

Mehr Gesundheit für trans* Menschen – wo ist Handlungsbedarf?

Till Randolph Amelung

Gesundheit und Gesundheitsversorgung von trans* Menschen fokussiert sich in Deutschland sehr stark auf Fragestellungen rund um geschlechtsangleichende Maßnahmen und den Zugang zu ihnen. Der Handlungsbedarf zur Verbesserung wurde von politischen Interessensvertretungen sowie der Sozialwissenschaft und aus der Sexualforschung bereits ausführlich herausgearbeitet und ist in mehreren Publikationen dokumentiert (z. B. BVT*, 2016; Sauer et al., 2016; Hamm & Sauer, 2014; Nieder et al., 2013; Rauchfleisch, 2014; Seikowski, 2016; Alex, 2012; ATME, 2015). Daher will der vorliegende Beitrag dieser Thematik keinen großen Platz einräumen. Im Fokus dieses Beitrags soll vielmehr die Frage stehen, welche Auswirkungen die sozialen Bedingungen auf die Gesundheit haben, in denen trans* Menschen in dieser Gesellschaft leben. Bislang unterbelichtet ist, welche gesundheitlichen Auswirkungen sogenannter Minority Stress auf trans* Menschen hat (BVT*, 2016; Sauer et al., 2016). Deutlichere Hinweise gibt es dagegen für ein erhöhtes Maß an auftretenden Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen, die in einschlägigen Befragungen für Deutschland dokumentiert sind (ADS, 2017; Fuchs et al., 2012; LesMigraS, 2012; Plötz & Zacharias, 2015; Ohms & Schacher, 2017). Mit dem Abbau von Diskriminierungen durch Sensibilisierung von in medizinischen Berufen Tätigen sind die Handlungsfelder für die Schaffung von gesundheitsförderlichen Verhältnissen für trans* Menschen noch nicht erschöpft. Dabei sollte berücksichtigt werden, dass sich nicht ausnahmslos jeder trans* Mensch gesundheitlich belastet erlebt oder gar unter Diskriminierungen leidet. Es ist vielmehr im Sinne moderner Gesundheitsförderung zu fragen, was zur Erhaltung der Gesundheit beiträgt. Daher soll auch ein kritischer Blick auf die Risiken dessen geworfen werden, Gruppen ausschließlich als Problem oder Defizit wahrzunehmen.

Gesundheitsverständnisse und -begriffe in Medizin und Gesundheitsförderung

Der Gesundheitsbegriff in Medizin und Gesundheitsförderung ist längst darüber hinaus, Gesundheit lediglich als Abwesenheit von Krankheit zu begreifen. In der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die 1946 in der Verfassung der WHO verankert wurde, heißt es: »Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen«. Sich für die Gesundheit von Menschen einzusetzen, ist daher nicht nur auf kurative Tätigkeiten wie in den Medizinberufen beschränkt, sondern umfasst auch Prävention und Gesundheitsförderung, die sich individuell und strukturell darum bemühen, die Entstehung von Krankheiten zu vermeiden, und dafür sorgen, dass Menschen eine möglichst lange Zeit gesund bleiben.

Während die Medizin und Prävention auch heute noch eher defizitorientiert arbeiten, ist Gesundheitsförderung in erster Linie ressourcenorientiert ausgerichtet. Die Werte, denen sich Gesundheitsförderung verpflichtet sieht, sind in der Ottawa-Charta von 1986 festgehalten. Die Ottawa-Charta richtet ihren Blick darauf, welche Bedingungen auf die Gesundheit einwirken: Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden (Habermann-Horstmeier, 2017, S. 28).

In diesem Sinne sieht die Ottawa-Charta folgende Handlungsfelder als essenziell für die Förderung von Gesundheit an: Interessen vertreten, befähigen und ermöglichen, vermitteln und vernetzen, eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik entwickeln, gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen, persönliche Kompetenzen entwickeln, Gesundheitsdienste neu orientieren (ebd., S. 28f.).

In dieser Auflistung wird deutlich, dass der Grundgedanke der Ottawa-Charta systemisch geprägt ist und dabei sowohl Individuen als auch Strukturen in den Blick nimmt. Ebenso wesentlich ist Partizipation als Leitprinzip (ebd.).

Die Prinzipien der Ottawa-Charta sind auch für Akteure in den Feldern Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland leitend, jedoch schlägt sich dies nicht immer ausreichend in der Praxis nieder. So kritisiert Thomas Altgeld am Beispiel Männergesundheit, dass nach wie vor ein defizitorientierter

Blick handlungsleitend ist. Gruppen, ihre Verhaltensweisen und Handlungsfelder werden in erster Linie über Probleme in den Blick genommen und kaum in ihren Stärken gewürdigt (Altgeld, 2017). Auch die partizipative Einbindung von Adressat*innen präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen ist noch ausbaufähig – viel zu oft bleibt unklar, ob die Maßnahmen die anvisierte Zielgruppe überhaupt ansprechen können. Speziell in der Suchtprävention mit Männern als Zielgruppe kritisiert Altgeld, dass die sehr bekannte Präventionskampagne »Alkohol – Kenn Dein Limit« mit ihren Botschaften an den Grundhaltungen vieler Jungen und Männer vorbeizieht (ebd.). Geschlechtliche Vielfalt in Bezug auf Trans* und Inter* ist in gängigen Themen und Praxisfeldern der Gesundheitsförderung bislang kaum berücksichtigt worden. Es gilt jedoch, die Schwächen, die teilweise in der geschlechtsspezifischen Zielgruppenansprache für Männer und Frauen gemacht werden, bei Trans* und Inter* nicht zu reproduzieren. Vor allem aber muss Partizipation ernst genommen und der Forderung von Interessensvertretungen entsprochen werden, diese bei allen Belangen von Beginn an mit einzubeziehen (Hamm & Sauer, 2014; Sauer et al., 2016; BVT*, 2016).

Trans* und Gesundheit

Gesundheit von trans* Menschen beinhaltet mehrere Ebenen: Zum einen benötigen sie, sofern sie geschlechtsangleichende medizinische Maßnahmen in Anspruch nehmen wollen, Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen mit konkretem Wissen auf diesem Feld. Zum anderen können sie jedoch auch wegen nicht trans*-spezifischen Angelegenheiten medizinische Leistungen benötigen. Nicht zuletzt sind sie als nach wie vor stigmatisierte Personengruppe in dieser Gesellschaft vielen belastenden Einflüssen ausgesetzt, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken können.

Wie bereits in der Einleitung angedeutet, ist in Deutschland bisher hauptsächlich die Frage des Zugangs zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen das dominante Thema im Feld Gesundheit. Dies zeigt, wie essenziell dieser Bereich für viele trans* Menschen ist. Gerade Hormontherapien und operative Eingriffe werden von vielen als Linderung der Körperdysphorie erlebt. Jedoch ist der Zugang zu diesen Behandlungen mit Hürden verbunden. Bislang muss noch über einen Zeitraum von mindestens 18 Monaten regelmäßig ein*e Psychotherapeut*in aufgesucht werden. Anschließend muss bescheinigt werden, dass die Diagnose »F64.0 – Störung der Geschlechtsidentität« vorliegt. Insbesondere diese beiden Bedingungen sind es, die viele trans* Menschen als stigmatisierend

und diskriminierend empfinden (Allex, 2012; Nieder et al., 2013; ATME, 2015; Sauer et al., 2016; BVT*, 2016; Seikowski, 2016). Viele von ihnen haben ihre Bedürfnisse bereits geklärt und würden gern direkt zu den Ärzt*innen gehen, die die gewünschten Maßnahmen einleiten bzw. durchführen können. Die Psychotherapie mit den oft starr angewandten Fristen sehen viele trans* Menschen als nicht sinnvolle und Leid vergrößernde Verzögerung (BVT*, 2016; Seikowski, 2016; ATME, 2015). Zudem empfinden sie die Klassifikation als psychische Störung sowohl als Stigmatisierung als auch unpassend, da der Kern der Probleme weniger in der Psyche als vielmehr im Körperlichen liegt. Diesem Umstand werden die bisherigen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung und die Begutachtungsleitlinien des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse kaum gerecht. Die 1997 von der DGfS entwickelten Leitlinien zur Begutachtung und Behandlung von trans* Menschen fokussieren sehr darauf, für somatische Behandlungen geeignete Patient*innen zu ermitteln (Becker et al., 1997). Individuelle Bedürfnisse nehmen diese Leitlinien zu wenig in den Blick. Außerdem sind sie sehr von einer heteronormativen Zweigeschlechtlichkeit geprägt (Nieder et al., 2013; Sauer et al., 2016). Seit 2012 werden neue Behandlungsleitlinien nach den Kriterien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) erarbeitet, die zum Zeitpunkt der Arbeit an diesem Text noch nicht in Kraft getreten waren. Die Ziele der neuen Leitlinien sind eine Anpassung der Diagnostik und Behandlung an den zeitgenössischen Stand in Wissenschaft und Medizin mit hoher Evidenzbasierung. Außerdem sollen die Mängel der Leitlinien von 1997 abgestellt werden, um eine bedürfnisorientierte Behandlung zu ermöglichen. Die AWMF-Leitlinien beziehen sich zudem auf neue Entwicklungen in international gebräuchlichen Klassifikations- und Diagnostikhandbüchern der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der American Psychiatric Association (APA). Die APA hat eine Veränderung der Bezeichnung weg von Störungen der Geschlechtsidentität hin zu Gender Dysphoria vorgenommen, die WHO hat in der elften Version ihres Klassifikationssystems ICD gar die bisher mit F64.0 codierte Diagnose Transsexualismus einer neu geschaffenen Kategorie »Sexual Related Health« zugeordnet und die Diagnose »Gender Incongruence« genannt. Letzteres wird voraussichtlich 2022 in Kraft treten (BVT*, 2018; WHO, 2018). Wie sich die Neuerungen auswirken und welche Schlüsse sich für die deutschen Krankenversicherungen im Hinblick auf Kostenübernahme von geschlechtsangleichenden Behandlungsmaßnahmen ergeben, bleibt abzuwarten.

Auch jenseits der Frage des Zugangs zu geschlechtsangleichenden Behandlungsschritten birgt der Kontakt zu Leistungserbringern im Bereich der Gesund-

heitsversorgung für viele trans* Menschen Probleme. In mehreren empirischen Studien wurde deutlich, dass gerade im Gesundheitssystem viele diskriminierende Erfahrungen gemacht werden. Auch in Deutschland berichteten befragte trans* Personen in mehreren Studien von Diskriminierungen im Gesundheitswesen (Fuchs et al., 2012; LesMigraS, 2012; Plötz & Zacharias, 2015; Ohms & Schacher, 2017; ADS, 2017). Die Auswertung einer bundesweit angelegten Befragung zu Diskriminierungserfahrungen der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS) machte sichtbar, dass trans* Menschen in überproportionalem Maß Diskriminierungen in Arzt- und Psychotherapiepraxen erlebt haben (ADS, 2017). Die erfahrene Diskriminierung lag Angaben in der Studie zufolge vor allem im Bereich der Nichtberücksichtigung persönlicher Lebensumstände (ebd.). Auch von sogenannter »positiver« Diskriminierung wird berichtet. Plötz und Zacharias (2015) beschreiben in der Auswertung der für die Kampagne für sexuelle und geschlechtliche Vielfalt des Landes Niedersachsen durchgeführten qualitativen Interviews, dass es ebenso als Diskriminierung empfunden wurde, im Krankenhaus aufgrund des Trans*-Seins in einem Einzelzimmer untergebracht zu werden (ebd.). Bereits erfahrene oder befürchtete Diskriminierungen stellen für viele trans* Menschen eine Hürde hinsichtlich der selbstverständlichen Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen dar. Die Erfahrung, diskriminiert und stigmatisiert zu werden, führt oft zu negativen Erwartungshaltungen und Ängsten, die wiederum in Vermeidungsverhalten münden können. Daraus resultieren Risiken für die Gesundheit, weil mögliche behandlungsbedürftige Erkrankungen erst verhältnismäßig spät behandelt werden.

Diskriminierungserfahrungen und Ängste vor diesen hemmen nicht nur den Zugang zu Gesundheitsversorgung, sondern sind an sich Gesundheitsrisiken, wie die Forschung um Minority Stress verdeutlicht, die in Deutschland explizit für Trans* noch unterbelichtet ist. Der Begriff Minority Stress wurde insbesondere vom US-amerikanischen Psychologen Ilan Meyer geprägt und bezeichnet die gesundheitlichen Folgen von Stressoren, die vor allem durch das Erleben von gesellschaftlicher Marginalisierung hervorgerufen werden (Sander, 2016; Sauer et al., 2016). International betrachtet wird dem Thema außerhalb Deutschlands zwar etwas mehr Aufmerksamkeit zuteil, jedoch sind die Auswirkungen von Marginalisierung auf die Gesundheit von trans* Menschen auch in der internationalen Forschung noch zu wenig berücksichtigt (BVT*, 2016; Sauer et al., 2016; Sauer & Güldenring, 2017). Eine Forschungsarbeit, die den internationalen Forschungsstand zu gesundheitlichen Herausforderungen von trans* Menschen bündelt, wurde von Reisner et al. (2016) in der renommierten Zeitschrift »Lancet« veröffentlicht. Die Autor*innen zeigen, welche Schwerpunkte in der Forschung zu Ge-

sundheit von trans* Menschen dominieren: Am häufigsten wird zur psychischen Gesundheit von trans* Menschen geforscht, danach folgen die Themenfelder »sexuelle und reproduktive Gesundheit«, »Drogengebrauch«, »Gewalterfahrungen«, »Stigmatisierung«, »allgemeiner Gesundheitszustand« (Reisner et al., 2016). Es wird deutlich, dass trans* Menschen als vulnerable Gruppe gelten, die aufgrund der sozialen Rahmenbedingungen erhebliche Schwierigkeiten hat, Bedingungen für ein Leben in Sicherheit, Wohlstand und Gesundheit zu erhalten. Gleichzeitig bedarf es einer intensiveren Forschung und die Berücksichtigung der Gruppe der trans* Menschen in der epidemiologischen und Public-Health-Forschung (ebd., Sauer et al., 2016; Sauer & Gildenring, 2017).

Wohlmeinende Stigmatisierung

Der Begriff des Minority Stress ist jedoch nicht unumstritten in seiner Aussagekraft. Der Sexualwissenschaftler Martin Dannecker weist, vornehmlich bezogen auf schwule Männer, nachdrücklich darauf hin, dass dieser Begriff eine Häufung von gesundheitlichen Problemen in marginalisierten Gruppen erklären kann, jedoch nicht, weshalb die Differenz innerhalb dieser Gruppen diesbezüglich erheblich ausfällt. Die entsprechenden Studien lassen sich auch so lesen, dass es einer Mehrheit gelingt, keine gesundheitlichen Probleme zu entwickeln (Dannecker, 2018). Dannecker plädiert deshalb dafür, die Frage zu stellen, welche biografischen Faktoren jeweils dazu führen, dass die einen gesundheitliche Probleme entwickeln und die anderen nicht, obwohl sie sozial derselben marginalisierten Gruppe zugehörig sind. Er kritisiert auch, dass das Minority-Stress-Modell die bewusste Identifikation bzw. das Zugehörigkeitserleben als Faktor für die Wirksamkeit voraussetzt. Im Gegensatz dazu, so Dannecker, teilen viele Schwule und auch Lesben die Erfahrung, dass sie bereits in früher Kindheit Erfahrungen des Andersseins gemacht haben, bevor sie ein gleichgeschlechtliches Begehren überhaupt bewusst wahrnehmen und artikulieren konnten. Nicht selten resultierten die frühen Konflikte aus der Abweichung von traditionellen Geschlechtsrollenerwartungen des Umfelds. Diese Erfahrung ist auch Teil vieler trans* Biografien. Die Weichen für das Erleben des eigenen Andersseins und der persönlichen Bewältigung werden mit hoher Wahrscheinlichkeit auch für trans* Menschen schon sehr früh gestellt. Daher ist Dannecker hier beizupflichten, dass die Frage nicht außer Acht gelassen werden darf, welche Rahmenbedingungen schon von Kindesbeinen an förderlich für die weitere Entwicklung sind und welche mit hoher Wahrscheinlichkeit gesundheitliche Risiken begünstigen.

Auch der Begriff der Vulnerabilität sollte mit höchster Vorsicht verwendet werden. Die Sozialwissenschaftlerin Hella von Unger sieht im Vulnerabilitätsbegriff die Gefahr, dass er auch bei besten Absichten in letzter Konsequenz stigmatisierend wirkt, zumal dieser Begriff in unterschiedlichen Handlungsfeldern auch jeweils anders verwendet wird (von Unger, 2018). Die WHO definiert Vulnerabilität als »Ausmaß, in dem eine Bevölkerung, ein Individuum oder eine Organisation nicht in der Lage ist, die Auswirkungen einer Katastrophe zu antizipieren, zu bewältigen und sich von ihnen zu erholen« (WHO, zit. n. von Unger, 2018). In der Medizin, so von Unger weiter, wird mit dem Begriff die Anfälligkeit für Erkrankungen gemeint. In Bereich Public Health geht es beim Vulnerabilitätsbegriff hingegen um die Gesundheitschancen von Personengruppen, die durch strukturelle Rahmenbedingungen negativ sind. Die Differenzen bestehen also darin, ob in erster Linie strukturelle Rahmenbedingungen oder individuelle Faktoren die Definition setzen. Mit dem Vulnerabilitätsbegriff soll Handlungsbedarf, bezogen auf eine Gruppe, vermittelt werden, die ihre Situation nicht alleine ändern kann. Von Unger kritisiert am Vulnerabilitätsbegriff, dass er in erster Linie defizitorientiert wirkt und die Ressourcen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken können, vernachlässigt werden. Dies kann wiederum zu Stigmatisierungen führen – gerade in einem Gesundheitssystem, welches immer noch zu oft defizitorientiert denkt und handelt.

Wenn Trans* in erster Linie als vulnerable Gruppe mit vielerlei gesundheitlichen Belastungen und erhöhten Risiken für solche wahrgenommen wird, kann das auch negative Folgen für Individuen haben, die keine unerwünschten gesundheitlichen Folgen aufgrund ihres Trans*-Seins erworben haben. Einordnungen als Gruppe mit erhöhten gesundheitlichen Risiken lassen sich nicht nur auf erwünschte Konsequenzen, wie erhöhte politische Aufmerksamkeit und Bemühungen um Verbesserung der gesellschaftlichen Situation begrenzen. Im negativen Sinne kann dies ebenfalls Auswirkungen beispielsweise auf Bewertungen der Leistungsfähigkeit haben und damit die Berufswahl bzw. -ausübung einschränken. Auch kann dies weiterhin verunmöglichen, dass trans* Menschen eine Berufsunfähigkeitsversicherung abschließen können, wenn Trans* bereits dokumentiert ist.

Handlungsfelder für mehr Trans*-Gesundheit

Trotz der vorher beschriebenen Fallstricke um die Deklaration einer Gruppe als vulnerabel besteht dringender Handlungsbedarf, um die Situation von trans* Menschen gerade auch im Hinblick auf ihre Gesundheitschancen zu verbessern.

Insbesondere muss der Zugang zu Dienstleistungen des Gesundheitssystems ohne Befürchtungen vor Diskriminierungen gewährleistet sein. Hierfür wird allerdings vorausgesetzt, dass alle Akteur*innen im Gesundheitswesen ausreichend im Bereich geschlechtliche Vielfalt sensibilisiert sind, wie es gerade auch Interessensvertretungen fordern (BVT*, 2016). Sichergestellt werden könnte dies durch die verbindliche Aufnahme einer solchen Sensibilisierung in die Curricula aller Gesundheitsberufe.

Auch der Zugang zu geschlechtsangleichenden Behandlungsmöglichkeiten sollte in einer Weise möglich sein, die Individuen nicht durch lange Wartezeiten sowie Stigmatisierung zusätzlich psychisch belastet. Auch Neuregelungen müssen sich daran messen lassen, wie gut sie einen entstigmatisierenden Umgang mit Trans* fördern können. Zudem sollten viele Leistungen in Wohnortnähe und ohne lange Wartezeiten ermöglicht werden können. Darüber hinaus sind Maßnahmen zur Qualitätssicherung und -steigerung im Bereich der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten für geschlechtsangleichende Schritte unumgänglich (ATME, 2015; BVT*, 2016).

Ebenso zentral ist es, nicht nur Stigmatisierungs- und Diskriminierungsrisiken im Gesundheitswesen selbst zu beseitigen, sondern dies gerade auch gesamtgesellschaftlich in allen Lebensbereichen als Ziel zu setzen. Wenn geschlechtliche Vielfalt in allen Lebenswelten eine Selbstverständlichkeit ist, reduzieren sich Quellen von Stigmatisierung und Diskriminierung erheblich. Wir müssen ein gesellschaftliches Klima herbeiführen, in dem, mit dem Philosophen Richard Sennett gesprochen, jede*r an anderen Menschen auch das akzeptiert, was man nicht versteht (Sennet, 2004, zit. n. Altgeld, 2017).

Hierfür müssen die Prinzipien der Ottawa-Charta ernst genommen werden, indem Konzepte und Vorstellungen für die Gestaltung gesundheitsförderlicher Bedingungen für trans* Menschen mit ihrer Beteiligung entwickelt werden. Zudem muss sich die Public-Health-Forschung stärker für trans* Menschen interessieren.

In diesem Sinne bleibt zu hoffen, dass alle maßgeblichen Stakeholder alle notwendigen Anstrengungen unternehmen, um gesundheitliche Chancengleichheit auch für trans* Menschen herzustellen und dauerhaft zu gewährleisten.

Literatur

ADS – Antidiskriminierungsstelle des Bundes. (2017). Diskriminierung in Deutschland – Dritter Gemeinsamer Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes und der in ihrem Zuständigkeitsbereich betroffenen Beauftragten der Bundesregierung und des Deutschen Bundestages. Berlin.

- Alex, A. (Hrsg.). (2012). *Stop Trans*-Pathologisierung. Berliner Beiträge für eine internationale Kampagne*. Ulm: AG Spak.
- Altgeld, T. (2017). Immer schön tüchtig süchtig? – Männer, Männerrollen und Sucht. In LWL Koordinierungsstelle Sucht (Hrsg.), *Wenn Frauen Männer behandeln – eine (auch) transkulturelle Betrachtung der Suchthilfe* (Forum Sucht, Bd. 49) (S. 27–35).
- ATME – Aktion Transsexualität und Menschenrecht e.V. (2015). Stuttgarter Erklärung. Alternative Behandlungsempfehlung bei geschlechtlichen Normvariationen. Stuttgart. <http://die-erklaerung.de/> (12.08.2018).
- Becker, S., Bosinski, H. A. G., Clement, U., Eicher, W., Goerlich, T. M., Hartmann, U., Kockott, G., Langer, D., Preuss, W. F., Schmidt, G., Springer, A. & Wille, R. (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.
- BVT* – Bundesvereinigung Trans* (2016). *Policy Paper Gesundheit des Bundesverband Trans*. Trans*-Gesundheitsversorgung. Forderungen an die medizinischen Instanzen und an die Politik*. Berlin: Eigenverlag.
- BVT* – Bundesvereinigung Trans* (2018). BVT* begrüßt ICD 11 der WHO: Verbesserung der Transgendergesundheitsversorgung in Aussicht. Pressemitteilung vom 19.06.2018. <https://www.bv-trans.de/bvt-begruesst-icd-11-der-who-verbesserung-der-transgendergesundheitsversorgung-in-aussicht/> (20.08.2018).
- Dannecker, M. (2018). Von der Diktatur der Gesundheit zur Gesundheit für alle. Vortrag für die Tagung (Mehr) Gesundheit in schwulen Lebenswelten am 7. April in Hannover. <http://www.gesundheit-nds.de/images/pdfs/vortrag/Vortrag-Martin-Dannecker-07-04-2018.pdf> (20.08.2018).
- Fuchs, W., Ghattas, D. C. & Widmann, C. (2012). Studie zur Lebenssituation von Transsexuellen in Nordrhein-Westfalen. https://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/TSG/Studie_NRW.pdf (20.08.2018).
- Habermann-Horstmeier, L. (2017). *Gesundheitsförderung und Prävention. Kompakte Einführung und Prüfungsvorbereitung für alle interdisziplinären Studienfächer*. Bern: Hogrefe.
- Hamm, J. & Sauer, A. T. (2014). Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 27(1), 4–30.
- LesMigraS. (2012). »... nicht so greifbar und doch real« Eine quantitative und qualitative Studie zu Gewalt- und (Mehrfach-)Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in Deutschland. http://www.lesmigras.de/tl_files/lesbenberatung-berlin/Gewalt%20%28Dokus,Aufsaeetze...%29/Dokumentation%20Studie%20web_sicher.pdf (20.08.2018).
- Nieder, T. O., Briken, P. & Richter-Appelt, H. (2013). Transgender, Transsexualität und Geschlechtsdysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie. *PSYCHup2date*, 7, 373–389.
- Ohms, C. & Schacher, U. (2017). »Seit diesem Tag lebe ich mein Leben« – Die Lebenssituation von Trans* in Hessen unter besonderer Berücksichtigung der Stadt Frankfurt/M. https://broken-rainbow.de/wp-content/uploads/2012/04/Forschungsbericht_Trans-in-Hessen_2017.pdf (20.08.2018).

- Plötz, K. & Zacharias, C. (2015). Abschlussbericht zur Entwicklung der Kampagne »Gemeinsam für Vielfalt in Niedersachsen«. Hannover: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung.
- Rauchfleisch, U. (2014). *Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reisner, S.L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C.E., Max, R. & Baral, S.D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *The Lancet*, 388(10042), 412–436. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)00684-X
- Sander, D. (2016). Bewegung für Gesundheit! Was beeinflusst die Gesundheitsprofile sexueller Minderheiten und was muss getan werden? In P. l'Amour LaLove (Hrsg.), *Selbsthass und Emanzipation. Das Andere in der heterosexuellen Normalität* (S. 205–218). Berlin: Querverlag.
- Sauer, A., Güldenring, A. & Tuiden, E. (2016). Queering Trans* Gesundheit: Auf dem Weg zu einer individualisierten, menschenrechtskonformen Gesundheitsversorgung. In P. Kollip & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich* (S. 420–432). Bern: Hogrefe-Verlag.
- Sauer, A. & Güldenring, A. (2017). Die Gesundheitsversorgung für Trans*-Männlichkeiten. Stand, Bedarfe, Empfehlungen. In Stiftung Männergesundheit (Hrsg.), *Sexualität von Männern. Dritter Deutscher Männergesundheitsbericht* (S. 239–252). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Seikowski, K. (2016). Die Problematik der Psychopathologisierung von Transsexualität. In G. Schreiber (Hrsg.), *Transsexualität in Theologie und Neurowissenschaften. Ergebnisse, Kontroversen, Perspektiven* (S. 295–309). Berlin: De Gruyter.
- Sennett, R. (2004). *Respekt im Zeitalter der Ungleichheit*. Berlin: Berliner Taschenbuch Verlag.
- Unger, H.v. (2018). Vulnerabilität – ein ambivalentes Konzept. *Impulse für Gesundheitsförderung*, 99, 6.
- WHO – World Health Organisation (2018). ICD-11: Classifying disease to map the way we live and die. <http://www.who.int/health-topics/international-classification-of-diseases> (20.08.2018).

Der Autor

Till Amelung hat Geschlechterforschung und Geschichtswissenschaften an der Georg-August-Universität in Göttingen studiert, er ist Autor und Referent. Seine Interessens- und Tätigkeitsschwerpunkte liegen in folgenden Bereichen: Gender und Gesundheit, HIV-Prävention, LGBTI und Behinderung, Gleichstellung, feministische Theorie, Diversity- und Intersektionalitätstheorie, qualitative Sozialforschung.