGfS, 2019)
- Auseinandersetzung mit aktueller Forschung
- Wissen verbreiten

Professionsangehörigkeit

Dabei setzen sich Hebammen für die Gesundheit und die Lebensqualität von Personen und der Gesellschaft ein. Sie verpflichten sich der Ethik und tragen Sorge zur eigenen Gesundheit (ZHAW, o. D.).

Mögliche Ansätze:

- Erweiterung binäres Geschlechtermodell
- Akzeptanz der Individualität
- Auseinandersetzung mit geschlechterspezifischen ethischen Fragestellungen

Die formulierten Ansätze anhand des CanMEDS Rollenmodells dienen als Grundlage für eine professionelle, empathische und zielführende Betreuung eines trans Mannes im geburtshilflichen Setting.

6.2 Limitationen

Die vorliegende Bachelorarbeit weist einige Limitationen auf, welche nachfolgend erläutert werden. Einerseits können die Ergebnisse der Studien nur teilweise übertragen werden, da die Datenerhebung der gewählten Studien mehrheitlich qualitativ erfolgte. Andererseits sind die Ergebnisse aufgrund von gesellschaftlichen Unterschieden nicht für die gesamte Population aussagekräftig. Die genannten Bedürfnisse widerspiegeln nicht die Bedürfnisse aller trans Männer. In dieser Bachelorarbeit konzentrierten sich die Autorinnen auf die am häufigsten genannten Bedürfnisse von trans Männern in Bezug auf die Schwangerschaft. Aufgrund dessen, dass im deutschsprachigen Raum keine Forschung zu Bedürfnissen von trans Männern bezüglich biologischer Schwangerschaft vorhanden ist, wurden für die Beantwortung der Fragestellung Studien aus englischsprachigen Regionen selektiert. Da der gesetzliche, gesellschaftliche und kulturelle Kontext in den verschiedenen Ländern variiert, können die Resultate nicht allgemeingültig auf trans Männer in der Schweiz angewendet werden. Ausserdem unterscheidet sich die Hebammenbetreuung in den Ländern, aus welchen die selektierten Studien stammen, von jener in der Schweiz. Die Resultate ermöglichen den Schweizer Hebammen trotzdem einen Einblick und Überblick über die spezifischen Bedürfnisse und daraus abgeleiteten Behandlungs- und Betreuungsschwerpunkte von trans Männern.

6.3 Ausblick

Die Betreuung von trans Männern im geburtshilflichen Setting kann eine mögliche Herausforderung für Hebammen darstellen und ist dadurch mit Unsicherheit im Umgang verbunden. Eine gesellschaftliche Enttabuisierung und Thematisierung, und der Ausbau von Forschung in der Schweiz könnten dem entgegenwirken. Zudem könnte ein weiterer Fokus auf die Ausbildung gelegt werden. Die Förderung einer geschlechtergerechten und transkompetenten Sprache könnte durch eine gezielte Schulung erreicht werden. Diese Erweiterung wäre eine Grundlage für eine wertfreie Betreuung, was die Inklusion von trans und geschlechtervarianten Menschen fördern würde. Die zunehmende Prävalenz von trans Männern mit dem Wunsch nach eigenen Kindern und die sich stetig entwickelnde ART erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass eine Hebamme in der Praxis mit dieser Thematik konfrontiert wird. Um den Kompetenzbereich der Hebamme zu erweitern ist eine

aktive Auseinandersetzung mit der Thematik und der cisnormativen Gesellschaft erforderlich. Damit kann die Hebamme den Bedürfnissen des trans Mannes auf professioneller Ebene gerecht werden. Die Aspekte der Hebammenbetreuung von trans Männern würden den Kompetenzbereich erweitern.

Im April 2021 wurde das Referendum gegen die «Ehe für alle» bei der Schweizerischen Bundeskanzlei eingereicht. Sofern das Gesetz bei der folgenden Volksabstimmung angenommen wird, wäre dies ein Schritt in Richtung rechtliche Gleichberechtigung. Wobei erwähnt werden muss, dass die Gesetzeslage für trans Menschen weiterhin nicht klar geregelt ist. Hingegen wurde im April 2021 das Gesetz für eine erleichterte Änderung des Geschlechts im Personenstandsregister angenommen. Damit können trans Menschen in der Schweiz ihren Geschlechtseintrag künftig vereinfacht anpassen lassen. Wann dieses Verfahren Inkrafttreten wird ist derzeit noch offen.

Grundsätzlich besteht bis anhin wenig Forschung über die Bedürfnisse von trans Männern in der Schwangerschaft. Weiterführende Forschung ist erforderlich, um eine kompetente und professionelle Betreuung zu ermöglichen. Weitere Forschungsbereiche sollten Bedürfnisse während der präkonzeptionellen Phase, der Geburt und während der postpartalen Phase beleuchten. Zudem wären die Erhebung von quantitativen Daten wünschenswert sowie die Erarbeitung von Leitlinien durch professionen- und disziplinenübergreifenden Expertengremien. Dies würde die interprofessionelle Zusammenarbeit fördern und den Gesundheitsfachpersonen ermöglichen, eine evidenzbasierte und umfassende Betreuung und Beratung zu gewährleisten.

Abschliessend kann gesagt werden, dass durch die resultierenden Ergebnisse dieser Bachelorarbeit das Bewusstsein für die Thematik gestärkt werden kann. Eine bedürfnisorientierte, kontinuierliche und professionelle Schwangerschaftsbetreuung von trans Männern ist wünschenswert. Wie am Anfang mit dem Zitat veranschaulicht, ist der Kinderwunsch ein menschliches Bedürfnis.

Literaturverzeichnis

- Auer, M. K., Fuss, J., Nieder, T. O., Briken, P., Biedermann, S. V., Stalla, G. K., Beckmann, M. W. & Hildebrandt, T. (2018). Desire to Have Children Among Transgender People in Germany: A Cross-Sectional Multi-Center Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(5), 757–767.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.083>
- Besse, M., Lampe, N. M. & Mann, E. S. (2020). Experiences with Achieving Pregnancy and Giving Birth Among Transgender Men: A Narrative Literature Review. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 93(4), 517–528.
- Brendel, K. (2020). Professionalisierung im Hebammenwesen. In A. Stiefel, K. Brendel & N. H. Bauer (Hrsg.), *Hebammenkunde: Lehrbuch für Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Beruf*. (6. Aufl.). Georg Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b-006-163368>
- Büchler, A. & Cottier, M. (2020). Transgender, Intersex und Elternschaft in der Schweiz und im Rechtsvergleich. *FamPra.ch* (4). 875–889. Stämpfli.
- Charter, R., Ussher, J. M., Perz, J. & Robinson, K. (2017). The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. *International Journal of Transgenderism*, 19(1), 64–77.
<https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1399496>
- Cheng, P. J., Pastuszak, A. W., Myers, J. B., Goodwin, I. A. & Hotaling, J. M. (2019). Fertility concerns of the transgender patient. *Translational Andrology and Urology*, 8(3), 209–218. <https://doi.org/10.21037/tau.2019.05.09>
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic, D. H., ... Zucker, K. (2012). *Standards of Care – Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen*. (7. Aufl.) WPATH.
- Critical Appraisal Skills Programme (CASP). (2018). *CASP Systematic Review Checklist*. https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Systematic-Review-Checklist-2018_fillable-form.pdf
- De Roo, C., Tilleman, K., T'Sjoen, G. & De Sutter, P. (2016). Fertility options in transgender people. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 112–119.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1084275>

- Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS). (2019). *S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung“*. AWMF Online. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/138-001.html>
- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99–101. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- Drevin, K. (2017). Geschlecht und Geschlechtlichkeit. In S. Schewior-Popp, F. Sitzmann & L. Ullrich (Hrsg.), *Thiemes Pflege: Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung*. (13. Aufl.). Georg Thieme Verlag. <https://doi.org/10.1055/b-004-140670>
- Eidgenössisches Departement des Innern (EDI). (o. D.). *Diskriminierung*. <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/ebgb/recht/diskriminierung.html>
- Ellis, S. A., Wojnar, D. M. & Pettinato, M. (2014). Conception, Pregnancy, and Birth Experiences of Male and Gender Variant Gestational Parents: It's How We Could Have a Family. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(1), 62–69. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12213>
- European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). (2014). *Being trans in the European Union: Comparative analysis of EU LGBT survey data*. <https://doi.org/10.2811/92683>
- Flütsch, N. (2017). Transmenschen und Kinderwunsch. *Gynäkologische Endokrinologie*, 15(1), 47–52. <https://doi.org/10.1007/s10304-016-0110-2>
- General Medical Council (GMC). (2019). *Good medical practice*. <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors>
- Gorton, R. N. & Erickson-Schroth, L. (2017). Hormonal and Surgical Treatment Options for Transgender Men (Female-to-Male). *Psychiatric Clinics of North America*, 40(1), 79–97. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2016.10.005>
- Hoffkling, A., Obedin-Maliver, J. & Sevelius, J. (2017). From erasure to opportunity: A qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(S2), 332. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1491-5>
- International Confederation of Midwives (ICM). (2014). *International Code of Ethics for Midwives*. <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and->

- practice/international-code-of-ethics-for-midwives.html
- Klein, V., Brunner, F., Nieder, T., Reed, G. & Briken, P. (2015). Diagnoseleitlinien sexueller Störungen in der International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-11 – Dokumentation des Revisionsprozesses. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 28(04), 363–373. <https://doi.org/10.1055/s-0041-109281>
- Krempasky, C., Harris, M., Abern, L. & Grimstad, F. (2019). 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>
- Light, A. D., Obedin-Maliver, J., Sevelius, J. M. & Kerns, J. L. (2014). Transgender Men Who Experienced Pregnancy After Female-to-Male Gender Transitioning. *Obstetrics & Gynecology*, 124(6), 1120–1127. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000540>
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage.
- 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(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0907-y>
- Midwives Alliance of North America (MANA). (2016, 17. August). *Use of Inclusive Language*. <https://mana.org/healthcare-policy/use-of-inclusive-language>
- Mombour, W., Schmidt, M., Schulte-Markwort, E., Remschmidt, H. & Dilling, H. (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinie*. Hogrefe Verlag.
- Nieder, T., Briken, P. & Richter-Appelt, H. (2013). Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *PSYCH up2date*, 7(06), 373–388. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1349534>
- Nursing & Midwifery Council (NMC). (2018). *The Code: Professional standards of practice and behaviour for nurses, midwives and nursing associates*. <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-publications/nmc-code.pdf>
- Obedin-Maliver, J. & Makadon, H. J. (2015). Transgender men and pregnancy. *Obstetric Medicine*, 9(1), 4–8. <https://doi.org/10.1177/1753495X15612658>
- Olyslager, F. & Conway, L. (2007). On the Calculation of the Prevalence of Transsexualism. Paper presented at the World Professional Association for Transgender Health 20th International Symposium.

- Pink Cross. (2021, 5. Januar). *FAQ: Was bedeutet die Ehe für alle für mich/uns?*
<https://www.pinkcross.ch/faq-ehe-fuer-alle#faqitem-10>
- Pohlkamp, I. (2014). *Genderbashing: Diskriminierung und Gewalt an den Grenzen der Zweigeschlechtlichkeit*. Unrast.
- Günther, M. (2016). *Psychosoziale Beratung von inter* und trans* Personen und ihren Angehörigen*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
https://www.bke.de/content/application/explorer/public/newsletter/2016/inter_trans_beratung_leitfaden.pdf
- Queer Lexikon. (2020, 21. September). *Transition*. <https://queerlexikon.net/2017/06/08/transition/>
- Reis, E. (2020). Midwives and pregnant men: Labouring toward ethical care in the United States. *Canadian Medical Association Journal*, 192(7), E169–E170.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.190959>
- Ris, I., & Preusse-Bleuler, B. (2015). *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels*. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit. ZHAW.
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. (2015). *CanMEDS: Better standards, better physicians, better care*.
<https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-e>
- Schläppy, F., Ammann-Fiechter, S. & Graf Heule, P. (2020). Die Hebamme in der globalen Welt. *Obstetrica*, (10). 24–26.
<https://obstetrica.hebamme.ch/de/profiles/3f957b8ee011-obstetrica/editions/obstetrica-10-2020/pages>
- Spahn, A. (2019). Heteronormative Biopolitik und die Verhinderung von trans Schwangerschaften. In M. N. Appenroth & M. Castro Varela (Hrsg.), *Trans & Care: Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung*. Transcript Verlag. <https://doi.org/10.14361/9783839445990>
- Stadt Wien. (o. D.). *Sexismus*.
<https://www.wien.gv.at/menschen/queer/diskriminierung/sexismus.html>
- Stern, A. (2008, 1. April). *Bearing child a “human,” not female, desire, says pregnant man*. REUTERS. <https://www.reuters.com/article/us-pregnant-man/bearing-child-a-human-not-female-desire-says-pregnant-man-idUSN0130842320080401?edition-redirect=uk>

- Stroumsa, D. & Wu, J. P. (2018). Welcoming transgender and nonbinary patients: Expanding the language of “women’s health”. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 219(6), 585–588. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.018>
- Sturma, A., Ritschl, V., Dennhardt, S. & Stamm, T. (2016) Reviews. In V. Ritschl, R. Weigl & T. Stamm (Hrsg.) *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben: Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-49908-5>
- Transgender Network Switzerland (TGNS). (o. D.). *Information*. <https://www.tgns.ch/de/information/>
- Transgender Network Switzerland (TGNS). (o. D.). *Medienguide*. <https://www.tgns.ch/de/medien/medienguide/>
- Transgender Network Switzerland (TGNS). (o. D.). *Medizin*. <https://www.tgns.ch/de/information/medizinisches/#Transm%C3%A4nner>
- Thomas, R., Pega, F., Khosla, R., Verster, A., Hana, T. & Say, L. (2017). Ensuring an inclusive global health agenda for transgender people. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(2), 154–156. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.183913>
- Universität Hamburg. (o. D.). *Stigmatisierung*. <https://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzeptg/154/15402.htm>
- Universität Zürich (UZH). (2018). *Geschlechtergerecht in Text und Bild*. https://www.gleichstellung.uzh.ch/dam/jcr:2623fbe1-471e-47da-9f68-7d1e6e254d2a/180529_Geschlechtergerecht%20in%20Text%20und%20Bild_online.pdf
- Verlinden, J. (2012). Transgender Bodies and Male Pregnancy: The Ethics of Radical Self-Refashioning. In M. Hampf & M. Snyder-Körper (Hrsg.), *Machine: Bodies, Genders, Technologies*. Universitätsverlag Winter.
- Vetter, B. (2010). *Transidentität - ein unordentliches Phänomen: Wenn das Geschlecht nicht zum Bewusstsein passt*. Huber.
- Wierckx, K., Van Caenegem, E., Pennings, G., Elaut, E., Dedeker, D., Van de Peer, F., Weyers, S., De Sutter, P. & T’Sjoen, G. (2011). Reproductive wish in transsexual men. *Human Reproduction*, 27(2), 483–487. <https://doi.org/10.1093/humrep/der406>
- Wittchen, H., Döpfner, M. & Falkai, P. (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-5®*. Hogrefe. <https://elibrary.hogrefe.com/book/99.110005/9783840925993>

World Health Organization (WHO). (2020). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. [https://icd.who.int/browse11/l-](https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%253a%252f%252fid.who.int%252fid%252fentity%252f41147006)

[m/en#/http%253a%252f%252fid.who.int%252fid%252fentity%252f41147006](https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%253a%252f%252fid.who.int%252fid%252fentity%252f41147006)

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW). (o. D.). *Broschüre Abschlusskompetenzen Bachelorstudiengang Hebamme*.

<https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/studium/bachelor/hebammen/broschueren-abschlusskompetenzen-bsc-hebammen-zhaw.pdf>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Ebenen des Geschlechts, in Anlehnung an Drevin (2019), eigene Darstellung	7
Abbildung 2 Interaktion trans Menschen und Gesundheitsfachpersonen, in Anlehnung an Hoffkling (2017), eigene Darstellung	17
Abbildung 3 Phasen der werdenden Elternschaft, in Anlehnung an Ellis et al. (2014), eigene Darstellung	23
Abbildung 4 CanMEDS-Rollenmodell, in Anlehnung an das Royal College (2015), eigene Darstellung	49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Darstellung der Keywords, eigene Darstellung	6
Tabelle 2 Übersicht der selektierten Studien zur Beantwortung der Fragestellung, eigene Darstellung	18
Tabelle 3 Übersicht Studie Charter et al. (2017), eigene Darstellung	19
Tabelle 4 Übersicht Studie Ellis et al. (2014), eigene Darstellung	22
Tabelle 5 Übersicht Studie Hoffkling et al. (2017), eigene Darstellung	26
Tabelle 6 Übersicht Studie Light et al. (2014), eigene Darstellung	30
Tabelle 7 Übersicht Review Besse et al. (2020), eigene Darstellung	33
Tabelle 8 Glossar, eigene Darstellung	64
Tabelle 9 Rechercheprotokoll der Literaturrecherche, eigene Darstellung	67
Tabelle 10 Rechercheprotokoll von Zeitschriften, eigene Darstellung	75
Tabelle 11 AICA Zusammenfassung von Studie Charter et al. (2017), in Anlehnung an Ris & Preusse-Bleuler (2015), eigene Darstellung	76
Tabelle 12 AICA Würdigung von Studie Charter et al. (2017), in Anlehnung an Ris & Preusse-Bleuler (2015), eigene Darstellung	83
Tabelle 13 AICA Zusammenfassung von Studie Ellis et al. (2014), in Anlehnung an Ris & Preusse-Bleuler (2015), eigene Darstellung	88
Tabelle 14 AICA Würdigung von Studie Ellis et al. (2014), in Anlehnung an Ris & Preusse-Bleuler (2015), eigene Darstellung	98
Tabelle 15 AICA Zusammenfassung von Studie Hoffkling et al. (2017), in Anlehnung an Ris & Preusse-Bleuler (2015), eigene Darstellung	104
Tabelle 16 AICA Würdigung von Studie Hoffkling et al. (2017), in Anlehnung an Ris & Preusse-Bleuler (2015), eigene Darstellung	113
Tabelle 17 AICA Zusammenfassung von Studie Light et al. (2014), in Anlehnung an Ris & Preusse-Bleuler (2015), eigene Darstellung	119
Tabelle 18 AICA Würdigung von Studie Light et al. (2014), in Anlehnung an Ris & Preusse-Bleuler (2015), eigene Darstellung	130
Tabelle 19 CASP von Review Besse et al. (2020), in Anlehnung an Critical Appraisal Skills Programme (2018), eigene Darstellung	137

Wortzahl

Wortzahl Abstract: 198

Wortzahl Bachelorarbeit: 11'939

Danksagung

Ein herzliches Dankeschön geht an unsere betreuende Dozentin Julia Butz für die kompetente und wertvolle Begleitung und Beratung im Schreibprozess unserer Bachelorarbeit.

Weiter möchten wir uns herzlich bei X, X, X und X bedanken für die konstruktiven Anregungen und das zeitintensive Korrekturlesen.

Ein grosser Dank geht an X für die grafische Unterstützung bei der Darstellung der Modelle.

Zudem gilt unser Dank unseren Freunden und Familien, die uns stets motivierten und uns im Schreibprozess unterstützten.

Bei Herrn Dr. med. X bedanken wir uns für die Bereitstellung von Literatur und die fachliche Auskunft.

Ein weiterer Dank geht an Frau Prof. Dr. iur. Dr. h.c. X, welche uns wertvolle Informationen bezüglich des rechtlichen Kontextes in der Schweiz zur Verfügung gestellt hat.

Zu guter Letzt möchten wir uns auch gegenseitig danken. Wir blicken auf eine lehrreiche, spannende und bereichernde Zusammenarbeit zurück.

Eigenständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Ort, Datum:

Winterthur, 26.04.2021 _____

Ort, Datum:

Winterthur, 26.04.2021 _____

Unterschrift:

Anja Biewald

Unterschrift:

Céline Rückert

Anhänge

Anhang A: Glossar

Tabelle 8

Glossar, eigene Darstellung

Androgenetische Alopezie	Androgen-induzierte und erbliche Form des Haarausfalls. Gehört zur Gruppe der nicht vernarbten Haarlosigkeit.
Asexualität	Bezeichnet das Nichtvorhandensein sexueller Anziehung gegenüber anderen oder ein fehlendes Interesse an Sex oder ein nicht vorhandenes Verlangen danach.
Binäres Geschlechtermodell	Das binäre Geschlechtermodell (Synonym: Zweigeschlechtermodell) umfasst lediglich die Kategorien Mann und Frau. Weitere Geschlechtsidentitäten und Zwischenstufen existieren in diesem System nicht.
Bisexualität	Als Bisexualität bezeichnet man die sexuelle Orientierung oder Neigung, sich zu mehr als einem Geschlecht sexuell hingezogen zu fühlen.
Cis	Das Adjektiv cisgender oder kurz cis, bezeichnet die Übereinstimmung von Geschlechtsidentität und dem biologischen Geschlecht, das einer Person bei der Geburt zugewiesen wurde.
Cisnormativität	Die cisnormative Weltanschauung basiert auf den Annahmen, dass es nur zwei Geschlechter (männlich und weiblich) gibt, dass das Geschlecht einer Person allein durch die biologische Zuordnung bestimmt wird und dass die Geschlechtsidentität immer mit dem biologischen Geschlecht übereinstimmt.
Geschlechtsmerkmal primär	Geschlechtsmerkmale, die der direkten Fortpflanzung dienen, wie zum Beispiel die Vulva, Vagina, Ovarien, Uterus, Hoden, Nebenhoden, Samenwege und Penis. Diese sind bereits von Geburt an vorhanden.
Geschlechtsmerkmal sekundär	Diese sind nicht direkt für die geschlechtliche Fortpflanzung notwendig und entwickeln sich erst durch die Geschlechtsreife. Dazu gehören das Brustwachstum und der Bartwuchs.
Heteronormativität	Heteronormativ bedeutet die Einstellung, dass Heterosexualität die Norm ist. Der Begriff hat mit der Weltanschauung zu tun und weniger mit der sexuellen Orientierung.
Interkulturelle Kompetenz	Fähigkeit einer erfolgreichen und angemessenen Interaktion mit anderen Individuen und Gruppen anderer Kulturen. Sie basiert auf einer Haltung der Offenheit und des Lernens. Der Kontakt mit anderen soll dabei frei von Vorurteilen sein.

Laktogenese	<p>Die Laktogenese wird differenziert in drei Phasen.</p> <p>Die Laktogenese I beinhaltet die Vorbereitung der Brustdrüse zur Milchproduktion in der zweiten Schwangerschaftshälfte. Die Laktogenese II setzt mit der Plazentageburt und den dadurch freigesetzten Hormonen ein, durch diesen Prozess wird die Milch gebildet. Durch die Stimulationen des Kindes an der Mamille wird die Milchproduktion aufrechterhalten. Dies ist die dritte Phase der Laktogenese.</p>
Metoidioplastik	<p>Das Wachstum der Klitoris wird durch die Testosteroneinnahme beschleunigt. Dies bildet die Grundlage für die sogenannte Metoidioplastik, auch Klitorispenoid oder Klitpen genannt. Die Metoidioplastik ist ein kleiner operativer Eingriff, bei dem die Empfindungsfähigkeit und Erigierbarkeit beibehalten wird.</p>
Nicht binär / non binary	<p>Sammelbezeichnung für Geschlechtsidentitäten aus dem Transgender-Spektrum, die weder ausschliesslich männlich noch weiblich sind, sich also ausserhalb dieser binären Einteilung befinden.</p>
Pansexualität	<p>Eine sexuelle Orientierung, bei der Menschen in ihrem Begehren keine Vorauswahl nach Geschlecht bzw. Geschlechtsidentität treffen. Der Begriff Pansexualität leitet sich von der griechischen Vorsilbe pan (gesamt, umfassend, alles) ab. In der wissenschaftlichen Literatur wird der Begriff nicht einheitlich definiert und verwendet.</p>
Phalloplastik	<p>Unter dem Begriff Phalloplastik werden diverse plastisch-chirurgische Eingriffe am Penis zusammengefasst.</p>
Polyzystisches Ovarialsyndrom (PCOS)	<p>Das PCOS ist eine Stoffwechselstörung mit Assoziation zum metabolischen Syndrom und multiplen ovariellen Zysten.</p> <p>Der Symptomkomplex besteht aus Amenorrhö oder Oligomenorrhö, Adipositas und einem Hyperandrogenismus. Klinisch dominiert der Hyperandrogenismus (vermehrte Körperbehaarung, Akne und Virilisierung).</p>
Polyzythämie	<p>Erhöhte Erythrozyten-Konzentration im Blut. Dadurch wird das Blut dicker und zähflüssiger. Die erhöhte Viskosität hat eine verstärkte Reibung an den Blutgefässen zur Folge. Ausserdem entsteht dadurch ein erhöhtes Risiko für Durchblutungsstörungen und Thrombose.</p>
Schneeballsystem	<p>Das Schneeballsystem bezeichnet ein Suchverfahren, mit welchem Literaturverzeichnisse oder Quellenangaben/ Fussnoten nach geeigneter Literatur durchsucht werden. Man beginnt mit einer konkreten Quelle, die für das eigene Thema relevant ist, und stösst so auf weitere Literaturhinweise, welche von Interesse sind.</p>

Trans Identität	Der Begriff trans Identität wird von vielen Menschen synonym für Transsexualität gebraucht. Trans Identität deutet jedoch auf die Geschlechtsidentität eines Menschen hin und versucht sich damit von einem Bezug zur Sexualität abzugrenzen. Trans Identität beschreibt ein natürliches Phänomen, bei welchem die Geschlechtsidentität vom biologisch zugewiesenen Geschlecht abweicht.
Transgender	Transgender ist eine Bezeichnung für Menschen, deren Geschlechtsidentität nicht oder nicht vollständig mit dem nach der Geburt anhand der äusseren Merkmale definierten und eingetragenen Geschlecht übereinstimmt, oder die eine binäre Zuordnung ablehnen.
Trans Frau	Eine Person, die sich als Frau identifiziert, die bei der Geburt aufgrund der äusseren männlichen Geschlechtsmerkmale dem männlichen Geschlecht zugeordnet wurde.
Trans Mann	Eine Person, die sich als Mann identifiziert, die bei der Geburt aufgrund der äusseren weiblichen Geschlechtsmerkmale dem weiblichen Geschlecht zugeordnet wurde.
Transphobie	Transphobie (von lat. trans «jenseitig, darüber hinaus», und altgriechisch phobos «Furcht, Schrecken») oder Transfeindlichkeit bezeichnet die Angst vor Menschen und ihrem Lebensstil, die transgeschlechtlich sind.
Virilisierung	Androgenisierung, Vermännlichung

Anhang B: Rechercheprotokoll, Literaturrecherche

Tabelle 9

Rechercheprotokoll der Literaturrecherche, eigene Darstellung

Datum der Recherche	Datenbank	Keywords	Anzahl Treffer	Relevante Treffer, Stelle
16.07.2020	CINAHL Complete	(transmen OR transgender men OR transitioning men OR trans man OR trans men) AND pregnancy OR «desiree's baby»	22	<p>9 relevante Ergebnisse</p> <p>1./22. «<i>Providing Patient-Centered Perinatal Care for Transgender Men and Gender-Diverse Individuals A Collaborative Multidisciplinary Team Approach</i>» (Hahn, M. et al., 2019)</p> <p>2./22. «The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia» (Charter, R. et al., 2018) → Erforschung des Erlebens einer Schwangerschaft bei trans Männern, beinhaltet detaillierte Ergebnisse</p> <p>4./22. «<i>Transgender men, pregnancy, and the „new» advanced paternal age: A T review of the literature</i>» (Brandt, J. et al., 2019)</p> <p>5./22. «<i>Family planning and contraception use in transgender men</i>» (Light, A. et al., 2018)</p> <p>9./22. «From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers» (Hoffkling, A. et al., 2017) → Studie beinhaltet umfassende Ergebnisse des Erlebens einer Schwangerschaft bei trans Männern.</p>

				<p>Ausserdem weist die Studie einen hohen Praxisbezug auf, indem Empfehlungen für das Gesundheitsfachpersonal abgeleitet werden.</p> <p>13./22. «Contraceptive use and pregnancy intentions among transgender men presenting to a clinic for sex workers and their families in San Francisco» (Cipres, D. et al., 2016) → Stichprobe passt nicht zu Fragestellung der Bachelorarbeit</p> <p>15./22. «Transgender Men Who Experienced Pregnancy After Female-to-Male Gender Transitioning» (Light, A. et al., 2014) → Studie, die auch quantitative Daten erhebt und auswertet, grundlegende Studie dieser Thematik</p> <p>18./22. «<i>Transgender men and pregnancy</i>» (Obedin-Maliver, J. & Makadon, H.-J., 2015)</p> <p>20./22. «If Transmen Can Have Babies, How Will Perinatal Nursing Adapt?» (Adams, E.-D., 2010) → keine Studie, sondern Artikel</p>
21.07.2020	Science Direct			5 relevante Ergebnisse
		transgender man AND pregnancy	459	7./459. «Assisted reproductive technology outcomes in female-to-male transgender patients compared with cisgender patients: a new frontier in reproductive medicine» (Leung, A. et al., 2019)

			<p>→ passt nicht zur Zielsetzung der Bachelorarbeit, Fokus der Studie auf Reproduktionsmedizin</p> <p>21./459. «Welcoming transgender and nonbinary patients: expanding the language of «women’s health»» (Stroumsa, D. & Wu, J.-P., 2018)</p> <p>→ unpassend bezüglich Studienaufbau</p> <p>28./459. «<i>Desire to Have Children Among Transgender People in Germany: A Cross-Sectional Multi-Center Study</i>» (Auer, M.-K. et al., 2018)</p>	
		transgender man	1873	<p>23./1873. «Decreasing Barriers to Sexual Health in the Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Community» (Waryold, J.-M. & Kornahrens, A., 2020)</p> <p>→ Stichprobe beinhaltet nicht nur trans Männer, sondern Menschen der gesamten LGBTQ-Gemeinschaft</p>
		transgender	7660	<p>12./7660. «Fertility preservation in a transgender man without prolonged discontinuation of testosterone: a case report and literature review» (Cho, K. et al., 2020)</p> <p>→ passt nicht zur Zielsetzung der Bachelorarbeit</p>
25.07.2020	Science Direct			1 relevantes Ergebnis
		«transgender man» AND pregnancy AND birth	319	<p>5./319. «Hormonal and Surgical Treatment Options for Transgender Men (Female-to-Male)» (Gorton, R.-N. & Erickson-Schroth, L., 2017)</p> <p>→ Nutzung zur theoretischen Grundlage</p>
31.08.2020	MEDLINE			1 relevantes Ergebnis
		«trans pregnancy»	1	1./1. «Trans* Pregnancy and Lactation: A Literature Review from a Nursing

				Perspective» (Garcia-Acosta, J. et al., 2019) → Ausschluss wegen Einbezug von trans Frauen
11.09.2020	APA PsycInfo			7 relevante Ergebnisse
		transgender AND parenthood AND pregnancy	213	4./213. «Development and Psychometric Testing of the Nurses' Confidence Scale: Unique Families» (Grassley, J.-S., 2020) → passt nicht zur Zielsetzung der Bachelorarbeit
				10./213. ««It's Just Constantly Having to Make a Ton of Decisions That Other People Take for Granted»: Pregnancy and Parenting Desires for Queer Cisgender Women and Non-binary Individuals Assigned Female at Birth» (Carpenter, E. & Niesen, R., 2020) → Stichprobe unpassend für Bachelorarbeit, auch Einbezug von cis Frauen
				14./213. «Fertility Counseling for Transgender Adolescents: A Review» (Lai, T.-C. et al., 2020) → passt nicht zur Zielsetzung der Bachelorarbeit, da Ausschluss von präkonzeptioneller Beratung
				24./213. «Reproductive Attitudes and Behaviors Among Transgender/ Nonbinary Adolescents» (Nahata, L. et al. 2019) → passt nicht zur Zielsetzung der Bachelorarbeit, da Ausschluss von präkonzeptioneller Beratung
				40./213. «Conceptions of transgender parenthood in fertility care and family

				<p>planning in Sweden: from reproductive rights to concrete practices» (Payne, J.-G. & Erbenius, T. 2018)</p> <p>→ Forschende erheben nicht gezielt Erfahrungen. Ausserdem enthält Stichprobe auch trans Frauen.</p>
		transgender AND parenthood	718	<p>4./718. «Children with Trans Parents: Parent–Child Relationship Quality and Psychological Well-being» (Imrie, S. et al., 2020)</p> <p>→ behandelt weiteren Aspekt, der nicht in dieser Bachelorarbeit thematisiert wird</p>
		transgender AND pregnancy	1109	<p>5./1109. «<i>Parenthood Intentions, Pathways to Parenthood, and Experiences in the Health Services of Trans People: an Exploratory Study in Portugal</i>» (Marinho, I. et al., 2020)</p> <p>→ Ausschluss, da auch trans Frauen in Stichprobe einbezogen wurden</p>
23.11.2020	LIVIVO			1 relevantes Ergebnis
		transgender AND pregnancy	218	<p>17./218. «Data unclear on pregnancy risk in transmasculine individuals on testosterone» (Schubert, F.-D. & Carey, J.-M., 2019)</p> <p>→ keine Studie, sondern Artikel</p>
21.12.2020	PubMed			3 relevante Ergebnisse
		transgender AND parenting AND „preconception care”	2	<p>2./2. «Conception, Pregnancy, and Birth Experiences of Male and Gender Variant Gestational Parents: It’s How We Could Have a Family» (Ellis, S.-A. et al., 2014)</p> <p>→ umfassende Ergebnisse von trans Männer und Praxisbezug durch abgeleitete Empfehlungen für das Gesundheitsfachpersonal</p>
		transgender AND midwifery	60	<p>9./60. «Educational Strategies to Help Students Provide Respectful Sexual and Reproductive Health Care for Lesbian,</p>

				Gay, Bisexual, and Transgender Persons» (Walker, K. et al., 2016) → für theoretischen Hintergrund
		transgender AND parenting AND tornello	2	1./2. «Parenting Intentions Among Transgender Individuals» (Tornello, S. & Bos, H., 2017) → passt nicht zur Zielsetzung der Bachelorarbeit
23.12.2020	LIVIVO			1 relevantes Ergebnis
		transgender AND pregnancy	218	42./218. «Healthcare Providers' Pregnancy Prevention Counseling of Trans and Non-Binary Assigned Female at Birth (TNB/AFAB) Patients» (Forsberg, H. & Eliason, M.-J., 2020) → bei genauem Betrachten ausgeschlossen, da es um Schwangerschaftsvermeidung geht
06.01.2021	PubMed			2 relevante Ergebnisse
		lactation AND transgender	16	7./16. «Transgender Men and Lactation: What Nurses need to know» (Wolfe-Roubatis, E. & Spatz, D.-L., 2015) → bei genauem Betrachten ausgeschlossen, weil Hauptteil der Studie aus Fallbeispielen besteht
				12./16. «Lactation Support for LGBTQIA+ Families» (Chetwynd, E.-M. & Facelli, V., 2019) → nach genauerer Betrachtung als Hauptstudie ausgeschlossen, da Stichprobe nicht nur trans Männer enthält
14.01.2021	CINAHL Complete			1 relevantes Ergebnis
		transmasculin e AND chestfeeding	2	1./2. «Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: a qualitative study» (MacDonald, T. et al., 2016)

				→ nach Anpassung der Fragestellung ausgeschlossen
22.01.2021	PubMed			1 relevantes Ergebnis
		«transgender m*n» AND «pregnancy» Einschränkung : 2020-2021	46	2./46. « Experiences with Achieving Pregnancy and Giving Birth Among Transgender Men: A Narrative Literature Review » (Besse, M. et al., 2020) → Studiendesign: narratives Literaturreview, passend zur Zielsetzung der Bachelorarbeit
23.01.2020	PubMed			2 relevante Ergebnisse
		transgender AND («access to care» OR «barriers») + Einschränkung 2020-2021	224	→ keine relevanten Studien
		transgender AND miscarriage	4	4./4. «Men, trans/masculine, and non-binary people's experiences of pregnancy loss: an international qualitative study» (Riggs, D.-M. et al., 2020) → weiterer Aspekt, der von der Bachelorarbeit exkludiert wurde, jedoch für Praxis relevant ist
		childbirth AND transgender	14	2./14. «Minority stress adds an additional layer to fear of childbirth in lesbian and bisexual women, and transgender people» (Malmquist, A. et al., 2019) → Stichprobe beinhaltet nicht nur trans Männer
23.01.2020	CINAHL Complete			1 relevantes Ergebnis
		transgender AND „health care access“	361	1./361. «Health Care Access and Utilization by Transgender Populations: A United States Transgender Survey

				Study» (Kachen, A. & Pharr, J.-R., 2020)
23.01.2020	Google Scholar			2 relevante Ergebnisse
		Transmenschen AND Schwangerschaft	145	<p>1./145. «Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans* - Gesundheitsversorgung» (Hamm, J. & Sauer, A., 2014)</p> <p>2./145. «Transmenschen und Kinderwunsch» (Flütsch, N., 2017) → Artikel, keine Studie, dient zur theoretischen Grundlage</p>
01.02.2021	Mari Greenfield			<p>«Trans and non-binary pregnancy, traumatic birth, and perinatal mental health: a scoping review» (Greenfield, M. & Darwin, Z., 2020) → kein Volltext verfügbar, Anfrage bei Mari Greenfield, sendet uns Studie zu; nach genauerer Betrachtung als Hauptstudie ausgeschlossen, da die bereits gewählten Hauptstudien die Zielsetzung der Bachelorarbeit besser abdecken</p>
03.02.2021	Rechtswissenschaftliche Fakultät – Lehrstuhl Bächler			<p>«Transgender, Intersex und Elternschaft in der Schweiz und im Rechtsvergleich» (Bächler, A. & Cottier, M., 2020) → Artikel für den theoretischen Hintergrund zur Rechtslage in der Schweiz; Anfrage für Volltext direkt bei Frau Prof. Dr. iur. Dr. h.c. Andrea Bächler</p>

Rechercheprotokoll von Zeitschriften

Tabelle 10

Rechercheprotokoll von Zeitschriften, eigene Darstellung

Datum der Recherche	Rechercheort	Zeitschrift	Ausgabe	Titel
11.09.2020	EZB	Transgender Health	Volume 3, Issue 1 (2018)	«What Is Gender Dysphoria? A Critical Systematic Narrative Review» (Davy & Toze, 2018) → für theoretischen Hintergrund
20.09.2020	EZB	Journal of Gender Studies	Volume 7, Issue 3 (1998)	The pregnant man – an oxymoron? (More, 1998) → Ausschluss, wegen Alter der Studie

- **Fett markierte Studien:** in der Bachelorarbeit verwendete Studien und Review (Hauptstudien A-F)
- *Kursiv markierte Studien:* zunächst relevant erscheinende Hauptstudien, die nach näherem Betrachten ausgeschlossen wurden
- Keine spezielle Markierung: Studien, die relevant für die Thematik und die Bearbeitung der Bachelorarbeit sind, jedoch als Hauptstudien ausgeschlossen wurden

Anhang C: Studienbewertungen

Studie A: Charter et al. (2017)

Tabelle 11

AICA Zusammenfassung von Studie Charter et al. (2017), in Anlehnung an Ris & Preusse-Bleuler (2015), eigene Darstellung

Zusammenfassung	
Einleitung	<p>Problembeschreibung, Bezugsrahmen, Forschungsfrage/-ziel</p> <p>a) <u>Um welches Thema/Problem handelt es sich?</u></p> <p>Trans Männer werden mit weiblichen Geschlechtsteilen geboren, die es ihnen erlauben schwanger zu werden. Bei vielen trans Männern ist der Wunsch nach eigenen Kindern vorhanden. Es ist aber noch wenig bekannt über die Erfahrungen australischer trans Männer mit Kinderwunsch.</p> <p>b) <u>Was ist die Forschungsfrage oder das Ziel?</u></p> <p>Ziel ist es die Lücken in der Literatur zu schliessen sowie die Erfahrungen von Betroffenen zu erfragen. Folgende Forschungsfragen wurden demnach von den Forschenden der Studie definiert: «Wie gestalten und erfahren australische trans Männer ihren Wunsch nach Elternschaft?» und «Wie gestalten australische trans Männer eine Schwangerschaft und wie erleben sie diese?».</p> <p>c) <u>Mit welchen Argumenten wurde die Forschungsfrage begründet?</u></p> <p>Da die Literatur Lücken aufweist.</p> <p>Durch kulturelle Veränderungen in der Gesellschaft wird bisherigen Tabuthemen gegenüber mit mehr Offenheit begegnet. Dadurch wird die Thematik realistischer und liefert deswegen Anhaltspunkte für Forschung.</p>

Methode	<p>Design</p> <p>a) <u>Was soll untersucht werden?</u> Erfahrungen von trans Männern bezüglich Kinderwunsch und Schwangerschaft.</p> <p>b) <u>Wie oft wird gemessen / befragt?</u> Einmaliges Ausfüllen eines Online Fragebogens. Es bestand die Option am Ende des Fragebogens, sich für ein Einzelinterview zu melden. 16 der 25 Teilnehmenden meldeten sich für ein Einzelinterview.</p> <p>Stichprobe</p> <p>a) <u>Für welchen Personenkreis soll eine Aussage gemacht werden?</u> Die Aussage soll für trans Männer mit Erfahrungen mit Kinderwunsch, Schwangerschaft und Elternschaft gemacht werden. Im weiteren Sinne gilt die Aussage auch für das Gesundheitsfachpersonal, welches diese trans Männer betreut.</p> <p>b) <u>Wie wurden die Stichproben definiert?</u> Definiert wurden trans Männer, die selbst eine Schwangerschaft erlebt haben. Sie wurden aus der grösseren Studie rekrutiert, die neben trans Vätern auch trans Mütter einbezogen hat.</p> <p>c) <u>Wie viele Stichproben wurden definiert?</u> Eine Stichprobe (25 trans Männer)</p> <p>Datenerhebung</p> <p>a) <u>Welche Art von Daten wurde erhoben?</u> Es wurden Daten aus einem Online Fragebogen (mit offenen und geschlossenen Fragen) und einem Einzelinterview erhoben.</p> <p>b) <u>Wenn nur eine Stichprobe: Wie oft wurden Messungen durchgeführt?</u> Einmalig (ein Online Fragebogen und optional ein Einzelinterview).</p> <p>Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)</p> <p>a) <u>Welche Variablen wurden zur Beantwortung der Fragestellung definiert?</u></p>
----------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Demographische Daten: Alter, Geschlechterzuteilung bei der Geburt, sexuelle Orientierung, kulturelle Herkunft, Ausbildung, Leben in bevorzugtem Geschlecht, Beziehungsstatus • Geschlechtliche Identität: Verwendetes Pronomen, bereits durchgeführte Schritte der Transition • Informationen zur Elternschaft: Anzahl und Alter der Kinder, Betreuung der Kinder, partnerschaftliche Beziehung, Unterstützungssysteme <p><u>b) Welche Instrumente wurden zur Datenerhebung benutzt?</u></p> <p>Ein Online Fragebogen (mit offenen und geschlossenen Fragen) und ein semi-strukturiertes Einzelinterview.</p> <p><u>c) Welche Intervention wird getestet?</u></p> <p>Keine Intervention, da es sich um eine Erhebung von Erfahrungsberichten handelt.</p> <p>Datenanalyse</p> <p><u>a) Welches Skalenniveau weisen die erhobenen Variablen auf?</u></p> <p><i>Nominal:</i> Geschlechterzuteilung bei der Geburt, sexuelle Orientierung, kulturelle Herkunft, Leben in bevorzugtem Geschlecht, Beziehungsstatus, verwendetes Pronomen, bereits durchgeführte Schritte der Transition, partnerschaftliche Beziehung, Betreuung der Kinder, Unterstützungssysteme</p> <p><i>Ordinal:</i> Ausbildung</p> <p><i>Proportional / absolut / ratio:</i> Alter des trans Mannes, Anzahl und Alter der Kinder</p> <p><u>b) Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse genutzt?</u></p> <p>Für die offenen Fragen des Fragebogens und die Interviewdaten wurde die thematische Analyse verwendet. Sie sucht nach aussagekräftigen Mustern, die die Daten identifizieren und beschreiben. Die Interviewdaten wurden transkribiert und mit dem Softwareprogramm NVivo kodiert.</p> <p><u>c) Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt?</u></p> <p>Nein, da dies qualitativ erhobene Daten sind.</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p><u>a) Welche Ergebnisse werden präsentiert?</u></p> <p>Es werden die Aussagen der Teilnehmenden zusammengefasst. Zur besseren Struktur wurden diese aufgeteilt.</p> <p>1) Perspektiven zur werdenden Elternschaft</p> <p>a) Aufwachsen im weiblichen Geschlecht: Die Erwartung an die Mutterschaft</p>

- Die Teilnehmenden der Studie äusserten schon als kleines Mädchen von aussen damit konfrontiert worden zu sein, später eigene Kinder zu haben. Dies löste bei einem Teilnehmenden (Tony) bereits früh widersprüchliche Gefühle aus. Diese Aussage wurde von mehreren Teilnehmenden geäussert.
- Die Erwartungen führten bei den Teilnehmenden zur Exklusivität. Sie konnten sich selbst nicht als Mutter sehen.
- Die Erwartungen wurden meist vom engsten familiären Umfeld geäussert.
- Bei einigen löste der Druck das Gegenteil aus, indem sie die Bedeutung der Mutterrolle herunterspielten und sich gegen eigene Kinder aussprachen.
- Es war ein Prozess für die Teilnehmenden, die eigenen Vorstellungen von Elternschaft und die eigene geschlechtliche Identität in Einklang zu bringen.

b) Orientierung an der Vaterschaft: Elternschaft nach eigenen Vorstellungen

- Als die Transition begann, entwickelten sich die Vorstellungen von Elternschaft neu. Der Wandel von einer potenziellen Mutter zu einem potenziellen Vater machte die Möglichkeit zur Elternschaft realer.

2) Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft

- Bei den trans Männern der Studie war die Schwangerschaft ein bewusster Entscheid. Sie mussten sich mit ihrer männlichen Identität und der mit einer Schwangerschaft verbundenen Weiblichkeit auseinandersetzen. Ebenso flossen medizinische und biologische Aspekte der Schwangerschaft in einem Körper nach der Transition mit ein.

a) Mittel zum Zweck

- Die trans Männer der Studie hatten unterschiedliche Gründe schwanger zu werden. Einige entschieden sich aufgrund der Unfruchtbarkeit der Partnerin für das Austragen der Schwangerschaft. Als Beispiel wird hier namentlich Sam genannt, dessen Partnerin wegen Endometriose nicht schwanger werden konnte.
- Bei weiteren Teilnehmenden war der Stellenwert des biologisch eigenen Kindes von hoher Bedeutung.
- Einige Teilnehmende wollten noch vor der geplanten Transition schwanger werden. Sie sahen dies als Mittel zum Zweck.

b) Zugang zur ART

- 18 von 25 Teilnehmende sind mit Cis-Frauen in einer Beziehung. Aus diesem Grund mussten die Paare die Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen, da sie auf externe Spermien angewiesen waren.
- Entweder wurden Inseminationen oder In-vitro-Fertilisationen mit gespendeten Spermien durchgeführt. Die Spermien stammten von einem bekannten oder einem unbekanntem Spender.
- Die meisten Teilnehmenden bezogen die Spermien von einem ihnen bekannten Spender.
- Die Erfahrungen mit der Reproduktionsmedizin gestalteten sich sehr unterschiedlich. Einige beschrieben es als Albtraum, da sie in diesem Prozess mit Diskriminierung konfrontiert wurden. Ausserdem wurde einigen die Behandlung bereits zuvor ohne Begründung verwehrt.

c) Konflikt – Leben ohne Testosteron

- Die Einnahme von Testosteron ist für viele trans Männer ein entscheidender Schritt der Transition in Richtung Männlichkeit. Damit eine Schwangerschaft eintreten kann ist es vonnöten die Einnahme des Testosterons herabzusetzen oder zu sistieren. Dies führte bei vielen der Teilnehmenden zu einem inneren Konflikt. Auf einmal traten wieder die alten Gefühle von vor der Transition auf.
- Die Dauer von der Testosteronsistierung bis zum Eintreten der Schwangerschaft war bei den Teilnehmenden unterschiedlich.

3) Der schwangere Mann

a) Der eigene schwangere Körper

- Die Gefühle der Teilnehmenden reichten von beängstigend, beunruhigend bis hin zu schwer zu handhaben.
- Das anfängliche Gefühl von Glück beim positiven Schwangerschaftstest wechselte rasch in ein Gefühl von Angst.
- Die körperlichen Veränderungen wie Gewichtszunahme, Brustwachstum, Brustspannen, Feminisierung und verminderte Maskulinität wurden als häufigste Ursachen für Stress genannt.
- Die Teilnehmenden distanzieren sich vom eigenen schwangeren Körper, um mit den oben genannten Gefühlen umzugehen.

b) Veränderungen der Brust gefolgt von Dysphorie

- Die Veränderungen der Brust waren die grösste Herausforderung für einige Teilnehmende der Studie.
- Das Binden der Brüste wurde in der Schwangerschaft als sehr unbequem empfunden.
- Das Thema Stillen wurde von den Teilnehmenden häufig genannt. Einige beschrieben dies als Trigger für Dysphorie des eigenen Körpers.
- Die Unterstützung der Partnerinnen wurde im Prozess des Stillens als wesentlich genannt.

	<ul style="list-style-type: none"> • Die meisten Teilnehmenden der Studie haben sich noch keiner Mastektomie unterzogen. <p>c) Die Isolation durch Ausgrenzung – «Bin ich allein?»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Teilnehmenden äusserten, durch die Schwangerschaft von Isolation und Exklusion betroffen zu sein. • Ein Teilnehmer (Colin) isolierte sich zum Eigenschutz seiner mentalen Gesundheit von anderen Menschen. • Ein Teilnehmer (Noel) fühlte sich als Anomalie, da es niemanden seinesgleichen gab. Auch in Büchern wurde nicht darüber berichtet. • Es wurde über Unwissen berichtet, wie ein schwangerer Mann auszusehen hätte. Dies führte bei einigen Teilnehmenden zusätzlich zur Vereinsamung. • Spezialisierte Unterstützung durch Fachpersonal konnte nicht geboten werden. <p><u>b) Welches sind die zentralen Ergebnisse der Untersuchung?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diskriminierung • Einsamkeit • Unwissen über Thematik beim Gesundheitsfachpersonal und im Umfeld • Prozess und Akzeptanz des eigenen Körpers • Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin • Umgang und Ansehen mit der Rolle der Elternschaft
Diskussion	<p><u>a) Werden die wichtigsten Ergebnisse erklärt?</u></p> <p><u>Wie interpretieren die Forschenden die Ergebnisse?</u></p> <p><u>Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen?</u></p> <p>Ja, die wichtigsten Ergebnisse werden erklärt und mit weiterer Literatur ergänzt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durch die mögliche Diskriminierung, welche die trans Männer erfahren, ist es essentiell, dass das Gesundheitsfachpersonal in dieser Thematik geschult wird, um einen inklusiven und unterstützenden Umgang zu gewährleisten • Es bedarf mehr Sensibilität in der Betreuung von trans Männern mit Geschlechtsdysphorie, welche durch das Absetzen der Hormontherapie begünstigt wird.

	<ul style="list-style-type: none"> • Um eine fundierte Entscheidung bezüglich Stillen zu treffen, braucht es ausreichende Informationen des Gesundheitsfachpersonals. Jeder trans Mann soll dies individuell entscheiden. • Die Einsamkeit wurde nochmals mit grosser Wichtigkeit erwähnt und mit anderen Studien in Kontext gebracht. • Dem Gesundheitsfachpersonal sollte das potenziell erhöhte Risiko einer postpartalen Depression bekannt sein. Jedoch wurde noch keine diesbezügliche Forschung zur Prävalenz bei trans Männern durchgeführt. • Die Ziele, die aus der Studie hervorgehen, werden beschrieben. • Am Schluss wird die Relevanz der Studie erneut beschrieben. <p><u>b) Kann die Forschungsfrage aufgrund der Daten beantwortet werden?</u></p> <p>Keine Forschungsfrage. Erfahrungsberichte können gesammelt und strukturiert werden.</p> <p><u>c) Welche Limitationen werden angegeben?</u></p> <p>Zwei Einschränkungen wurden angegeben.</p> <p>Erstens wurde in der grösser angelegten Studie, aus der die Daten entnommen wurden, nur eine Teilgruppe von trans Menschen extrahiert. Diese waren aus organisierten Transgruppen. Daraus resultiert, dass es keine grosse Varietät in den Ergebnissen gibt, da andere trans Eltern, die nicht in diesen Gruppen sind, nicht einbezogen wurden.</p> <p>Zweitens befasste sich die grössere Studie mit einer Vielzahl von Erfahrungen rund um die Elternschaft. Erfahrungsberichte zu erlebten Schwangerschaften fehlen.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Theorie-Praxis-Transfer</p>	<p><u>a) Welche Implikationen haben die Ergebnisse in Bezug auf meine Profession / für meinen beruflichen Alltag?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Betreuung von trans Männern prä-, peri- und postpartal • Stillberatung • Inklusivität fördern durch Enttabuisierung und Wissensvermittlung • «Brücken bauen» durch interdisziplinäre Zusammenarbeit

Tabelle 12

AICA Würdigung von Studie Charter et al. (2017), in Anlehnung an Ris & Preusse-Bleuler (2015), eigene Darstellung

Würdigung	
Einleitung	<p>Problembeschreibung, Bezugsrahmen, Forschungsfrage/-ziel</p> <p>Es handelt sich um eine übersichtliche Einleitung, bei der der theoretische Hintergrund nachvollziehbar integriert ist. Die Wichtigkeit der Thematik für das Gesundheitsfachpersonal wird aufgezeigt und ein Ausblick beschrieben. Die Einleitung wird mit der definierten Forschungsfrage abgeschlossen.</p> <p><u>a) Ist die Forschungsfrage / das Ziel klar definiert?</u></p> <p>Ja, die Forschungsfrage ist im Abstract und der Einleitung klar definiert.</p> <p><u>b) Wird das Thema / das Problem mit vorhandener empirischer Literatur gestützt?</u></p> <p>Ja, sie werden in der Einleitung fortlaufend mit aktueller Literatur zitiert.</p>
Methode	<p>Design</p> <p>Die Methodenwahl ist sinnvoll gewählt, um subjektive individuelle Daten zu erhalten.</p> <p><u>a) Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten methodischen Vorgehen nachvollziehbar?</u></p> <p>Ja, es geht um die Erhebung von individuellen, subjektiven Erfahrungen. Für die erste Selektion ist ein Online Fragebogen sinnvoll, um die Anonymität zu wahren. In einem zweiten Schritt besteht die Möglichkeit für die Teilnehmenden, offen über die eigenen Erfahrungen zu berichten und so dem Forschungsteam intimere und persönlichere Einblicke zu ermöglichen.</p> <p>Das Vorgehen ist induktiv.</p> <p>Stichprobe</p> <p><u>a) Ist die Population in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll gewählt?</u></p> <p>Ja, die Population ist sinnvoll gewählt, da subjektive Erfahrungsberichte gewünscht sind.</p> <p><u>b) Ist die Stichprobe in Bezug auf die Fragestellung und das methodische Vorgehen geeignet?</u></p> <p>Ja, wie bereits oben bei a) beschrieben.</p> <p><u>c) Ist die Stichprobe repräsentativ in Bezug auf die Population?</u></p>

Nein. Zum einen handelt es sich um eine zu kleine Stichprobe, um eine repräsentative Aussage zu machen. Zum anderen bezieht sie sich nur auf ein Land (Australien). Dadurch gilt die Aussage nur auf den dort herrschenden gesetzlichen Rahmen, deren Kultur und das dortige Gesundheitssystem. Somit kann keine globale Aussage gemacht werden.

Wenn der Zugang zur ART nicht gewährleistet wurde, konnten somit einige trans Männer nicht schwanger werden und wurden dadurch nicht in die Studie einbezogen oder erwähnt.

d) Wie wurde die Stichprobe gezogen?

Die Stichprobe wurde aus der grösser angelegten Studie «The Constructions and Experiences of Parenthood amongst Transgender Australians» gezogen. Diese wurden mittels Informationsbroschüren in Transgendergruppen aufgelegt und mittels sozialer Medien publik gemacht. Aus dieser Stichprobe wurde eine Teilmenge gezogen, die die genannten 25 trans Männer, die eine Schwangerschaft erlebten, darstellen.

e) Erscheint die Stichprobengrösse angemessen?

Nein. Es handelt sich um eine zu kleine Stichprobe um eine aussagekräftige Folgerung ableiten zu können.

f) Wenn Vergleichsgruppen: Wie wurden diese erstellt?

Keine Vergleichsgruppen

g) Wurden Dropouts angegeben und begründet?

Es gab keine Dropouts. Die Teilnehmenden konnten selbst entscheiden, ob sie zusätzlich noch interviewt werden wollten.

h) Beeinflussen die Dropouts die Ergebnisse?

Nein, da keine Dropouts.

Datenerhebung

a) Ist die Datenerhebung in Bezug auf die Fragestellung nachvollziehbar?

Ja. Die Wahl des Online Fragebogens und des Einzelinterviews ist sinnvoll, da es um das Erfassen von subjektivem Erleben geht.

b) Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmenden gleich?

Nein. Da nicht alle zusätzlich am Einzelinterview teilgenommen haben.

→ bei 16 von den 25 Teilnehmenden konnten so die Informationen aus beiden Datenerhebungsverfahren genommen werden.

c) Wurden die Daten von allen Teilnehmenden vollständig erhoben?

Ja, die Methoden der Datenerhebung sind bei allen Teilnehmenden vollständig erhoben worden.

Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)

a) Sind die Variablen sinnvoll und umfassend in Bezug auf die Fragestellung gewählt?

Ja, die Variablen sind sinnvoll gewählt, um einen Überblick über die Teilnehmenden zu erhalten.

b) Fehlen relevante Variablen?

Spannend wäre der Einbezug der Reproduktionsmedizin, inwiefern diese in Anspruch genommen wurde. Ebenso wäre für das Gesundheitsfachpersonal interessant, wie lange es vom Entscheid bis zum Eintreffen der Schwangerschaft dauert. Sowie das Einbeziehen von denjenigen trans Männern, die trotz Versuch schwanger zu werden, es aber nicht wurden.

c) Sind die Messinstrumente in Bezug auf die Fragestellung / Variablen geeignet?

Ja. Der Fragebogen ist strukturiert in offene und geschlossene Fragen. So können die Daten bestmöglich erhoben werden.

d) Sind die Messinstrumente zuverlässig?

Die geschlossenen Fragen sind reliabel und valide. Die offenen Fragen des Fragebogens und des Interviews sind nicht reliabel und somit auch nicht valide.

e) Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet?

Die Auswahl wird begründet, indem die Messinstrumente als Stärke für die vorliegende qualitative Arbeit deklariert werden.

f) Sind mögliche Einflüsse / Verzerrungen auf die Intervention beschrieben?

Nein, da keine Intervention. Die einzige Verzerrung könnte durch den Interviewer geschehen, da die Form des Interviews semi-strukturiert ist und dies somit im Ermessen des Interviewers liegt in welche Richtung er Fragen stellt.

Datenanalyse

a) Werden die gewählten Analyseverfahren klar beschrieben?

Ja, sie werden klar beschrieben und erklärt, weshalb sie eingesetzt wurden.

b) Wurden die Verfahren in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll angewendet?

Ja. Durch die offenen Fragen muss eine gewisse Struktur erschaffen werden um die Aussagen einzuordnen.

c) Entsprechen die statistischen Analyseverfahren den Skalenniveaus?

Wurden Voraussetzungen zur Verwendung bestimmter statistischer Analyseverfahren überprüft?

	Kann nicht beurteilt werden, da diese Analyseverfahren nicht angewendet wurden in dieser Studie.
Ergebnisse	<p>Die Resultate sind übersichtlich und nachvollziehbar dargestellt</p> <p><u>a) Werden die Ergebnisse präzise dargestellt?</u></p> <p>Nein. Die Antworten sind jeweils nur Ausschnitte der Interviews. Es werden nicht alle Antworten miteinbezogen.</p> <p><u>b) Sind die Ergebnisse nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt?</u></p> <p>Ja. Sehr gut strukturiert in Unterkapitel. Immer wieder Zitate einbezogen.</p>
Diskussion	<p>Die Diskussion ist umfassend gestaltet mit Einbezug von unterschiedlichen und aktuellen Studien.</p> <p><u>a) Werden alle Resultate diskutiert?</u></p> <p>Ja, alle Resultate werden in der Diskussion aufgegriffen und mit anderen Studien verglichen und belegt.</p> <p><u>b) Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein?</u></p> <p>Ja, die Resultate werden richtig interpretiert.</p> <p><u>c) Ist die Interpretation der Ergebnisse nachvollziehbar?</u></p> <p>Ja, die Interpretation ist ausführlich beschrieben und dadurch nachvollziehbar.</p> <p><u>d) Werden die Resultate in Bezug zur Fragestellung / Zielsetzung mit anderen Studien diskutiert und verglichen?</u></p> <p>Ja. Sie werden mit verschiedenen aktuellen Studien verglichen.</p> <p><u>e) Wird nach alternativen Erklärungen gesucht?</u></p> <p>Ja. Vermutungen werden beschrieben.</p>
Theorie-Praxis-Transfer	<p>Die Praxisrelevanz sowie Verbesserungspotenzial werden aufgezeigt.</p> <p><u>a) Ist die Studie sinnvoll?</u></p> <p>Ja, da noch viele Lücken in diesem Bereich existieren. Die Thematik wird durch gesellschaftliche Veränderungen aktueller.</p> <p><u>b) Werden Stärken und Schwächen aufgewogen?</u></p> <p>Sie werden beschrieben, jedoch nicht genauer diskutiert.</p> <p><u>c) Wäre es möglich die Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</u></p> <p>Ja. Im ausserklinischen Bereich. In anderen Ländern.</p>
Gütekriterien nach Lincoln & Guba (1985)	

Positives wird mit + und *Negatives* mit - gekennzeichnet

Glaubwürdigkeit (Credibility):

+ Zitate von den Teilnehmenden werden miteinbezogen, was die Glaubwürdigkeit erhöht.

+ Ebenfalls werden von den Forschenden die Limitationen angegeben, was als positiv gewertet werden kann.

- In der vorliegenden Studie ist nicht ersichtlich in welchem Zeitraum die Daten erfasst wurden. Es wird zwar geschrieben, dass diese Studie ein Teil eines grösseren Forschungsprojekt ist, jedoch nicht zu welchem Zeitpunkt untersucht wurde und wie lange die Dauer dieser Forschung war. Somit kann die Glaubwürdigkeit diesbezüglich in Frage gestellt werden.

Übertragbarkeit (Transferability):

+ Die Daten können als Teil für weitere Forschung genutzt werden. Da in der vorliegenden Studie ein spezifisches Teilgebiet betrachtet wird.

- Die Übertragbarkeit ist nur teilweise gegeben. Die Resultate können lediglich auf eine kleine Population übertragen werden. Es müssten sowohl mehr Teilnehmende in die Stichprobe einbezogen werden sowie die Studie in weiteren Ländern durchgeführt werden, um eine globale Aussage machen zu können.

Zuverlässigkeit in Bezug auf Nachvollziehbarkeit (Dependability):

+/- Es ist klar beschrieben, wie die Forschenden bei den qualitativen Daten vorgegangen sind. Somit ist diesbezüglich die Nachvollziehbarkeit gegeben.

Hingegen wird der Vorgang der Auswertung der quantitativen Daten nicht beschrieben. Daher ist die Nachvollziehbarkeit hier fraglich gegeben.

- Alle Interviews werden von einem der Forschenden ausgewertet. Das lässt Zweifel offen, wie objektiv und somit nachvollziehbar die Daten sind.

Bestätigbarkeit (Confirmability):

+ Der Forschungsweg wird klar beschrieben und ist nachvollziehbar. Dies spricht für die Bestätigbarkeit.

+ Es wurde eine Genehmigung für die Durchführung der Studie beim regionalen Ethikkomitee eingeholt. Dies erhöht die Bestätigbarkeit und die Glaubwürdigkeit.

- Die Interviews wurden alle vom selben Forschenden ausgewertet. Damit wird die Bestätigbarkeit eingeschränkt, da die Subjektivität des Forschenden einen fraglichen Einfluss auf die Ergebnisse hat.

Studie B: Ellis et al. (2014)

Tabelle 13

AICA Zusammenfassung von Studie Ellis et al. (2014), in Anlehnung an Ris & Preusse-Bleuler (2015), eigene Darstellung

Zusammenfassung	
Einleitung	<p>Problembeschreibung, Bezugsrahmen, Forschungsfrage/-ziel</p> <p>a) <u>Um welches Thema/Problem handelt es sich?</u></p> <p>Es handelt sich um die Erfahrungen von männlichen und geschlechtsvarianten werdenden Eltern in Bezug auf die Konzeption, Schwangerschaft und Geburt. Bestehende Literatur zeigt, dass bei beschriebenen Menschen oftmals der Wunsch nach Elternschaft besteht.</p> <p>Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist im Gegensatz zu cis Menschen durch Barrieren erschwert. Um dem entgegenzuwirken setzen sich die Forschenden der Studie mit dieser Thematik auseinander.</p> <p>b) <u>Was ist die Forschungsfrage oder das Ziel?</u></p> <p>Das Ziel der vorliegenden Studie ist eine Untersuchung der Perspektiven auf Konzeption, Schwangerschaft und Geburt von männlichen und geschlechtsvarianten Schwangeren, die sich bereits vor der Schwangerschaft einer sozialen oder medizinischen Geschlechtsanpassung unterzogen. Die Forschenden wollen deren sozialen Beziehungen und Verhaltensmuster erforschen, um klinische Interventionen abzuleiten.</p> <p>c) <u>Mit welchen Argumenten wurde die Forschungsfrage begründet?</u></p> <p>Es bestehen zahlreiche Wissenslücken bezüglich trans Menschen. Insbesondere bei Themen der Reproduktion. Bisher wurde wenig bis gar keine Forschung dazu gemacht.</p>
Methode	<p>Design</p> <p>a) <u>Was soll untersucht werden?</u></p> <p>Die Perspektiven auf die Konzeption, Schwangerschaft und Geburt von werdenden trans sowie geschlechtsvarianten Eltern.</p> <p>b) <u>Wie oft wird gemessen / befragt?</u></p> <p>Es gibt keine Messwiederholung. Die Teilnehmenden werden einmalig befragt. Die Daten wurden zwischen September 2011 bis Mai 2012 erhoben.</p> <p>Stichprobe</p> <p>a) <u>Für welchen Personenkreis soll eine Aussage gemacht werden?</u></p>

Die zu erforschende Population sind trans Männer und geschlechtsvariante Menschen. Durch Erforschung ihrer Perspektiven und Erfahrungen kann eine Aussage für die Betreuung durch Gesundheitsfachpersonal gemacht werden.

b) Wie wurden die Stichproben definiert?

Folgende Einschlusskriterien mussten erfüllt sein, um an der Studie teilnehmen zu können:

- Geboren mit biologisch weiblichem Geschlecht
- Zum Zeitpunkt des Interviews nicht schwanger
- Eine Schwangerschaft in den letzten fünf Jahren ausgetragen zu haben, welche mit einer Lebendgeburt resultierte.
- Männliche oder geschlechtsvariante Selbstidentifikation zum Zeitpunkt der Konzeption und während der gesamten Schwangerschaft und Geburt
- Bekanntgabe der Geschlechtsidentität an zumindest einige Gesundheitsfachpersonen während dem Prozess der Reproduktion
- Die Geburt erfolgte in den USA
- Sprachkenntnisse: fließendes Englisch

Es wurden acht Teilnehmende rekrutiert. Nach sechs Teilnehmenden wurde die theoretische Sättigung erreicht. Jedoch wurden trotzdem zwei weitere Interviews durchgeführt.

c) Wie viele Stichproben wurden definiert?

Eine Stichprobe wurde definiert. Bestehend aus acht Teilnehmenden.

Datenerhebung

a) Welche Art von Daten wurde erhoben?

Mittels induktivem Forschungsansatz wurden Daten von Interviews erhoben. Die Datenerhebung umfasste individuelle 60- bis 90-minütige Interviews, die über Online-Videoanrufe geführt und aufgezeichnet wurden sowie einer Online-Umfrage.

b) Wenn nur eine Stichprobe: Wie oft wurden Messungen durchgeführt?

Es wurden Daten vom September 2011 bis im Mai 2012 gesammelt. Die Teilnehmenden wurden einmalig interviewt. Insgesamt wurden acht Interviews durchgeführt. Die theoretische Sättigung wurde hingegen nach sechs Interviews erreicht.

Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)

	<p>a) <u>Welche Variablen wurden zur Beantwortung der Fragestellung definiert?</u> Geschlechtsidentität, sexuelle Orientierung, Alter, Heimatgemeinde, Bildungsniveau, Beziehungsstatus, Anzahl Kinder, Konzeptionsmethode, medizinische Betreuungs-/ Begleitperson, Geburtssetting</p> <p>b) <u>Welche Instrumente wurden zur Datenerhebung benutzt?</u> Ein Eins-zu-eins Interview via Videokonferenz, sowie ein Onlinefragebogen.</p> <p>c) <u>Welche Intervention wird getestet?</u> Es wird keine Intervention getestet, sondern Erfahrungsberichte gesammelt, um klinische Interventionen abzuleiten.</p> <p>Datenanalyse</p> <p>a) <u>Welches Skalenniveau weisen die erhobenen Variablen auf?</u> <i>Nominal:</i> Geschlechtsbezeichnung, sexuelle Orientierung, Beziehungsstatus, Heimatgemeinde, Konzeptionsmethode, medizinische Betreuungs-/ Begleitperson, Geburtssetting <i>Ordinal:</i> Bildungsniveau <i>Proportional/ absolut/ ratio:</i> Alter, Anzahl Kinder</p> <p>b) <u>Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse genutzt?</u> Nein, da keine statistische Auswertung der Daten.</p> <p>c) <u>Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt?</u> Nein, da dies qualitativ erhobene Daten sind.</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p>a) <u>Welche Ergebnisse werden präsentiert?</u> Die Ergebnisse der demographischen Fragen:</p>

Table 2. Participant Demographics, Methods of Conception, Birth Settings, and Health Care Providers (N = 8)

Characteristic	Value
Age at time of interview, mean (range), y	33 (29-41)
Home community, n (%)	
Rural	4 (50)
Urban	4 (50)
Educational attainment, n (%)	
Doctoral degree	1 (12.5)
Master's degree	1 (12.5)
Bachelor's degree	4 (50)
Some college	1 (12.5)
High school or GED	1 (12.5)
Relationship status, n (%)	
Partnered	7 (87.5)
Single	1 (12.5)
Family size, n (%)	
One child	5 (62.5)
2 children	3 (37.5)
Method of conception, n (%)^a	
Sexual intercourse	5 (62.5)
Home insemination	2 (25)
Clinic insemination	2 (25)
Fertility medications (no IVF)	1 (12.5)
IVF	1 (12.5)
Care providers, n (%)^b	
Licensed midwife	3 (37.5)
Certified nurse-midwife/Certified midwife	1 (12.5)
Family physician	1 (12.5)
Obstetrician-gynecologist	7 (87.5)
Birth setting, n (%)	
Home	2 (25)
Birth center	0 (0)
Hospital	6 (75)

Abbreviations: GED, general educational development; IVF, in vitro fertilization.
^aMethods of conception were marked "select all that apply." Several participants used multiple methods of conception as a result of difficulties conceiving.
^bCare providers were marked "select all that apply." Some participants saw multiples types of providers during the course of their care.

- Alle Teilnehmenden identifizierten sich als weisshäutig und äusserten ein weites Spektrum an spirituellen und religiösen Zugehörigkeiten.
- Ein weites Spektrum wurde auch bezüglich Geschlechtsidentitäten und sexueller Orientierung genannt.
- Die Transition wurde sehr individuell gehandhabt, genauso wie die Bekanntgabe der Geschlechtsidentität.
- Sechs Teilnehmende äusserten mehr als eine Geschlechtsidentität.

- Sechs Teilnehmende bezeichneten sich als homosexuell, ein Teilnehmer als bisexuell und ein Teilnehmer äusserte sich nicht bezüglich sexueller Orientierung.
- Sechs Teilnehmende änderten ihren Namen auf rechtlicher Ebene.
- Sechs Teilnehmende unterzogen sich der Hormontherapie mit Testosteron.
- Sieben Teilnehmende unterzogen sich geschlechtsangleichenden Operationen.
- Bei sechs Teilnehmenden stand auf dem Pass eine männliche Geschlechtsangabe.
- Aufgrund von erschwerter Konzeption nutzten mehrere Teilnehmende unterschiedliche Arten der Empfängnis.

Die Ergebnisse werden unter dem Oberbegriff *Orientierung der Identität* zusammengefasst. Die Thematik wird in zwei Unterkapitel unterteilt – *Innere Konflikte* und *Umgang mit der Aussenwelt*. Diese beleuchten wiederum die vier Themen *Schwangerschaftsplanung und Präkonzeptionsphase*, *Schwangerschaft*, *Geburt* und *Übergang zur Elternschaft*. Beide Unterkapitel bildeten einen wesentlichen Bestandteil im Alltag der Teilnehmenden, der die meisten Entscheidungen, Handlungen und Interaktionen beeinflusste.

Innere Konflikte (Auseinandersetzung mit ihrem eigenen Selbstverständnis, Überlegungen zu den praktikabelsten Methoden den Wunsch der Elternschaft zu erreichen und Entscheidungen zur Bekanntgabe der Geschlechtsidentität)

- Jeder Teilnehmende nannte den Konflikt zwischen dem inneren Selbstverständnis und den gesellschaftlichen Normen, die eine schwangere Person als Frau und werdende Mutter definieren.

Schwangerschaftsplanung und Präkonzeptionsphase

- Die Entscheidung für eine Schwangerschaft wurde von allen Teilnehmenden bewusst getroffen
- Für einige war eine Schwangerschaft ein gewünschter Zustand, der mit ihrer Geschlechtsidentität kongruent sein konnte; für andere war sie ein Mittel, um Elternschaft zu erreichen, die nicht mit ihrer Identität zusammenpasste.
- Ein Teilnehmer wusste schon immer, dass er einmal schwanger sein wollte. Andere interessierten sich nicht direkt für die Schwangerschaft, sondern hegten den starken Wunsch Teil der Entstehung eines neuen Lebens zu sein.
- Für die meisten der Teilnehmenden war eine Schwangerschaft der praktikabelste Weg, den Wunsch der Elternschaft zu erfüllen. Die Teilnehmenden nannten soziale und finanzielle Barrieren für andere Arten zum Erlangen der Elternschaft, wie zum Beispiel Adoption oder Leihmutterschaft. Sie befürchteten Diskriminierung.

- Die Zeit zwischen dem Entscheid für die Schwangerschaft und dem Eintreffen der Schwangerschaft wurde durch Ungewissheit geprägt. Diese Zeit wurde als besonders einsam und überwältigend erlebt. Die Teilnehmenden äusserten Copingstrategien.
- Die Mehrheit der Teilnehmenden war nicht in der Lage relevante Ressourcen zum Thema Empfängnis und Schwangerschaft zu finden, und nur wenige kannten andere, die die gleiche Erfahrung gemacht hatten. Ein Teilnehmer äusserte dies sehr passend, in dem er sagte, dass er sich gewünscht hätte zu wissen, dass er nicht der Einzige ist mit dieser Erfahrung.
- Die Präkonzeptionsphase wurde als Krisenphase empfunden, geprägt von inneren Konflikten. Die Verzweiflung und auch Neugier wurden unterschiedlich empfunden. Bei Schwierigkeiten der Empfängnis dauerte diese Krise mehrere Jahre an.
- Teilnehmende äusserten die Angst wieder als weiblich betrachtet zu werden, sobald sie schwanger wurden oder das Testosteron absetzten.
 - Teilnehmende beschrieben mit Absetzen des Testosterons eine körperliche Feminisierung (veränderte Gewichtsverteilung, Gesichtsform und körperliche Stärke). Des Weiteren wurden signifikante emotionale Veränderungen genannt. Einige Teilnehmende äusserten einen Kontrollverlust ihres Körpers. Andere äusserten, sich «nicht mehr richtig» oder «nicht mehr männlich» zu fühlen.
 - Die Hälfte der Teilnehmenden erlebten mindestens eine Fehlgeburt.
 - Copingstrategien fokussierten darauf an einem konsistenten Aspekt der eigenen Identität festzuhalten, meist durch die Geschlechtsexpression.

Schwangerschaft

- Die meisten Teilnehmenden empfanden bei Eintreffen der Schwangerschaft eine Erleichterung. Jedoch dominierte die Identitätsfindung weiterhin den Alltag.
- Einige Teilnehmende erlebten die Schwangerschaft als Gefühl der Ganzheitlichkeit. Sie fühlten sich körperlich attraktiv. Andere beschrieben Gefühle wie Frieden, Zugang zu sich selbst und wachsende Verbindung mit dem sich entwickelnden Fötus.
- Für andere äusserte sich die Schwangerschaft als Verbindungsverlust zum Körper. Der Zugang zu sich selbst oder zum Fötus war nicht vorhanden.

Geburt

- Die meisten Teilnehmenden beschrieben starke Gefühle gegenüber dem Geburtsprozess. Einige wünschten sich eine Verbindung mit dem Geburtsprozess, während andere sich eine Trennung von der physiologischen Realität der Geburt wünschten.

- Für einige war der Gedanke an eine Vaginalgeburt, bei der die Genitalien über längere Zeit für andere sichtbar sind, beängstigend. Daher präferierten einige einen Kaiserschnitt.
- Andere präferierten eine physiologische vaginale Geburt. Die Geburt wurde als körperlich schmerzhaft, aber emotional bedeutsam beschrieben.
- Einige Teilnehmende äusserten während der Geburt weniger gehemmt gewesen zu sein mit den sonst üblichen Gedanken bezüglich der Geschlechtsidentität und Enthüllung ihres Körpers vor anderen.

Übergang zur Elternschaft

- Nach der Geburt entstand das Gefühl der Familieneinheit. Dafür entwickelte sich zunächst die innere elterliche Identität. Einige äusserten die alleinige Vaterrolle als passend. Andere beschrieben eine doppelte Elternrolle als geeignet und erfüllend.
- Die Suche nach einer passenden Begrifflichkeit der eigenen Elternrolle wurde unterschiedlich gehandhabt. Für einige passten männliche, väterliche Bezeichnung. Für andere war die Bezeichnungsfindung eine grosse Herausforderung.

Umgang mit der Aussenwelt (soziale Interaktionen, Entscheid für oder gegen die Bekanntgabe, um sich selbst und das Kind bestmöglich zu schützen)

- Zum Selbstschutz wurden verschiedene Strategien gewählt. Erstens bestand die Möglichkeit des aktiven Verschweigens (Verstecken). Zweitens ein passives Verschweigen (weitergeben, Annahmen zulassen). Die dritte Möglichkeit ist eine aktive Offenlegung (erzählen, Offenheit).
- Es wurden fast immer die Strategien der Offenlegung oder des Verschweigens gewählt. Je nach Kontext Kombination aus beiden.

Schwangerschaftsplanung und Präkonzeptionsphase

- Wie die meisten werdenden Eltern standen die Teilnehmenden vor der Entscheidung wann und wie sie ihre Absicht eine Familie zu gründen offenlegen sollten. Dies wurde aufgrund ihrer empfundenen Geschlechtsidentitäten als zusätzliche Herausforderung angesehen. Ein Teilnehmer beschrieb die Reaktionen seiner Gemeinschaft mit dem Satz: «Ich hatte das Gefühl etwas zu tun, was nicht getan werden sollte.»

Schwangerschaft

- Alle Teilnehmenden wurden durch Gesundheitsfachpersonal betreut, welches keine Erfahrungen und Fachwissen mit transgeschlechtlichen oder geschlechtsvarianten Menschen hatte.
- Einige der Teilnehmenden berichteten von negativen Erfahrungen mit Gesundheitsfachpersonen. Jedoch berichteten die meisten von positiven Erfahrungen.
- Teilnehmende äusserten beim Aufsuchen von gemeinschaftlichen Ressourcen Ausgrenzung, Isolation und Unverständnis von Sozialdienstleistern und anderen werdenden Eltern. Im sozialen Umfeld beschrieben deshalb viele Teilnehmende das aktive und passive Verschweigen der

Schwangerschaft als Copingstrategie um eine Beurteilung durch andere zu vermeiden. Dies erfolgte beispielsweise durch das Tragen von weiten Oberteilen. Dies wurde in der Spätschwangerschaft eine grosse Herausforderung. Einige gingen nicht mehr ihren Aktivitäten nach. Andere führten alle ihre Tätigkeiten weiter aus.

- Mit der Offenlegung der Schwangerschaft folgte meist auch die Offenlegung der Geschlechtsidentität. Dies führte für die Teilnehmenden zu einem erheblichen Verlust an Anonymität und Komfort.

Übergang zur Elternschaft

Einige der Teilnehmenden verschwiegen, dass sie die Schwangerschaft selbst ausgetragen hatten. Andere nannten passive Verheimlichungsstrategien. Die dritte Strategie wurde ebenfalls genutzt, indem eine Offenlegung der biologischen Elternschaft bevorzugt wurde.

b) Welches sind die zentralen Ergebnisse der Untersuchung?

Vergleich mit Quick Points Tabelle:

- Menschen, deren männliche Geschlechtsidentität vom biologisch weiblichen Geschlecht abweicht, können schwanger werden und damit ihren Wunsch der Elternschaft erfüllen
- Anhaltende Einsamkeit und das Zurechtfinden mit der Geschlechtsidentität wurden von allen Teilnehmenden als zentrale Beeinträchtigung im Alltag genannt. Dies erforderte viel Energie und Aufmerksamkeit.
- Emotionen im Prozess der werdenden Elternschaft reichten von Freude bis hin zu starkem Stress. Stress trat dabei am stärksten in der Präkonzeptionsphase auf.
- Eine kultursensitive Beratung vor der Konzeption könnte sich für diese Population positiv auf ihr Wohlbefinden auswirken. Das Verständnis von Gesundheitsfachpersonen für Themen rund um Transgeschlechtlichkeit und Menschen mit weiteren Geschlechtsvarianten sollte gestärkt werden, damit sie diese Menschen während einer Schwangerschaft besser verstehen und unterstützen können.
- Als häufigste Konzeptionsmethode wurde Geschlechtsverkehr genannt.
- Bei den meisten Teilnehmenden fand die Geburt im Spital statt.
- Die gesamte Zeit der Reproduktion ist geprägt von inneren Konflikten.
- Der Weg zur Elternschaft für trans Männer ist vergleichbar mit jenem anderer Populationen. Es unterscheiden sich dabei nur einzelne Aspekte.
- Die zentralen Spannungsfelder im Gesundheitswesen liegen nicht nur im direkten Kontakt mit dem Klienten, sondern auch im grösseren Rahmen.

	<ul style="list-style-type: none"> • Präkonzeptionelle Phase wird als Phase mit der höchsten Belastung beschrieben, in der die geringste Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung erfolgt. • Einsamkeit im gesamten Prozess der Reproduktion. • Negative Erwartungshaltung gegenüber dem Gesundheitsfachpersonal • Konfrontation und komplexe innere und äussere Prozesse der Findung der Geschlechtsidentität • Prozess in der Identitätsbildung zur Elternschaft
Diskussion	<p><u>a) Werden die wichtigsten Ergebnisse erklärt?</u> <u>Wie interpretieren die Forschenden die Ergebnisse?</u> <u>Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen?</u></p> <p>Ja, die wichtigsten Ergebnisse werden erklärt, diskutiert und mit weiterer Literatur ergänzt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein signifikantes Ergebnis ist die vorhandene Einsamkeit bei den Teilnehmenden der Studie. Die Einsamkeit wird in Kontext mit der Identitätsfindung gebracht, die konstant im Alltag von den Teilnehmenden erlebt wird. Es fehlt an klaren Modellen, wie eine positive, gut integrierte und geschlechtsvariable Elternrolle aussehen könnte. Die Identitätsfindung bezieht sich auch auf die Elternschaft. • Einige Teilnehmende fühlten sich wohl in der Schwangerschaft, während andere sich durch äussere Faktoren und Einsamkeit eingeschränkt fühlten. Dies wird mit homosexuellen und bisexuellen Eltern verglichen, wobei die Erfahrungen ähnlich sind. • Die Erfahrungen mit dem Gesundheitsfachpersonal stimmt mit früheren Berichten überein. Die zwei Teilnehmenden, die sich keiner Hormontherapie unterzogen, berichteten, dass ihre negativen Erwartungen von mindestens einer Gesundheitsfachperson bestätigt wurden. Alle anderen Teilnehmenden waren über die Betreuung durch das Gesundheitsfachpersonal positiv überrascht. • Die präkonzeptionelle Phase geht mit einer hohen Belastung einher. Daher wird die Entwicklung kulturell angepasster Modelle diskutiert. • Es wird das Training von interkultureller Kompetenz für das Gesundheitsfachpersonal diskutiert. Eine kultursensible Schwangerschaftsberatung kann für die Population von Vorteil sein. <p><u>b) Kann die Forschungsfrage aufgrund der Daten beantwortet werden?</u></p> <p>Keine Forschungsfrage. Erfahrungsberichte können gesammelt und strukturiert werden.</p> <p><u>c) Welche Limitationen werden angegeben?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kleine Stichprobe

	<ul style="list-style-type: none"> • Die geplante Stichprobe für diese Studie zielte darauf ab, eine grössere Diversität an Teilnehmenden zu rekrutieren. Dies vor allem bezüglich Herkunft und sozioökonomischen Faktoren. Trotz Bemühungen konnte die gewünschte Diversität nicht erreicht werden. Dies sollte in Zukunft verbessert werden. • Weitere Forschung ist erforderlich, um Erfahrungen von geschlechtsvarianten Menschen zu untersuchen • Weitere Forschung ist notwendig, um die Erfahrungen von geschlechtsvarianten Menschen mit unterschiedlichen Hintergründen zu untersuchen. Ebenso sollten trans Menschen einbezogen werden, die sich gegen eine körperliche Transition und solche die sich für das Stillen entscheiden. • Wissenschaftliche Forschung ist notwendig, um den Zusammenhang zwischen Hormontherapie und Fruchtbarkeit zu erforschen und eine evidenzbasierte präkonzeptionelle und perinatale Beratung und Betreuung für diese Gruppierung zu ermöglichen.
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Theorie-Praxis-Transfer</p>	<p>a) <u>Welche Implikationen haben die Ergebnisse in Bezug auf meine Profession / für meinen beruflichen Alltag?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse der Studie zeigen die Bedürfnisse der Population auf. Daraus lassen sich Aspekte für den beruflichen Alltag ableiten. • Wertfreie Kommunikation • Schulung des Personals • Eindeutige Dokumentation der bevorzugten Namen und Pronomen im Patientendossier • Angebot von flexiblen Terminen zu Randzeiten oder separater Wartebereich • Proaktive Besprechung bezüglich Privatsphäre • Planung der Geburt • Angebot von privaten Informationsgesprächen oder Führungen • Aufrechterhaltung der Kontinuität der medizinischen Versorgung • Interprofessionelle Zusammenarbeit: bei Überweisung Informationsweitergabe • Bewusstsein für die Thematik <p>→ Vergleiche mit Dokumenten im Anhang der Studie</p>

Tabelle 14

AICA Würdigung von Studie Ellis et al. (2014), in Anlehnung an Ris & Preusse-Bleuler (2015), eigene Darstellung

Würdigung	
Einleitung	<p>Problembeschreibung, Bezugsrahmen, Forschungsfrage/-ziel</p> <p>Es wird deutlich, um welches Thema es sich handelt und wo Forschungsbedarf besteht. Zudem wird das Beschriebene mit zusätzlicher Literatur gestützt. Es wird in der Einleitung auf eine erstellte Tabelle mit Begrifflichkeiten auf Seite 64 hingewiesen. Sie dient dem Lesenden zum Verständnis.</p> <p><u>a) Ist die Forschungsfrage / das Ziel klar definiert?</u></p> <p>Ja. Das Ziel ist klar definiert und ist mit der Erschliessung dieser Wissenslücken begründet.</p> <p><u>b) Wird das Thema / das Problem mit vorhandener empirischer Literatur gestützt?</u></p> <p>Ja, das Thema wird mit aktueller Literatur gestützt und nach Richtlinie zitiert.</p>
Methode	<p>Design</p> <p>Das Design ist sinnvoll gewählt und das Vorgehen wurde offengelegt. Dies ermöglicht eine Nachvollziehbarkeit, wodurch die Glaubwürdigkeit der Daten gestärkt wird.</p> <p><u>a) Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten methodischen Vorgehen nachvollziehbar?</u></p> <p>Ja. Die Verbindung ist nachvollziehbar. Um die Perspektiven und Erfahrungen zu erforschen ist es sinnvoll dies anhand einer Grounded Theory zu machen. Durch induktive Forschung kann die Lebenswelt der Teilnehmenden erforscht werden. Die Wahl des Ansatzes wird im Methodenteil von den Forschenden begründet.</p> <p>Stichprobe</p> <p>Die Begründung der konkreten Einschlusskriterien fehlt. Es ist für den Lesenden beispielsweise fraglich, weshalb die Teilnehmenden zum Zeitpunkt des Interviews nicht schwanger sein durften.</p> <p><u>a) Ist die Population in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll gewählt?</u></p> <p>Ja, die Population ist sinnvoll gewählt.</p> <p><u>b) Ist die Stichprobe in Bezug auf die Fragestellung und das methodische Vorgehen geeignet?</u></p>

Ja. Durch die konkreten Einschlusskriterien erhalten die Forschenden die gewünschte Stichprobe. Aufgrund dieser definierten Stichprobe ist dies auch passend für die Fragestellung sowie das methodische Vorgehen.

c) Ist die Stichprobe repräsentativ in Bezug auf die Population?

Nein, da sie zum einen zu klein ist und zum anderen nur auf die USA bezogen wird.

d) Wie wurden die Stichproben gezogen?

Es wurden Einschlusskriterien definiert. Die Teilnehmenden wurden mit einem Schreiben des Forschenden der Studie aus Gesundheitseinrichtungen rekrutiert. Des Weiteren wurden weitere Teilnehmende durch Mund-zu-Mund-Propaganda innerhalb ihres Netzwerkes über die Studie informiert und meldeten sich bei den Forschenden. Zu Beginn waren es 15 Teilnehmende, welche in der Studie genannt werden. Die Einschlusskriterien passten jedoch nur auf zwölf der Teilnehmenden. Rund vier Teilnehmende davon machten bei den Interviews nicht mit. Das heisst zu guter Letzt waren es acht Teilnehmende.

e) Erscheint die Stichprobengrösse angemessen?

Ja. Nach sechs Interviews wurde die theoretische Sättigung erreicht.

f) Wenn Vergleichsgruppen: Wie wurden diese erstellt?

Es wurden keine Vergleichsgruppen erstellt.

g) Wurden Dropouts angegeben und begründet?

Es wurde angegeben, dass es in dieser Studie keine Dropouts gab.

h) Beeinflussen die Dropouts die Ergebnisse?

Nein, da keine Dropouts vorhanden sind.

Datenerhebung

Die Datenerhebung ist ebenfalls sinnvoll gestaltet. Einzig kann man die Erhebung in Frage stellen, da alle Interviews vom selben Forscher durchgeführt wurden.

a) Ist die Datenerhebung in Bezug auf die Fragestellung nachvollziehbar?

Ja. Die Datenerhebung ist nachvollziehbar. Da es um persönliche Perspektiven geht, ist der induktive Forschungsansatz passend gewählt. Denn man möchte die persönliche Meinung jedes Individuums unabhängig voneinander erfassen.

b) Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmenden gleich?

Die Interviews wurden durch denselben Forschenden erhoben. Die Fragen des Interviews sind nicht ersichtlich, deshalb ist nicht nachvollziehbar, ob bei allen Teilnehmenden die Datenerhebung gleich ist.

c) Wurden die Daten von allen Teilnehmenden vollständig erhoben?

Ja, in der vorliegenden Studie wird nichts anderes genannt.

Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)

Die Variablen sind sinnvoll gewählt. Man hätte jedoch noch mehr dazunehmen können. Einerseits um genauere Informationen zu erhalten und andererseits um noch mehr Perspektiven zu erfassen. Daraus ergibt sich ein treffenderes Bild ab, welches die Bedürfnisse sein könnten.

Die Variablen Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung fehlen in der Tabelle.

a) Sind die Variablen sinnvoll und umfassend in Bezug auf die Fragestellung gewählt?

Ja, die Variablen sind sinnvoll gewählt.

b) Fehlen relevante Variablen?

Spannend wäre der Einbezug von Anzahl missglückten Versuchen bis zum Eintreffen der Schwangerschaft.

c) Sind die Messinstrumente in Bezug auf die Fragestellung / Variablen geeignet?

Ja, der Fragebogen ist ein induktiver Forschungsansatz was ein freies Erzählen mit sich bringt und persönliche Daten erfasst. Was in Bezug auf die Forschungsfrage passend gewählt ist.

d) Sind die Messinstrumente zuverlässig?

Die Reliabilität und Validität der Messinstrumente werden in der Studie nicht angegeben.

Die erhobenen demographischen Daten zur durch die Online Umfrage sind reliabel und valide. Die Fragen des Interviews sind fraglich reliabel und valide.

e) Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet?

Aus der Studie sind die Wahl und die Begründung der Messinstrumente nicht ersichtlich.

f) Sind mögliche Einflüsse / Verzerrungen auf die Intervention beschrieben?

Nein, da keine Intervention. Die einzige Verzerrung könnte durch den Interviewer geschehen, da die Form des Interviews individuell ist und dies somit im Ermessen des Interviewers liegt in welche Richtung er Fragen stellt.

Datenanalyse

	<p>Die Grounded Theory ist ein optimales Analyseverfahren, um die von den Forschenden gewünschten Daten zu generieren. Damit kann das Forschungsthema vollständig erfasst werden.</p> <p><u>a) Werden die gewählten Analyseverfahren klar beschrieben?</u></p> <p>Die Interviewergebnisse wurden durch einen zeilenweisen Kodierungsprozess analysiert. Dabei wird der Vorgang klar beschrieben. Die Datenanalyseverfahren entsprechen der Grounded Theory.</p> <p><u>b) Wurden die Verfahren in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll angewendet?</u></p> <p>Ja. Denn die Grounded Theory hat das Ziel, mittels Analyse von Interviews, Beobachtungen und anderen empirischen Daten neue Theorien zu formulieren. Dabei wechseln sich Datensammlung und -auswertung so lange gegenseitig ab, bis neue Auswertungen keine neuen Erkenntnisse mehr erbringen. Dies entspricht dem Erreichen der theoretischen Sättigung. Es entsteht ein theoretisches Modell, welches Forschungsthema vollständig erfasst.</p> <p><u>c) Entsprechen die statistischen Analyseverfahren den Skalenniveaus?</u></p> <p><u>Wurden Voraussetzungen zur Verwendung bestimmter statistischer Analyseverfahren überprüft?</u></p> <p>Dies kann nicht beurteilt werden, da keine statistischen Analyseverfahren in dieser Studie verwendet wurden.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Ergebnisse</p>	<p>Die Ergebnisse werden ausführlich aufgezählt. Durch die Gliederung in Unterkapitel wird die Nachvollziehbarkeit beim Lesen erhöht. Jedoch wird bei genauerem Betrachten ersichtlich, dass ein Kapitel fehlt. Es ist fraglich, ob dies bewusst weggelassen wurde oder nicht. Es ist das Kapitel <i>Geburt im Bereich Umgang mit der Aussenwelt</i>.</p> <p><u>a) Werden die Ergebnisse präzise dargestellt?</u></p> <p>Ja die Ergebnisse werden präzise und ausführlich dargestellt. Sie werden in Untertitel zur besseren Veranschaulichung unterteilt.</p> <p><u>b) Sind die Ergebnisse nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt?</u></p> <p>Ja die Ergebnisse sind sowohl nachvollziehbar als auch übersichtlich. Die Ergebnisse werden jeweils mit passenden Zitaten unterlegt.</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Diskussion</p>	<p>Die Diskussion wird trotz Beachtung aller Ergebnisse relativ kurzgehalten.</p> <p><u>a) Werden alle Resultate diskutiert?</u></p> <p>Die Diskussion fällt insgesamt kurz aus. Im Diskussionsteil wird kurz auf die Hauptresultate eingegangen. Es werden jedoch nicht alle Resultate diskutiert. Es wäre ausserdem spannend die Resultate der Tabelle nochmals aufzunehmen. Beispielsweise die Auswirkung der Betreuung durch das Gesundheitsfachpersonal.</p> <p><u>b) Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein?</u></p>

	<p>Ja, es stimmt miteinander überein.</p> <p><u>c) Ist die Interpretation der Ergebnisse nachvollziehbar?</u></p> <p>Ja die Interpretation ist nachvollziehbar gestaltet.</p> <p><u>d) Werden die Resultate in Bezug zur Fragestellung / Zielsetzung mit anderen Studien diskutiert und verglichen?</u></p> <p>Ja es werden verschiedene Studien miteinbezogen.</p> <p><u>e) Wird nach alternativen Erklärungen gesucht?</u></p> <p>Nein es wird nicht nach alternativen Erklärungen gesucht. Es werden jedoch Vorschläge für zukünftige Forschungen und Vorgehensweisen gemacht.</p>
<p>Theorie-Praxis-Transfer</p>	<p>Um die Studie in die Praxis übertragen zu können, erfordert es weitere Forschung, sowie auch mehr Teilnehmende als in der vorliegenden Studie. Diese ist klein und somit ist auch keine Verallgemeinerung möglich. Da das Setting offen ist, könnte man die Studie gut auch weiterverwenden, um noch mehr Teilnehmende einzubeziehen und auch in anderen Teilen der Welt die Bedürfnisse zu erfassen.</p> <p><u>a) Ist die Studie sinnvoll?</u></p> <p>Ja die Studie ist sinnvoll. Es bestehen in der Literatur noch zahlreiche Wissenslücken im Bereich von transgeschlechtlichen und geschlechtsvarianten Menschen. Insbesondere betrifft dies die Zeitspanne rund um die Reproduktion. Diese Themen werden wohl in Zukunft an Bedeutung zunehmen.</p> <p><u>b) Werden Stärken und Schwächen aufgewogen?</u></p> <p>Es werden einige Schwächen als Limitationen aufgeführt. Stärken werden nicht explizit genannt.</p> <p><u>c) Wäre es möglich die Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</u></p> <p>Diese Studie wurde nicht in einem bestimmten Setting durchgeführt. Aber man könnte noch mehr Personen befragen, um noch mehr Erfahrungsberichte zu erhalten. Damit man umfassende Interventionen für eine Institution ableiten kann. Da könnte man das Setting variieren, indem man Leitlinien für ein Spital, für ein Geburtshaus, sowie für die Hausgeburtsilfe erarbeiten würde.</p>
<p>Gütekriterien nach Lincoln & Guba (1985)</p> <p><i>Positives</i> wird mit + und <i>Negatives</i> mit - gekennzeichnet</p> <p>Glaubwürdigkeit (Credibility):</p> <p>+ Die Datenerhebung erfolgt in der Zeitspanne von neun Monaten. Dies kann bei der ausgewählten Stichprobe als genug lange betrachtet werden.</p> <p>+ Member-Checking, Memoanfertigung, eine Datenüberprüfung und Fachgespräche mit Experten wurde durchgeführt. Dies erhöht sowohl die Glaubwürdigkeit als auch die Bestätigbarkeit.</p>	

- Peer-Debriefing und Triangulation werden nicht erwähnt.
- + Die Glaubwürdigkeit wird durch Zitate der Teilnehmenden gestärkt.
- + Limitationen werden von den Forschenden angegeben.

Übertragbarkeit (Transferability):

- die Stichprobengröße ist klein und lediglich auf die USA bezogen, somit ist die Übertragbarkeit eingeschränkt.
- + Die Teilnehmenden werden in der Tabelle der soziodemographischen Daten beschrieben.

Zuverlässigkeit in Bezug auf Nachvollziehbarkeit (Dependability):

- + Es ist klar beschrieben, wie die Forschenden vorgegangen sind. Somit ist die Nachvollziehbarkeit gegeben.
- Alle Interviews werden von einem der Forschenden durchgeführt. Dies lässt Zweifel offen, wie objektiv und somit nachvollziehbar die Daten sind.

Bestätigbarkeit (Confirmability):

- + Der Forschungsweg wird klar beschrieben und ist nachvollziehbar. Dies spricht für die Bestätigbarkeit.
- + Die Studie wurde von der regionalen Ethikkommission begutachtet und genehmigt. Daraus ergibt sich ebenfalls die Bestätigbarkeit. Zusätzlich könnte man dies auch der Glaubwürdigkeit zuschreiben.
- Die Daten wurden von allen Forschenden analysiert. Jedoch erfolgte die Datenerhebung nur durch einen Forschenden. Daher ist die Bestätigbarkeit fraglich gegeben.
- Die Studie wird nicht von einer externen Person begleitet. Dies hätte durch deren Objektivität die Bestätigbarkeit erhöht.
- + Mit der Vulnerabilität der Teilnehmenden wurde gewissenhaft umgegangen. Sie mussten ein schriftliches Einverständnis vor der Teilnahme an der Studie geben.

Studie C: Hoffkling et al. (2017)

Tabelle 15

AICA Zusammenfassung von Studie Hoffkling et al. (2017), in Anlehnung an Ris & Preusse-Bleuler (2015), eigene Darstellung

Zusammenfassung	
Einleitung	<p>Problembeschreibung, Bezugsrahmen, Forschungsfrage/-ziel</p> <p>a) <u>Um welches Thema/Problem handelt es sich?</u> Es geht um schwangere trans Männer und ihre Bedürfnisse rund um die Reproduktion. Ebenso wird der gesellschaftliche Rahmen mit den zahlreichen Barrieren gegenüber schwangeren trans Männern beschrieben.</p> <p>b) <u>Was ist die Forschungsfrage oder das Ziel?</u> Das Ziel der Studie ist es die Bedürfnisse von trans Männern im Familienplanungsprozess sowie auch in der peripartalen Phase zu identifizieren und zu verstehen. Ebenso wollten die Forschenden die Strategien, die trans Männer entwickelten, um Empowerment zu erreichen, identifizieren. Für weitere Untersuchungen wollten die Forschenden die Methoden des Empowerments von trans Männern durch das Fachpersonal aufzeigen.</p> <p>c) <u>Mit welchen Argumenten wurde die Forschungsfrage begründet?</u> Es gibt wenig Forschung in den Bereichen Fruchtbarkeit, Familienplanung und Schwangerschaft bei trans Männer. Dies da trans Männer häufig mit Stigmatisierung, Diskriminierung, Transphobie und Gewalt konfrontiert werden. Es geht darum die Thematik zu enttabuisieren.</p>
Methode	<p>Design</p> <p>a) <u>Was soll untersucht werden?</u> Die Erfahrungen von trans Männern mit einer selbst erlebten Schwangerschaft.</p> <p>b) <u>Wie oft wird gemessen / befragt?</u> Für diese Studie werden die Teilnehmenden einmalig interviewt. Allerdings hatten diese Teilnehmenden im Jahr 2013 bereits an einer Online-Umfrage teilgenommen, von wo sie für diese Studie rekrutiert wurden. Sie konnte da die Option wählen, bei weiteren Studien teilzunehmen.</p> <p>Stichprobe</p> <p>a) <u>Für welchen Personenkreis soll eine Aussage gemacht werden?</u></p>

Für schwangere trans Männer. Indirekt auch für das Fachpersonal, um den Umgang mit den Bedürfnissen von trans Männer zu lernen.

b) Wie wurden die Stichproben definiert?

Es wurden trans Männer definiert mit folgenden Einschlusskriterien:

- 18 Jahre alt oder älter
- Selbstidentifikation als Mann vor der Schwangerschaft
- Schwangerschaft in den letzten 10 Jahren
- Fähigkeit den Fragebogen auf Englisch auszufüllen

Der Standpunkt im Transitionsprozess hatte keinen Einfluss auf die Studie (bereits medizinisch oder operative Massnahmen).

41 trans Männer füllten die Online-Umfrage aus. 23 dieser Männer gaben dabei ihre Kontaktdaten an und wurden für die folgenden Interviews eingeladen.

13 antworteten, von welchen ein trans Mann nicht den Eignungskriterien entsprach.

Der theoretischen Sättigung war entsprochen, als 10 Interviews durchgeführt wurden.

c) Wie viele Stichproben wurden definiert?

Es wurde eine Stichprobe definiert. (10 trans Männer)

Datenerhebung

a) Welche Art von Daten wurde erhoben?

Es wurden Daten aus Interviews erhoben. Acht davon mittels Videoaufzeichnung, zwei mittels Audioaufzeichnung.

b) Wenn nur eine Stichprobe: Wie oft wurden Messungen durchgeführt?

Es wurde eine Messung durchgeführt.

Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)

a) Welche Variablen wurden zur Beantwortung der Fragestellung definiert?

Wurden in der Studie nicht explizit erwähnt.

Die folgenden Variablen entsprechen den Einschlusskriterien: Alter, Geschlechtsidentifikation und Schwangerschaft

b) Welche Instrumente wurden zur Datenerhebung benutzt?

Semi-strukturiertes Einzelinterview

	<p><u>c) Welche Intervention wird getestet?</u> Keine Intervention, da es sich um die Erhebung von Erfahrungsberichten handelt.</p> <p>Datenanalyse</p> <p><u>a) Welches Skalenniveau weisen die erhobenen Variablen auf?</u> <i>Nominal:</i> Geschlechtsidentifikation, Schwangerschaft <i>Proportional / absolut / ratio:</i> Alter</p> <p><u>b) Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse genutzt?</u> Die Daten wurden aufgezeichnet, transkribiert und mit der qualitativen Analysesoftware Dedoose kodiert.</p> <p><u>c) Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt?</u> Nein. Es wurde kein Signifikanzniveau festgelegt.</p>
Ergebnisse	<p><u>a) Welche Ergebnisse werden präsentiert?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identitätsbeschreibungen von sich selbst werden aufgelistet: 'male', 'man', 'female-to-male', 'transman', 'trans man', 'transgender man', 'transmasculine', 'nonbinary', and 'on the transmasculine spectrum'. Die Teilnehmenden hatten ganz unterschiedliche Bezeichnungen. • Die Schwangerschaft reichte von «sehr erwünscht», über «notwendig, um eine Familie zu gründen» bis hin zu «unabsichtlich eingetroffen». • Keiner der Teilnehmenden machte sich Gedanken über einen Schwangerschaftsabbruch • Die Teilnehmenden hatten eine bis vier Schwangerschaften mit einer bis drei Lebendgeburten • Alle Teilnehmenden wurden mit ihren eigenen Eizellen schwanger • Die Spermien waren unterschiedlichen Ursprungs: feste Partnerschaft, Sexualpartner, mit welchen eine lange Beziehung nicht geplant war, bekannte Spender, anonyme Spender. • Die soziale Unterstützung war sehr unterschiedlich. Sie wurde von stabil und stark bis hin zu schwach oder gar nicht genannt. Andere erhielten Bestätigung von ihrer Familie, Freunden und Fremden. Einige Teilnehmende nannten die unterstützenden Vereine als Quelle der Resilienz. Ausserdem fühlten sich einige der Teilnehmenden durch die Facebookgruppe «Birthing and Breastfeeding Trans People and Allies» unterstützt.

- Das Bedürfnis in der Öffentlichkeit gesehen zu werden variierte stark. Für die emotionale Stabilität und das Wohlbefinden war entscheidend als Mann gesehen und behandelt zu werden. Einige störten falschgeschlechtliche Aussagen kaum. Einige wollten zum Eigenschutz die Schwangerschaft verdecken.
- Die Sichtbarkeit und der Grad an «Nach aussen zeigen» variierte je nach Setting. Es war für viele trans Männer komplex. Sie entwickelten dabei 3 Strategien:
 1. Auftreten als Cis-Frau
 - ↑ äussere Bestätigung der SS
 - ↓ äussere Bestätigung als Mann
 - ↑ Sicherheitsgefühl
 - ↓ Exposition gegenüber transphober Gewalt
 - ↑ Dysphorie, da gegen Aussen nicht das Geschlecht gezeigt wurde, was man aber empfand
 2. Sich tarnen
 - ↑ äussere Bestätigung des Geschlechts
 - ↓ Exposition gegenüber transphober Gewalt
 - ↓ äussere Bestätigung der SS
 - Viele äusserten als «dicker Mann» gesehen worden zu sein
 3. Sichtbar sein als trans Mann
 - ↑ innere Bestätigung
 - ↑ Exposition gegenüber transphober Gewalt und Diskriminierung sei der Hauptgrund die 1. Strategie zu wählen.
- Bei einigen trans Männer bestand eine Spannung zwischen dem Verfolgen der reproduktiven Ziele und ihren Transitionszielen. Ein Teilnehmer wollte vor dem Beginn der Hormontherapie mit Testosteron schwanger werden und zögerte somit die Hormontherapie heraus. Da hatten die reproduktiven Ziele einen höheren Stellenwert als die Transitionsziele.
- Bei weiteren Teilnehmenden hatten die Transitionsziele einen höheren Stellenwert als die reproduktiven Ziele. Sie begannen vor Eintreten der Schwangerschaft mit der Hormontherapie.

- Manche wurden durch Erfahrungsberichte anderer trans Männer darin bestärkt bereits mit der Hormontherapie zu beginnen, da dies keinen Einfluss auf das Eintreten der Schwangerschaft habe. Sie entschieden sich unabhängig zu beidem, wenn sie sich jeweils dazu bereit gefühlt hatten.
- Einige trans Männer waren bereits in Hormontherapie, als sie es in Betracht zogen schwanger zu werden.
- Die Abfolge der Schwangerschaft und Transition war sehr unterschiedlich. Einige wurden vor ihrer Transition schwanger. Andere waren inmitten der Transition und nochmals andere lebten schon lange als Mann, bevor sie schwanger wurden. Dasselbe galt bei der Einnahme von Testosteron.
- Keine der Teilnehmenden unterzogen sich geschlechtsangleichenden Operationen vor oder während der Schwangerschaft. Wenn, dann geschah dies postpartal.
- Bei operativen Angleichungen im Brustbereich gab es ebenfalls Verschiedenheit. Einige waren nicht operiert. Einige hatten einen Mix aus Reduktion, jedoch nicht kompletter Mastektomie. Einige liessen sich nicht operieren. Einige von den Nicht-Operierten entschieden sich fürs Stillen, andere nicht.
- Teilnehmende beschrieben unzählige Herausforderungen und Barrieren bei der Betreuung rund um den Reproduktionsprozess (Konzeption, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett). Einige dieser Barrieren laufen unter Ausgrenzung und/oder Transphobie.
- Unverständnis gegenüber einem schwangeren Mann. Für die Teilnehmenden war es erschwert, dass es nicht viele Beispiele gibt, die sie empowern. Die trans Männer, die von jemandem hörten oder kannten, der ebenfalls denselben Weg ging äusserten Empowerment und Bestätigung.
- Starker Mangel an biomedizinischer Forschung und Weiterbildung bei Themen rund um trans Menschen. Dies gilt insbesondere für Themen rund um die Reproduktion. Es bestehen Wissenslücken unter anderem bei: Kurzzeit- und Langzeiteffekten von Testosteron auf die Geschlechtsorgane, Erleichterung der Empfängnis, Schwangerschaftsoutcomes, psychische Gesundheit und Laktation.
 - Dies beeinflusst die Entscheidungen der trans Männer.
 - Man geht davon aus, dass die Wissenslücken aufgrund unzureichender Forschung und unzureichender Schulung von Fachpersonal besteht. Damit einhergehend werden auch die Werte des Fachpersonals genannt. Einige Teilnehmende äusserten, dass manches Fachpersonal von Frauenkliniken nicht bereit seien trans Männer zu behandeln.

- Ein Teilnehmer äusserte die Wissenslücke wie folgt: Das Fachpersonal habe nichts, worauf es sich beziehen kann. Ein trans Mann sei zu neu und zu anders. Es bestehen keine Studien, an welche sie sich wenden könnten. Aus diesem Grund denkt er wolle das Gesundheitsfachpersonal trans Männer nicht behandeln, aus Angst etwas falsch zu machen und sich zusätzlich dabei unwohl zu fühlen.
- Teilnehmende äusserten eine lange Liste an Äusserungen, die den Mangel an interkultureller Kompetenz zeigt. (Benutzung des falschen Titels oder Pronomens, Ansprache mit rechtlichem Namen und nicht präferierten Namen, Vermutungen über das Aussehen der Geschlechtsteile zu äussern, Ignorieren des am Anfang angegebenen Geschlechts, Gleichstellung von Geschlechtsidentität mit sexueller Orientierung)
- Teilnehmende beschrieben gut gemeinte Äusserungen des Fachpersonals, die jedoch den gegenteiligen Effekt auslösten, indem objektiviert wurde
- Teilnehmende äusserten diverse Beispiele von Transphobie. (Bsp.: Verweigerung der Stillberatung im Spital). Ausserdem wurden einige Teilnehmende wegen ihrer trans Geschlechtlichkeit pathologisiert. Sie wurden als «Problem» behandelt.
- Einige Teilnehmende beschrieben unnötige körperliche Untersuchungen, wenn diese einen Arzt aufsuchten. Das eigentliche Problem wandelte sich in den Hintergrund. Ein Beispiel zeigte dies auf. Dieser trans Mann ging mit einer Wunde am Finger zu fünf Ärzten, da zuvor immer wieder nur seine trans Geschlechtlichkeit in den Vordergrund trat. Dies sei der Grund, weshalb er nur noch, wenn es unbedingt nötig sei, ein Arzt aufsuche.
- Ein weiterer trans Mann äusserte als einzigen Grund, weshalb er eine Hausgeburt plante, das Vermeiden von Konfrontation im Spital.
- Einigen Teilnehmenden wurde die reproduktive Behandlung verweigert, aufgrund ihres Geschlechtes. Spermienbanken können, da sie privatisiert geführt werden, entscheiden wer von der Dienstleistung Gebrauch machen darf und wer nicht.
- Einige Teilnehmer äusserten sogar Barrieren beim Zugang von geschlechtsangleichenden Behandlungen. Sie mussten ihre reproduktiven Ziele verbergen, um eine angemessene ihnen zustehende Behandlung zu erhalten.
- Im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe äusserten die Teilnehmenden ebenfalls Barrieren. Das ganze Material inklusive Broschüren ist auf Frauen ausgelegt. Ausserdem beschrieben sie Informationssysteme, die Männer nicht berücksichtigten.
- Die meisten trans Männer dieser Studie äusserten die Schwierigkeit bis Unmöglichkeit als Vater auf der Geburtsurkunde ihres Kindes zu stehen. Einige zogen vor Gericht oder mussten ihre Kinder adoptieren.
- Die Kombination vieler Barrieren löste bei vielen das Gefühl aus, dass ihr Leben in diesem System nicht existiert und ihre Identität keine Rolle spielt.

- In einem Unterkapitel beschreiben die Teilnehmenden auch positive Erfahrungen mit dem Gesundheitsfachpersonal. Dies beinhaltet das Nutzen des richtigen Namens und Pronomens. Teilnehmende äusserten steigende Sicherheit und Wohlbefinden, wenn sie nicht als exotisch und extraordinär behandelt wurden. Ein hoher Stellenwert nahm die Differenzierung des Fachpersonals zwischen was sie selbst nicht wissen und was die Wissenschaft im Allgemeinen nicht weiss, ein.
- Viele äusserten mit mindestens einem Dienstleister ein gutes Verhältnis zu haben.
- Eine Schwierigkeit war einen passenden Dienstleister zu finden. Durch Mund-zu-Mund-Propaganda in den Vereinen und Gesundheitsorganisationen wurde die Suche erleichtert.
- Die trans Männer wünschten sich vom Fachpersonal, dass diese ihre Fragen rund um trans-spezifische Bereiche beantworten können. Was jedoch einen noch höheren Stellenwert hatte war die entgegengebrachte Akzeptanz und Respekt dafür wer sie sind.
- Ein weiteres Unterkapitel handelt von der Beratung rund um das Thema Familienplanung. Die Erwartung vieler trans Männer ist der Erhalt von frühzeitigen Informationen rund um die Transition und Möglichkeiten der Reproduktion. Viele wünschten bessere Informationen bezüglich Fertilitätserhaltung und -möglichkeiten zu bekommen. Ein weiteres Thema waren die unvorhergesehenen emotionalen Erfahrungen in Verbindung mit dem Absetzen von Testosteron und postpartale Depression. Viele hätten sich gewünscht bezüglich der postpartalen Depression besser informiert zu werden, indem man ihnen erklärt hätte, dass Stimmungsschwankungen nach einer Geburt normal seien und durch die Hormonumstellung entstehen.

Der Ergebnisteil wird beendet mit dem Unterkapitel Optimismus: Viele Teilnehmende sehen eine deutliche Zunahme von trans Männern die schwanger werden. Die Sichtbarkeit dieser gibt ihnen Optimismus und Hoffnung, dass die Thematik nicht mehr ein Tabu ist. Ebenso hoffen sie, dass das Fachpersonal damit vertrauter wird und es trans Männer leichter haben im gesamten Prozess der Reproduktion.

b) Welches sind die zentralen Ergebnisse der Untersuchung?

- Das zentrale Ergebnis ist das breite Spektrum der Erfahrungen der trans Männer. Die Teilnehmenden erlebten den Prozess der Schwangerschaft unterschiedlich.
- Zahlreiche Barrieren im Gesundheitswesen vorhanden.

Diskussion	<p>a) <u>Werden die wichtigsten Ergebnisse erklärt?</u> <u>Wie interpretieren die Forschenden die Ergebnisse?</u> <u>Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen?</u></p> <p>Ja. Die wichtigsten Ergebnisse werden aufgegriffen und erklärt. Die Forschenden interpretieren einen hohen Bedarf an gut geschultem Fachpersonal. Die Individualität und Diversität werden nochmals hervorgehoben.</p> <ul style="list-style-type: none">• Die Teilnehmenden dieser Studie haben alle in kleinerem oder grösserem Mass die im Ergebnisteil genannten Barrieren überwunden.• Die Wichtigkeit des Empowerments, Ermutigung und Unterstützung durch das Fachpersonal wird nochmals aufgegriffen.• Es wird nochmals der unterschiedliche Zeitpunkt der Transition erklärt.• Die Hormontherapie mit Testosteron wird nochmals beschrieben. Ergänzt wird, dass keiner der Teilnehmenden während der Testosteroneinnahme schwanger wurde. Es wird zusätzlich erwähnt, dass es auch andere Gründe gibt die Testosteroneinnahme zu unterbrechen. Als Fachperson sollte man diese trans Männer über den weiteren Zyklus informieren.• Es werden weitere Forschungslücken aufgezeigt.• Die Wichtigkeit der Beratung bezüglich Stillen wird nochmals deutlich gemacht. Es muss individuell mit dem trans Mann geschaut werden, was seine Bedürfnisse sind.• Es werden mögliche Gründe erklärt, weshalb die Betreuung von trans Männern als erschwert betrachtet wird. Dies vor allem durch die Seltenheit von schwangeren trans Männern.• Der Mangel an Sichtbarkeit von schwangeren trans Männern wird erneut betont. Dies erschwert die Behandlung durch Fachpersonal, da eine Routine fehlt.• Die Bedeutung des Personenschutzes wird erklärt. Gerade durch die beschriebene Diskriminierung erscheint dies unabdingbar.• Die Wichtigkeit eines gut geschulten Fachpersonals wird nochmals aufgegriffen.• Das Thema Transphobie wird nochmals aufgegriffen und in Kontext gestellt. Die vielen Beispiele der Teilnehmenden veranschaulichen die Zurückhaltung von der Gesundheitsversorgung Gebrauch zu machen.• Die angemessene Behandlung und die positiven Erfahrungen werden als aussergewöhnlich beschrieben. Dies zeigt auf, dass noch viel mehr Arbeit erforderlich ist.• Die Sichtbarkeit von trans Menschen wird in Kontext gebracht.
-------------------	---

	<p>Die Ergebnisse werden nur vereinzelt mit weiterer Literatur verglichen.</p> <p><u>b) Kann die Forschungsfrage aufgrund der Daten beantwortet werden?</u></p> <p>Ja. Das Ziel wurde erreicht. Die Forschenden konnten die Bedürfnisse von trans Männern rund um die Familienplanung identifizieren und verstehen.</p> <p><u>c) Welche Limitationen werden angegeben?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Auf Englischsprechende Personen beschränkt • Teilnehmende zu 80% aus USA, 20% aus Westeuropa • Ausschluss von trans Menschen die sich nicht als männlich identifizierten (wegen Einschlusskriterien der ursprünglichen Umfrage) • Ausschluss von trans Männern die keine Schwangerschaft mit Lebendgeburt hatten • Als weitere Limitation wurde das Fehlen von Erfahrungen bezüglich unerfülltem Kinderwunsch oder Erfahrungen mit Fehlgeburten, Totgeburten oder Schwangerschaftsabbruch genannt. • Erfahrungen von trans Männern ohne Kinderwunsch wurden nicht thematisiert. • Weitere Studien zeigten, dass Teilnehmende von Online-Umfragen meist gut ausgebildet und wirtschaftlich abgesichert sind. Dies würde also in dieser Studie ebenso dem entsprechen. • Werbung für die Studie wurde auf Transgender-Websites und Gemeindezentren gemacht. Somit konnten sich nur solche melden, die auch Zugang dazu haben.
<p>Theorie-Praxis-Transfer</p>	<p><u>a) Welche Implikationen haben die Ergebnisse in Bezug auf meine Profession / für meinen beruflichen Alltag?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewusstsein für Thematik • Begleitung von Menschen die einer Minorität angehören • Vertrauensaufbau als essentiell • Spezifische Beratung rund um die Familienplanung kann teils durch Hebamme gedeckt werden, jedoch auch starke interdisziplinäre Arbeit erforderlich • Wissen in Bereichen wie Stillberatung erlangen im Kontext von trans Männern

Tabelle 16

AICA Würdigung von Studie Hoffkling et al. (2017), in Anlehnung an Ris & Preusse-Bleuler (2015), eigene Darstellung

Würdigung	
Einleitung	<p>Problembeschreibung, Bezugsrahmen, Forschungsfrage/-ziel</p> <p>Theoretischer Hintergrund wird aufgezeigt. Eine Tabelle mit Begriffserklärungen wurde erstellt. Die Forschenden legen einen Schwerpunkt auf das Empowerment.</p> <p>a) <u>Ist die Forschungsfrage / das Ziel klar definiert?</u></p> <p>Ja. Das Ziel wird im Abstract sowie am Ende der Einleitung klar definiert.</p> <p>b) <u>Wird das Thema / das Problem mit vorhandener empirischer Literatur gestützt?</u></p> <p>Ja. Die Thematik wird in der Einleitung mit weiterer aktueller empirischer Literatur gestützt.</p>
Methode	<p>Design</p> <p>Der Methodenteil ist knapp gehalten. Variablen oder eine Übersicht über die erhobenen demographischen Daten fehlen.</p> <p>a) <u>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten methodischen Vorgehen nachvollziehbar?</u></p> <p>Ja. Da wenig über die Thematik bekannt ist, ist es sinnvoll semi-strukturierte Interviews durchzuführen, um möglichst viel zu erfahren. Ausserdem benutzen die Forschenden den Ansatz der Grounded Theory.</p> <p>Stichprobe</p> <p>a) <u>Ist die Population in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll gewählt?</u></p> <p>Da es um sie selbst geht und Erfahrungen am besten 1:1 erzählt werden ist die Population gut gewählt.</p> <p>b) <u>Ist die Stichprobe in Bezug auf die Fragestellung und das methodische Vorgehen geeignet?</u></p> <p>Die Stichprobe ist geeignet. Alle Teilnehmenden gaben informed consent und waren bereit über ihre Erfahrungen zu sprechen.</p> <p>c) <u>Ist die Stichprobe repräsentativ in Bezug auf die Population?</u></p> <p>Nein. Es ist eine zu kleine Stichprobe. Ausserdem wurden nicht bei allen Interviews alle Daten abgedeckt (semi-strukturierte Vorgehensweise). Ausserdem kommt es durch das Convenience Sampling zu Verzerrungen.</p> <p>d) <u>Wie wurden die Stichproben gezogen?</u></p>

Zunächst für die Online-Umfrage wurde ein Convenience Sampling durchgeführt. Das heisst es lag in der Hand der Interviewer (→ bias). Anschliessend wurde die Stichprobe nicht gezogen, sondern es meldeten sich die Teilnehmer freiwillig, wenn sie dazu bereit waren ein Interview durchzuführen.

e) Erscheint die Stichprobengrösse angemessen?

Nein. Zu kleine Stichprobe. Aus diesem Grund konnten auch keine quantitativen Daten erhoben werden, sondern nur qualitative. Dies wird von den Forschenden als Schwäche bezeichnet.

f) Wenn Vergleichsgruppen: Wie wurden diese erstellt?

Keine Vergleichsgruppe.

g) Wurden Dropouts angegeben und begründet?

Ja. Die ersten Dropouts antworteten nicht auf die Einladung zum Interview. Anschliessend erfüllt ein weiterer Dropout nicht die Eignungskriterien.

h) Beeinflussen die Dropouts die Ergebnisse?

Nein. Da die Ergebnisse der Subjektivität der Teilnehmenden entsprechen, haben die Dropouts keinen Einfluss auf die Ergebnisse.

Datenerhebung

Die Datenerhebung wurde von einem Forschenden durchgeführt. Man könnte daher die Individualität und einflussende Subjektivität als mögliche Fehlerquellen beziehungsweise als Einfluss erachten. Dadurch ist auch die Neutralität fraglich.

a) Ist die Datenerhebung in Bezug auf die Fragestellung nachvollziehbar?

Ja. Die Datenerhebung ist nachvollziehbar. Durch die semi-strukturierten Interviews können die Forschenden auf einzelne erwähnte Aspekte genauer eingehen und erhalten damit genauere Details zum Erleben der Befragten. Das Interview ist die Art von Datenerhebung, bei der die Lebenswelt der Befragten am besten erforscht werden kann.

b) Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmenden gleich?

Nein. Bei acht wurden die Interviews per Video mit dem Programm «BlueJeans» durchgeführt. Bei zwei trans Männern wurde das Interview nur per Audio durchgeführt.

Ebenso wurden nicht bei allen dieselben Fragen gestellt. Ansonsten hätte es sich um ein strukturiertes Interview gehalten.

c) Wurden die Daten von allen Teilnehmenden vollständig erhoben?

Nicht beurteilbar, da im Ermessen des Interviewers.

Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)

a) Sind die Variablen sinnvoll und umfassend in Bezug auf die Fragestellung gewählt?

Nicht beurteilbar, da weitere Variablen nicht genannt wurden. Es wäre spannend eine Übersicht zu genaueren demographischen Angaben zu haben.

b) Fehlen relevante Variablen?

Kulturelle Herkunft, Beziehungsstatus, wie die Schwangerschaft eintraf (ART?)

c) Sind die Messinstrumente in Bezug auf die Fragestellung / Variablen geeignet?

Das Interview ist grundsätzlich geeignet, jedoch wird nicht auf den Aufbau des Interviews eingegangen.

d) Sind die Messinstrumente zuverlässig?

Nein. Die Reliabilität ist eingeschränkt, da durch die semi-strukturierten Interviews nicht dieselben Ergebnisse erzielt werden. Die Validität ist aus diesem Grund auch eingeschränkt.

e) Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet?

Die Auswahl des Messinstruments wird am Anfang begründet. Dies geschieht unter Einbezug der Grounded Theory. Diese erlaubt durch induktive Art die Daten zu erheben und zu analysieren.

f) Sind mögliche Einflüsse / Verzerrungen auf die Intervention beschrieben?

Die Einflüsse und Verzerrungen werden am Schluss des Methodenteils erwähnt.

Datenanalyse

a) Werden die gewählten Analyseverfahren klar beschrieben?

Das gewählte Analyseverfahren wird genau beschrieben. Die Codierungsprozesse werden durch mehrere unterschiedliche Forschende durchgeführt. Schlussendlich treten keine grösseren Unterschiede der Interpretation auf, was auf eine hohe Kodierungs-Reliabilität hinweist.

b) Wurden die Verfahren in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll angewendet?

Ja. Bei Dedoose handelt sich um eine Analysesoftware für qualitative Daten.

c) Entsprechen die statistischen Analyseverfahren den Skalenniveaus?

Wurden Voraussetzungen zur Verwendung bestimmter statistischer Analyseverfahren überprüft?

Kann nicht genau beurteilt werden, da die Skalenniveaus nicht konkret erwähnt. Nein. Da keine statistischen Analyseverfahren gebraucht wurden.

Ergebnisse	<p>Sehr detaillierter Ergebnisteil. Die Lebenswelt der trans Männer wird gespiegelt durch Einbezug von Zitaten.</p> <p>Die Bedürfnisse der trans Männer werden im Ergebnisteil klar ersichtlich. Das Ziel dieser qualitativen Studie wird somit erreicht.</p> <p><u>a) Werden die Ergebnisse präzise dargestellt?</u></p> <p>Ja. Die Ergebnisse werden in Unterkapiteln sehr präzise dargestellt. Dies unter Einbezug von Zitaten der Interviews.</p> <p><u>b) Sind die Ergebnisse nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt?</u></p> <p>Ja. Das Ergebniskapitel wird nachvollziehbar und durch die Unterkapitel übersichtlich dargestellt. Am Anfang des Ergebnisteil werden die einzelnen Unterkapitel kurz genannt und dann auf die jeweiligen Kapitel genauer eingegangen.</p>
Diskussion	<p>Es werden zahlreiche Tabellen im Diskussionsteil erstellt, die für das betreuende Fachpersonal von Relevanz sind.</p> <p>Tabelle 2: Reproduktive Aspekte zur Beratung für die medizinische und chirurgische Transition.</p> <p>Tabelle 3: Weiterführende Literatur für die Schulung von Fachpersonal</p> <p>Tabelle 4: Fragen, die sich die betreuende Fachperson zuvor stellen soll, um ein trans Mann zu begleiten</p> <p>Tabelle 5: Empfehlungen für das klinische Setting im Umgang mit Transmenschen</p> <p>Tabelle 6: Empfehlungen für die ersten Begegnungen in der Klinik</p> <p>Tabelle 7: Empfehlungen zur Normalisierung</p> <p>Tabelle 8: Empfehlungen bezüglich Emotionen und Hormonen</p> <p>Stärken werden beschrieben.</p> <p>Ein eigenes Kapitel zur weiteren erforderlichen Forschung rundet die Studie ab.</p> <p><u>a) Werden alle Resultate diskutiert?</u></p> <p>Ja. Es wird auf alle Ergebnisse im Diskussionsteil eingegangen.</p> <p><u>b) Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein?</u></p> <p>Die Interpretation stimmt mit dem Hauptergebnis der Individualität überein.</p> <p><u>c) Ist die Interpretation der Ergebnisse nachvollziehbar?</u></p> <p>Die Interpretation ist nachvollziehbar. Es wird vor allem auf die Förderung der Schliessung der Wissenschaftslücke gesetzt. Fachpersonal soll in diesem Bereich geschult werden. Das Thema soll enttabuisiert werden.</p> <p><u>d) Werden die Resultate in Bezug zur Fragestellung / Zielsetzung mit anderen Studien diskutiert und verglichen?</u></p>

	<p>Andere Studien werden nur vereinzelt in den Diskussionsteil eingebracht. Dies hätte noch mehr gemacht werden können, um die Thematik breiter abzustützen.</p> <p><u>e) Wird nach alternativen Erklärungen gesucht?</u></p> <p>Ja. Die gesamte Thematik wird in Kontext gestellt und nach alternativen Erklärungen gesucht.</p> <p>Die Studie wird mit einem Fazit abgeschlossen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Hauptergebnis ist die grosse Bandbreite, die Individualität der Erfahrungen und Bedürfnisse der trans Männer • Zentrales Element: es sind nicht nur Frauen, die auf geburtshilfliche Betreuung angewiesen sind • Leser und Leserinnen der Studie werden mit zahlreichen Beispielen mit der Thematik vertraut • Die Ergebnisse sollen als Orientierungshilfe für Fachpersonen dienen
<p>Theorie-Praxis-Transfer</p>	<p>Die Thematik ist für Hebammen von Relevanz. Mit grosser Wahrscheinlichkeit werden nur vereinzelt Hebammen direkt damit konfrontiert. Doch ist es wichtig sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen.</p> <p><u>a) Ist die Studie sinnvoll?</u></p> <p>Studie zeigt Relevanz deutlich auf. Zur Enttabuisierung der Thematik absolut sinnvoll.</p> <p><u>b) Werden Stärken und Schwächen aufgewogen?</u></p> <p>Ja. Stärken und Schwächen werden beschrieben.</p> <p>Stärken sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genügende Anzahl Teilnehmende rekrutiert, trotz hoher Vulnerabilität der Population. → Tabu • Weite Spannbreite an Erfahrungsberichten rund um die Thematik Familienplanung erhoben • Thematisierung eines Themas welches in der Literatur noch nicht stark verbreitet ist <p>Schwächen werden unter Limitationen angegeben. Ebenso wird die kleine Stichprobe als Schwäche im Methodenteil angegeben.</p> <p><u>c) Wäre es möglich die Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</u></p> <p>Ja. Die Studie könnte man in anderen Ländern wiederholen. Ebenso Einbezug von trans Männer, die einer ethnischen Minorität angehören und einen geringeren Ausbildungsstatus vorweisen. Jedoch wird dieselbe Studie so nicht durchführbar sein, da es sich um semi-strukturierte Interviews handelt.</p>
<p>Gütekriterien nach Lincoln & Guba (1985)</p> <p><i>Positives</i> wird mit + und <i>Negatives</i> mit - gekennzeichnet</p>	

Glaubwürdigkeit (Credibility):

- Triangulation und Member-Checking sind in der Studie nicht erwähnt.
- + Es wird ein Peer-Debriefing durchgeführt und im Anhang beigelegt.
- + Die Glaubwürdigkeit wird durch Zitate der Teilnehmenden gestärkt.
- + Limitationen werden von den Forschenden angegeben.

Übertragbarkeit (Transferability):

- + Durch den Einbezug von mehreren passenden Zitaten der Teilnehmenden wird die Übertragbarkeit gestärkt.
- Die Teilnehmenden werden nicht ausreichend beschrieben. Soziodemographische Daten werden nicht aufgezeigt.
- Die Studie kann nicht beliebig wiederholt werden, da die Forschenden zur Datenerhebung semi-strukturierte Interviews durchführten und der Ablauf so im Ermessen des Interviewers liegt.
- kleine Stichprobe

Zuverlässigkeit in Bezug auf Nachvollziehbarkeit (Dependability):

- +/- Die Datenanalyse wird beschrieben. Der Kodierungsprozess wird dabei genau beschrieben. Es geht hervor, dass mehrere Forschende darin involviert waren, was die Kodierungsreliabilität erhöht. Die weiteren Prozesse der Datenanalyse werden nicht genau beschrieben.
- Entscheidungspfade im Forschungsprozess werden nicht dokumentiert.

Bestätigbarkeit (Confirmability):

- Es ist unklar, ob die Teilnehmenden die Ergebnisse zur Bestätigung zurückerhielten.
- Es ist unklar, ob eine externe Person die Studie begleitet hat. Dies hätte durch deren Objektivität die Bestätigbarkeit erhöht.
- + Es wird einzig erwähnt, dass eine weitere Person die Forschenden bei der Kodierung der Transkripte unterstützt hat. Jedoch bestehen keine genauen Angaben zu dieser Person.
- + Mit der Vulnerabilität der Teilnehmenden wurde gewissenhaft umgegangen. Zum einen wurde eine aktive Einverständniserklärung eingefordert und zum anderen wurde eine Genehmigung des regionalen Ethikkomitees eingeholt. Dies erhöht die Bestätigbarkeit.

Studie D: Light et al. (2014)

Tabelle 17

AICA Zusammenfassung von Studie Light et al. (2014), in Anlehnung an Ris & Preusse-Bleuler (2015), eigene Darstellung

Zusammenfassung	
Einleitung	<p>Problembeschreibung, Bezugsrahmen, Forschungsfrage/-ziel</p> <p>a) <u>Um welches Thema/Problem handelt es sich?</u> Die durchgeführte Studie handelt von trans Männern, die nach ihrer Geschlechtstransition schwanger wurden und geboren hatten.</p> <p>b) <u>Was ist die Forschungsfrage oder das Ziel?</u> Das Ziel der Studie ist es mittels Durchführung einer Querschnittstudie Erfahrungen von trans Männern zu erforschen, die nach ihrer Transition schwanger waren und geboren hatten, um Wissen über Fertilität, Konzeption, Schwangerschaft und Geburt zu generieren. Mit dem erlangten Wissen möchten die Forschenden Praxisempfehlungen ableiten und weitere Forschung unterstützen.</p> <p>c) <u>Mit welchen Argumenten wurde die Forschungsfrage begründet?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Ziel wird hauptsächlich mit den bestehenden Barrieren begründet, mit denen trans Männer beim Zugang zur Gesundheitsversorgung konfrontiert werden. • Viele trans Männer wünschen sich Kinder. Es gibt jedoch nur vereinzelt Berichte über Erfahrungen mit Schwangerschaft und Geburt. Es besteht wenig Forschung zu Erfahrungen, Auswirkungen von Hormontherapie auf die Fertilität und Schwangerschaft und neonatale Outcomes. • Das Verständnis über Erfahrungen von trans Männern wird das Gesundheitsfachpersonal unterstützen, um eine adäquate Betreuung zu gewährleisten.
Methode	<p>Design</p> <p>a) <u>Was soll untersucht werden?</u> Die Erfahrungen von trans Männern mit einer selbsterlebten Schwangerschaft und Geburt.</p> <p>b) <u>Wie oft wird gemessen / befragt?</u> Es gibt keine Messwiederholung. Der Online-Fragebogen wird einmalig ausgefüllt. (Querschnittstudie)</p> <p>Stichprobe</p>

a) Für welchen Personenkreis soll eine Aussage gemacht werden?

Für schwangere trans Männer

b) Wie wurden die Stichproben definiert?

Es wurden trans Männer definiert mit folgenden Einschlusskriterien:

- Alter \geq 18 Jahre
- Männliche Selbstidentifizierung vor der Schwangerschaft
- Selbst erlebte Schwangerschaft in den vergangenen zehn Jahren
- Fähigkeit den Online-Fragebogen in Englisch auszufüllen

Aufnahme in die Studie erfolgte unabhängig vom Stand der Transition. Die Einschlusskriterien setzten keine medizinische oder chirurgische Transition voraus.

Der Einschluss in die Studie erfolgte auch bei Teilnehmenden, die sich als weiblich identifizierten oder die Pronomen «she» und «her» bevorzugten. Diese wurden jedoch nur eingeschlossen, wenn sie mehr als ein Indiz für eine transgeschlechtliche Identität hatten (Testosteroneinnahme, männliche Identität mit weiblichen Pronomen oder weibliche Identität mit männlichen Pronomen)

Der geografische Wohnort wurde nicht als Einschlusskriterium definiert.

56 Teilnehmende füllten zunächst den Online-Fragebogen aus. Dabei wurden neun exkludiert aufgrund unzureichender Antworten. Sechs weitere wurden ausgeschlossen aufgrund Nichterfüllen der Einschlusskriterien. Die finale Stichprobe beinhaltete 41 Teilnehmende.

c) Wie viele Stichproben wurden definiert?

Es wurde eine Stichprobe definiert.

Datenerhebung

a) Welche Art von Daten wurde erhoben?

Es wurden quantitative und qualitative Daten aus dem ausgefüllten Online-Fragebogen erhoben. Es erfolgte kein persönlicher Kontakt mit den Teilnehmenden.

Der Online-Fragebogen wurde auf REDCap, einer verschlüsselten und sicheren Plattform für Online-Umfragen durchgeführt.

Die Studie enthielt 47 Multiple-Choice-Fragen und 24 Fragen zu demographischen Angaben, Hormongebrauch, Fertilität, Schwangerschaftserfahrung, Geburtserfahrungen und fetalem Outcome. Abschliessend folgten vier offenen Fragen:

- Gibt es etwas was Sie sich wünschen, dass Gesundheitsfachpersonen über trans Männer und Schwangerschaft wissen sollten?
- Wie war die Erfahrung mit der Schwangerschaft für Sie?
- Wie war die Erfahrung mit der Geburt für Sie?
- Wie war die Erfahrung nach der Geburt für Sie?

b) Wenn nur eine Stichprobe: Wie oft wurden Messungen durchgeführt?

Es wurde eine Messung durchgeführt.

Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)

a) Welche Variablen wurden zur Beantwortung der Fragestellung definiert?

Soziodemographische Variablen: Alter, Geschlechtsidentität, präferiertes Pronomen, Land, Region in den USA, ethnische Zugehörigkeit, höchster Bildungsabschluss, jährliches Haushaltseinkommen, Anzahl Schwangerschaften, vorausgegangene Diagnose eines polyzystischen Ovarialsyndroms*, BMI bei Konzeption, Geschlechtsangleichender operativer Eingriff

Variablen rund um Testosterongebrauch: Alter bei Beginn der Testosteroneinnahme, Dauer der Einnahme vor der Schwangerschaft, Absetzen des Testosterons, um schwanger zu werden, Dauer zwischen Absetzen bis Wiedereinsetzen der Menstruation, Wiederaufnahme oder Start der Testosteroneinnahme nach der Schwangerschaft

Variablen der Fertilität: Geplante oder ungeplante Schwangerschaft, Anwendung von kontrazeptiven Mitteln vor der Schwangerschaft, Dauer bis zur Konzeption, Herkunft der Eizelle, Herkunft der Spermien, medizinische Interventionen, um schwanger zu werden

Variablen zu Schwangerschaftserfahrungen und neonatalen Outcomes: Schwangerschaftsvorsorge, perinatale Komplikationen, Konsum von Substanzen, Schwangerschaftswoche bei Geburt, Geburtsort, Geburtseinleitung, Geburtsmodus, Grund für den Kaiserschnitt, Geburtsgewicht des Neugeborenen, Verlegung auf eine Neonatologie, Diagnose mit einer Anomalie oder Entwicklungsstörung beim Neugeborenen, Diagnose DSD beim Neugeborenen, Stillen

b) Welche Instrumente wurden zur Datenerhebung benutzt?

Ein Online-Fragebogen auf einer verschlüsselten und sicheren Plattform.

c) Welche Intervention wird getestet?

Keine Intervention, da es sich um die Erhebung von Erfahrungsberichten handelt.

	<p>Datenanalyse</p> <p>a) <u>Welches Skalenniveau weisen die erhobenen Variablen auf?</u></p> <p><i>Nominales Skalenniveau:</i> Geschlechtsidentität, präferiertes Pronomen, Land, Region in den USA, ethnische Zugehörigkeit, vorausgegangene Diagnose eines polyzystischen Ovarialsyndroms, geschlechtsangleichender operativer Eingriff, Absetzen des Testosterons, um schwanger zu werden, Wiederaufnahme oder Start der Testosteroneinnahme nach der Schwangerschaft, geplante oder ungeplante Schwangerschaft, Anwendung von kontrazeptiven Mitteln vor der Schwangerschaft, Herkunft der Eizelle, Herkunft der Spermien, medizinische Interventionen, um schwanger zu werden, Schwangerenvorsorge, perinatale Komplikationen, Konsum von Substanzen, Geburtsort, Geburtseinleitung, Geburtsmodus, Grund für den Kaiserschnitt, Verlegung auf eine Neonatologie, Diagnose mit einer Anomalie oder Entwicklungsstörung beim Neugeborenen, Diagnose einer DSD beim Neugeborenen, Stillen, Dauer der Einnahme vor der Schwangerschaft, Dauer zwischen Absetzen bis Wiedereinsetzen der Menstruation, Dauer bis zur Konzeption</p> <p><i>Ordinales Skalenniveau:</i> Höchster Bildungsabschluss, Alter bei Beginn der Testosteroneinnahme, Geburtsgewicht des Neugeborenen, jährliches Haushaltseinkommen, Anzahl Schwangerschaften</p> <p><i>Proportional / absolut / ratio Skalenniveau:</i> das Alter des trans Mannes zu Beginn der letzten Schwangerschaft</p> <p><i>Intervallskaliert:</i> Schwangerschaftswoche, BMI bei Konzeption</p> <p>b) <u>Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse genutzt?</u></p> <p>Es wurde eine Mixed-Method-Analyse durchgeführt.</p> <p>Die <i>quantitativen Daten</i> wurden mit dem Programm STATA 13.0 analysiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chi-Square-Test für Geburtsmodus • T-Tests für das Alter des trans Mannes zu Beginn der letzten Schwangerschaft, BMI und Schwangerschaftswoche • Fishers Exact Test für alle anderen Variablen bezüglich Testosteronnutzung vor der Schwangerschaft <p>Die <i>qualitativen Daten</i> wurden mit der Grounded Theory analysiert. Es wurden wiederkehrende Themen identifiziert und neue Kodierungen hinzugefügt, wenn sich Konzepte abzeichneten.</p> <p>c) <u>Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt?</u></p> <p>Ja. Es wurde ein p-Wert von ≤ 0.05 als signifikant definiert.</p>
<p>Ergebnis e</p>	<p>a) <u>Welche Ergebnisse werden präsentiert?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Die meisten Teilnehmenden stammen aus dem Westen der USA, identifizieren sich als weisshäutig und konnten mindestens einen College-Abschluss vorweisen.

- Unterschied zwischen der Präferenz des Pronomens zwischen Teilnehmenden, die Testosteron einnahmen und jenen die dies nicht taten ($p = 0.04$) Teilnehmende, die zuvor Testosteron einnahmen bevorzugten eher das Pronomen «he», während Teilnehmende, die kein Testosteron einnahmen, eher das Pronomen «they» bevorzugten.
- Die meisten waren Erstgebärende. Mehrgebärende neigten eher dazu kein Testosteron einzunehmen. ($p = 0.006$)
- Bei vier trans Männer (10%) wurde ein polyzystischen Ovarialsyndrom diagnostiziert. Sie alle hatten zuvor Testosteron eingenommen.
- 25 (61%) der trans Männer nahmen vor der Schwangerschaft Testosteron ein. Von diesen setzte bei 20 (80%) die Menstruation innerhalb von 6 Monaten nach Absetzen des Testosterons wieder ein. 5 (20%) Teilnehmende wurden unter Testosteroneinnahme und der damit verbundenen Amenorrhö schwanger. 6 (38%) Teilnehmende, die zuvor noch kein Testosteron einnahmen, starteten mit der Testosterontherapie nach der Schwangerschaft. 10 (40%) trans Männer, die zuvor Testosteron einnahmen, haben bis anhin die Testosteronsubstitution noch nicht wieder aufgenommen.
- Zwei Drittel der Schwangerschaften waren geplant.
- Vor der letzten Schwangerschaft waren Kondome die häufigste Verhütungsmethode, gefolgt von keiner Verhütungsmethode und Abstinenz. Diejenigen, die zuvor Testosteron einnahmen, äusserten mit grösserer Wahrscheinlichkeit, keine Verhütungsmethode zu verwenden oder abstinent zu sein. Hingegen wurden hormonelle Verhütungsmethoden mit grösserer Wahrscheinlichkeit von trans Männern, die kein Testosteron einnahmen, verwendet. ($p = 0.03$)
- Die Mehrheit der Eizellen stammte von den eigenen Ovarien, während die Mehrheit der Spermien von deren Lebens- oder Ehepartner stammte.
- Die meisten trans Männer wurden innerhalb von 4 Monaten schwanger. 15% nahmen eine medizinische Konzeptionsberatung in Anspruch. 7% verwendeten Medikamente zur Stärkung der Fertilität, um schwanger zu werden.
- Schwangerschaft, Geburt und Geburtoutcomes unterschieden sich nicht nach vorangegangener Testosteroneinnahme
- Die Hälfte der Teilnehmenden wurde während der Schwangerschaft ärztlich betreut. 40% von einem Gynäkologen oder einer Gynäkologin und 10% von einem Hausarzt oder einer Hausärztin.
- Mehr als drei Viertel der Teilnehmenden nahmen vor oder während der Schwangerschaft zusätzliche Vitamine ein. 15% taten dies nicht.
- Die Teilnehmenden äusserten eine Vielzahl von perinatalen Komplikationen: Hypertonie (12%), vorzeitige Kontraktionen (10%), vorzeitige Plazentalösung (10%) und Anämie (7%). Trans Männer die zuvor Testosteron einnahmen äusserten keine Anämie.

- Ein grösserer Anteil der trans Männer, die Testosteron eingenommen hatten, entschieden sich für einen Kaiserschnitt (36%), im Gegensatz zu jenen die kein Testosteron substituierten (19%). Jedoch keine statistische Signifikanz vorhanden. 25% der trans Männer, die einen Kaiserschnitt hatten, entschieden sich für einen elektiven Kaiserschnitt.
- Trans Männer mit vorausgegangener Testosteroneinnahme stillten ihr Neugeborenes mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit als jene, die zuvor kein Testosteron verwendeten. ($p= 0.04$)

Ergebnisse der offenen Fragen:

30 Teilnehmende (73%) beantworteten mindestens eine der vier offenen Fragen. Es wurden folgende vier Themen aus den Antworten generiert: 1) *Auswirkungen der Schwangerschaft auf Familienkonzepte*, 2) *Isolation*, 3) *Schwangerschaftsassozierte Geschlechtsdysphorie* und 4) *Interaktionen mit dem Gesundheitsfachpersonal*.

1) Auswirkungen der Schwangerschaft auf Konzepte der Familienstruktur

- Schwangerschaft als notwendiger Schritt, um eine Familie zu gründen, die sie sich wünschten
- Andere beschrieben die Schwangerschaft in pragmatischen Worten, als Möglichkeit Unstimmigkeiten des Geschlechts zu vermeiden
- Ein Teilnehmer beschrieb die Schwangerschaft und Geburt als Brücke zur Vaterschaft
- Zur Beschreibung der Elternrolle und Bestätigung der männlichen Geschlechtsidentität wurden Begriffe wie «dad», «carrier» und «gestational parent» verwendet

2) Isolation

- Gefühl von Isolation häufig
- Ein Teilnehmer äusserte, dass die Schwangerschaft mit Isolation und Einschränkung einher ging.
- Eine Ursache für Isolation wurde als «einsam sein, weil ich der Einzige bin» beschrieben.
- Fehlende Unterstützung und fehlende Ressourcen für schwangere trans Männer führten zu Isolation
- Isolation in Bezug zu Unsichtbarkeit

3) Schwangerschaftsassozierte Geschlechtsdysphorie

- Einige Teilnehmende äusserten verminderter Geschlechtsdysphorie und eine neue Verbindung zum Körper zu empfinden
- Andere äusserten eine Zunahme der Geschlechtsdysphorie, die sich teilweise bis in die Zeit nach der Geburt fortsetzte.
- Viele Teilnehmende äusserten spezifische Symptome einer postpartalen Depression gehabt zu haben.

4) Interaktionen mit dem Gesundheitsfachpersonal

- Einige Teilnehmende äusserten positive Erfahrungen in Bezug auf ihre Geschlechtsidentität. Die positiven Erfahrungen sind vor allem durch den Gebrauch einer geschlechtergerechten Sprache entstanden.
- Andere Teilnehmende äusserten negative Erfahrungen, die durch falsche Verwendung der präferierten Pronomen, unfreundliche Behandlung, Ablehnung und gar Verweigerung von Behandlungen entstanden.
- Viele trans Männer wünschen sich eine Verbesserung der Betreuung durch das Gesundheitsfachpersonal, die von Verständnis und Respekt geprägt ist. Ausserdem solle die Geschlechtsidentität anerkannt werden.
- Die Teilnehmenden ergänzten, dass neben der Interaktion zwischen ihnen und der Gesundheitsfachperson auch der gesamte Rahmen des Gesundheitswesens und andere Professionen einen Einfluss ausübten.

Die Ergebnisse wurden differenziert zwischen den trans Männer die zuvor Testosteron einnahmen und jene die dies nicht taten.

Tabelle 1 «Soziodemographische Angaben»:

Table 1. Participant Characteristics

Characteristic	All (N=41)	Prior Testosterone Use		P
		Yes (n=25)	No (n=16)	
Age (y) ^a	28±6.8	29±6.9	27±6.8	.5
Gender identity ^b				.07
Male	21 (51)	12 (48)	9 (56)	
Transgender, female-to-male, transman	10 (24)	9 (36)	1 (6)	
Bigender, gender fluid, genderqueer	8 (20)	3 (12)	5 (31)	
Female	1 (2)	1 (4)	0	
Other	1 (2)	0	1 (6)	
Personal pronoun preference ^c				.04
He	32 (82)	21 (88)	11 (73)	
They	3 (8)	0	3 (20)	
She	2 (5)	2 (8)	0	
Ey	1 (2)	1 (4)	0	
No pronouns	1 (2)	0	1 (7)	
Country				.4
United States	35 (85)	20 (80)	15 (94)	
Outside United States ^d	6 (15)	5 (20)	1 (6)	
U.S. region ^e				.9
West	19 (59)	11 (61)	8 (57)	
Northeast	5 (16)	3 (17)	2 (14)	
South	5 (16)	2 (11)	3 (21)	
Midwest	3 (9)	2 (11)	1 (7)	
Race or ethnicity ^f				1.0
White	36 (92)	21 (88)	15 (100)	
Asian	1 (3)	1 (4)	0	
Asian and black	1 (3)	1 (4)	0	
Native Hawaiian or other Pacific Islander	1 (3)	1 (4)	0	
Education level ^g				.7
High school degree or less	4 (10)	3 (12.5)	1 (7)	
Vocational training or some college	12 (31)	6 (25)	6 (40)	
Associate or Bachelor's degree	14 (36)	10 (42)	4 (27)	
Master's or doctoral degree	9 (23)	5 (21)	4 (27)	
Annual household income (\$) ^h				.4
Less than 20,000	6 (15)	2 (8)	4 (25)	
20,000–59,999	20 (49)	12 (50)	8 (50)	
60,000–100,000	8 (20)	6 (25)	2 (13)	
More than 100,000	5 (13)	4 (17)	1 (7)	
Multiparous (2 or more pregnancies)	15 (37)	5 (20)	10 (63)	.006
Previous PCOS diagnosis	4 (10)	4 (16)	0	.15
BMI at the start of pregnancy (kg/m ²)	26±6	26±6	27±6	.6
Gender-confirming surgical procedure ⁱ				.7
Bilateral mastectomy	19 (46)	13 (52)	6 (38)	
Oophorectomy	2 (5)	0	2 (13)	
Hysterectomy	2 (5)	2 (8)	0	
Phalloplasty or metoidioplasty ^j	1 (2)	1 (4)	0	

PCOS, polycystic ovary syndrome/BMI, body mass index.
 Data are mean±standard deviation or n (%) unless otherwise specified.
^a Age at the beginning of their most recent pregnancy.
^b Kuper et al.²⁸
^c Not all the participants answered this question.
^d Canada (n=2), Germany (n=1), England (n=1), Israel (n=1), and Switzerland (n=1).
^e Regions were defined according to the 2010 U.S. census.
^f Surgery may have occurred before or after pregnancy.
^g Metoidioplasty is procedure that separates the clitoris from the labia to assume a physiologic position similar to a penis (Djordjevic et al²⁹).

Tabelle 3 «Fertilität»:

Tabelle 2 «Testosteron vor der Schwangerschaft»:

Table 2. Findings Among Those Who Used Testosterone Before Pregnancy of Report (n=25)

Characteristic	Value
Age (y) when testosterone was initiated	25 (17–35)
Length of testosterone use before pregnancy (y)	
Less than 1	10 (40)
1–2	6 (24)
3–10	4 (16)
More than 10	5 (20)
Stopped taking testosterone to become pregnant	17 (68)
Duration between stopping testosterone and resumption of menses (mo)	
No menses before pregnancy	5 (20)
Less than 1	2 (8)
1	6 (24)
2	7 (28)
3	4 (16)
4–6	1 (4)
Resumed or initiated testosterone after pregnancy*	20 (48)

Data are median (range) or n (%).
 * Of total respondents in the study (N=41).

Tabelle 4 «Erfahrungen mit Schwangerschaft und neonatale Outcomes»:

Table 3. Fertility Experiences Surrounding Most Recent Pregnancy by Prior Testosterone Use

Characteristic	Total (N=41)	Prior Testosterone Use		P
		Yes (n=25)	No (n=16)	
Planned pregnancy	28 (68)	19 (76)	9 (56)	.3
Contraception use before this pregnancy [†]				.03
Condoms	16 (41)	10 (40)	6 (43)	
None	15 (38)	12 (48)	3 (21)	
Abstinence [‡]	3 (7)	3 (12)	0	
Fertility awareness	2 (8)	0	2 (14)	
Combined hormonal contraception (OCPs, transdermal patch, vaginal ring)	1 (3)	0	1 (7)	
Injection, intrauterine device, implant	1 (3)	0	1 (6)	
Partner had vasectomy	1 (3)	0	1 (6)	
Time to conception (mo) [‡]				.14
Unplanned pregnancy	13 (32)	6 (24)	7 (44)	
Less than 1	3 (17)	1 (20)	2 (12)	
1-3	9 (22)	8 (32)	1 (6)	
4-6	8 (19)	5 (20)	3 (19)	
More than 7	4 (10)	1 (4)	3 (18)	
Source of oocyte				.12
Own ovaries	36 (88)	21 (84)	15 (94)	
Significant other or spouse	4 (10)	4 (16)	0	
Anonymous donor	1 (2)	0	1 (6)	
Source of sperm				.5
Significant other, spouse, or romantic partner	31 (76)	17 (68)	14 (88)	
Known donor	4 (10)	3 (12)	1 (6)	
Anonymous donor or sperm bank	6 (15)	5 (20)	1 (6)	
Medical intervention to become pregnant [§]				
Consultation	6 (15)	4 (16)	2 (12)	
Fertility drugs	3 (7)	2 (8)	1 (6)	
Assisted reproductive technology	5 (12)	5 (20)	0	

OCP, oral contraceptive pill.
 Data are n (%) unless otherwise specified.
[†] Participants were given the option to identify with more than one, so total exceeds 100%.
[‡] Not all the participants answered this question.
[§] Defined as not having penile-vaginal intercourse.
^{||} Participants could mark more than one, therefore not comparing the results statistically.
^{||} Includes artificial insemination, in vitro fertilization, and gamete intrafallopian transfer.

Table 4. Pregnancy Experience and Neonatal Outcomes

Characteristic	Total (N=41)	Prior Testosterone Use		P
		Yes (n=25)	No (n=16)	
Source of prenatal care*				1.0
Obstetrician	16 (40)	9 (38)	7 (44)	
Certified nurse midwife	11 (28)	7 (29)	4 (25)	
Lay midwife	7 (18)	4 (17)	3 (19)	
Family practice doctor	4 (10)	3 (13)	1 (6)	
No prenatal care	2 (5)	1 (4)	1 (6)	
Perinatal complications [†]				
Hypertension	5 (12)	4 (16)	1 (6)	
Preterm labor	4 (10)	3 (12)	1 (6)	
Placental abruption	4 (10)	2 (8)	2 (12)	
Anemia	3 (7)	0	3 (19)	
Gestational diabetes	2 (5)	2 (8)	0	
Multiple pregnancy [‡]	2 (5)	2 (8)	0	
Postpartum infection	2 (5)	1 (4)	1 (6)	
Premature rupture of membranes	1 (2)	0	1 (6)	
Pylonephritis	1 (2)	1 (4)	0	
Uterine rupture	1 (2)	1 (4)	0	
Substance use [§]				
Cigarettes	3 (7)	2 (8)	1 (6)	1.0
Alcohol	1 (2)	1 (4)	0	1.0
Recreational drugs	1 (2)	0	1 (6)	.6
Gestational age at delivery (wk±d)	38±6	37±9	39±5	.4
Location of birth				.6
Hospital	32 (78)	18 (72)	14 (88)	
Home	7 (17)	5 (20)	2 (13)	
Independent birth center	2 (5)	2 (8)	0	
Underwent labor induction	9 (22)	7 (28)	2 (12)	.3
Method of delivery				.5
Vaginal	29 (71)	16 (64)	13 (81)	
Cesarean	12 (30)	9 (36)	3 (19)	
Reason for cesarean delivery				.6
Previous cesarean delivery	1 (8)	1 (11)	0	
Breech presentation	1 (8)	1 (11)	0	
Placenta previa	1 (8)	1 (11)	0	
Arrest of labor	2 (17)	1 (11)	1 (33)	
Multiple pregnancy (twins)	1 (8)	1 (11)	0	
Requested cesarean delivery	3 (25)	3 (33)	0	
Other	3 (25)	1 (11)	2 (66)	
Birth weight (g) [†]	3,146±1,671	2,914±1,276	3,490±625	.2
Neonate admitted to the NICU [*]	5 (14)	4 (20)	1 (7)	.4
Neonate diagnosed with an anomaly or developmental disorder ^{**}	3 (9)	1 (5)	2 (14)	.7
Neonate diagnosed with a disorder of sexual development ^{***}	2 (6)	1 (5)	1 (7)	.8
Chest (breast) fed	21 (51)	10 (40)	11 (69)	.04

NICU, neonatal intensive care unit.
 Data are n (%) or mean±standard deviation unless otherwise specified.
^{*} Not all the participants answered this question.
[†] Includes complications occurring in the preconception, antepartum, intrapartum, and postpartum periods.
[‡] Both sets of multiples were twins.
[§] Survey question stated: "Once you knew you were pregnant, did you regularly: _ drink alcohol, _ smoke cigarettes, _ use recreational drugs, _ none of the above."
^{||} Other reasons for cesarean delivery: placental abruption (n=1), preeclampsia (n=1), none specified (n=1).
^{*} N=42 neonates resulting from a set of twins.
^{**} Ventricular septal defect (n=1), bone cancer (n=1), sensory integration disorder (n=1).
^{***} Intersex (n=1), micropenis (n=1).

b) Welches sind die zentralen Ergebnisse der Untersuchung?

- Trans Männer wünschen sich Kinder und sind bereit und in der Lage schwanger zu werden und zu gebären.
- Schwangerschaft, Geburt und Geburt-Outcomes unterschieden sich nicht nach vorangegangener Testosteroneinnahme

	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmende nutzten nicht-ärztliche Fachpersonen und ausserklinische Geburtshilfe häufiger als die Allgemeinbevölkerung. • Trans Männer haben ein höheres Risiko eine postpartale Depression zu entwickeln • Zentrale Themen von trans Männern sind der Umgang mit der Schwangerschaft und der empfundenen Geschlechtsidentität, Isolation, Geschlechtsdysphorie und Interaktionen mit Gesundheitsfachpersonen • Viele trans Männer wünschen sich eine Verbesserung der Betreuung durch das Gesundheitsfachpersonal, die von Verständnis und Respekt geprägt ist. Ausserdem solle die Geschlechtsidentität anerkannt werden. • Bei 12 trans Männern wurde ein Kaiserschnitt durchgeführt. Drei davon entschieden sich für einen elektiven Kaiserschnitt. Bei 29 trans Männern erfolgte eine Vaginalgeburt. • 21 trans Männer stillten ihre Neugeborenen
<p>Diskussion</p>	<p><u>a) Werden die wichtigsten Ergebnisse erklärt?</u> <u>Wie interpretieren die Forschenden die Ergebnisse?</u> <u>Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen?</u></p> <p>Vereinzelt werden die Ergebnisse diskutiert. Unseres Erachtens werden jedoch nicht alle wichtigen Ergebnisse diskutiert. Die Forschenden erhielten durch den beantworteten Online-Fragebogen viele Ergebnisse. Die Diskussion fällt im Gegensatz zu den vielen Ergebnissen eher knapp aus. Beispielsweise wird in der Diskussion nicht mehr auf den Umgang mit der Schwangerschaft bezüglich der empfundenen Geschlechtsidentität, die Isolation und die häufig genannte schwangerschaftsbezogene Geschlechtsdysphorie eingegangen.</p> <p>Die Forschenden interpretieren aus den Ergebnissen, dass zum einen ein grosser Bedarf an geschlechtergerechter Betreuung und zum anderen trotz der erhobenen Daten weiterhin eine grosse Forschungslücke besteht.</p> <p>Die Ergebnisse, die im Diskussionsteil nochmals hervorgehoben werden, werden mit Studien gestützt.</p> <p><u>b) Kann die Forschungsfrage auf Grund der Daten beantwortet werden?</u></p> <p>Das Ziel der Studie, Erfahrungen von trans Männern zu erforschen, die nach ihrer Transition schwanger waren und geboren hatten wurde erreicht. Die Forschenden erhielten sehr detaillierte Resultate und strukturierten sie nach Testosteroneinnahme. So konnten sie einen weiteren Aspekt aufzeigen, ob Testosteron einen Einfluss auf Schwangerschaft und Geburt hat. Mit dem erhobenen Wissen können die Forschenden einen Einblick in die Lebenswelt von trans Männern geben und können so Praxisempfehlungen ableiten. Ebenso konnten sie aufzeigen, wo weitere Forschung notwendig ist.</p> <p><u>c) Welche Limitationen werden angegeben?</u></p>

	<p>Die Limitationen werden vorwiegend mit den Limitationen des gewählten Designs (Querschnittstudie) genannt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nachbefragung der Teilnehmenden ist nicht möglich • Geringer Rücklauf von Teilnehmenden, die zwar in die Einschlusskriterien passen, jedoch verminderte Lese- und Schreibkenntnisse haben • Nicht alle Menschen haben Zugang zu den benötigten Ressourcen, einen Online-Fragebogen auszufüllen • Mögliche Verzerrung bei mangelnder Erinnerung <p>Weitere Limitationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sozioökonomische und ethnische Diversität der Teilnehmenden eingeschränkt → Verallgemeinerbarkeit und Übertragbarkeit eingeschränkt • Nur trans Männer eingeschlossen, die eine Schwangerschaft erfolgreich beenden konnten. Trans Männer, die nicht schwanger werden konnten und die, die eine Fehlgeburt erlitten wurden nicht einbezogen. Dies vermindert ebenfalls die Verallgemeinerbarkeit.
Theorie-Praxis-Transfer	<p>a) <u>Welche Implikationen haben die Ergebnisse in Bezug auf meine Profession / für meinen beruflichen Alltag?</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inklusion von allen Menschen sollte gefördert werden • Bewusstsein und Wissen über die Thematik erlangen • Lernen von geschlechtergerechter Sprache, mit Verwendung der präferierten Pronomen • Beziehungsaufbau als wichtiger Bestandteil • Schwangerschaft und Geburt sind nicht ausschliesslich feminine Prozesse

Tabelle 18

AICA Würdigung von Studie Light et al. (2014), in Anlehnung an Ris & Preusse-Bleuler (2015), eigene Darstellung

Würdigung	
Einleitung	<p>Problembeschreibung, Bezugsrahmen, Forschungsfrage/-ziel</p> <p>Die Thematik und das Ziel werden beschrieben. Zum besseren Verständnis erhält die Leserschaft im Einleitungsteil theoretische Grundlagen und Definitionen.</p> <p><u>a) Ist die Forschungsfrage / das Ziel klar definiert?</u></p> <p>Das Ziel wird klar definiert.</p> <p><u>b) Wird das Thema / das Problem mit vorhandener empirischer Literatur gestützt?</u></p> <p>Die Thematik wird im Einleitungsteil mit vorhandener Literatur gestützt. Die verwendete Literatur beinhaltet durchgeführte Studien, eine Expertenmeinung und Erfahrungsberichte.</p>
Methode	<p>Design</p> <p>Das Studiendesign ist für das Ziel angemessen gewählt.</p> <p><u>a) Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten methodischen Vorgehen nachvollziehbar?</u></p> <p>Ja. Um das Forschungsziel zu erreichen ist das methodische Vorgehen nachvollziehbar. Es handelt sich um eine Mixed-Method-Studie. Durch den Online-Fragebogen werden sowohl quantitative als auch qualitative Daten erhoben.</p> <p>Stichprobe</p> <p>Die Informationen über die Stichprobe sind sehr detailliert. Sowohl die Einschlusskriterien als auch die Rekrutierung werden genau beschrieben.</p> <p><u>a) Ist die Population in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll gewählt?</u></p> <p>Da es um sie selbst geht und Erfahrungen am besten 1:1 erzählt werden ist die Population sinnvoll gewählt.</p> <p><u>b) Ist die Stichprobe in Bezug auf die Fragestellung und das methodische Vorgehen geeignet?</u></p> <p>Die Stichprobe ist geeignet. Alle Teilnehmenden erhielten Dokumente zum informierten Einverständnis. Sie stimmten zur Teilnahme zu, indem sie auf den Link zum Online-Fragebogen klickten.</p> <p>Es wurde kein persönlicher Kontakt zu den Teilnehmenden hergestellt.</p>

c) Ist die Stichprobe repräsentativ in Bezug auf die Population?

Die Stichprobengröße ist angemessen. Optimalerweise wäre sie noch größer. Aber mit 41 Teilnehmenden ist sie ausreichend. Aufgrund der Herkunft der Teilnehmenden ist die Repräsentativität eingeschränkt. Die meisten Teilnehmenden kommen aus den USA. Der Zugang zum Gesundheitssystem in anderen Ländern variiert stark.

d) Wie wurden die Stichproben gezogen?

Die Teilnehmenden wurden durch ein Convenience Sampling rekrutiert.

Die Rekrutierung erfolgte zunächst in Gemeinschaftsgruppen von LGBT-Anhänger, Gruppen für transgeschlechtliche Menschen und im Internet auf Social-Media-Kanälen, die von den Forschenden selbst erstellt wurden. Zusätzlich wurden Teilnehmende durch persönliche Kontakte rekrutiert.

Die rekrutierten Teilnehmenden erhielten gezielte Informationen zur Studie.

e) Erscheint die Stichprobengröße angemessen?

Optimalerweise wäre sie noch größer. Aber mit 41 Teilnehmenden erscheint die Stichprobe als angemessen.

f) Wenn Vergleichsgruppen: Wie wurden diese erstellt?

Keine Vergleichsgruppe

g) Wurden Dropouts angegeben und begründet?

Dropouts werden angegeben und begründet. Initial wurden 56 Teilnehmende rekrutiert und füllten den Online-Fragebogen aus. Dabei wurden neun exkludiert aufgrund unzureichender Antworten. Sechs weitere wurden ausgeschlossen aufgrund Nichterfüllen der Einschlusskriterien. Die finale Stichprobe beinhaltete 41 Teilnehmende.

h) Beeinflussen die Dropouts die Ergebnisse?

Die qualitativen Ergebnisse wären wahrscheinlich nicht beeinflusst worden. Die quantitativen Ergebnisse hingegen schon. Die erhaltenen Zahlen wären anders ausgefallen. Es könnte auch sein, dass beispielsweise einige Dropouts aus anderen Ländern als den USA kommen. Man hätte mit diesen Dropouts in diesem Zusammenhang ein breiteres Spektrum an Erfahrungen in anderen Ländern gehabt.

Datenerhebung

Die Datenerhebung wird ausreichend beschrieben. Die Forschenden nennen die Strukturierung der Fragen und die offenen Fragen explizit.

Unvollständige Antworten werden erklärt und damit transparent dargestellt.

a) Ist die Datenerhebung in Bezug auf die Fragestellung nachvollziehbar?

Die Datenerhebung ist nachvollziehbar. Für die Erhebung von quantitativen Daten wurden Multiple-Choice-Fragen und für qualitative Daten offene Fragen erstellt. Die Forschenden erhalten damit sowohl Zahlen, als auch konkrete Erfahrungen.

b) Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmenden gleich?

Ja. Es sind bei allen Teilnehmenden dieselben Fragen.

c) Wurden die Daten von allen Teilnehmenden vollständig erhoben?

Nein. Fragebogen mit ungenügenden Antworten für die Analyse wurden als Dropout ausgeschlossen.

Ausserdem wird im Teil der Datenanalyse beschrieben, dass aufgrund von vereinzelt unbeantworteten Fragen die Gesamtsummen von den einzelnen Variablen abweichen können. Die offenen Fragen wurden nicht von allen beantwortet. Von den 41 Teilnehmenden beantworteten 30 mindestens eine dieser Fragen (73%).

Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)

Das gewählte Messinstrument passt zur Beantwortung der Zielsetzung. Es wurden für die Beantwortung umfangreiche Variablen definiert.

a) Sind die Variablen sinnvoll und umfassend in Bezug auf die Fragestellung gewählt?

Die Variablen sind sehr umfassend gewählt und nach übergeordneten Themen strukturiert.

b) Fehlen relevante Variablen?

Im Vergleich mit anderen Studien hätten beispielsweise noch der Beziehungsstatus oder mögliche Fehlgeburten einbezogen werden können.

c) Sind die Messinstrumente in Bezug auf die Fragestellung / Variablen geeignet?

Ja. Die Messinstrumente sind geeignet. Der Fragebogen entspricht einem geeigneten Instrument zur Erhebung der Variablen.

d) Sind die Messinstrumente zuverlässig?

Die Reliabilität und Validität der Messinstrumente werden nicht explizit genannt.

Es wird nur beschrieben, dass der Online-Fragebogen auf einer verschlüsselten und sicheren Plattform durchgeführt wurde.

e) Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet?

Die Wahl des Online-Fragebogens wird nicht begründet. Im Ermessen der Autorinnen passt dieser jedoch gut zur Zielsetzung dieser Studie.

f) Sind mögliche Einflüsse / Verzerrungen auf die Intervention beschrieben?

Um mögliche Verzerrungen zu minimieren wurde der Online-Fragebogen in Zusammenarbeit mit dem Center of Excellence for Transgender Health an der University of California in San Francisco und mit Gesundheitsfachpersonal, welches transgeschlechtliche Menschen betreut, entwickelt.

Datenanalyse

Die Variablen werden in vier Tabellen übersichtlich dargestellt. Die gewählten Testverfahren werden jedoch nicht bei allen Variablen angewendet. Ausgeschlossen werden die perinatalen Komplikationen und die medizinischen Interventionen zur Erreichung der Schwangerschaft.

a) Werden die gewählten Analyseverfahren klar beschrieben?

Die gewählten Analyseverfahren werden im Erachten der Autorinnen unzureichend beschrieben. Es wird zwar beschrieben für welche Variablen welche Testverfahren verwendet wurden, jedoch werden die einzelnen Verfahren nicht beschrieben. Es werden keine Vorteile und möglichen Nachteile genannt. Das Analyseverfahren der qualitativen Daten wird genannt, jedoch nicht beschrieben.

b) Wurden die Verfahren in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll angewendet?

Ja. Die Differenzierung zwischen der Analyse von quantitativen und von qualitativen Daten ist korrekt. Um Erfahrungen zu analysieren ist ein Grounded Theory Ansatz sinnvoll.

Die Analyseverfahren der quantitativen Daten sind ebenfalls sinnvoll gewählt. Der t-Test wurde für drei Variablen gewählt, welche die Voraussetzung der Intervallskalierung erfüllen. Für den Geburtsmodus wurde der Chi Quadrat Test angewendet, bei welchem die Variablen nominalskaliert sein müssen. Es werden dabei die Gruppenunterschiede analysiert. Bei all den anderen Variablen wurde der exakte Fisher-test verwendet. Dieser ist ebenfalls passend gewählt, da die Stichprobengröße mit einer Anzahl von 41 Teilnehmenden relativ klein ist. Es können durch dieses Testverfahren trotzdem aussagekräftige Aussagen gemacht werden.

c) Entsprechen die statistischen Analyseverfahren den Skalenniveaus?

Wurden Voraussetzungen zur Verwendung bestimmter statistischer Analyseverfahren überprüft?

Chi Quadrat Test:

Wurde für den Geburtsmodus verwendet. Dies ist passend, da der Geburtsmodus nominal ist. Damit können Gruppenunterschiede analysiert werden.

t-Test:

Wurde für das Alter des trans Mannes zu Beginn der letzten Schwangerschaft, BMI und Schwangerschaftswoche verwendet.

Voraussetzung für den t-Test ist, dass die abhängigen Variablen Intervallskaliert sind. Das zu untersuchende Merkmal ist in den Grundgesamtheiten der beiden Gruppen normalverteilt.

Fishers Exact Test:

	<p>Der exakte Fisher-test wurde für alle anderen Variablen, in Bezug auf die Testosteronnutzung vor der Schwangerschaft, verwendet. Aufgrund der verhältnismässig kleinen Stichprobengrösse von 41 Teilnehmenden, ist der exakte Fisher-test geeignet. Voraussetzung ist, dass die Variablen nominal- oder ordinalskaliert sind.</p>
<p>Ergebnisse</p>	<p>Nicht alle Resultate in Tabelle dargestellt. Beispielweise der Gebrauch von Vitaminen in der Schwangerschaft. Dieser wird nur im Fliesstext beschrieben. Vereinzelt sind Ergebnisse ungenau. Geschlechtsangleichende, operative Eingriffe konnten vor oder nach der Schwangerschaft erfolgen und gleich genannt werden. Aus den Ergebnissen kann man daher nicht ableiten, ob die Operation vor oder danach erfolgte.</p> <p>a) <u>Werden die Ergebnisse präzise dargestellt?</u></p> <p>Die Tabellen enthalten die quantitativen Ergebnisse. Es werden nur vereinzelt die quantitativen Ergebnisse im Fliesstext aufgeführt. Die qualitativen Ergebnisse werden mittels einbezogener Zitate kurz beschrieben und daraus die vier Hauptthemen extrahiert.</p> <p>b) <u>Sind die Ergebnisse nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt?</u></p> <p>Die Ergebnisse werden präzise in tabellarischer Form dargestellt.</p>
<p>Diskussion</p>	<p>a) <u>Werden alle Resultate diskutiert?</u></p> <p>Nein. Es werden nicht alle Resultate diskutiert.</p> <p>b) <u>Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein?</u></p> <p>Die Interpretation stimmt bis auf einen Aspekt mit den Resultaten überein. In der Diskussion des Auftretens einer postpartalen Depression wird eine kanadische Studie einbezogen, um die Resultate zu stützen. Wenn jedoch die Referenz im Quellenverzeichnis genauer betrachtet wird, wurde die Studie bei trans Frauen und nicht trans Männer durchgeführt. Die Interpretation der Forschenden ist daher nicht korrekt.</p> <p>c) <u>Ist die Interpretation der Ergebnisse nachvollziehbar?</u></p> <p>Die Interpretation ist bis auf oben genannten Punkt nachvollziehbar.</p> <p>d) <u>Werden die Resultate in Bezug zur Fragestellung / Zielsetzung mit anderen Studien diskutiert und verglichen?</u></p> <p>Die Resultate werden mit anderen Studien verglichen und gestützt. Für jedes Ergebnis wurde einzeln eine Studie hinzugezogen.</p> <p>e) <u>Wird nach alternativen Erklärungen gesucht?</u></p> <p>Ja. Es wird nach Erklärungen gesucht und beschrieben, wo es weiterer Forschung bedarf.</p>

Theorie-Praxis-Transfer	<p><u>a) Ist die Studie sinnvoll?</u> Die Studie zeigt die Relevanz auf. Die Ergebnisse zeigen, dass sich trans Männer Kinder wünschen und bereit und in der Lage sind schwanger zu werden und zu gebären. Die Studie gewährt dem Gesundheitsfachpersonal einen Einblick in die Lebenswelt der trans Männer, welche potenziell ihre Klienten sind.</p> <p><u>b) Werden Stärken und Schwächen aufgewogen?</u> Ja. Die bereits oben beschriebenen Limitationen werden angegeben. Ausserdem werden Stärken genannt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Studie berichtet über Schwangerschaftserfahrungen von trans Männern. Dies ist eine Neuheit, da bisher noch nicht viel Forschung dazu gemacht worden ist. • Inklusion von Menschen, die sich sozial und medizinisch an ihre empfundene Geschlechtsidentität angepasst haben • Die Mixed-Method-Erhebung ermöglicht einen Einblick in die Erfahrungen der Stichprobe. <p><u>c) Wäre es möglich die Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</u> Ja. Die Forschenden zeigen weiteren Forschungsbedarf im ausserklinischen Setting auf. Obwohl die meisten der Teilnehmenden in einem Spital geboren hatten, wählen trans Männer häufiger die Option der ausserklinischen Geburtshilfe als die Allgemeinbevölkerung. Um Erfahrungen in diesem Bereich zu sammeln könnte weitere Forschung im ausserklinischen Setting gemacht werden. Ausserdem stammten die meisten der Teilnehmenden aus den USA. Die Ergebnisse könnten anders aussehen, wenn beispielsweise mehr Europäer einbezogen würden, da das Gesundheitssystem in Europa different ist.</p>
<p>Gütekriterien nach Lincoln & Guba (1985) <i>Positives</i> wird mit + und <i>Negatives</i> mit - gekennzeichnet</p> <p>Glaubwürdigkeit (Credibility): +/- Member-Checking, Peer-Debriefing und Datentriangulation wurden nicht genannt. + Die Glaubwürdigkeit wird durch Zitate der offenen Fragen gestärkt. + Limitationen sind von den Forschenden angegeben. + Es wird aktuelle Literatur einbezogen, um den theoretischen Hintergrund und die Ergebnisse zu stützen. + Die Ziele werden klar definiert. + Das Design der Studie wird begründet.</p>	

- + Das Vorgehen der Rekrutierung wird genau beschrieben.
- + Dropouts werden angegeben.

Übertragbarkeit (Transferability):

- + Durch die erhobenen soziodemographischen und sozioökonomischen Daten erhält die Leserschaft einen Überblick über die Teilnehmenden.
- + Die Studie kann durch das gewählte Datenerhebungsinstrument des Online-Fragebogens wiederholt werden.
- Durch die verhältnismässig kleine Stichprobe ist die Übertragbarkeit eingeschränkt.

Zuverlässigkeit in Bezug auf Nachvollziehbarkeit (Dependability):

- + Die Ergebnisse werden transparent dargestellt.
- + Die Datenerhebung wird nachvollziehbar beschrieben.
- Das Resultat der postpartalen Depression wird mit einer unpassenden Studie ergänzt. Die Studie handelt von trans Frauen und nicht von trans Männern.
- Die Datenanalyse wird unzureichend beschrieben.
- + Die Studie wurde vom Komitee für Forschung am Menschen der Universität von Kalifornien in San Francisco genehmigt.
- +/- Die Reliabilität und Validität der Messinstrumente werden nicht explizit genannt.

Bestätigbarkeit (Confirmability):

- + Der Fragebogen wurde in Zusammenarbeit mit externen Personen entwickelt. Einerseits mit dem Center of Excellence for Transgender Health der University of California in San Francisco und andererseits mit Gesundheitsfachpersonal, welches mit transgeschlechtlichen Menschen arbeitet. Dies erhöht die Bestätigbarkeit.
- + Das informierte Einverständnis der Teilnehmenden wurde eingeholt.
- + Der Online-Fragebogen wurde auf einer verschlüsselten und sicheren Plattform durchgeführt.
- Es sind keine Informationen über die Forschenden der Studie vorhanden. Deren Hintergründe sind für die Leserschaft unbekannt.
- + Die Testverfahren der quantitativen Daten sind angemessen gewählt.

Review E: Besse et al. (2020)

Tabelle 19

CASP von Review Besse et al. (2020), in Anlehnung an Critical Appraisal Skills Programme (2018), eigene Darstellung

Abschnitt A	Sind die Ergebnisse der Überprüfung gültig?
	<u>1) Hat die Überprüfung eine klar fokussierte Frage?</u>
	Nein. Die Forschenden nennen keine explizite Forschungsfrage. Das narrative Literaturreview hat zum Ziel einen Überblick über die vorhandene Literatur über Erfahrungen von trans Männern bezüglich Schwangerschaft und Geburt zu schaffen. Ausserdem beleuchtet das Review die vorhandenen Forschungslücken. Ein weiteres Ziel dieses Reviews ist das Vermitteln von Wissen über Bedürfnisse von trans Männern bezüglich Schwangerschaft und Geburt, um in Zukunft eine qualitativ bessere Betreuung zu gewährleisten.
	<u>2) Haben die Forschenden passende Studien ausgewählt?</u>
	Nach unserem Ermessen wurde die aktuelle Literatur umfassend nach Erfahrungen von trans Männern mit Schwangerschaft und Geburt durchsucht. Die ausgewählten Studien tragen zum Erreichen des Ziels bei.
	<u>3) Wurden alle wichtigen, relevanten Studien einbezogen?</u>
Es ist für die Leserschaft fraglich, ob alle relevanten Studien einbezogen wurden. Die Forschenden beschreiben das methodische Vorgehen. Es ist nachvollziehbar auf welchen anerkannten Datenbanken und mittels welchen Keywords nach den Studien gesucht wurde. Da noch nicht viel Forschung zu dieser Thematik besteht, ist die Liste der verwendeten Studien relativ kurz, jedoch umfassend. Die Tabelle 1 gewährt der Leserschaft einen Überblick über die einbezogenen Studien mit Informationen zu den Forschenden, der Thematik und Methodik. Die Nachvollziehbarkeit wird dadurch erhöht.	
<u>4) Haben die Forschenden die eingeschlossenen Studien qualitativ ausreichend bewertet?</u>	
Es ist unklar, ob und wenn ja, wie die eingeschlossenen Studien qualitativ beurteilt wurden. Stärken und Limitationen der einzelnen Studien werden nicht aufgeführt.	
<u>5) Wurden die Ergebnisse des Reviews sinnvoll zusammengefasst?</u>	
Die Resultate der einbezogenen Studien werden nach Thematik geordnet dargestellt. Die Resultate werden miteinander verglichen. Es ist fraglich, ob der Vergleich qualitativ hochwertig ist, da nicht beschrieben ist, ob die einbezogenen Studien dieselbe Population erforschen. Einige Studien erforschen nur trans Männer, während andere Studien LGBTQ Personen in ihre Stichprobe einbeziehen.	

Abschnitt B	Was sind die Resultate?
	<p><u>6) Was sind die allgemeinen Resultate des Reviews?</u></p> <p>Die Resultate werden transparent in Unterkapitel gegliedert. Schwangerschaftsabsichten, Fertilitätserhaltung und Erlangung einer Schwangerschaft, Betreuung in der <i>Schwangerschaft und Schwangerenvorsorge</i> und <i>Geburt</i>.</p> <p>Schwangerschaftsabsichten</p> <ul style="list-style-type: none">• Viele transgeschlechtliche Menschen erfüllen ihren Kinderwunsch auf biologische Weise. Diesbezüglich bestehen keine grossen Unterschiede zu cisgeschlechtlichen Menschen.• Trans Geschlechtlichkeit schränkt den Kinderwunsch nicht ein. Sie kann jedoch die Möglichkeiten der Reproduktion einschränken. Je nach verfügbaren Ressourcen und Betreuung können Wege zum Erreichen der Elternschaft eingeschränkt sein.• Gründe für einen Kinderwunsch unterscheiden sich nicht von jenen von cisgeschlechtlichen Menschen.• Der Entscheid für eine Schwangerschaft kann eine Herausforderung darstellen, aufgrund der vorherrschenden gesellschaftlichen Cisnormativität. Trans Männer befürchten Diskriminierung, Stigmatisierung und weitere physische und psychische Konsequenzen.• Das Erleben einer Schwangerschaft ist bei trans Männern sehr individuell. <p>Fertilitätserhaltung und schwanger werden</p> <ul style="list-style-type: none">• Mit neuen Fortschritten in der ART und Fertilitätserhaltung entwickeln sich neue Möglichkeiten für trans Menschen schwanger zu werden. Eine Schwangerschaft kann mit eigenen oder fremden Gameten erreicht werden.• Mögliche Optionen für einen trans Mann schwanger zu werden sind Geschlechtsverkehr oder In-vitro-Fertilisation.• Es ist wichtig die Möglichkeiten der Fertilitätserhaltung vor dem Beginn der medizinischen Transition zu besprechen. Die Möglichkeiten der Fertilitätserhaltung sind:<ul style="list-style-type: none">○ Kryokonservierung von Eierstockgewebe○ Embryonenbanking○ Kryokonservierung von Eizellen• Nebeneffekte, durch die Absetzung der Hormone ausgelöst, können das Eintreten der Menstruation, die Feminisierung des Körpers, der Verlust an Muskelmasse und Veränderungen von Körpergeruch und der emotionalen Stimmung sein. Dies kann zu Geschlechtsdysphorie führen.• Es bedarf weiterer Forschung im Bereich der Hormontherapie und was sie für einen Effekt auf die Fertilität hat.

- Die Interaktionen mit dem Gesundheitsfachpersonal wurden teils als unangenehm beschrieben. Dies beinhaltete die Exposition der Genitalien während gynäkologischen Untersuchungen. Als Strategie im besseren Umgang wurde Dissoziation oder in der Untersuchung den Sinn hervorheben genannt. Unbehagen wurde auch durch Benutzung von falscher Geschlechterterminologie ausgelöst.
- Gesundheitsfachpersonen sollten sich bemühen eine transkompetente Betreuung zu gewährleisten.
- Entscheidung gegen die Fertilitätserhaltung beinhaltete der erschwerte Zugang zur ART und die hohen Kosten.

Begleitung durch die Schwangerschaft und Schwangerenvorsorge

- Aufgrund der gesellschaftlich cisnormativen Vorstellungen von Schwangerschaft stellt die Bekanntgabe der Schwangerschaft für trans Männer eine Herausforderung dar.
- Für Schwangere stellt sich die Frage, wie und wo Schwangerschaftsvorsorge in Anspruch genommen werden soll. Die Schwangerschaft sollte geschlechtergerecht betreut werden. Diskriminierung kann psychische Gesundheit erheblich beeinträchtigen

Bekanntgabe und Umgang mit der Schwangerschaft

- Eines der Hauptthemen für die Teilnehmenden ist das Handhaben der Schwangerschaft in Relation zu ihrer Geschlechtsidentität
- Die Schwangerschaft eines trans Mannes stellt die gesellschaftliche Vorstellung von Kongruenz von Geschlechtsidentität und biologischem Geschlecht in Frage.
- Die Literatur beschreibt drei Strategien:
 1. Auftreten als cisgeschlechtliche Frau
 2. Schwangerschaft verheimlichen
 3. Sichtbar als schwangerer Mann auftreten

→ Ziel ist die Exposition gegen transphobe Diskriminierung und die intrapersonelle Geschlechtsdysphorie zu mildern

Pränatale Gesundheitsversorgung: Die Beziehung zwischen trans Mann und Gesundheitsfachperson

- Medikalisierung ist der Prozess, durch den menschliche Zustände als medizinische Probleme definiert und behandelt werden
- Gesundheitssystem hat grossen Einfluss auf das Schwangerschaftserleben wegen häufiger Interaktion durch Medikalisierung
- Cisnormativität und Transphobie sichtbar in: institutioneller Ausgrenzung, administrativer Gewalt und Mikroaggressionen
- Die Interaktion zwischen Patient und Fachperson kann die Erfahrung des trans Mannes mit dem Gesundheitssystem prägen und hat einen Einfluss darauf, ob weiterhin medizinische Betreuung in Anspruch genommen wird

- Es wird die Wichtigkeit hervorgehoben die Erfahrungen zu erforschen, um in Zukunft die Betreuung zu verbessern.
- Ein häufig in der Literatur beschriebenes Problem ist das Anderssein als transgeschlechtliche Person
 - Gefühl von Einzigartigkeit und Anderssein vermittelt. Unterschied zu anderen lässt sie sich minderwertig fühlen
 - Cisnormative Informationen in Broschüren, Toiletten, Ausstattung auf cisgeschlechtliche Frauen ausgerichtet
 - Nutzung dieser Medien / Einrichtung kann zu Unbehagen führen, sich nicht willkommen zu fühlen
 - Bezeichnung Frauenklinik → kann ausgrenzen
 - Aufnahmeformulare und Klinikinformationssysteme beinhalten binäre Geschlechtskategorien
 - Diese administrativen Entscheidungen implizieren, dass Schwangerschaften bei trans Männer abnormal sind und können dazu führen, dass sich der trans Mann isoliert und als nicht wahrgenommen fühlt. → Ausgrenzung
- Interaktionen mit Fachpersonal können Erfahrungen von trans Männern beeinflussen
 - Mangelnde Erfahrung oder Unwissen kann zu Unbehagen des trans Mannes führen, weil die Fachperson damit aussagt, dass sie zum ersten Mal diese Erfahrung macht. Fühlt sich nicht willkommen, Qualitätsminderung aufgrund mangelnder Erfahrung?
 - Aussage von Fachperson «Sie sind nicht der Erste» half, zum einen zu normalisieren und zum anderen Gewissheit zu geben, dass sie eine transkompetente Betreuung erhalten
 - Normalisieren, Aufnahmeformulare und Klinikinformationssysteme, die die Inklusivität fördern
- Mangel an interkultureller Kompetenz in Bezug auf transgeschlechtliche Gesundheit und geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung
 - Falsche Geschlechtseinordnung, nicht die bevorzugten Pronomen und Namen verwenden → dies könnte ein Anfang einer transkompetenten Betreuung sein
 - Wissen der Inkongruenz des biologischen Geschlechts und der Geschlechtsidentität einbeziehen (Bsp. VU), während Untersuchung mit trans Mann sprechen und jeden Schritt erklären
 - Fragen wie einzelne Körperteile genannt werden sollen
- Geschlechtsspezifische Vermutungen seitens des Fachpersonals können verletzend sein
 - Neben Mangel an interkultureller Kompetenz auch Transphobie
- Mangelndes Wissen und fehlende Ausbildung bezüglich Transschwangerschaft
 - Äusserung: Fachpersonen hätten Angst gehabt sie zu betreuen aufgrund von Angst vor Fehlern, deshalb sich nicht getrauten zu helfen

- Viele Fachpersonen haben das Gefühl nicht die benötigten Ressourcen zu besitzen, um einen trans Mann zu betreuen. → negative Erfahrung für trans Mann
- Medizinisches Ausbildungssystem sollte Schulungen zu transkompetenter Betreuung anbieten. Bis dies der Fall ist muss sich die Einzelperson selbst darüber informieren, um schlussendlich Erfahrungen von trans Männern zu verbessern

Soziale Isolation, psychische Gesundheit bei schwangeren trans Männern

- Die eigene Gemeinschaft wird als Ressource der Resilienz genannt
- Es ist wichtig, dass sich trans Personen in Netzwerken verbinden, um die Herausforderungen der Schwangerschaft und Geburt nicht allein zu meistern
- Soziale Isolation entsteht durch cisnormative Ansichten über die Schwangerschaft
- Eine Normalisierung von schwangeren trans Männern, zum Beispiel durch Veröffentlichung von Erfahrungsberichten würde den Gefühlen der sozialen Isolation entgegenwirken
- Die psychische Gesundheit ist unterschiedlich. Die Wahrnehmung der Schwangerschaft ist sehr individuell. Dies beinhaltet ein starkes Gefühl von Verbundenheit bis hin zu Trennung zwischen Körper und Schwangerschaft. Häufig wird der Kontrollverlust als Herausforderung genannt

Geburt

- Grosse Forschungslücken bezüglich Geburtserfahrungen von trans Männern
- Geburt ist meist ein medikalisierte Prozess
- Negative Erfahrungen durch Transphobie und Kontrollverlust über den Geburtsprozess
- Geburt kann Geschlechtsdysphorie auslösen oder verstärken, da Prozess Frauen zugeordnet wird

Angst vor der Geburt

- Angst vor der Geburt ist für viele Menschen ein zentraler Aspekt. Sie kann bei trans Männern verstärkt auftreten.
- In diesem Review wird unterschieden zwischen allgemeinen und spezifischen Ängsten.

Allgemeine Ängste:

- Geburtsschmerz
- Sorge um die Gesundheit der gebärenden Person und des Kindes
- Angst vor Blut, Spritzen, unkontrollierbare Schmerzen

- Kontrollverlust durch medikalisierten Prozess
- Todesangst
- Unzureichende Betreuung durch mangelnde Kompetenz und Ressourcen, Angst keine angemessene Hilfe zu bekommen

Spezifische Ängste:

- Gefühl einer geschlechtlichen Minderheit anzugehören, mit Stress assoziiert
- Auswirkung von systemischer Diskriminierung im Gesundheitssystem
- Angst vor transphobischer Betreuung
 - Können nicht wirklich transgeschlechtlich sein, wenn sie gebären
 - Ablehnung der Geschlechtsidentität verstärkt systemische Diskriminierung
 - Administrative Diskriminierung durch Patientenarmband mit weiblicher Geschlechtszuordnung, Aufnahmeformulare mit binärer Kategorisierung
- Angst der Infertilität
 - Keine genauen Informationen zur Fertilitätserhaltung
- Hypervigilanz aufgrund Transphobie und Diskriminierung
 - Erhöhte Aufmerksamkeit auf Aktivität der Fachperson = Unfähigkeit zu entspannen
 - Oftmals durch frühere Erfahrungen geprägt
 - Entstehung Misstrauen gegenüber Fachpersonal
 - Kann entscheidender Faktor für Entscheid des Geburtsortes sein
 - Erhöhte Aufmerksamkeit auch gegenüber Mitpatienten und Mitpatientinnen, Angst vor Urteilen
- Angst vor vulnerablen Erfahrungen der Geburt
 - Physische und emotionale Verletzlichkeit
 - Gefühl der Vulnerabilität kann Fachpersonen die Gelegenheit geben noch mehr Leid zuzufügen, Angst vor Ausnutzung

Geburtspräferenzen

- In Anbetracht der möglichen Diskriminierung und Transphobie im Spitalsetting, streben einige trans Männer eine nicht-ärztliche Geburt an, wie beispielsweise eine Hausgeburt

	<ul style="list-style-type: none"> • Der elektive Kaiserschnitt kann die Geschlechtsdysphorie mindern. • Einige trans Männer bevorzugen eine vaginale Geburt, da sie ihnen das Gefühl gibt, dass die Genitalien einen Sinn haben und sie dadurch eine stärkere Bindung zum Neugeborenen aufbauen können. • Die Entscheidung für einen Kaiserschnitt oder für die vaginale Geburt ist sehr individuell und von verschiedenen Aspekten abhängig.
	<p><u>7) Wie präzise sind die Resultate?</u></p> <p>Da es sich um eine narrative Zusammenfassung der Studien handelt, sind die Resultate eher wenig präzise dargestellt. Es werden nur vereinzelt präzise Zahlen angegeben.</p>
<p>Abschnitt C</p>	<p>Helfen die Resultate weiter?</p>
	<p><u>8) Können die Resultate auf die lokale Population übertragen werden?</u></p> <p>Die einbezogenen Studien wurden hauptsächlich in nordamerikanischen Ländern und nur vereinzelt in europäischen Ländern durchgeführt. Daher ist es fraglich, inwiefern mit den Ergebnissen auf die Population geschlossen werden können. Da die Population heterogen ist und die gesetzlichen Rahmenbedingungen in den unterschiedlichen Ländern stark variieren, ist die Übertragung eingeschränkt. Ausgeschlossen werden automatisch trans Männer, die nicht den Zugang zu Gesundheitssystemen haben und die finanziellen Mittel nicht besitzen. Dies wird bei einigen Studien als Limitation genannt.</p>
	<p><u>9) Wurden alle relevanten Ergebnisse betrachtet?</u></p> <p>Ja. Es wurde ein breites Spektrum an Erfahrungen und Bedürfnissen aufgezeigt und Praxisempfehlungen abgeleitet. Die Hauptergebnisse werden in der Schlussfolgerung nochmals hervorgehoben und reflektiert.</p>
	<p><u>10) Überwiegen die Vorteile der Durchführung des Reviews?</u></p> <p>Die Forschenden konnten die unterschiedlichen Erfahrungen und Bedürfnisse von trans Männern im Prozess der Reproduktion aus verschiedenen durchgeführten Studien zusammengefasst darstellen und schliessen damit eine weitere Forschungslücke. Gesundheitsfachpersonen können dadurch sensibilisiert und die Qualität der Betreuung optimiert werden.</p>
<p>Gütekriterien nach Lincoln & Guba (1985) <i>Positives</i> wird mit + und <i>Negatives</i> mit - gekennzeichnet</p> <p>Glaubwürdigkeit (Credibility):</p>	

- + Die verwendeten Studien werden normgerecht zitiert, so wie in der Tabelle 1 übersichtlich dargestellt.
- + Es wird von den Forschenden geschrieben, dass auch dieses Review nicht allumfassend ist, jedoch spezifische Ansätze ausgewählt wurden, um die Thematik auf das Wesentliche zusammenzufassen.
- + Limitationen werden von den Forschenden angegeben und reflektiert
- Im vorliegenden Review ist nicht ersichtlich, zu welchem Zeitpunkt und über welchen Zeitraum es verfasst wurde.

Übertragbarkeit (Transferability):

- + Die Übersicht kann als Ansatz für weitere Forschung genutzt werden. Da die Lücken und weitere Forschungsgebiete durch das vorliegende Review aufgezeigt werden.
- Die Übertragbarkeit ist eingeschränkt. Die Studien beinhalten kleine Stichproben, die willkürlich selektiert wurden.

Zuverlässigkeit in Bezug auf Nachvollziehbarkeit (Dependability):

- + Der Vorgang der Forschenden ist klar beschrieben. Somit ist die Nachvollziehbarkeit gegeben.
- Die Analyse der Studien ist im Review nicht enthalten.

Bestätigbarkeit (Confirmability):

- Es wird nicht beschrieben, ob alle relevanten Studien einbezogen werden. Somit ist unklar, ob weitere Studien zu dieser Thematik bestehen.
- + Die Relevanz dieses Reviews wird beschrieben und ein weiterer Fokus auf die Wichtigkeit weiterer Forschung gelegt.