

**POLICY PAPER
DES BUNDESVERBAND TRANS***

TRANS*GESUNDHEIT

**Empfehlungen für die Stärkung der
transitionsspezifischen und allgemeinen
Gesundheitsversorgung**

IMPRESSUM

Herausgeber*in:
Bundesverband Trans*
Prinzregentenstr. 84
10717 Berlin

www.bv-trans.de
info@bv-trans.de

Autor*innen: Sannik Ben Dehler, Tilly Tracy Reinhardt, Kalle Hümpfner
Mitarbeit: Mari Günther, Ranzhan LÜ, AG Gesundheit

Lektorat: Frede Macioszek
Layout: zankoloreck.de

Berlin, 2022 (1. Auflage)

Druckexemplare können über das Kontaktformular auf der Website www.bv-trans.de bestellt werden.

Finanzielle Interessenskonflikte der Beteiligten liegen nicht vor. Geldgeber*innen hatten keinen Einfluss auf die fachliche Gestaltung der Broschüre.



Die Veröffentlichung stellt keine Meinungsäußerung des BMFSFJ oder des BAFzA dar. Für inhaltliche Aussagen tragen die Autor*innen die Verantwortung.

Inhalt

1. Einführung	5
2. Stand der Gesundheitsversorgung für trans* und nicht-binäre Personen	6
2.1 Transitionsspezifische Gesundheitsversorgung	7
2.2 Regelgesundheitsversorgung	12
2.3 Situation von mehrfachdiskriminierten und besonders marginalisierten Gruppen	15
3. Handlungsempfehlungen für eine menschenrechtsbasierte Gesundheitsversorgung für trans* und nicht-binäre Personen	20
3.1 Handlungsempfehlungen für die transitionsspezifische Gesundheitsversorgung	22
3.2 Handlungsempfehlungen für die Regelgesundheitsversorgung	25
3.3 Spezifische Handlungsempfehlungen für mehrfachdiskriminierte und besonders marginalisierte Gruppen	29
4. Zusammenfassung und Ausblick	36
Begriffserläuterungen	37
Literaturverzeichnis	38

1. EINFÜHRUNG

Inwiefern wird eine menschenrechtsbasierte Gesundheitsversorgung für trans* und nicht-binäre Personen aktuell in Deutschland gewährleistet? 2017 veröffentlichte der BVT* bereits das Policy Paper „Trans*-Gesundheitsversorgung – Forderungen an die medizinischen Instanzen und an die Politik“, das Missstände aufzeigte. Seitdem gab es drei wesentliche Veränderungen: Erstens wurde 2018 die AWMF-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung“ (AWMF 2018) veröffentlicht. Zweitens wurde 2020 eine überarbeitete „Begutachtungsanleitung. Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach §282 SGB V Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0)“ erlassen (MDS & GKV 2020). Drittens trat zum 01.01.2022 die ICD-11 in Kraft, wodurch Trans*geschlechtlichkeit entpsychopathologisiert wurde. Das vorliegende Policy Paper „Trans*gesundheits – Empfehlungen für die Stärkung der transitionsspezifischen und allgemeinen Gesundheitsversorgung“ berücksichtigt diese Veränderungen und zeigt auf, dass eine menschenrechtsbasierte Gesundheitsversorgung in Deutschland nach wie vor nicht umgesetzt ist (siehe Kapitel 2). Davon ausgehend werden konkrete Handlungsempfehlungen vorgestellt, wie eine menschenrechtsbasierte Gesundheitsversorgung für trans* und nicht-binäre Personen ausgestaltet werden kann (siehe Kapitel 3).

Die Handlungsempfehlungen bauen auf dem Geschlechterverständnis auf, dass Geschlecht (auch mehrmals) veränderbar ist und sich jenseits von Zweigeschlechtlichkeit bewegen kann, aber nicht muss. Bedarfe von nicht-binären Personen werden explizit berücksichtigt. Gleichzeitig sind Lebensrealitäten von Menschen nie ausschließlich dadurch beeinflusst, welches Geschlecht sie haben. Menschen können zusätzlich zu trans*feindlicher Diskriminierung Benachteiligung z.B. aufgrund von Rassismus, sozialer Herkunft, Alter oder Behinderung erfahren. Diese intersektionalen Verschränkungen von Diskriminierung werden in den Unterkapiteln 2.3 und 3.3 berücksichtigt, in welchen der Status Quo bzw. Handlungsempfehlungen für mehrfachdiskriminierte und besonders marginalisierte Gruppen wie u.a. Sexarbeiter*innen und Personen in Haft dargestellt werden.

Mit den Handlungsempfehlungen hin zu einer menschenrechtsbasierten Gesundheitsversorgung von trans* und nicht-binären Personen richtet sich das Policy Paper an alle Entscheidungsträger*innen sowohl in der Politik als auch in der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Für eine gelingende Umsetzung der Handlungsempfehlungen – so wird an dieser Stelle hervorgehoben – ist die weitere Einbeziehung von Selbstvertretungsorganisationen bei der Planung und Durchführung von zukünftigen Maßnahmen notwendig.

2. STAND DER GESUNDHEITSVERSORGUNG FÜR TRANS* UND NICHT-BINÄRE PERSONEN

Der BVT* setzt sich für eine menschenrechtsbasierte Gesundheitsversorgung von trans* und nicht-binären Personen ein. Dies bedeutet Schutz vor Diskriminierung in allen Bereichen des Gesundheitssystems und einen gesicherten, flächendeckenden Zugang zu transitionsspezifischen Leistungen, respektive Gewährleistung einer nicht-pathologisierenden Kostenübernahme.

Seit Jahrzehnten fordern Netzwerke von trans* und nicht-binären Personen Reformen der transitionsspezifischen und allgemeinen Gesundheitsversorgung für trans* und nicht-binäre Personen. Zentrale Erklärungen in den vergangenen zehn Jahren waren hier die Stuttgarter Erklärung, die Waldschlösschen-Erklärung und die Stellungnahme zur Menschenrechtssituation von trans* Menschen in Deutschland von TransInterQueer und dem Bundesverband Trans* (Bundesverband Trans* 2016, ATME 2015, Bundesweites Netzwerk Trans*Aktiv 2014). Auch aus medizinischer, psychologischer und sexualwissenschaftlicher Perspektive wurde die transitionsspezifische Gesundheitsversorgung wiederholt als nicht mehr zeitgemäß und stigmatisierend kritisiert (z.B. Güldenring 2015, World Medical Association 2015, Nieder et al. 2013, Haupt 2011). Gemeinsam ist diesen Einschätzungen und Erklärungen von Selbstvertretungsorganisationen und Fachverbänden die Forderung nach Entpsychopathologisierung sowie nach einer kritischen Auseinandersetzung mit den diskriminierenden Effekten von Psychopathologisierung und Versorgungshürden.

Diese Kritik und der langjährige Einsatz für eine Stärkung der Trans*gesundheitsversorgung haben bereits zu ersten Verbesserungen geführt. Ein maßgeblicher Fortschritt ist die Veröffentlichung der AWMF-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit“ im Jahr 2018. Diese fasst auf der höchsten wissenschaftlichen Qualitätsstufe (S3) den Fachstandard zusammen und formuliert klare Handlungsempfehlungen.¹

In diesem Kapitel wird aufgezeigt, dass eine flächendeckende, gesetzlich verankerte und menschenrechtsbasierte Gesundheitsversorgung dennoch weder für die Transition (Kapitel 2.1) noch für die Regelgesundheitsversorgung (Kapitel 2.2) verwirklicht ist.

¹ S3-Leitlinien haben, in Abgrenzung zu S1, S2e und S2k, die höchste Klassifikationsstufe. Sie werden als evidenz- und konsensbasierte Leitlinien von einem repräsentativen Gremium erstellt.

2.1 Transitionsspezifische Gesundheitsversorgung

Unter transitionsspezifischer Gesundheitsversorgung werden Maßnahmen verstanden, die den Körper an das Identitätsgeschlecht anpassen. Diese beinhalten u.a. die Hormontherapie, Epilation, Logopädie und operative Geschlechtsangleichungen wie Mammaaugmentation, Mastektomie, Hysterektomie oder Genitaloperationen. Sie können auch den Einsatz von Hilfsmitteln wie beispielsweise Tucking oder die Verwendung von Haarersatz, Bindern sowie Brust- oder Penisepithesen umfassen. Was Menschen mit Geschlechtsinkongruenz als passenden Ausdruck empfinden, ist weitreichend davon beeinflusst, was gesellschaftlich als „weiblich“ bzw. „männlich“ verstanden wird. Wie die eigene Geschlechtsidentität ausgedrückt wird, kann sich von Geschlechterrollenstereotypen unterscheiden.

Die transitionsspezifische Gesundheitsversorgung war in den vergangenen Jahren von drei maßgeblichen Änderungen betroffen: Die Einführung der AWMF-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung“ im Jahr 2018, die Veröffentlichung der „Begutachtungsanleitung. Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach §282 SGB V Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0)“ Ende 2020 und die Entpsychopathologisierung von Trans*geschlechtlichkeit durch die Einführung der Diagnose „Geschlechtsinkongruenz“ in der ICD-11 Anfang 2022. Im Folgenden werden diese Veränderungen bezüglich der Umsetzung einer menschenrechtsbasierten Gesundheitsversorgung beurteilt.

AWMF S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung“

Die von der AWMF veröffentlichte S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit“ löste die überholten „Standards zur Begutachtung und Behandlung von Transsexuellen“ (Becker et al. 1997) ab. Die Leitlinie auf S3-Niveau entspricht dem höchstmöglichen formalen wissenschaftlichen Standard. Bei der Erarbeitung wurden aktuelle, evidenzbasierte Forschungsergebnisse berücksichtigt und trans* Personen als Patient*innenvertretung eingebunden. Entscheidend ist, dass die Leitlinie die entpsychopathologisierende Perspektive auf Trans*geschlechtlichkeit anerkennt und trans* Personen mehr Mitbestimmung während der Transition zugesteht. Trans* Personen erhalten Mitsprache bei der Entscheidung für oder gegen eine Behandlung, nachdem sie von Fachpersonal über Risiken, Alternativen und Nebenwirkungen einzelner Behandlungsschritte beraten und aufgeklärt wurden (Informed Consent). Die Leitlinie markiert hier einen wichtigen Meilenstein in Richtung Entpsychopathologisierung und Partizipation.

Es ist jedoch wichtig anzumerken, dass die Vorstellung einer partizipativen Entscheidung nicht ausreichend das vorhandene Machtgefälle zwischen behandelnder und behandlungssuchender Person würdigt. Wenn keine gemeinsame Entscheidung zwischen beiden Parteien im Sinne des Übereinstimmungsmodells möglich ist, soll die Entscheidung über die Notwendigkeit und Reihenfolge von Behandlungsschritten bei der behandlungssuchenden Person liegen, so ein Sondervotum des BVT* in der S3-Leitlinie (AWMF 2018).

Begutachtungsanleitung „Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0)“

Bei Beantragung der Kostenübernahme von transitionsspezifischen Leistungen ist die Begutachtungsanleitung „Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0)“ (BGA 2020) für gesetzliche Krankenkassen und Medizinische Dienste intern verbindlich. Auf diese 2020 aktualisierte und als Richtlinie erschienene Begutachtungsanleitung wird zurückgegriffen, sobald eine transitionsspezifische Leistung direkt bei der Krankenkasse beantragt wird. Das ist bei Hilfsmitteln, Epilation und geschlechtsangleichenden Operationen der Fall. Dadurch ist die Begutachtungsanleitung aktuell versorgungsprägend und stellt somit eine entscheidende Grundlage für volljährige Menschen, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) versichert sind, dar. Das betrifft in Deutschland rund 88 % der behandlungssuchenden Personen (Stand Juli 2021) (VDEK 2022).²

Eine ausführliche Bewertung der Begutachtungsanleitung ist der Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgesellschaften, welche die AWMF S3-Leitlinie verantworten (Nieder et al. 2021), sowie der gemeinsamen Stellungnahme vom BVT* und dem Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie (VLSP) (2021) zu entnehmen. Im Folgenden werden die wesentlichen Kritikpunkte skizziert:

- Fortführung der Psychopathologisierung von Trans*geschlechtlichkeit: Die entpsychopathologisierende Herangehensweise, welche in der S3-Leitlinie zum Ausdruck kommt, ist in der aktuellen Version der Begutachtungsanleitung nicht wiederzufinden. Die Herausge-

² Private Krankenversicherungen handhaben die Kostenübernahme aufgrund der eigenen jeweiligen Vertragsbestimmungen und dem privaten Vertragsversicherungsrecht unterschiedlich. Bei der Beihilfe existieren beim Bund und den Ländern jeweils spezifische Regelungen, wobei in der Frage der Kostenübernahme von geschlechtsangleichenden Maßnahmen häufig analog zur gesetzlichen Krankenversicherung verfahren wird.

ber*innen beziehen sich ausschließlich auf die ICD-10. Die Diagnose F64.0 befindet sich dort im Kapitel F6 der „Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen“. Somit wird eine psychopathologisierende, wissenschaftlich veraltete Klassifizierung von 1992 genutzt und aktuelle wissenschaftliche Standards in der Begutachtung und Diagnostik werden nicht beachtet.

- **Ausschluss von nicht-binären Personen von der Kostenübernahme:** Spätestens mit der Einführung des Geschlechtseintrags „divers“ im Jahr 2018 ist die Existenz von mehr als zwei Geschlechtern in Deutschland juristisch anerkannt. Dennoch werden nicht-binäre Personen von der Kostenübernahme ausgeschlossen. Die Begutachtungsanleitung orientiert sich streng an den Kriterien der Diagnose F64.0 der ICD-10, welche Trans*geschlechtlichkeit binär definiert und als „Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden“ beschreibt. Nicht-binäre Personen, die medizinisch transitionieren möchten, haben zwar formal die Möglichkeit einen Antrag auf Kostenübernahme zu stellen, diese wird jedoch in der Regel durch die Krankenkassen abgelehnt.
- **Voraussetzung von Psychotherapie für die Kostenübernahme:** Um eine Maßnahme beantragen zu können, ist eine psychotherapeutische Begleittherapie von 12 Sitzungen à 50 Minuten über mindestens sechs Monate hinweg Voraussetzung. Dies ist auf mehreren Ebenen zu kritisieren: Die psychotherapeutische Unterversorgung macht die Therapieplatzsuche schwer zumutbar; bestehender Leidensdruck soll vor Bewilligung weiterer Maßnahmen entgegen wissenschaftlicher Befunde zunächst psychotherapeutisch beseitigt werden; bei einem erheblichen Anteil von trans* Personen stellt aufgrund einer Abwesenheit von psychischer Belastung Psychotherapie eine Form der Überbehandlung dar (Coleman et al. 2021).
- **Ausschluss bzw. Stabilisierung von Komorbiditäten:** Zur Genehmigung der Maßnahmen muss therapeutisch versichert werden, dass psychische Komorbiditäten ausgeschlossen bzw. ausreichend stabilisiert wurden. Dem steht gegenüber, dass psychische Symptome von trans* Personen häufig Folge von Diskriminierungserfahrungen und Minoritätenstress (Siehe S. 13) sind. Aus wissenschaftlicher Sicht wird vielfach psychische Stabilität erst durch transitionsspezifische Maßnahmen erreicht (Günther et al. 2021, Dhejne et al. 2016).

- Voraussetzung der Alltagstests: Alltagstests (verpflichtende, durchgängige Selbsterfahrung in der geschlechtlichen Identität in allen Lebensbereichen) werden als eine weitere Voraussetzung in der Begutachtungsanleitung genannt. Diese Anforderungen stellen in einigen Fällen ein unzumutbares Diskriminierungsrisiko dar.
- Ausschluss von Intergeschlechtlichkeit: Unter Berufung auf die ICD-10 werden intergeschlechtliche Personen von der Beantragung der Kostenübernahme ausgeschlossen. Auch inter Personen können Bedarf an geschlechtsangleichenden Maßnahmen haben. Intergeschlechtliche Personen im Erwachsenenalter von Transitionsmaßnahmen auszuschließen ist wissenschaftlich überholt, unethisch und verletzt das Grundrecht auf geschlechtliche Selbstbestimmung.
- Ausschluss von minderjährigen Versicherten: Die Diagnose F64.0 in der Kategorie der sogenannten Persönlichkeitsstörungen bezieht sich ausschließlich auf Erwachsene/Volljährige, sodass Anträge auf Kostenübernahme von minderjährigen trans* Personen regelmäßig abgelehnt werden.

Die Einführung der Diagnose „Geschlechtsinkongruenz“ in der ICD-11

Mit der Einführung der ICD-11 führt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Gegensatz zur zuvor gültigen Revision der ICD-10 Trans*geschlechtlichkeit nicht mehr als psychische Störung, sondern als „Geschlechtsinkongruenz“ unter „Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit“ (BfArM 2022). Als Geschlechtsinkongruenz wird eine „ausgeprägte und anhaltende Inkongruenz zwischen dem erlebten Geschlecht einer Person und dem zugewiesenen Geschlecht“ festgehalten (ebd.). Trans*geschlechtlichkeit wird somit nicht mehr als psychische Krankheit erfasst, also entpsychopathologisiert. Die neue Kategorisierung soll bestehende Stigmatisierung abbauen sowie den Zugang zu geschlechtsangleichenden Gesundheitsdienstleistungen für trans* und nicht-binäre Personen sicherstellen.

Hervorzuheben ist, dass in der ICD-11 Geschlechtsdysphorie und Transitionswunsch mit medizinischen Maßnahmen nicht als Voraussetzung für Geschlechtsinkongruenz im Erwachsenenalter (HA60) gelten. Im Falle eines medizinischen Transitionswunsches könne diese durch Hormontherapie, chirurgische Eingriffe oder andere Gesundheitsdienstleistungen in Abhängigkeit vom individuellen Versorgungsbedarf begleitet werden. Es wird also kein universeller Transitionsweg vorgeschrieben, sondern stattdessen berücksichtigt, dass die Bedarfe von Personen unterschiedlich sind und sein können. Ferner wird anerkannt, dass geschlechtsangleichenden Gesundheitsversorgung sich nicht auf medizinische Interventionen beschränkt, sondern auch den (psycho-)sozialen Bereich umfasst.

Im Vergleich zu den Kriterien bei Jugendlichen und Erwachsenen wird bei Geschlechtsinkongruenz im Kindesalter (HA61) die Rolle von vergeschlechtlichten körperlichen Merkmalen, insbesondere die Abneigung gegen die eigenen oder erwarteten Geschlechtsmerkmale, wesentlich stärker hervorgehoben. Weiterhin wird sich auf binäre und stereotype Geschlechterrollen bezogen, z.B. in den Diagnosekriterien zu Spielverhalten. Diese Vorgaben lassen wenig Raum für die Berücksichtigung nicht-binärer Kinder, da es wenig bis kaum „typische“ Geschlechtervorstellungen gibt, die sie erfüllen könnten.

Systemversagen in der transitionsspezifischen Gesundheitsversorgung am Beispiel von Epilationsbehandlungen:

Trans* Personen haben einen sozialrechtlichen Anspruch auf geschlechtsangleichende Behandlungsmaßnahmen, der Epilationsmaßnahmen zur Entfernung von Gesichtsbehaarung miteinschließt. Nadel- und Laserepilation gelten als abrechenbare Leistung. In der Praxis jedoch kommt es wiederholt zu Schwierigkeiten in der Bewilligung der Kostenübernahme bis hin zur Rechtsstreitigkeiten. Die massive Unterversorgung von trans*femininen Personen in diesem Bereich wurde bereits als „Systemversagen“ kritisiert. Gesetzliche Krankenkassen verlangen, dass Epilationsbehandlungen durch Ärzt*innen durchgeführt werden. Sie berufen sich dabei auf den „Arztvorbehalt“ basierend auf § 15 Abs. 1 SGB V. Der „Arztvorbehalt“ führt bei der Nadelepilation regelmäßig zu dem Problem, dass Elektrologist*innen die Epilationsbehandlungen nicht auf Kosten der Krankenkassen übernehmen können. Niedergelassenen Dermatolog*innen dagegen, die über die benötigten Geräte und über die praktische Erfahrung verfügen, um eine Nadelepilation durchzuführen, sind gerade jenseits von Ballungszentren schwer zu finden. Für die Laserepilation wurde 2017 ein Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) eingeführt, der es niedergelassenen Dermatolog*innen erlaubt, die Laserepilation bei trans*femininen Personen nach Bewilligung der Kostenübernahme abzurechnen (Bewertungsausschuss 2017). Der Bewertungsmaßstab wurde allerdings so niedrig angesetzt, dass hier ebenfalls keine Versorgung für gesetzlich Versicherte stattfindet und kaum ein Anreiz für dermatologische Praxen besteht, diese Leistung anzubieten. Um dem doppelten Systemversagen bei den Epilationsbehandlungen zu begegnen, ist es daher dringend geboten, den „Arztvorbehalt“ bei Epilationsleistungen zu streichen und eine kostendeckende Vergütung sicherzustellen.

Transitionsspezifische Gesundheitsversorgung ist bis heute von einem pathologisierenden Verständnis von Geschlechtsinkongruenz bzw. Trans*geschlechtlichkeit geprägt. Zur Bewilligung der Kostenübernahme von geschlechtsangleichenden Maßnahmen werden trans* Personen in ein unfreiwilliges Psychotherapieverhältnis gezwungen. Wichtige Meilensteine in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung wie die S3-Leitlinie und die ICD-11 finden bisher nur unzureichend Berücksichtigung in der MDS-Begutachtungsanleitung, welche zur Entscheidung für oder gegen die Bewilligung von Maßnahmen herangezogen wird. Dadurch wird der Zugang zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen für viele trans* Personen erschwert und verzögert, wenn nicht gar komplett verhindert.

2.2 Regelgesundheitsversorgung

Gesundheitszustand von trans* Personen

Neben transitionsspezifischer Gesundheitsversorgung haben trans* und nicht-binäre Personen einen individuellen Bedarf an Zugang zur Regelgesundheitsversorgung. Trans* und nicht-binäre Personen sind eine besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe; dies betrifft insbesondere mehrfachdiskriminierte trans* und nicht-binäre Personen (LesMigraS 2012). Durch (Angst vor) Diskriminierungserfahrungen ist ihr Risiko, psychisch und physisch an belastungsassoziierten Symptomen zu erkranken, erhöht: Trans* und nicht-binäre Menschen leiden statistisch gesehen häufiger als die cis-geschlechtliche Bevölkerung unter Angststörungen, Depressionserkrankungen oder anderen stressbedingten Erkrankungen (Kasprowski et al. 2021, Pöge et al. 2020). Ein erhöhtes Risiko für schädlichen Substanzgebrauch wurde nachgewiesen (Ott / Garcia Nuñez 2018, Wolf 2015, 2017, 2018). Im internationalen Vergleich wurde bei trans* Jugendlichen, aber auch bei erwachsenen trans* Personen, eine deutliche höhere Suizidalität festgestellt (Plöderl 2016, Motmans 2010, Grant 2010, Whittle 2008). Trans* Personen gelten als besonders vulnerable Gruppe mit Blick auf sexuell übertragbare Infektionen (STIs) (WHO 2015). Auch in Bezug auf körperliche Erkrankungen, die mit Stress im Zusammenhang stehen, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Asthma und chronische Rückenschmerzen wird eine erhöhte Vulnerabilität berichtet (Kasprowski et al. 2021, Pöge et al. 2020). Während der Covid19-Pandemie hat sich der Gesundheitszustand unter trans* und nicht-binären Personen nachweislich weiter verschlechtert (Szücs et al. 2021). Angesichts dieser (nicht-vollständigen) Aufzählung überrascht nicht, dass trans* Personen insgesamt ein höheres Sterberisiko haben (Blok et al. 2021).

Erklärungsmodelle für die erhöhte Vulnerabilität von trans* Personen

Ein gängiges Erklärungsmodell für die erhöhte Prävalenz von psychischen wie somatischen Erkrankungen unter trans* und nicht-binären Personen ist das „Minoritätenstressmodell“ (Meyer 2003). Das Minoritätenstressmodell wurde entwickelt, um die Auswirkung von (antizipierter) Diskriminierung auf die Gesundheit von lesbischen, schwulen und bisexuellen Personen zu beschreiben. Inzwischen wird es auch auf die Situation von trans* und nichtbinären Personen angewendet (Ott / Garcia Nuñez 2018, Hendricks / Testa 2012). Das Modell zeigt auf, dass trans* und nicht-binäre Personen durch Angst vor und durch Diskriminierungserfahrung kontinuierlich einem erhöhten Stresslevel ausgesetzt sind. Die Bewältigung dieses Stresses führt auf Dauer zu einem erhöhten Risiko, psychisch wie somatisch zu erkranken. Für die verbreitete Alltagsdiskriminierung wie das Misgendern (falsche geschlechtliche Zuordnung durch beispielsweise Anrede oder Pronomen) wurde dieser negative Effekt von Alltagsdiskriminierung auf die Psyche deutlich nachgewiesen (Göth et al. 2021).

Diese wiederholte Erfahrung von Diskriminierung im Alltag wird vielfach auch mit dem Begriff „Mikroaggression“ (Sue 2010, Pierce 1970) beschrieben. Vermeintlich „kleine“ Vorfälle von Diskriminierung führen über den Lauf der Zeit zu einer andauernden Belastung, sodass die Auswirkungen der Mikroaggressionen durchaus mit den Folgen von „schweren“ Diskriminierungsformen wie Belästigung, physischer und sexualisierter Gewalt vergleichbar sind (Jones et al. 2015).

Diskriminierungserfahrungen in der Regelgesundheitsversorgung

Trans* Personen haben im Vergleich zur cis-geschlechtlichen Bevölkerung aufgrund von Diskriminierungserfahrungen und den daraus resultierenden Erkrankungen einen erhöhten Bedarf an medizinischer Versorgung. Gleichzeitig ist das Gesundheitswesen ein Lebensbereich, in dem trans* und nicht-binäre Personen besonders häufig Diskriminierung erleben. Beispiele hierfür sind:

Anpassung von Versichertenkarte: Vor der amtlichen Änderung des Geschlechtseintrags und des Vornamens/der Vornamen ist es für trans* und nicht-binäre Personen i.d.R. schwierig, die Versichertenkarte gemäß der eigenen geschlechtlichen Identität und dem/den selbstgewählten Vornamen anzupassen. Dadurch werden trans* und nicht-binäre Personen häufig mit dem bei der Geburt zugeschriebenen Geschlecht adressiert und somit misgendert.

Binäre Geschlechtsoptionen in (digitalen) Systemen: Ohne amtliche Personenstandsänderung erfolgt die Zuschreibung eines Geschlechtseintrags oft automatisch aufgrund der elektronischen Gesundheitskarte, auf welcher ein für die trans* und/oder nicht-binäre Person möglicherweise falscher Eintrag hinterlegt ist.

Da die Auswahloptionen zu Geschlecht häufig verpflichtend sind und nur binäre Geschlechtsoptionen angeboten werden, entstehen regelmäßig Probleme bei der Online-Buchung von Terminen, beim Ausfüllen der Anamnesebögen oder in der digitalen Patient*innenverwaltung. Nicht-binäre Personen müssen sich zwangsweise zuteilen oder werden zugeteilt.

Falsche Anrede (Misgendern): Viele trans* und nicht-binäre Personen wünschen sich eine andere Anrede als in ihren Unterlagen. In der Praxis wird selten erfragt, welche Anrede beispielsweise beim Aufrufen aus dem Wartezimmer für Patient*innen als die passende erlebt wird. Wenn der Wunsch nach einer Anrede ohne oder mit einer anderen geschlechtlichen Zuschreibung geäußert wird, kommt es teilweise zu Irritationen bis hin zu abwertenden Reaktionen seitens des medizinischen Personals.

Unterversorgung in der trans*sensiblen Medizin: Flächendeckend, besonders jedoch im ländlichen Raum, ist es selten, dass sich Mediziner*innen in der Regelgesundheitsversorgung zu geschlechtlicher Vielfalt weitergebildet haben. So sind Diskriminierungserfahrungen häufig auf eine normative Vorstellung von Geschlecht und fehlendes Wissen bzw. mangelnde Sensibilität für trans* Thematiken bei Ärzt*innen und Pflegepersonal zurückzuführen (Nieder et al. 2019). Im direkten Kontakt drückt sich Diskriminierung u.a. in der Verwendung von falschen Namen, Anreden und Pronomen aus. Direkte Herabwürdigungen, unangebrachte Neugier und Kommentare sind ebenfalls geschilderte Erfahrungen (Sauer et al. 2019, Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2017). Ferner wird in Einzelfällen immer wieder berichtet, dass der Zugang zu Behandlungen mit Verweis auf die Trans*geschlechtlichkeit komplett verwehrt oder bestimmte Leistungen verweigert werden. Versorgungslücken führen daher zu längeren Wartezeiten und Fahrtwegen, um einen Termin bei einer*m der wenigen sensibilisierten Behandler*innen wahrzunehmen.

Abrechnung von geschlechtsspezifischen Leistungen: Seit 2019 besteht nach einer Änderung des Bewertungsausschusses die Möglichkeit, „geschlechtsspezifische[n] Leistungen“ und „geschlechtsbezogene[n] Befunde“ unabhängig vom Personenstand abzurechnen (Bewertungsausschuss 2019). Größtenteils wissen Ärzt*innen nicht, wie sie geschlechtsspezifische Leistungen für trans* und nicht-binäre Personen abrechnen sollen.

Geschlechtsspezifische Unterbringung bei stationären Aufenthalten: Trans* und nicht-binäre Patient*innen müssen damit rechnen, mit oder ohne amtlich geändertem Personenstand willkürlich in einem Zimmer untergebracht zu werden, welches nicht ihrem Geschlecht entspricht. Dabei kommt es häufig zu Zwangsausweisungen und die Behandlung wird nicht selten abgebrochen.

Diese strukturell und institutionell verankerten Ursachen für Diskriminierung zeigen sich insbesondere in Fachbereichen, in denen sich trans* Personen physisch, emotional oder seelisch entblößen müssen. Zu diesen Bereichen zählen, neben

gynäkologischer und urologischer Versorgung, Physiotherapie oder Psychotherapie (Sauer et al. 2019).

2.3 Situation von mehrfachdiskriminierten und besonders marginalisierten Gruppen

Trans* Personen machen unterschiedliche (Diskriminierungs-)Erfahrungen, je nachdem, ob sie trans*weiblich, trans*männlich oder nicht-binär sind. Erfahrungen von Benachteiligung sind darüber hinaus u.a. von Diskriminierung aufgrund von Alter, körperlicher und/oder psychischer Behinderung, chronischer Erkrankung, Klasse, rassistischer Zuschreibung, antisemitischer Zuschreibung, Herkunft, Sprache, Religion und sexueller Orientierung beeinflusst. Wenn eine Person mit Blick auf mehrere dieser genannten Merkmale benachteiligt wird, äußert sich diese Mehrfachdiskriminierung vielfach nicht als „doppelte“ oder „dreifache“ Diskriminierung, sondern als spezifischer Ausschluss oder Benachteiligung (intersektionale Diskriminierung). Geschlecht als ein Merkmal künstlich herauszugreifen, stellt Lebensrealitäten verkürzt dar. Mehrfachdiskriminierung und Marginalisierung beeinflussen die Gesundheitsversorgung von trans* Personen. Zugänge sind erschwert oder nicht vorhanden. Dies wirkt sich deutlich negativ auf Gesundheit und Lebensqualität von mehrfachdiskriminierten Personen aus.

Im Folgenden wird exemplarisch und unvollständig aufgezeigt, wie sich die Situation von trans* und nicht-binären Personen im Gesundheitswesen darstellt, die aufgrund verschiedener Merkmale diskriminiert werden und/oder im Zusammenhang mit ihrer Lebenssituation als Sexarbeiter*innen oder Gefängnisinsass*innen Marginalisierung erfahren.

Nicht-binäre Personen

Über 30% aller trans* Personen identifizieren sich nicht ausschließlich als männlich oder weiblich (James et al. 2016). Um geschlechtsangleichende Maßnahmen zu beantragen, ist dennoch nach der MDS-Begutachtungsanleitung die Diagnose „Transsexualismus“ (F64.0 in der ICD-10) Voraussetzung. Für nicht-binäre Personen gibt es keine Regelung, ob und unter welchen Voraussetzungen eine Kostenübernahme von Leistungen möglich wäre. In der Regel fallen Anträge auf Kostenübernahme daher mit dem Hinweis auf die Begutachtungsanleitung negativ aus. Somit werden nicht-binäre Menschen strukturell und faktisch von transitionsspezifischen Leistungen ausgeschlossen. Bezüglich Leistungen, die Ärzt*innen direkt verordnen können, sind sie darauf angewiesen, dass die jeweiligen Leistungserbringer*innen nicht-binäre Identitäten anerkennen und – wie in den S3-Leitlinien empfohlen – Zugang zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen ermöglichen.

Auch im Bereich der Regelversorgung erleben nicht-binäre Personen vielfach Diskriminierung (siehe Abschnitt „Diskriminierungserfahrungen in der Regelgesundheitsversorgung“ auf S. 13 f.).

Heranwachsende trans* Minderjährige

Trans* und nicht-binäre Heranwachsende, welche in ihrem Umfeld Unterstützung erfahren, zeigen sich ähnlich psychisch belastet wie ihre cis-geschlechtlichen Peers (Olson et al. 2016). Ohne Unterstützung und Akzeptanz stellen sie jedoch eine besonders vulnerable Gruppe dar. Das Suizidrisiko liegt bei trans* Jugendlichen deutlich höher als bei cis-geschlechtlichen Gleichaltrigen (Plöderl 2016, Motmans 2010, Grant 2010, Whittle 2008). Auch ist davon auszugehen, dass die Wahrscheinlichkeit wohnungslos zu werden, deutlich erhöht ist (Durso et al. 2012). Dieser erhöhten Verletzlichkeit steht eine skandalisierende und dramatisierende Medienberichterstattung gegenüber. Verzerrte Darstellungen und Falschinformationen über die Trans*gesundheitsversorgung im Jugendalter werden verbreitet, was zusätzlichen Druck auf heranwachsende trans* Minderjährige ausübt. Eine fachliche, medizinethische und menschenrechtsbasierte Diskussion, wie trans* Jugendliche bestmöglich in ihrer medizinischen Transition begleitet werden können, wird durch den aufgeheizten Diskurs erschwert.

Bezogen auf die transitionsspezifische Gesundheitsversorgung liegen für heranwachsende Minderjährige in Deutschland aktuell keine wissenschaftlichen Leitlinien, die den Zugang zur trans*spezifischen Gesundheitsversorgung regeln, vor. Leitlinien für die Begleitung von minderjährigen trans* Personen befinden sich in der Entwicklung und werden voraussichtlich 2023 durch die AWMF veröffentlicht. Unter diesen Umständen bleiben die Versorgungsentscheidung und Regelungen

zur Kostenübernahme willkürlich. Heranwachsende Minderjährige sind auf den guten Willen von Sorgeberechtigten und medizinischem Fachpersonal angewiesen (Sauer/Meyer 2017). Mit Zustimmung der Eltern können heranwachsende trans* Minderjährige sogenannte Pubertätsblocker (GnRH-Analoga) erhalten, um die geschlechtsbezogenen Entwicklungen zurückzustellen und zu einem späteren Zeitpunkt ggf. mit einer Hormontherapie zu beginnen. Geschlechtsangleichende Operationen können im Regelfall erst ab dem 18. Lebensjahr beantragt werden. Generell stellt sich die Frage der transitionsspezifischen Gesundheitsversorgung erst ab dem Jugendalter. Kinder im vorpubertären Alter können nicht medizinisch transitionieren.

Mit Blick auf die Regelgesundheitsversorgung wird deutlich, dass trans* Jugendliche ebenfalls von der mangelnden Sensibilisierung unter Ärzt*innen betroffen sind. 27% der trans* Personen berichteten in einer Umfrage unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen über den Kontakt mit medizinischem Fachpersonal, dass dieses schlecht oder gar nicht über Trans*geschlechtlichkeit informiert gewesen sei (Krell/Oldemeier 2015). Das ist besonders in Krisenmomenten fatal, wenn Betroffene Unterstützung suchen, jedoch stattdessen erneut Diskriminierung und Abwertung erleben.

Trans* Personen, die behindert werden

Die Lebensrealität von Menschen, die behindert werden, kann sehr unterschiedlich sein. Eine Befragung unter Personen, die behindert werden, zeigt, dass Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem insgesamt weit verbreitet sind (Beigang et al. 2017): Barrierefreier Zugang zu Ärzt*innenpraxen und eine an verschiedene Körper angepasste Ausstattung ist i.d.R. nicht vorhanden und es mangelt an Fachwissen. Ärzt*innen weisen Menschen mit Lernschwierigkeiten überproportional häufig ab. Zudem werden geäußerte Symptome häufig in Frage gestellt (Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2021).

Diese behindertenfeindlichen Erfahrungen verweben sich mit Diskriminierungserfahrungen, die alle trans* Personen in der Regelgesundheitsversorgung machen und führen zu spezifischen Ausschlüssen und Benachteiligungen (Gale 2017): Es gibt wenig Behandler*innen mit Fachwissen. Personen mit Lernschwierigkeiten werden oft nicht ernst genommen, wenn sie über ihre Trans*geschlechtlichkeit sprechen. Menschen, die sich in Betreuungs- und Pflegeverhältnissen befinden, haben zudem erschwerten Zugang zu transitionsspezifischer Gesundheitsversorgung. Unterliegt der Bereich Gesundheit einer*m Vormünd*in, sind sie vom Wohlwollen der Bevollmächtigten abhängig. Von Ärzt*innen wird transitionsspezifische Gesundheitsversorgung teilweise unter dem Vorwand von „somatischen“ Gründen abgelehnt.

Ältere trans* Personen

Trans* und nicht-binäre Menschen sind besonders häufig von Altersarmut betroffen. Dies wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus (Appenroth, 2021, Appenroth/Castro Varela 2019). Die Situation von alten Menschen, die auf Pflege angewiesen sind, überschneidet sich teilweise mit der von Menschen, die behindert werden und ebenfalls auf Pflege angewiesen sind. Sie befinden sich in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Pflegepersonal. Wie wird beim Waschen und Anziehen mit trans* Körpern umgegangen? Was wird wie benannt und kommentiert? Die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals, unzureichendes Wissen, fehlende Sensibilität und Kompetenzen führen dazu, dass trans* Personen in Pflegeeinrichtungen Diskriminierungserfahrungen machen (Appenroth/Lottmann 2019). Gleichzeitig leben viele ältere trans* Personen isoliert, wodurch sich Einsamkeit und deren psychischen Folgeerscheinungen verstärken (ebd.).

Trans* Personen mit Rassismuserfahrung

Im direkten Kontakt mit Mediziner*innen wird regelmäßig über rassistische Mikroaggressionen berichtet, die den Zugang zum Gesundheitssystem für Schwarze Personen und Personen of Color erschweren und einschränken (LesMigraS 2012). Schwarze Personen und Personen of Color werden weniger ernst genommen, wenn sie über Gesundheitsbeschwerden berichten und Falschdiagnosen sind häufiger. Auf institutioneller Ebene zeigen sich rassistische Ausschlüsse beispielsweise in der medizinischen Forschung. Medikamente und medizinische Verfahren werden insbesondere für die Bedarfe von cis-geschlechtlichen, weißen Männern getestet und entwickelt (Wagner et al. 2020). Bestimmte Laser- oder IPL-Haarentfernungsgeräte funktionieren beispielsweise nur bei „hellerer Pigmentierung“ und in Kombination mit „dunklen Haaren“. Daher ist es Schwarzen trans* Personen und trans* Personen of Color häufig nur möglich, für die Entfernung von Gesichtsbehaarung auf die Nadelepilation zurückzugreifen, welche noch seltener als Laserepilation angeboten wird (Siehe S. 11).

Ein anderes Beispiel betrifft chirurgische Eingriffe bei geschlechtsangleichenden Operationen. Wenn Chirurg*innen Fotos von beispielhaften OP-Resultaten zur Verfügung stellen, bildet die überwiegende Mehrheit nur Körper weißer Menschen ab. So wird es Schwarzen Personen und Personen of Color erschwert, sich angemessen darüber zu informieren, welche OP-Resultate sie erwarten können. Auch dass u.a. Schwarze Personen eine höhere Wahrscheinlichkeit für die Bildung von Keloiden (wuchernde, tumorartige Narben) als weiße Personen haben (Kelly/Bayat 2016) wird unzureichend in Patient*innengesprächen berücksichtigt.

Trans* Personen mit Fluchterfahrung

Für geflüchtete trans* Personen ist die Frage entscheidend, ob überhaupt Zugang zur Regelgesundheitsversorgung sowie transitionsspezifischer Versorgung besteht. Asylbewerber*innen, die nach § 1 Abs. 3 AsylbLG (Asylbewerberleistungsgesetz) Grundleistungen erhalten, haben i.d.R. erst nach mindestens 18 Monaten Aufenthalt Anspruch auf Leistungen im Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Davor erhalten sie nach §§ 4, 6 AsylbLG ärztliche Leistungen nur bei akuten Erkrankungen, Schmerzzuständen oder Schwangerschaft. Transitionsspezifische Gesundheitsversorgung wird in dem Zeitraum in den meisten Fällen nicht übernommen. Ausnahme ist, dass eine bereits begonnene Hormonbehandlung weitergeführt werden kann. (Transitionsbegleitende) Psychotherapie fällt nicht unter eine „Notfallbehandlung“ und kann daher erst nach 18 Monaten in Anspruch genommen werden

Für geflüchtete trans* Personen bedeutet dies, dass eine Transition zum Teil sehr lange aufgeschoben, unterbrochen oder selbstständig ohne medizinische Begleitung durchgeführt werden muss. Zusätzlich sind Sprachbarrieren im Kontakt mit allen Vertreter*innen des Gesundheitswesens eine große Hürde.

Trans* Personen in Haft

Die (transitionsspezifische) Gesundheitsversorgung im Justizvollzugssystem ist unzureichend. Trans* Personen in Haft erhalten nur in Ausnahmefällen Zugang zu einer transitionsbegleitenden Psychotherapie, die wiederum Voraussetzung für die Kostenübernahme für geschlechtsangleichende medizinische Behandlungen ist. Besonders der Zugang zu Hormonpräparaten ist erschwert. Gleiches gilt für Hilfsmittel wie Epithesen oder Make-Up. Auch der Zugang zur Regelgesundheitsversorgung und Angeboten, welche die sexuelle Gesundheit fördern, ist unzureichend.

Mit Ausnahme von Berlin und Hessen gelten in der Mehrheit der deutschen Bundesländer in den Justizvollzugsanstalten keine Regelungen für die Abweichung vom sogenannten Trennungsgrundsatz für trans*, inter und nicht-binäre Gefangene. Die Unterbringung erfolgt anhand des amtlichen oder bei der Geburt zugewiesenen Geschlechtseintrags ohne Rücksicht auf das erhöhte Diskriminierungsrisiko von trans* Person allgemein und stellt ein Gesundheitsrisiko dar. Gewalt durch Mitinsass*innen und Personal gefährden die Gesundheit von trans* und nicht-binären Personen in Haft (Maycock 2020).

Trans* Sexarbeiter*innen

In Deutschland und weltweit erfahren (trans*) Sexarbeiter*innen weiterhin Stigmatisierung und sind besonders gefährdet schwerwiegende bis tödliche Formen von Hasskriminalität zu erfahren (TGEU 2022). Sexarbeiter*innen gelten neben Personen in Haft, Konsument*innen injizierter Drogen, „Männern, die Sex mit Männern haben“ und trans* Personen allgemein als besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen mit Blick auf sexuell übertragbare Infektionen (WHO 2015). Gesundheitliche Versorgung für trans* Sexarbeiter*innen ist unzureichend, da viele Angebote, welche sexuelle Gesundheit fördern, als Zielgruppe cis-schwule und -bisexuelle Männer priorisieren und es kein flächendeckendes Netz an zugänglichen und trans*sensiblen Test- und Beratungsstellen gibt. Die Registrierung bei Gesundheitsämtern stellt in Deutschland eine zusätzliche Barriere für trans* Sexarbeiter*innen dar, da hier neben einer möglichen Stigmatisierungserfahrung als Sexarbeiter*in durch ein ergänzendes Trans*-Coming-out Diskriminierung besonders wahrscheinlich ist (Transsexworks 2021, Hydra 2017).

3. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR EINE MENSCHENRECHTSBASIERTE GESUNDHEITSVERSORGUNG FÜR TRANS* UND NICHT-BINÄRE PERSONEN

Aus der Darstellung des Status Quo der transsitionsspezifischen und allgemeinen Gesundheitsversorgung für trans* und nicht-binäre Menschen (Kapitel 2) wird der umfassende Handlungsbedarf im Bereich der Gesundheitsversorgung deutlich. Dieser Handlungsbedarf wird durch internationale Menschenrechtsverträge und -resolutionen unterstrichen:

- Der „**International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights**, ICESCR, Sozialpakt“ (1966) verbrieft umfassende, auch gesundheitsbezogene, Menschenrechte. So sind Vertragsstaaten einerseits dazu verpflichtet, „das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an[zuerkennen]“ (ICESCR 1966, Artikel 12). Gleichzeitig sollen „unter Ausschöpfung aller seiner Möglichkeiten Maßnahmen [...] die in

diesem Pakt verkündeten Rechte ohne Diskriminierung hinsichtlich [...] Geschlecht [...] ausgeübt werden“ (ICESCR 1966, Artikel 2).

- Deutlich formulieren die **„Yogyakarta Prinzipien plus 10“** (YP + 10) – als zusätzliche Prinzipien zur Anwendung internationaler Menschenrechte bezogen auf sexuelle Orientierung und geschlechtliche Vielfalt – eine Empfehlung zur Gesundheitsversorgung. So sollen die UN-Mitgliedsstaaten sicherstellen, dass „der bestmögliche Standard einer geschlechtsaffirmativen Gesundheitsversorgung auf der Grundlage der vorherigen, freien und informierten Zustimmung der Betroffenen möglich ist“ (YP + 10, Prinzip 17).
- Die **Resolution 2048 zur „Diskriminierung von trans* Personen in Europa“** der Parlamentarischen Versammlung des Europarats fordert einen diskriminierungsfreien und menschenrechtsbasierten Zugang zur allgemeinen und transitionsspezifischen Gesundheitsversorgung (Parliamentary Assembly 2015, Abs. 1, 6.1.5., 6.3., 6.4.2.). Konkret werden folgende Aspekte für die transitionsspezifische Gesundheitsversorgung genannt: Zugang zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen (Hormontherapie, geschlechtsangleichende Operationen und psychosoziale Unterstützung) sowie die Kostenübernahme dieser durch den gesetzlichen Versicherungsträger (Abs. 6.3.1.), Förderung von Suizidprävention und Einführung von Modellen der informierten Zustimmung (Abs. 6.3.2.) sowie Abbau von Stigmatisierung und Psychopathologisierung in der Behandlung (Abs. 6.3.3.).

Menschenrechtsbasierte Prinzipien: Sozialpakt Yogyakarta-Prinzipien plus 10 Resolution 2048	Diskriminierungsfreier und menschenrechtsbasierter Zugang zur allgemeinen und transitionsspezifischen Gesundheitsversorgung
	Kostenübernahme geschlechtsangleichender Maßnahmen durch den gesetzlichen Versicherungsträger und Abbau von Stigmatisierung und Psychopathologisierung in der Behandlung
	Bestmöglicher Standard einer geschlechtsaffirmativen Gesundheitsversorgung auf der Grundlage der vorherigen, freien und informierten Zustimmung

Um diesen Empfehlungen Rechnung zu tragen, hat die Europäische Kommission im November 2020 ein Strategiepapier vorgelegt: „Eine Union der Gleichheit: Strategie für die Gleichstellung von LGBTIQ“ (Europäische Kommission 2020). In diesem wird neben den genannten Aspekten die Förderung und Evaluation der Gesundheitsversorgung von LSBTIQ*-Personen als Handlungsfeld formuliert und auf die Versorgungslücken von trans* Personen hingewiesen.

3.1 Handlungsempfehlungen für die transitionsspezifische Gesundheitsversorgung

I) **Sicherstellung der Kostenübernahme von geschlechtsangleichenden Maßnahmen durch Versicherungsträger**

Aufgrund der Einführung der ICD-11 und der damit einhergehenden Einführung der Diagnose „Geschlechtsinkongruenz“ ist eine schnellstmögliche Überarbeitung der bisherigen Begutachtungsanleitung „Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0)“ notwendig. Diese Überarbeitung soll mit Beteiligung von Trans*selbstvertretungsorganisationen sowie Vertreter*innen der AWMF gestaltet werden. Aktuelle Grundlagen wissenschaftlicher und evidenzbasierter Forschungen zu geschlechtlicher Vielfalt sind dabei zu berücksichtigen wie beispielsweise die S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit“ (AWMF 2018) oder die „Standards of Care. Version 8“ der World Professional Association for Transgender Health (WPATH 2022). Darüber hinaus sind für die wegweisende Überarbeitung folgende Kriterien ausschlaggebend:

- Explizite Berücksichtigung transitionsbezogener Bedarfe in der Gesundheitsversorgung von nicht-binären Personen sowie von minderjährigen trans* und nicht-binären Personen (siehe Handlungsempfehlungen II & III)
- Erfüllung von sozialrechtlichen Vorgaben, insbesondere des Gebots der Wissenschaftlichkeit (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V) sowie des Gebots der Wirtschaftlichkeit, Angemessenheit, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit (§ 12 Abs. 1 sowie § 70 Abs. 1 SGB V) von Behandlungsleistungen
- Streichung von Alltagstest und Psychotherapie als Voraussetzung für die Kostenübernahme

- Schaffung eines niedrigschwelligen Zugangs zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen bei gleichzeitiger Stabilisierung von psychischen Komorbiditäten

II) Einschluss von nicht-binären Personen bei Anspruch auf Leistungen entsprechend der anspruchsbegründenden Diagnose

Der Ausschluss von nicht-binären Personen von der Kostenübernahme widerspricht wissenschaftlichen und medizinethischen Standards. Binäre wie nicht-binäre trans* Personen sollen Zugang zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen haben. Im Erwachsenenalter soll auch Intergeschlechtlichkeit kein Ausschlusskriterium sein, wenn die Kriterien für eine Geschlechtsinkongruenz nach ICD-11 erfüllt sind.

III) Einschluss von minderjährigen Personen bei Anspruch auf Leistungen

Minderjährige trans* und nicht-binäre Personen brauchen Zugang zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen wie Pubertätsblockern, Hormontherapie und in seltenen Fällen Operationen. Ein Anspruch auf Leistungen muss geregelt sein, damit die Zugänglichkeit der Maßnahmen gegeben ist.

IV) Sicherstellung der Qualität der Maßnahmen nach wissenschaftlichen Standards (§ 70 SGB V)

Geschlechtsangleichende Maßnahmen sollen nach aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Standards durchgeführt werden. Es bedarf der kontinuierlichen Überarbeitung bzw. Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien für alle Versorgungsbereiche. Um die Gesundheit von trans* und nicht-binären Personen zu fördern, ist (weitere) Forschung notwendig, damit beispielsweise mögliche Langzeitfolgen von geschlechtsangleichenden Maßnahmen untersucht werden.

V) Sicherstellung der transitionsspezifischen Versorgung durch flächendeckenden Ausbau der Versorgungslandschaft

Es besteht ein großes Stadt-Land-Gefälle in der transitionsspezifischen Gesundheitsversorgung. Um eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen, ist die Umsetzung folgender Maßnahmen empfohlen:

- Einbeziehung weiterer Fachärzt*innen sowie Allgemeinmediziner*innen in die transitionsspezifische Versorgung (z.B. bei Hormontherapie)
- Ausbau der Telemedizin

- Vergabe von Sonderbedarfszulassungen für die psychotherapeutische Versorgung
- Berücksichtigung der transitionsspezifischen Versorgung bei der Ausweisung von Kassensitzen in allen ärztlichen Fachbereichen sowie in der Psychotherapie

VI) Aus- und Weiterbildung von medizinischen Fachkräften und Versicherungsträgern

Behandler*innen, die sich durch jahrelange Erfahrung als fachkundig und trans*-kompetent erweisen, haben häufig monate-, teilweise jahrelange Wartezeiten. Anderen wiederum fehlt Handlungssicherheit, um eine Transition medizinisch zu begleiten. Dadurch entsteht Unterversorgung oder eine Versorgung mit unzureichender Qualität. Inhalte zu geschlechtlicher Vielfalt und zur transitionsspezifischen Gesundheitsversorgung müssen in der Aus- und Weiterbildung für Mediziner*innen und Psychotherapeut*innen verankert werden, damit dieser Zustand verändert wird. Neben Leistungserbringer*innen sind auch Fachkräfte der Versicherungsträger und Gesundheitsämter weiter- und fortzubilden, damit diese diskriminierungsfrei gegenüber den Behandlungssuchenden auftreten und zur Gesundheitsförderung mit beitragen können.

VII) Partizipation von trans* und nicht-binären Personen in Forschung, Gesetzgebung und Leitlinienerstellung

Um die Gesundheit von trans* Personen langfristig zu fördern, sind Forschung, die Erarbeitung und Weiterentwicklung von Leitlinien und rechtliche Anpassungen notwendig. Damit Forschung, Leitlinien und Gesetzesänderungen wirklich zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung beitragen, sind Trans*selbstvertretungsorganisationen und einzelne trans* Personen mit inhaltlicher Expertise maßgeblich zu beteiligen und frühzeitig einzubinden.

VIII) Verankerung der transitionsspezifischen Versorgung im SGB V

In Argentinien ist die Übernahme von Kosten von geschlechtsangleichenden Maßnahmen durch Krankenversicherungsträger seit 2011 möglich – ohne Begutachtung oder pathologisierende Verfahren (Fundación Huésped 2014, Nasif Salum 2012). Die einzige Voraussetzung ist die vollinformierte Zustimmung der trans* Personen über ein fachärztliches Aufklärungsgespräch. Einzig bei trans* Heranwachsenden, die chirurgische Maßnahmen in Anspruch nehmen, wird ein Jugendgericht hinzugezogen.

Neben Argentinien haben auch Malta und einige spanische Kommunen ähnlich progressive Gesetzgebungen und können als Vorbild für eine Gesetzgebung dienen (TGEU 2019). Der Zugang zur transitionsspezifischen Versorgung in Deutschland ist hochschwellig und pathologisierend gestaltet. Um menschenrechtsbasierte Empfehlungen umzusetzen und einen entpsychopathologisierenden Zugang zur transitionsspezifischen Gesundheitsversorgung auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand zu ermöglichen, braucht es Anpassungen im SGB V.

3.2 Handlungsempfehlungen für die Regelgesundheitsversorgung

Im Bereich der Regelgesundheitsversorgung ergeben sich die folgenden Handlungsfelder, um eine diskriminierungsarme Versorgung für trans* Personen sicherzustellen:

IX) Schutz vor Diskriminierung und Gewalt im Gesundheitswesen

Trans* Personen erfahren im Gesundheitswesen vielfach Diskriminierung. Damit das Recht auf eine menschenwürdige und respektvolle Behandlung gewahrt bleibt, müssen mindestens folgende Mindeststandards in der Behandlung erfüllt sein:

- Anerkennung von Diskriminierungserfahrungen
- Anspruch auf eine individualisierte Versorgung
- Abwesenheit von Fehlbehandlungen, Diskriminierung und Gewalt
- Respekt für selbstgewählte Namen und Pronomen
- Respekt und Schutz der Privatsphäre
- Anerkennung der behandelten Person als Expert*in für den eigenen Körper und die eigene Identität
- Behandlungen nur nach dem Prinzip der geteilten Entscheidungsfindung („Shared Decision-Making“)

Bei einer Verletzung dieser Prinzipien und nach Diskriminierungserfahrung braucht es unabhängige Beratungs- und Beschwerdestellen, welche für die Anliegen und Bedarfe von trans* Personen sensibilisiert sind. Darüber hinaus bedarf es auf rechtlicher Ebene einer Stärkung des Antidiskriminierungsschutzes im Gesundheitssystem sowie die Einführung eines Verbandsklagerechts auf Bundesebene.

x) Aus- und Fortbildung: Trans*kompetenz in Curricula verankern

Trans*kompetenz ist ein Querschnittsthema in Medizin, Psychotherapie und Pflege, um spezifisches Wissen zu vermitteln, das einen respektvollen und kompetenten Umgang mit trans* Patient*innen ermöglicht. Nur mit trans*spezifischen Kenntnissen und einer geschlechtsaffirmativen Haltung lässt sich eine diskriminierungssensible Versorgung erreichen. Daher müssen Curricula in Studium, Ausbildung sowie in Weiterbildungsmodulen um trans*bezogene Inhalte im rechtlichen, medizinischen und gesundheitlichen Bereich ergänzt werden. Diese Erweiterung von Curricula soll in Kooperation mit Trans*selbstvertretungsorganisationen und mit Bezug auf bereits etablierte Fortbildungsmodule zu geschlechtlicher (und sexueller) Vielfalt erfolgen.

xi) Abbau von Zugangsbarrieren

Um Wissen über trans*kompetente Versorger*innen zu verbreiten und eine diskriminierungssensible Versorgung in der Praxis zugänglicher zu machen, sind folgende Maßnahmen zur Vernetzung und (digitalen) Informationsaufbereitung empfehlenswert:

- Informationen über trans*kompetente Versorger*innen sollen in einfacher Sprache und über verschiedene Wege (analog/digital) verfügbar gemacht werden. Dies könnte über die Förderung einer online zugänglichen Datenbank (analog zum BMFSFJ geförderten Projekt des „Regenbogenportals“ Beratungsstellen) umgesetzt werden.
- Eine inklusive, digitale Gesundheitsinfrastruktur soll gefördert werden. Dies beinhaltet die Implementierung von barrierearmer Software, welche niedrigschwellig die Möglichkeit zulässt, den Geschlechtseintrag und Vornamen zu ändern und nicht-binäre Geschlechtsoptionen vorsieht.
- Die Vernetzung von trans*kompetenten und transitionsspezifischen Versorger*innen soll aufgebaut werden, damit eine Weitervermittlung zu entsprechenden Fachkräften möglich ist.

XII) Ausbau von trans*- und nicht-binär-affirmativer Psychotherapie

Der Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung ist unter trans* Personen aufgrund des Minoritätenstresses und der gesellschaftlichen Diskriminierung, die trans* und nicht-binäre Personen erleben, weiterhin erheblich. Die bestehende Lücke in der psychotherapeutischen Versorgung soll durch Sonderbedarfszulassungen sowie durch „außervertragliche Psychotherapie“ und Kostenerstattungsverfahren so weit wie möglich geschlossen werden.

XIII) Anspruch auf community-basierte Beratung

Community-basierte Beratung leistet wichtige Unterstützung in der persönlichen Auseinandersetzung mit der eigenen Geschlechtsinkongruenz, Sexualität, Gesundheit, dem eigenen Coming-out und weiteren Themen. In der Beratung erhalten Ratsuchende einen Austauschraum zu verschiedenen Fragen rund um Transition und Detransition. Für qualitätsvolle und flächendeckende Beratungsangebote bedarf es:

- Einer nachhaltigen, kontinuierlichen Förderung von Selbstvertretungsorganisationen und community-basierten Beratungsstellen.
- Der Ermutigung anderer (psychosozialer) Beratungsstellen, sich trans*kompetent fortzubilden, um community-basierte Beratungsstellen zu entlasten und Unterstützung bei spezifischen Beratungsanliegen anzubieten.³

XIV) Förderung der sexuellen Gesundheit von trans* Personen

Viele Beratungsstellen, die sich im Feld der sexuellen Gesundheit und HIV-/STI-Prävention engagieren, sind insbesondere auf cis Männer, die Sex mit cis Männern haben (MSM), eingestellt. Um die sexuelle Gesundheit von trans* Personen zu fördern und zu erhalten, braucht es daher:

- Berücksichtigung der Bedarfe von trans* Personen in Beratungs-/Präventionsangeboten, HIV-/STI-Testungen, Aufklärungsmaterialien und weiteren Angeboten, die die sexuelle Gesundheit betreffen
- Sensibilisierung bezüglich unterschiedlicher Körper und der Vielfalt von sexuellen Praktiken, die dadurch möglich sind

³ Dies gilt insbesondere auch für Heranwachsende, Menschen in Haft, geflüchtete Personen, chronisch-krank, alte und pflegebedürftige Menschen sowie Menschen mit Behinderung.

- Kostenübernahme von Testungen unabhängig vom Geschlechtseintrag
- Stärkung der Trans*kompetenz von gynäkologischen und andrologischen Versorgungsangeboten

xv) Unterstützung bei Kinderwunsch und Familienplanung

Trans* und nicht-binäre Personen erfahren sehr häufig Diskriminierung bei der Verwirklichung ihres Kinderwunsches (Salden/Netzwerk queere Schwangerschaften 2022). Damit diese Benachteiligung bei der Familienplanung abgebaut wird, bedarf es:

- Kostenübernahme von Kryokonservierung vor, während oder nach transitionsspezifischen Maßnahmen unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Standards
- Kostenübernahme für reproduktive Maßnahmen im gleichen Maße wie für heterosexuelle, cis-geschlechtliche (Ehe-)Paare
- Berücksichtigung der Perspektive von trans* Personen mit Kinderwunsch oder schwangeren trans* Personen in Aufklärungsmaterialien und Geburtsvorbereitungskursen
- Stärkung der Trans*kompetenz von Gynäkolog*innen, Kinderwunschzentren, Hebammen und weiteren medizinischen Fachkräften im Bereich der Geburtshilfe und Gynäkologie über Studium, Aus- und Weiterbildung

xvi) Partizipative trans*spezifische Forschungsvorhaben fördern

Um trans*spezifisches Wissen in der Regelgesundheitsversorgung aufzubauen und zu erweitern, ist Forschung notwendig. Diese Forschung soll sich an folgenden Qualitätskriterien ausrichten:

- Partizipation von Selbstvertretungsorganisationen in allen Stadien des Forschungsvorhabens
- Gesundheitsförderung und Steigerung der Lebensqualität von trans* Personen als langfristiges Forschungsziel
- Berücksichtigung von binären wie nicht-binären Trans*identitäten

3.3 Spezifische Handlungsempfehlungen für mehrfachdiskriminierte und besonders marginalisierte Gruppen

Gemäß des ICESCR (1966), der Resolution 2048 (Parliamentary Assembly 2015) und den Yogyakarta-Prinzipien (YP + 10) muss Gesundheitsversorgung frei von Diskriminierung für alle zugänglich sein. Im Folgenden werden spezifische Handlungsempfehlungen vorgestellt, welche die Bedarfe von mehrfachdiskriminierten und besonders marginalisierten Gruppen aufgreifen. Bei der weiteren Ausformulierung und Umsetzung ist es notwendig, entsprechende Selbstvertretungsorganisationen zu beteiligen, die sich gegen die beschriebenen Formen von Diskriminierung einsetzen. In den obigen Unterkapiteln formulierte Handlungsempfehlungen wie die Aus- und Weiterbildung von Fachkräften und Versicherungsträgern oder der Anspruch auf community-basierte Beratung gelten hier nach wie vor.

Nicht-binäre Personen

In einem Gesundheitssystem, das fast ausschließlich zweigeschlechtlich organisiert ist, erleben nicht-binäre Personen große Hürden. Für eine diskriminierungsarme, menschenrechtsbasierte Versorgung sind daher folgende Empfehlungen umzusetzen, welche Zugangshürden sowohl für binäre wie nicht-binäre trans* Personen abbauen:

- **Berücksichtigung von nicht-binären Personen als Patient*innen:** Dies bedeutet in der Praxis u.a. die Einrichtung von geschlechterinklusive Sanitäreinrichtungen und geschlechterinklusive Zimmereinteilung in stationären Kontexten. Dies beinhaltet auch die Einführung von nicht-binären Geschlechtseinträgen in der Patient*innenverwaltung sowie die Verwendung geschlechterinklusive Formulierungen in Informationsmaterialien.
- **Überprüfung der Verwendung von binärgeschlechtlichen Referenzwerten:** Medizinische Referenzwerte orientieren sich an der Zweigeschlechterordnung. Diese Referenzwerte können nicht auf die Versorgungsbedürfnisse von trans* und nicht-binären Personen übertragen werden. Zur Vermeidung einer Fehlversorgung soll im Einzelfall geprüft werden, inwieweit eine Orientierung an Referenzwerten gewünscht oder überhaupt möglich ist.
- **Zugang zu geschlechtsspezifischer Gesundheitsversorgung:** Fachärzt*innen wie Gynäkolog*innen, Urolog*innen oder Andro-

log*innen müssen insbesondere für geschlechtliche Vielfalt sensibilisiert werden, sodass eine medizinische Versorgung mit Blick auf die vorliegende Anatomie der Patient*innen und nicht nach Geschlechtseintrag stattfindet. Dabei muss ebenfalls sichergestellt werden, dass Ärzt*innen wissen, wie sie geschlechtsspezifische Leistungen abrechnen können.

Heranwachsende trans* Minderjährige

Heranwachsende trans* Minderjährige haben ein Recht darauf, die eigene Geschlechtsidentität zu leben und – sofern gewünscht – eine medizinische Transition zu beginnen. Dies dient der Gesundheitsförderung und soll durch die Umsetzung der folgenden Empfehlungen stärker ermöglicht werden:

- **Beteiligung an Entscheidungsprozessen:** Heranwachsende Minderjährige sollen vollumfänglich angehört, informiert und in ihrer Einwilligungsfähigkeit respektiert werden. Bei nicht-vorhandener Einwilligungsfähigkeit gilt es diese zu stärken, damit sie kompetente Entscheidungen, evtl. gemeinsam mit ihren Sorgeberechtigten für oder gegen medizinische Maßnahmen treffen können.
- **Verfügbarkeit von Informationsmaterialien:** Die Erstellung und Verbreitung von gesundheitlichen Informationsmaterialien (digital und analog) für heranwachsende trans* Personen soll gefördert werden, damit relevantes Wissen für diese Altersgruppe zugänglich ist.

Trans* Personen, die behindert werden

Zugänge zur Gesundheitsversorgung sind für trans* Personen, die behindert werden, aufgrund der geschlechtlichen Identität und Behinderung erschwert. Um Barrieren abzubauen, ist die Umsetzung dieser Empfehlungen notwendig:

- **Barrierearmut von Räumlichkeiten und Ausstattungen:** Räumlichkeiten und Ausstattungen sollen an die Bedarfe von trans* Personen, die behindert werden, angepasst werden. Um Isolation vorzubeugen und Zugang zu ermöglichen, sind auch community-basierte Beratungsstellen im Abbau von Barrieren zu unterstützen.
- **Abbau von sprachlichen Barrieren:** Information über Gesundheitsversorgung soll in leichter Sprache verfügbar sein. Gebärdensprachdolmetschung soll hürdenarm bewilligt werden. Dol-

metscher*innen sollen für das Thema geschlechtliche Vielfalt sensibilisiert werden.

- **Partizipation:** Trans* Menschen, die behindert werden, sollen in der weiteren Entwicklung von Maßnahmen zum Abbau von Barrieren im Gesundheitswesen miteinbezogen werden.

Trans* Personen im höheren Alter und in Betreuungsverhältnissen

Trans* Personen im höheren Alter und in Betreuungsverhältnissen sind besonders auf die Regelgesundheitsversorgung angewiesen. Gleichzeitig ist ihr Zugang zur transitionsspezifischen Versorgung deutlich erschwert. Damit ihre gesundheitlichen Bedarfe berücksichtigt werden, braucht es die folgenden Maßnahmen:

- **Wahrung des Rechts auf geschlechtliche Selbstbestimmung:** Personen mit eingeschränkter Einwilligungsfähigkeit (beispielsweise aufgrund einer psychischer Erkrankung oder einer kognitiven Einschränkung wie Demenz) wird eine gesetzliche Betreuung zur Seite gestellt. Diese Betreuer*innen müssen trans*kompetent sein, um nach dem Willen der trans* Person zu handeln.
- **Förderung von Forschung und Vernetzung:** Die Schaffung von Qualitätszirkeln im Bereich „Trans* im Alter und Pflege“ soll gefördert werden. Es braucht mehr altersbezogene Forschung, u.a. in Bezug auf Transition und Demenz und chronische Erkrankungen.
- **Stärkung von Qualitätssiegeln:** Einrichtungen der (Alten-)Pflege sollen dazu ermutigt werden, sich mit einem eingeführten Qualitätssiegel für queersensible Pflege zertifizieren zu lassen. ⁴

Trans* Personen mit Rassismuserfahrung

Trans* Personen mit Rassismuserfahrung erleben im Zugang zu sowie in der Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung Barrieren und Diskriminierung, sowohl in der transitionsspezifischen Versorgung als auch in der Regelgesundheitsversorgung. Es bedarf folgender Maßnahmen, um die gesundheitliche Versorgung dieser Gruppe angemessener zu gestalten:

⁴ Beispielhaft für Qualitätssiegel werden hier Projekte der AWO, des Regenbogenschlüssels oder der Schwulenberatung Berlin genannt: <https://queer-im-alter.de/>, <https://www.regenbogenschluessel.de/>, <https://schwulenberatungberlin.de/qualitaetssiegel-lebensort-vielfalt/>

- **Förderung von Forschung und Vernetzung:** Um die Lebensrealitäten und Bedarfe von trans* Personen mit Rassismuserfahrung sichtbar zu machen, braucht es mehr Forschung und eine stärkere Auseinandersetzung mit bereits existierenden (wissenschaftlichen) Arbeiten, Projekten und Initiativen.
- **Partizipation:** Schwarze trans* Personen und trans* Personen of Color sollen in der weiteren Entwicklung von Maßnahmen zum Abbau von rassistischen Diskriminierung im Gesundheitswesen miteinbezogen werden.

Trans Personen mit Fluchterfahrung

Trans* Personen mit Fluchterfahrung und trans* Asylbewerber*innen haben wenig bis kaum Zugang zur Gesundheitsversorgung. Um die Gesundheitsversorgung dieser Bevölkerungsgruppe zu verbessern, ist die Umsetzung der folgenden Maßnahmen dringend geboten:

- **Rechtliche Änderung im AsylbLG:** Im Bereich der Gesundheitsversorgung muss transitionsspezifische Versorgung für geflüchtete Personen über die §§ 4, 6 AsylbLG im Rahmen der „Notfallversorgung“ aufgenommen werden. Die Regelgesundheitsversorgung in den ersten 18 Monaten des Aufenthalts muss gestärkt werden.
- **Angebote von Sprachmittlung:** Eine Abrechnung der Sprachmittlung soll möglichst niedrigschwellig erfolgen können.
- **Stärkung von Angeboten für Personen ohne Papiere:** Die medizinische Versorgung soll für Menschen ohne Krankenversicherung und Papiere gestärkt werden.
- **Anerkennung von geflüchteten trans* Personen als „besonders schutzbedürftig“:** Trans*geschlechtlichkeit soll als Verfolgungsgrund umfänglich anerkannt und Beamt*innen sowie Sachbearbeiter*innen sollen trans*kompetent weitergebildet werden. Durch die Anerkennung als „besonders schutzbedürftig“ müssen geflüchtete trans* Personen ein Recht auf getrennte Unterbringung und Schutz vor Abschiebung haben.

Trans* Personen in Haft

Gesundheit von trans* Menschen in Haft betrifft die Unterbringung, transitions-spezifische Versorgung sowie die allgemeine gesundheitliche Versorgung. Folgende Empfehlungen gilt es dringend umzusetzen, damit die Gesundheitsversorgung von trans* Personen in Haft gestärkt wird:

- **Aufhebung des Trennungsgrundsatzes:** Der Trennungsgrundsatz soll zugunsten einer Entscheidung im Einzelfall aufgehoben werden, wobei die betroffene trans* Person selbst anzuhören ist und über die Unterbringung mitentscheidet. Isolationshaft ist aufgrund ihrer wesentlichen Beeinträchtigung der Gesundheit der Gefangenen in jedem Fall zu vermeiden und nur als letztes Mittel einsetzbar, wenn alle anderen Möglichkeiten der gemeinsamen Unterbringung ausgeschöpft wurden.
- **Zugang zur Gesundheitsversorgung:** Medizinische Versorgung im Maßregelvollzug sowie in Justizvollzugsanstalten soll sich an den spezifischen Bedürfnissen der trans* Insass*innen orientieren. Dies beinhaltet auch den Zugang zu transitionsspezifischen Maßnahmen und Hilfsmitteln, inkl. Kommunikations- und Recherchemitteln wie Telefongesprächen und des Internets, um sich zu Möglichkeiten der Transition zu informieren und Beratungsstellen zu kontaktieren.
- **Stärkung der allgemeinen Versorgung:** Der hohe Belastungsgrad von trans* Personen in Haft, sowie die eingeschränkten Möglichkeiten zur Transition müssen auch in der Stärkung der allgemeinen Versorgung berücksichtigt werden. Hierzu sind folgende Maßnahmen notwendig: Anerkennung von trans* Personen als besonders schutzbedürftige Gruppe; Zusammenarbeit mit externen Vertragsärzt*innen und Telemedizin um kompetente, trans*sensible Gesundheitsversorgung inkl. Zugang zu Präventionsangeboten wie HIV-/STI-Testungen und Versorgung mit Verhütungsmitteln zu gewährleisten; Recht auf die freie Wahl von trans*kompetenten Ärzt*innen, Gutachter*innen und Psychotherapeut*innen.

Trans* Sexarbeiter*innen

Damit die gesundheitliche Versorgung für trans* Sexarbeiter*innen verbessert wird, bedarf es folgender Maßnahmen:

- **Abbau von Stigmatisierung:** Medizinisches Personal soll dahingehend geschult werden, Sexarbeiter*innen eine gleiche Gesundheitsversorgung anzubieten wie anderen Personen auch. Die Stigmatisierung, die durch die Registrierung nach „Prostituiertenschutzgesetz“ (ProstSchG) fortgeführt wird, muss abgebaut werden. Aufklärung durch Beratungsstellen und Gesundheitsämter sowie HIV-/STI-Prävention muss sich an den Bedarfen von (trans*) Sexarbeiter*innen ausrichten (Transsexworks 2021, Hydra 2017).
- **Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu Präventionsangeboten:** Trans* Sexarbeiter*innen, insbesondere mehrfachdiskriminierte Sexarbeiter*innen, fallen aufgrund ihres Aufenthaltsstatus oder ihrer Selbstständigkeit häufig aus (gesetzlichen) Versicherungssystemen heraus. Zugang zur Gesundheitsversorgung und Präventionsangeboten wie HIV-/STI-Testungen und Versorgung mit Verhütungsmitteln muss gerade für diese besonders vulnerable Personengruppe kostenlos und anonym sichergestellt werden.

Handlungsempfehlungen für die transitionsspezifische Versorgung	Sicherstellung der Kostenübernahme von geschlechtsangleichenden Maßnahmen durch Versicherungsträger
	Einschluss von nicht-binären Personen bei Anspruch auf Leistungen entsprechend der anspruchsbegründeten Diagnose
	Einschluss von minderjährigen Personen bei Anspruch auf Leistungen
	Sicherstellung der Qualität (§ 70 SGB V) der Maßnahmen nach wissenschaftlichen Standards
	Sicherstellung der transitionsspezifischen Versorgung durch flächendeckenden Ausbau der Versorgungslandschaft
	Aus- und Weiterbildung von medizinischen Fachkräften und Versicherungsträgern
	Partizipation von trans* und nicht-binären Personen in Forschung, Gesetzgebung und Leitlinienerstellung
	Verankerung der transitionsspezifischen Versorgung im SGB V

Handlungsempfehlungen für die Regelgesundheitsversorgung	Schutz vor Diskriminierung und Gewalt im Gesundheitswesen
	Ausbildung und Fortbildung: Trans*kompetenz in Curricula verankern
	Abbau von Zugangsbarrieren
	Ausbau von trans* und nicht-binär-affirmativer Psychotherapie
	Anspruch auf community-basierte Beratung
	Förderung der sexuellen Gesundheit von trans* Personen
	Unterstützung bei Kinderwunsch und Familienplanung
	Partizipative trans*spezifische Forschungsvorhaben fördern

Handlungsempfehlungen für mehrfach-diskriminierte und marginalisierte Gruppen	Viele trans* Personen werden nicht ausschließlich aufgrund ihrer geschlechtlichen Identität diskriminiert. Daher müssen für verschiedene marginalisierte und mehrfachdiskriminierte Gruppen spezifische Maßnahmen in die Wege geleitet werden, um deren Gesundheitsversorgung nach menschenrechtlichen Prinzipien zu gewährleisten.
	Konkrete Handlungsempfehlungen für mehrfachdiskriminierte und marginalisierte Gruppen finden sich in Kapitel 3.3.

4. ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Es gibt dringenden Handlungsbedarf in der allgemeinen und transitionsspezifischen Gesundheitsversorgung von trans* und nicht-binären Menschen. Die aktuelle Versorgungslage erfüllt internationale Kriterien für einen menschenrechtsbasierten, diskriminierungsarmen und entpsychopathologisierenden Umgang mit Trans*geschlechtlichkeit nicht.

Die transitionsspezifische Versorgungslandschaft ist unzureichend ausgebaut. Langwierige und pathologisierende Begutachtungsverfahren sind weiterhin Voraussetzung für die Kostenübernahme von geschlechtsangleichenden Maßnahmen bei erwachsenen trans* Personen. Für nicht-binäre Personen, heranwachsende trans* Minderjährige und trans* und nicht-binäre Menschen, die mehrfachdiskriminiert werden, ist der Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung zusätzlich erschwert.

Trans* Personen sind besonderen Krankheitsrisiken ausgesetzt, da sich Diskriminierung negativ auf ihre psychische und physische Gesundheit auswirkt. Dem erhöhten Versorgungsbedarf steht die Tatsache gegenüber, dass trans* Personen auch in der Regelgesundheitsversorgung Diskriminierung erfahren. Als Reaktion meiden trans* Personen häufig das Gesundheitswesen, sodass sich durch medizinische Unterversorgung Gesundheitsrisiken weiter verstärken.

Um diesen Herausforderungen in der transitionsspezifischen und allgemeinen Gesundheitsversorgung zu begegnen und die Lebenssituation von trans* Personen nachhaltig zu verbessern, muss eine Reihe von Maßnahmen umgesetzt werden. Diese Maßnahmen wurden als Handlungsempfehlungen in dem vorliegenden Policy Paper formuliert und sollen als Gesprächseinstieg dienen, wenn es darum geht, die Gesundheitsversorgung von trans* Personen menschenrechtsbasiert zu gestalten. Die Liste der Handlungsempfehlungen ist daher nicht als eine abschließende Übersicht zu verstehen, sondern als Einstieg in eine differenzierte Auseinandersetzung. Gerade die Perspektiven von mehrfachdiskriminierten trans* Personen und Initiativen, die zu Mehrfachdiskriminierung und intersektionaler Diskriminierung arbeiten, gilt es in weiteren Verfahren von Anfang an einzubeziehen.

BEGRIFFSERLÄUTERUNGEN

Cis(-geschlechtlich)

ist das Gegenteil von trans* und bezeichnet Menschen, die sich mit dem Geschlecht, dass ihnen bei der Geburt zugeschrieben wurde, identifizieren.

Inter(-geschlechtlich)

Als inter oder intergeschlechtlich werden Personen bezeichnet, die mit Körpern geboren wurden, die nicht bzw. nur teilweise den gängigen Vorstellungen von „männlichen“ oder „weiblichen“ Körpern entsprechen. Inter Personen können sich als „männlich“, „weiblich“, „trans*“, „nicht-binär“ oder auch ausschließlich als „inter*“ identifizieren.

Mehrfachdiskriminierung

Wenn ein Mensch aufgrund mehrerer Merkmale diskriminiert wird, dann wird von Mehrfachdiskriminierung gesprochen.

(Psycho-)Pathologisierung und Ent(psycho-)pathologisierung:

Unter Pathologisierung wird verstanden, dass ein(e) Verhaltensweise/Merkmal/Eigenschaft als „krankhaft“ eingestuft wird; entsprechend dazu beschreibt Psychopathologisierung die Einordnung als psychische Erkrankung. Im Gegensatz dazu beschreibt Entpathologisierung den Prozess, ein(e) Verhaltensweise/Merkmal/Eigenschaft nicht länger als „krankhaft“ zu bewerten.

Trans*

wird als Oberbegriff verstanden für Personen, die sich nicht oder nicht völlig dem Geschlecht zugehörig fühlen, das ihnen bei Geburt zugeschrieben wurde. Der Begriff schließt alle Personen mit ein, die sich z.B. als transsexuell, transident, transgeschlechtlich, transgender, genderqueer oder nicht-binär bezeichnen.

Nicht-Binär

Der Begriff „nicht-binär“ wird als Oberbegriff für Menschen verstanden, die sich jenseits von ‚männlich‘ und ‚weiblich‘ verorten. Nicht-binäre Personen verwenden oft weitere Begriffe wie genderqueer, neutrois, agender, weder-noch, sowohl-als-auch, abinär oder auch enby. Nicht-binäre Menschen können ebenfalls den Wunsch verspüren, eine soziale, rechtliche und medizinische Transition durchzuführen.

Transition

Unter Transition wird der individuelle Weg einer trans* Person verstanden, ihr Geschlecht durch soziale, juristische oder medizinische Änderungen auszudrücken.

Transitionsspezifische Gesundheitsversorgung:

Unter transitionsspezifischer Gesundheitsversorgung wird hier der Zugang zu medizinischen Maßnahmen verstanden, den Körper und das Erscheinungsbild einer Person dem eigenen Geschlecht anzupassen.

LITERATURVERZEICHNIS

- Appenroth, María do Mar 2019: Trans & Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung. Bielefeld: Transcript.
- Appenroth, Lottmann 2019: Altern Trans anders? Empirische Befunde internationaler Untersuchungen zu trans Identitäten, Gesundheit und Alter(n). In: Appenroth, Castro Varela: Trans & Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung. Bielefeld: Transcript, S. 287-301.
- Appenroth 2021: Expertise Trans* und Altern. https://schwulenberatungberlin.de/wp-content/uploads/2021/08/Expertise-trans-und-Altern-in-Berlin_11.4.21.pdf (zuletzt geprüft 25.11.2022).
- ATME 2015: Stuttgarter Erklärung. http://www.geschlecht-selbst-bestimmt.de/?page_id=97, (zuletzt geprüft 25.11.2022).
- AWMF 2018: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit 2018: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/138-001.html> (zuletzt geprüft 30.10.2021).
- Becker, Bosinski, Clemen, Eicher, Goerlich, Hartmann, Kockott, Langer, Preuss, Schmidt, Springer, Wille 1997: Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. Zeitschrift für Sexualforschung, 10:147–156.
- Beigang, Fetz, Kalkum, Otto 2017: Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer repräsentativen Erhebung und einer Betroffenenbefragung. Hg. v. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Berlin.
- Bewertungsausschuss 2017: Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 398. Sitzung am 25. Juli 2017 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2017. https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2017-07-25_ba398_eeg_1.pdf (zuletzt geprüft 25.11.2022).
- Bewertungs-Ausschuss 2019: BESCHLUSS des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 439. Sitzung am 19. Juni 2019 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Juli 2019. https://www.kbv.de/media/sp/EBM_2019-07-01_BA_439_BeeG_Geschlechtsangabe_Personenstandsgesetz.pdf (zuletzt geprüft 25.11.2022).
- Blok, Chantal, Wiepjes, van Velzen, Annemieke S., Staphorsius, Nienke. Gooren, Kreukels, den Heijer 2021: Mortality trends over five decades in adult transgender people receiving hormone treatment. A report from the Amsterdam cohort of gender dysphoria. The Lancet Diabetes & Endocrinology, 9(10):663–670.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 2022a: ICD-11 in Deutsch – Entwurfsfassung. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html (zuletzt geprüft 09.10.2022).
- Bundesverband Trans* (BVT*) 2016: Stellungnahme zur Menschenrechtssituation von transgeschlechtlichen, transgender, transidenten, transsexuellen und anderen geschlechtlich nicht-konform empfindenden Menschen (kurz: trans*) in Deutschland: Kommentierung des Entwurfes des unabhängigen Evaluierungsberichtes anlässlich des deutschen OSZE-Vorsitzes.
- Bundesverband Trans* (BVT*), Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie (VLSP) 2021: Stellungnahme des Bundesverband Trans*

- (BVT*) und Verband für lesbische, schwule, bisexuelle, trans*, intersexuelle und queere Menschen in der Psychologie (VLSP) zur Begutachtungsanleitung (Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach §282 SGB V): Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0). https://www.bundesverband-trans.de/wp-content/uploads/2021/05/2021_05_27_MDS-2020Stellungnahme-BVT-VLSP.pdf (zuletzt geprüft 09.10.2022).
- Bundesweites Netzwerk Trans*Aktiv 2014: Waldschlösschen Erklärung. <https://www.bundesverband-trans.de/wp-content/uploads/2021/08/Waldschloesschen-Erklaerung.pdf>, (zuletzt geprüft 30.10.2021).
- Coleman, Bockting, Botzer 2012: Standards of Care for the Health for Transsexual, Transgender and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal for Transgenderism* 13(4): 165-232.
- Dhejne, van Vlerken, Heylens, Arcelus 2016: Mental health and gender dysphoria. A review of the literature. In: *International review of psychiatry* (Abingdon, England) 28 (1), S. 44–57.
- Durso, Gates 2012. *Serving Our Youth: Findings from a National Survey of Services Providers Working with Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Youth Who Are Homeless or At Risk of Becoming Homeless*. Los Angeles.
- Parliamentary Assembly of the Council of Europe 2015: EU-Resolution 2048. <https://assembly.coe.int/nw/xml/xref/xref-xml2html-en.asp?fileid=21736> (zuletzt geprüft 25.11.2022).
- Europäische Kommission 2020: #UnionOfEquality – LGBTIQ Equality Strategy 2020-2025 https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/lgbtiq_strategy_2020-2025_en.pdf (zuletzt geprüft 25.11.2022).
- Franzen, Sauer 2010: Benachteiligung von Trans* Personen, insbesondere im Arbeitsleben. Hg. v. Antidiskriminierungsstelle des Bundes: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/expertise_benachteiligung_von_trans_personen.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (zuletzt geprüft 25.11.2022).
- Fundación Huésped 2014: Gender Identity Law and Transgender People Access to Healthcare in Argentina <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2018/03/Ley-de-Identidad-de-Genero-y-acceso-a-la-salud-de-personas-trans-ING.pdf> (zuletzt geprüft 25.11.2022).
- Gale 2017: *Oppression Squared – D/deaf and disabled trans experiences in Europe*. Hg. v. Transgender Europe.
- Göth 2021: Studienübersicht: Definition und Auswirkungen von Misgenderern <https://www.vlsp.de/sites/default/files/pdf/Studien%C3%BCbersicht-Misgenderern-G%C3%B6th%202021-03-21.pdf> (zuletzt geprüft 25.11.2022).
- Grant, Mottet 2010: National Transgender Discrimination Survey Report on health and health care. Findings of a Study by the National Center for Transgender Equality and the National Gay and Lesbian Task Force. Hg. v. National Center for Transgender Equality und National Lesbian and Gay Task Force.
- Güldenring 2015: Zur Rolle der Medizin und aktuellen Trans* – Transgesundheitsversorgung in Deutschland. In: Arn Sauer (Hg.), *Geschlechtliche Vielfalt. Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeiten*, Berlin, S. 31 – 40.
- Günther, Teren, Wolf 2019: *Psychotherapeutische Arbeit mit trans* Personen Handbuch für die Gesundheitsversorgung*, 2019, München: Reinhardt Verlag.
- Haupt, Horst-Jörg 2011: *Transsexualität*, Altdorfer Empfehlungen. Uri: Sozialpsychiatrischer Dienst.

- Hendricks, Testa 2012: A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467.
- Hydra e.V. 2017: Vorgeblicher Schutz, vergebliche Massnahmen: Überblick über das Prostitutionschutzgesetz (ProstSchG). https://www.hydra-berlin.de/fileadmin/_hydra/Infos___Materialien/ICRSE_Overview_of_the_German_Prostitutes_Protection_Act_May2017_DE_02.pdf (zuletzt geprüft 25.11.2022).
- ICESCR 1966: Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19. Dezember 1966: Institut für Menschenrechte. https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/ICESCR/ICESCR_Pakt.pdf (zuletzt geprüft 25.11.2021).
- James, Herman, Rankin, Keisling, Mottet, Anafi 2016: The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality.
- Jones, Peddie, Gilrane, King 2015: Not So Subtle. A Meta-Analytic Investigation of the Correlates of Subtle and Overt Discrimination. *Journal of Management*, 42(6), 1-26.
- Krell, Oldemeier 2015: Coming-out - und dann...?! Ein DJI-Forschungsprojekt zur Lebenssituation von lesbischen, schwulen, bisexuellen und trans* Jugendlichen und jungen Erwachsenen. München: DJI.
- Kasproski, Fischer, Chen, de Vries, Kroh, Kühne, Richter, Zindel, 2021: Geringere Chancen auf ein gesundes Leben für LGBTQI*-Menschen. *DIW-Wochenbericht* (6), S. 80–88.
- Kelly, Bayat 2016: Keloids. In: Kelly AP, Taylor SC, et al. *Dermatology for Skin of Color*, 2nd ed. (The McGraw Hill Companies, USA), S. 208-22.
- LesMigraS 2012: „... nicht so greifbar und doch real“. Eine quantitative und qualitative Studie zu Gewalt- und (Mehrfach-) Eine quantitative und qualitative Studie zu Gewalt- und (Mehrfach-) Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in Deutschland. Berlin: Alice-Salomon Hochschule, Lesbenberatung.
- Maycock 2021: The transgender pains of imprisonment. *European Journal of Criminology*. 19(6).
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (e.V.) 2020: Begutachtungsanleitung. Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0). https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Fragen_Antworten/22_07_25_FIN_FAQ_BGA_Transsexualismus.pdf (zuletzt geprüft 25.11.2022).
- Meyer 2003: Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations. Conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), S. 674–697.
- Motmans 2010: Being transgender in Belgium. Mapping the social and legal situation of transgender people. Brüssel: Insitute for the equality of women and men.
- Nasif Salum 2012: Argentina has passed the most progressive gender identity legislation in existence. IGLHRC Blog. <https://iglhrc.wordpress.com/2012/05/13/argentina-has-passed-the-most-progressive-gender-identity-legislation-in-existence-how-did-it-happen/> (zuletzt geprüft 25.11.2022).
- Nieder, Briken, Richter-Appelt 2013: Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie, *PSYCH up2date* Vol. 7, S. 373-389.
- Nieder, Güldenring, Woellert, Mahler, Mundle 2019: Spezifisch gleich behandeln: Zur Ethik einer Psychotherapie mit lesbischen, schwulen, bi-/pansexuellen Menschen. In Steger, F., Brunner, J.: *Ethik in der psychotherapeutischen Praxis. Integrativ – fallorientiert – wertplural*. Verlag Kohlhammer. 138-158.

- Nieder, Strauß et al. 2021: „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit“ Stellungnahme der die AWMF S3-Leitlinie verantwortenden wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften zur Begutachtungsanleitung (Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V) Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0) https://dgfs.info/wp-content/uploads/2021/04/Gemeinsame_Stellungnahme_MDS-Begutachtungsanleitung.pdf (zuletzt geprüft 30.11.2021).
- Olson, Durwood, DeMeules, McLaughlin 2016: Mental Health of Transgender Children Who Are Supported In Their Identities, *Pediatrics*, 137(3).
- Ott, García Nuñez 2018: Der Substanzkonsum von trans* Personen aus der Minoritätenstressperspektive. *Suchttherapie*, 19(04), S. 193–198.
- Parliamentary Assembly of the Council of Europe 2015: EU-Resolution 2048. <https://assembly.coe.int/nw/xml/xref/xref-xml2html-en.asp?fileid=21736> (zuletzt geprüft 25.11.2022).
- Pierce 1970: Offensive Mechanisms. In: Barbour: *The Black Seventies*. Boston: Porter Sargent Publisher, S. 265–282.
- Plöderl 2016: Out in der Schule? Bullying und Suizidrisiko LGBTI Jugendlichen. *Suizidprophylaxe*, 43(1), S. 7–13.
- Pöge, Dennert, Koppe, Güldenring, Matthigack, Rommel 2020: Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen, *Journal of Health Monitoring* 5(S1)1, S. 2–30.
- Salden, Netzwerk Queere Schwangerschaften 2022: Policy Paper – „Queer und schwanger“ Diskriminierungserfahrungen und Verbesserungsbedarfe in der geburtshilflichen Versorgung. Hg. v. Heinrich-Böll-Stiftung.
- Sauer, Fütty, Reinhardt 2019: Wo Werde ich eigentlich nicht diskriminiert. Diskriminierung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans*, Inter* und Queers* (LSBTIQ*) im Gesundheitswesen in Berlin. Berlin: Schwulenberatung. https://uploads-ssl.webflow.com/5e611da6df9df8352cedce45/5efdad-d3e3df60bd3fd5fd9d_Final_Diskriminierung%20im%20Gesundheitswesen_B_Bericht_2019.pdf (zuletzt geprüft: 25.11.22).
- Sauer, Meyer 2017: Wie ein grünes Schaf in einer weißen Herde. Lebenssituation und Bedarfe von jungen Trans*-Menschen in Deutschland. Berlin: Bundesverband Trans*. <https://www.transjaund.de/wp-content/uploads/2017/07/Schaf-PDF.pdf> (zuletzt geprüft: 25.11.22).
- Szücs, Köhler, Holthaus, Güldenring, Balk, Motmans, Nieder 2021: Gesundheit und Gesundheitsversorgung von trans Personen während der COVID-19-Pandemie: Eine Online-Querschnittstudie in deutschsprachigen Ländern. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 64 (11), S. 1452–1462.
- TGEU 2019: Guidelines to Human Rights Based Trans*-Specific Health Care 2019: <https://tgeu.org/wp-content/uploads/2019/12/TGEU-Guidelines-to-Human-Rights-Based-Trans-specific-Healthcare-EN.pdf> (zuletzt geprüft 25.11.2022).
- TGEU 2022: Trans Murder Monitoring. <https://transrespect.org/en/trans-murder-monitoring/> (zuletzt geprüft 25.11.2022).
- Transsexworks 2021: Forderungen http://transsexworks.com/transsexworks/?lang=en_GB (zuletzt geprüft 30.10.2021).

- VDEK 2022: Daten des Verbund für Ersatzkassen (Stand 07.09.22): https://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html (zuletzt geprüft 25.11.2022).
- Wing 2010: *Microaggressions in everyday life. Race, gender, and sexual orientation*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Wagner, Kilgenstein, Poppel 2020: *Über Rassismus in der Medizin. Ein Essay der Kritischen Medizin* München.
- Wolf 2015: Substanzgebrauch bei lesbischen und bisexuellen Frauen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 47(1):101–112.
- Wolf 2017: Substanzgebrauch bei Queers. Dauerthema und Tabu. *Hirschfeld-Lectures*, Band 12. Göttingen: Wallstein Verlag.
- Wolf 2018: Trans* und Substanzgebrauch. Bedingungen und Behandlungsempfehlungen. *Suchttherapie*, 19(04):186–192.
- World Medical Association (WMA) 2015: WMA Statement on Transgender People. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-transgender-people/> (zuletzt abgerufen 25.11.2022).
- Whittle, Turner, Combs, Rhodes 2008: *Transgender EuroStudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care*. Brüssel, Berlin.
- World Health Organization (WHO) 2015: Policy Brief – Transgender People and HIV. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179517/WHO_HIV_2015.17_eng.pdf.
- YP + 10 2017: *The Yogyakarta Principles Plus 10 - Additional Principles and State Obligation on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation, Gender Expression and Sex Characteristics to Complement the Yogyakarta Principles*. Hg. v. International Commission of Jurists (ICJ). https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakarta-WEB-2.pdf (zuletzt geprüft 25.11.2022).



9 783982 510309