

3.4 Die Gesundheitsversorgung für Trans*-Männlichkeiten: Stand, Bedarfe, Empfehlungen

Arn Sauer & Annette Güldenring

Zusammenfassung

Der Beitrag beschäftigt sich mit der Gesundheit und den systemischen Bedingungen von Trans*-Männlichkeiten bzw. Trans*-Männern. Die gesundheitliche Situation und die Bedürfnisse von Personen, die sich im trans*-männlichem Spektrum verorten, wird anhand trans*-emanzipatorischer, nationaler und internationaler Forschung sowie community-basierter Erfahrung in Deutschland skizziert. Der Artikel befasst sich zunächst mit den transitionsspezifischen psychischen und somatischen, im Weiteren mit den nicht-transitionrelevanten gesundheitlichen Bedürfnissen. Er zeigt die Interaktion von juristischen Regelungen mit dem medizinisch-psychiatrischen System auf und die damit verbundenen negativen Konsequenzen für die Gesundheit von Trans*-Männern. Kritik wird besonders an der Annahme einer naturalisierten Zweigeschlechtlichkeit in den bestehenden Gesundheits- und Rechtssystemen geübt, die eine Vielfalt geschlechtlicher Identifikationsmöglichkeiten und entsprechend diverse Ansprüche an eine Gesundheitsversorgung ausblenden. Schlussendlich überlegen die Autor_innen anhand trans*-männlicher Anforderungen und internationaler Erfahrungen, wie das derzeitige psychopathologisierende Gesundheitssystem seiner Verantwortung, das Wohl und die Gesundheit auch von Trans*-Männlichkeiten in den Mittelpunkt zu stellen, besser gerecht werden könnte.

Summary: Health care for trans*masculinities: current status, needs, recommendations

The article concerns the health and systemic conditions for trans* masculinities and trans* men. Based on emancipatory, national and international trans* research as well as experiences in the German trans* community, the authors perform a review of the health situation of people who self-define on a trans* male spectrum. First, transition-related psychological as well as somatic needs are considered; followed by a brief review of non-transition-related general health needs. In these contexts, the interaction of legal and medical-psychiatric regulations and their negative impacts on the health of trans* men are also discussed. A main point of critique is the naturalised, binary understanding of sex and gender and the disregard for diverse gender identities with their diverse health needs within the existing health and legal systems. Finally, the authors reflect upon possibilities for changing the current health system, which pathologises trans* identities, to better realise and prioritise its responsibility to the well-being and health of trans* men.

Einleitung

In diesem Beitrag beschäftigt sich der dritte Mnnergesundheitsbericht zum ersten Mal mit der Gesundheitslage und -versorgung von Trans*-Männern.¹ Deutschlandweit gibt es noch keine systematische Erhebung der gesundheitlichen Bedarfe weder von Trans* im Allgemeinen noch von Trans*-Männern im Besonderen. Wir stützen uns im Wesentlichen auf trans*-emanzipatorische, internationale Studien und lokale Erfahrungswerte aus der Trans*-Beratung und -Community in Deutschland. Wir schtzen solche Informationen als teilweise aussagekräftiger ein als klinische Studien, die Trans* oft unter einem Krankheits- und Abnormittsparadigma erforschen. Die in diesem Beitrag zitierten Studien unterliegen jedoch in ihrer Aussagekraft Limitierungen: Zu nennen sind zum Beispiel uneinheitliche (Selbst-)Definitionen von Trans*, kleine Fallzahlen oder Unwissen über Trans* und die Annahme, dass die Studienteilnehmenden überwiegend weiß und auch nicht anderweitig mehrfachdiskriminiert sind. Unabhängig vom Titel dieses Bandes »Mnnergesundheitsbericht«, der eine Binarität von Geschlecht suggeriert, sehen wir uns als Autor_innen herausgefordert, rationalisiert über etwas zu schreiben, das nicht binär und nicht rationalisierbar ist – ber Geschlecht. Der Beitrag geht über die Grenzen der Zweigeschlechtlichkeit hinaus, in denen sich Transgeschlechtlichkeit in der Auseinandersetzung mit den bestehenden Gesellschafts- und Rechtssystemen, die von der Annahme einer »naturalisierten Zweigeschlechtlichkeit« ausgehen, behaupten und verorten muss [1]. Sich behaupten müssen sich Trans*-Personen insbesondere gegenüber einer psycho-pathologisierenden Me-

dizin, die immer noch die dominante Rolle in der Trans*-Gesundheitsversorgung und in der Begutachtung im Rahmen des Transsexuellengesetzes (TSG) spielt. Wir werden anhand trans*-männlicher Anforderungen überlegen, warum das derzeitige System seiner Verantwortung, das Wohl und die Gesundheit auch von Trans*-»Patient_innen« in den Mittelpunkt zu stellen, trotz langjähriger und fundierter Kritik immer noch nicht nachkommt und Überlegungen anstellen, wie sich das ändern könnte.

Trans*-vielfältiger Weg zum Mann- und Gesund-Sein

Die Rigidität des zweigeschlechtlichen Systems beweist sich in der, auf körperlichen Morphologien fußenden, Geschlechtszuweisung nach der Geburt, die immer eine Fremdbestimmung ist und die Möglichkeit geschlechtlicher Vielfalt ausschließt [2, 3]. Dabei sind die geschlechtlichen Identitäten voller Schönheit, ingenios und undulieren zwischen männlich und weiblich. Sie sind zudem intersektional und abhängig von intelligibler Kommunikation und Interaktion. Geschlechtsidentitäten müssen nicht unbedingt lebenslänglich fixiert sein: Sie können sich im Laufe der persönlichen Entwicklung potenziell bis ins hohe Alter verändern. Für einen Menschen, dem bei Geburt aufgrund anatomischer Merkmale das weibliche Geschlecht zugewiesen wurde, der sich jedoch mit dieser Zuweisung nicht, teilweise nicht und/oder zeitweise nicht identifizieren kann, kann dies der Beginn einer innerpsychischen Thematik sein – nicht selten mit gravierenden Folgen für das zukünftige Wohlbefinden und die Gesundheit. Als sogenanntes anatomisches Mädchen geboren, kann sich dieser Mensch im Laufe seines Lebens als weiblich, als männlich, männlich mit transsexuellem Hintergrund, trans*-männlich, trans*, dazwischen, weder/noch, non-gender, genderqueer und/oder individuell geschlechtlich innerhalb (trans*-)männlicher Geschlechtsiden-

1 Für Begriffsbestimmungen und Konzepte von Transgeschlechtlichkeit, Transgender, Transidentität, Transsexualität etc. (hier kurz: Trans*) vgl. u.a. [1].

titäten und Geschlechterrollen entdecken. Alle geschlechtlichen Selbstdefinitionen respektierend, rekurren wir in diesem Artikel auf diese Menschen vereinfachend als Trans*-Männlichkeiten oder Trans*-Männer.

Die Grenzziehung zwischen den Polen »Mann« und »Frau« ist psycho- und soziodynamisch kompatibler (vielleicht sogar unbedeutend) für Menschen, die sich in einem »permanent oszillierenden Geschlechtsidentitätszustand innerhalb der sozial vorgelegten Geschlechtergrenzen« [4, S. 218] weitgehend konfliktfrei erleben. Menschen, die sich nicht mit den vorgegebenen Polen identifizieren, können allerdings in einen manchmal lebenslanglich andauernden, innerpsychischen Konflikt- und Leidenszustand mit sich selbst, ihrem individuellen geschlechtlichen Erleben und den normativen Verhaltens- bzw. Erlebenszwängen der Gesellschaft geraten. Sie werden aufgrund ihres geschlechtlich sogenannten »non-konformen« Erlebens und Ausdrucks oft abgelehnt und diskriminiert.

Der Zusammenhang zwischen Diskriminierung und der erhöhten Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei non-konform geschlechtlich empfindenden Menschen ist vor allem in US-Studien aufgezeigt worden [5]. Wichtige theoretische Grundlage für die Genese reaktiv-psychischer Erkrankungen ist das »Minority-Stress«-Modell [6], das auf der sozial-psychologischen Stressforschung, der Stigma-Forschung und auf Kenntnissen über stressinduzierte Reaktionen des endokrinen Systems beruht. Das »Minority-Stress«-Modell erklärt, wie sich »spezifische Stressoren und stigmatisierende Situationen auf Menschen, die zu einer Minderheit gehören, auf unterschiedlichen Ebenen (körperliche und seelische Gesundheit, Verhalten, Sozialstatus etc.) auswirken« [4, S. 221]. Interessant ist die Unterscheidung in externe und interne Stressoren. Erst diese Unterscheidung ermöglicht das Verständnis der Verinnerlichung von Diskriminierungserleben nach Stigmatisierungsstress als psychoso-

matische Reaktion, ohne dass per se ein psychischer Krankheitszustand vorausgesetzt wird.

Die internationale Public Health Forschung zeigt, dass stigmatisierte Personen ein höheres Risiko haben, auf Diskriminierungsdruck und/oder aus Angst vor Diskriminierung mit psychischen Folgeerkrankungen zu reagieren. Die Trans*-Forschung hat dies als Ergebnis von internalisiertem Stigma nachgewiesen [5, 7]. Zur Ausbildung einer internalisierten Transphobie oder Transfeindlichkeit müssen keine realen, externen Traumatisierungserfahrungen gemacht worden sein. Allein aus der Beobachtung einer zweigeschlechtlichen Umwelt mit stereotypen Geschlechtscodices können Trans*-Menschen ein *stilles* (Un-)Bewusstsein für mögliche Stressoren entwickeln [8]. Stigma-Bewusstsein ist für Trans*-Menschen zu einem frühen Zeitpunkt der Persönlichkeitsentwicklung, meist schon in der Kindheit, psychodynamisch von hoher Relevanz. Es erhöht die »Sensibilität für potenziell gefährliche Situationen« [4, S. 221]. Die Prävention von stigmainduzierten, negativen Gesundheitsfolgen kann durch die Reduktion von Minority-Stress erfolgen und ist somit nicht allein eine medizinische, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Identitätsbildung und die kompensatorisch wirksamen Unterstützungsstrukturen durch Communities sowie die entsprechende Stress-Belastung sind unterschiedlich (hoch) für Menschen mit Behinderungen, mit Rassismuserfahrung und andere mehrfach-marginalisierte Gruppen, die unter besonderem Diskriminierungsdruck stehen.

Aktuelle Trans*-Gesundheitsversorgung in Deutschland

Bis vor Kurzem herrschte in der Medizin weltweit die Lehrmeinung, dass es sich bei »Transsexualität« um eine psychische »Störung der Geschlechtsidentität« handle, die in dem Krankheitskatalog der »International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems« (ICD-10) im Kapitel

der psychischen Erkrankungen nach wie vor unter F64.0 gelistet ist.² In einem Versuch, die Psychopathologisierung von non-konformem geschlechtlichem Empfinden zu überwinden, hat die American Psychiatric Association (APA) im »Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders« (DSM 5) im Mai 2013 den Begriff »Geschlechtsdysphorie« eingeführt [2]. Damit beschreibt der DSM 5 für Trans*-Personen eine psychiatrische Diagnose, die lediglich bei (erwartbarem) Leiden unter einer fehlenden oder beeinträchtigten Übereinstimmung zwischen dem subjektiven geschlechtlichen Empfinden und den körperlichen Geschlechtsmerkmalen gegeben werden kann und zeitlich begrenzt ist. In der Neufassung der ICD-11 soll voraussichtlich der Begriff der »Geschlechtsinkongruenz« [9, S.19] eingeführt werden. Dieser soll ein Nicht-Zusammenfallen von individuellem geschlechtlichem Erleben mit körperlichen Geschlechtsmerkmalen als Normvariante würdigen, um (ungeachtet der Kontroversen um den »Kongruenz«-Begriff) ein Krankheitsstigma zu beenden. Eine sogenannte »Geschlechtsinkongruenz« wäre nicht zwingend mit psychischem Leiden assoziiert, könnte sich aber in eine »Geschlechtsdysphorie« entwickeln. Geschlechtsangleichende Maßnahmen könnten nach diesem Modell darauf abzielen, eine Geschlechtsdysphorie zu mildern oder im Sinne einer Prävention zu verhindern.

Mit Veröffentlichung der »Standards of Care 7« der World Professional Associati-

on for Transgender Health (WPATH) im Jahr 2012 [10] ist ein »Paradigmenwechsel« [9, S. 40] zu beobachten, der auch Europa mit der Gründung der European Professional Association for Transgender Health (EPATH) im Jahr 2015 erreicht hat. Zudem hat sich im Oktober 2015 der Weltrztetbund auf Initiative der deutschen Bundesrztetkammer in einem Positionspapier in einem historischen Schritt weltweit *gegen* die Psychopathologisierung von Transgeschlechtlichkeit ausgesprochen [11].

Transitionsbezogene Gesundheit

Die transitionsbezogene³ Gesundheitsversorgung ist auch für Trans*-Männlichkeiten ein bedeutendes Thema. Zur Veranschaulichung, wie die Aufgaben von rzt_innen bzw. Psycholog_innen zwischen Gesetzgebung, Behandlung und Kostenregulierung organisiert sind, dient folgendes Schaubild (s. Abb. 1).

Drei Instanzen spielen für die transitionsbezogene Gesundheit entscheidende Rollen:

- Medizin/Psychologie (medizinische Behandlungs- und juristische Gutachtenfunktion, oft in Personalunion)
- Kostenträger (Leistungen der gesetzlichen und privaten Krankenkassen)
- Recht (Gerichtsanhufung für Vornamensänderung/Personenstandsänderung)

Grundlage für den psychologisch-medizinischen Behandlungsweg sind in Deutschland immer noch die »Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen« aus dem Jahr 1997 [13].⁴ Sie

2 In der ICD tauchte die Diagnose »Transvestitismus« erstmalig 1965 im Kapitel »sexuelle Deviationen« auf, das 1975 mit »Transsexualismus« erweitert wurde. Die letzte Revision im Jahre 1989 differenzierte im Kapitel »Geschlechtsidentittsstrungen« zwischen Kindesalter und Erwachsenenalter, »Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen« und sogenannte »sonstige Störungen der Geschlechtsidentität«. Seit 25 Jahren ist die ICD nicht mehr aktualisiert worden, was von der herausgebenden Weltgesundheitsorganisation für 2018 anvisiert ist, vgl. www.who.int/classifications/icd/revision/en/ (31.01.2017).

3 Transition bezeichnet bei Trans* den sozialen, juristischen und körperlichen Übergang in das (nicht notwendigerweise binäre) Identittsgeschlecht.

4 Aktuell arbeitet eine Expert_innengruppe nach den Kriterien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) an einer Aktualisierung der Leitlinien, vgl. www.awmf.org/leitlinien/detail/anleitung/1/1/138-001.html (31.01.2017).

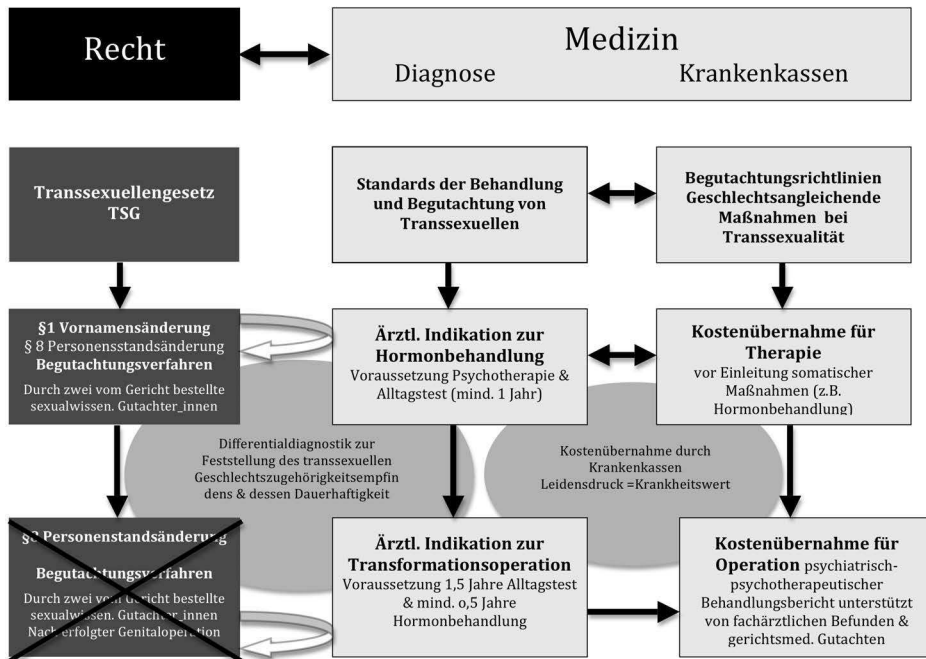


Abb. 1: Trans* im Verhandlungsraum zwischen Recht und Medizin. Quelle: [12, S. 18].

Links im dunkel hinterlegten Bereich sind die juristischen Abläufe, rechts im hell hinterlegten Bereich die Abläufe im psychomedizinischen Behandlungsprogramm und bei der Regelung über die Kostenträger dargestellt. Die Zugangsvoraussetzungen zur Personenstandsänderung nach § 8 TSG wurden durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 11.01.2011 aufgehoben und entsprechen nun denen der Vornamensänderung nach § 1 TSG (1 BVR 3295/07), deshalb sind sie abweichend hier durchgestrichen.

regeln den psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsweg, den Prozess der Diagnostik und die Fristen bis zur Indikationsstellung einer Behandlung mit gegengeschlechtlichen Maßnahmen. Unter anderem verlangen sie den sogenannten »Alltagstest«, der Trans*-Menschen abfordert, eine bestimmte Zeit lang in der angestrebten Geschlechtsrolle gelebt zu haben, bevor eine Indikationsstellung zu erwarten ist. Die Diagnose muss nach den Kriterien der ICD in der 10. Version erarbeitet werden. In den zentralen diagnostischen Kriterien der ICD-10 für F64.0 (Transsexualismus) finden sich neben einem »Positivkriterium (1), ein Negativkriterium (2) und ein Behandlungskriterium (3)« [9, S. 21]:

- der Wunsch, im anderen Geschlecht zu leben (1)
- das Gefühl des Unbehagens oder der Nichtzugehörigkeit zum eigenen Geschlecht (2)
- der Wunsch nach endokrinologischer und chirurgischer Behandlung (3)

In der ICD-10 spiegelt sich die Vorstellung einer Zweigeschlechtlichkeit des Menschen, die nicht mehr Stand des Wissens ist. Die diagnostischen Kriterien geben den Untersucher_innen vor, welche Symptome sie zu erheben haben und öffnen keinen Raum für individuelle Selbstbestimmung im diagnostischen Prozess.

2009 verfasste der medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) eine verbindlich formulierte »Be-

gutachtungsanleitung Transsexualität«, die – in Anlehnung an die Deutschen Standards von 1997 – unflexibel und geschlechtlich binrstandardisiert ist [14]. Behandelnde rzt_innen wurden damit in ihrer Möglichkeit stark eingeschränkt, individuelle und eigenverantwortliche Behandlungswege und -inhalte zu gestalten [14]. Die Standardisierung ärztlicher Behandlungsfreiheit führte zu einer Verschlechterung der Gesundheitsversorgung von Trans* [15, 16]. Nicht reflektiert sind außerdem die subjektiven Wahrnehmungsverzerrungen des_der Untersucher_in im diagnostischen Prozess – eine Einflussgröße, die in ihrer Bedeutung für die Gesundheit von Trans*-Menschen unterschätzt wird und Beachtung finden sollte [2].

Die Behandlungsstandards des MDS legen eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung als Voraussetzung für somatische, geschlechtsangleichende Maßnahmen fest. In dieser Behandlungsperiode sollen die psychiatrische Diagnose F 64.0 (nach ICD-10) erarbeitet, gleichzeitig sogenannte »komorbide«, das heißt »weitere« psychische Störungen erfasst und psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt werden. Kosten für geschlechtsangleichende Maßnahmen, ob nun für die Behandlung mit gegengeschlechtlichen Hormonen oder für einzelne operative Eingriffe (s. u.) werden nur dann genehmigt, wenn sowohl ein_e Facharzt_rztin als auch ein_e Arzt_rztin des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) die Indikation bestätigen.⁵ Erfahrungen aus dem praktischen Alltag zeigen, dass die prüfenden rzt_innen des MDK oft über keine entsprechende, psychiatrische Fachexpertise verfügen.

Da die MDS-Richtlinien streng die Chronologie der somatischen Behandlungsmaßnahmen

regeln, ist zum Beispiel Trans*-Männern, die vielleicht aufgrund ihres perfekten Passings⁶ keine hormonelle Behandlung für sich wollen, eine Mastektomie⁷ versperrt. Diese Trans*-Männer werden durch die formellen Auflagen des MDK dazu gedrängt, zunächst eine Hormonbehandlung durchzuführen, bevor die Kostenübernahme für die Mastektomie genehmigt wird.

Lebensqualität und Gesundheit sind daran gebunden, ob eine Teilnahme an den sozialen Räumen einer Gesellschaft konflikt- und diskriminierungsfrei möglich ist. Der zur geschlechtlichen Identität subjektiv passende Vorname und Personenstand sind eine wichtige Voraussetzung, um gleichberechtigt an diesen Räumen teilnehmen zu können. Deshalb hat das Transsexuellengesetz (TSG), das die Änderung der Vornamen und des Personenstandes regelt, eine hohe Bedeutung für die Gesundheit von Trans*-Menschen. Auch dieses Gesetz, in Kraft seit 1981, basiert auf veraltetem, psychiatrischem »Wissen« ber Zweigeschlechtlichkeit aus den 1970er Jahren. TSG-Verfahren sind zudem zeit- und kostenaufwendig, insbesondere dadurch, dass zwei unabhängig erstellte Sachverständigengutachten, die den Gerichten als Entscheidungssttzen dienen, unter anderem das Vorliegen einer »transsexuellen Prägung« (meist interpretiert als klinische Diagnose »Geschlechtsidentitätsstörung«) attestieren müssen [3, 17]. Laut Gunter Schmidt handelt es sich bei den TSG-Begutachtungen »um eine aus forensisch-psychiatrischer Sicht einmalige Vorschrift, die in keinem anderen Rechtsgebiet in dieser Form niedergelegt ist. Nachvollziehbare Gründe für diese besondere Regelung erschließen sich nicht« [18, S. 183]. Bernd Meyenburg et al. kamen 2015 nach der Auswertung von 670 TSG-Gutachten zu dem Schluss, dass kaum

⁵ Seit dem Grundsatzurteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 06.08.1987 (Az. 3 RK 15/86) ist geklärt, dass die Krankenkassen [...] für geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität leistungspflichtig sind.

⁶ »Passing« kommt aus dem US-Amerikanischen und bedeutet als das Identittsgeschlecht »durchzugehen«, das heißt im empfundenen Geschlecht für Andere erkennbar zu sein.

⁷ Eine Mastektomie ist eine operative Angleichung an eine männlich flache Brust, bei der in der Regel das Brustdrüsengewebe entfernt wird.

ein Gutachten (1%) negativ ausfiel, was die Begutachtungspraxis »überflüssig« mache [19].

Trans-Diskriminierungserfahrungen in Behandlungs- und Begutachtungspraxis*

Ärztliche Diagnostik, TSG und MDK Gutachten bedingen eine dreifache Durchleuchtung der Identität und Biografie, was eine vermeidbare Belastung im Sinne »krankheitsfördernder Wirkfaktoren« [3, S. 162] für Trans*-Männer mit juristischem und körperlichem Transitionswunsch darstellt. Erfahrungsberichte von Trans*-Männern (und -Frauen) beschreiben die Weigerung der Gutachter_innen, sie mit den Pronomen und Namen der empfundenen Geschlechtsidentität anzusprechen. Gutachtentexte werden häufig im Wortlaut des bei Geburt zugewiesenen Geschlechts verfasst. Es ist ein Widerspruch, dass sich Trans*-Männlichkeiten gemäß den diagnostischen Forderungen des sogenannten Alltagsstes⁸ in *allen* Kontakten als Mann ansprechen lassen sollen – und dann ausgerechnet der institutionalisierte medizinische Kontext diese Anerkennung ihrer Identität verweigert.

Dabei besteht ein fatales Abhängigkeitsverhältnis der Trans*-Männer zu den jeweiligen Begutachter_innen. Es resultieren Befangenheit und Ängste bei Trans*-Männern, negativ beurteilt zu werden. Nicht selten nehmen Trans*-Männer aus Sorge vor negativer Begutachtung sogar körperlich-gynäkologische Untersuchungen hin, die für die Beurteilung ohne Aussagekraft sind und als Übergriff empfunden werden. Oder sie akzeptieren, dass einer Begleitperson das Beiwohnen des Begutachtungstermins verweigert wird. Die MDKs verlangen Auflistungen von Vor-Diagnosen, Kranken-

oder Rehabilitationsaufenthalten mit fragwürdigem Verwendungszweck. Es kommen standardisierte psychiatrische Fragenkataloge zum Einsatz, die unter anderem intime Details abprüfen, die von Paraphilien, über Gewaltfantasien bis in den Sexualitätsbereich reichen.

Diagnosen von non-konformen Geschlechtlichkeiten werden im Rahmen von zweigeschlechtlich orientierten Vorstellungen gestellt. Fragen an Trans*-Männer wie: »Haben Sie sich in der Kindheit viel geprügelt?« oder »Haben Sie mit Puppen gespielt?« sind Zeugnis einer Banalisierung der Komplexität von Geschlecht, bei gleichzeitig fehlendem Grundlagenwissen über die Variationsvielfalt von Geschlecht.⁹ Nach persönlichen Berichten scheinen begutachtende Institutionen und Ärzt_innen kaum ein Gefühl dafür zu haben, dass es sich bei Geschlecht um einen sensiblen Intimbereich handelt, dem würdevoll und rücksichtsvoll zu begegnen ist. Auch auf frühere, traumatisierende Erfahrungen in Bezug auf Geschlechtlichkeit, sollte in Form eines angemessen zurückhaltenden Kontakts Rücksicht genommen werden [11]. Die betreffenden Trans*(-Männer) fragen sich, warum diese diagnostischen Gespräche selbst im bestehenden »Psychopathologisierungssystem« im Rahmen von Begutachtungen überhaupt durchgeführt werden. Solche persönliche Themen sind besser aufgehoben in (Peer-)Beratungen oder bei Arzt_Ärztinnen bzw. Therapeut_innen des Vertrauens, anstatt in einer abhängigen Beziehung zu (nicht selbst gewählten) Gutachter_innen.

Unabhängig von der diagnostischen Psychotherapie ist der Bedarf an *freiwilliger* therapeutischer Unterstützung groß. Dieser kann nicht

8 »Alltagstest« beschreibt das zur psychiatrischen Diagnostik zwingend erforderliche Leben in der Geschlechtsrolle des Identitätsgeschlechtes für mindestens ein Jahr (für die Hormonindikation) bzw. eineinhalb Jahre (für die Indikation geschlechtsangleichender Maßnahmen) – auch im Beruf und vor der medizinischen Unterstützung, die ein besseres Passing ermöglichen würde.

9 Wir haben uns entschieden, die besondere und besonders vulnerable Situation von Trans*-Kindern und -Jugendlichen im Rahmen dieses Artikels nicht zu beleuchten, da wir den Spezifika in der Kürze und Vermengung mit Erwachsenengesundheit nicht gerecht werden würden. Für sie gelten gesonderte Behandlungsstandards mit verschärfter Therapie- und diagnostischen Anforderungen.

nur den Weg in die »neue« Geschlechtsrolle und post-transitionäre Entwicklungen stützen, sondern auch für Trans* ohne körperlichen Transitionswunsch aufgrund von Diskriminierungsdruck, -erfahrungen und -ängsten hilfreich sein [20]. Abgesehen von Fragen der Kostenübernahme gibt es für trans*-spezifische Fragen allerdings keine flächendeckende Gesundheitsversorgung. Es fehlt schlicht an trans*-erfahrenen (psycho-)therapeutischen und anderen Spezialist_innen, und an Beratungsangeboten mit trans*-positiven therapeutischen Konzepten, die Trans* nicht als Abweichung von einer (erwünschten) Norm, sondern als einen gleichwertigen Ausdruck geschlechtlicher Vielfalt betrachten.

Erik Meyer schlägt als andere Form des Umgangs eine *freiwillige, trans*-affirmative* Begleitung vor, die an die Grundsätze der Parteilichkeit und des »Empowerments« und damit an langjährige praktische Erfahrungen und emanzipatorische Beratungsansätze des Gay Counseling anschließt. Im US-Kontext entwickelt, wird trans*-affirmative Beratung seit 15 Jahren von Professionen im Gesundheitsbereich praktiziert [21]. In Deutschland ist sie als offizielles Arbeitskonzept bisher vorwiegend auf die Peer-Beratung beschränkt. In Meyers Verständnis enthält Trans*-Affirmativität Elemente der queer-feministischen Beratung und erscheint für Trans*-Menschen »geeignet«, da das »konstruktivistische Verständnis in Verbindung mit gender- und queer-theoretischem Wissen hilft, die vielfältigen Identitäten und Lebensweisen der Klient_innen zu würdigen« [22, S. 83] – einschließlich der Vielfalt im trans*-männlichen Bereich. Diese Ansicht wird von Mari Günther gestützt, die ein queeres Beratungsverständnis hilfreich für den respektvollen Umgang mit den individuellen Bedürfnissen der Trans*-Klient_innen aufzeigt [23]. Daraus leitet sich für Therapeut_innen die Handlungsempfehlung ab, mit einer trans*-affirmativen Grundhaltung, humanistisch-klientenzentriert in ein freiwilliges, anliegenorientiertes Gespräch zu finden und – wie Vera Fritz ergänzt – gleichzeitig ihre eigene Rolle und Geschlechtsidenti-

tät zu reflektieren [24]. Die wichtige, stützende, systemisch-therapeutische Arbeit mit dem sozialen Umfeld von Trans* (Familie, Partner_innen, Freund_innen) findet ebenfalls schwerpunktmäßig in der Peer-Beratung statt.

Somatische Gesundheit

Die (benötigten) Unterlagen bei MDK Untersuchungen und zur Indikationsstellung unterscheiden sich regional. Es gibt keine verlässlichen Qualitätsstandards für die Durchführung operativer, geschlechtsangleichender Eingriffe. Trotzdem ist die Abfolge der empfohlenen Behandlungswege für Trans*(-Frauen und -Männer) vom MDS standardisiert worden [15, 25].

Für Trans*-Männer mit körperlichem Transitionswunsch existieren als operative Maßnahmen Mastektomien, Hysterektomien¹⁰, Adnektomien¹¹ und verschiedene genitalangleichende Eingriffe, die in unterschiedlichem Ausmaß in Anspruch genommen werden. Als genitalangleichende Möglichkeit gibt es für Trans*-Männer die Metaidoioplastik, bei der zunächst die in der Regel nach Behandlung mit Androgenen vergrößerte Klitoris chirurgisch mobilisiert und nach oben verlagert wird. Im weiteren Schritt wird die Harnröhre bis in die Klitoris Spitze verlegt, sodass Wasserlassen im Stehen möglich ist. Zum Aufbau eines Neophallus wird plastisch chirurgisch aus einem Hautlappen ein Phallus plus Harnröhre gebildet und gegebenenfalls mit einem sogenannten Versteifungsimplantat versehen. Dieser Eingriff ist aufwendig und birgt verschiedene Komplikationen, im schlimmsten Falle ein Absterben des Phallus, was für die Betroffenen eine hohe Belastung darstellt. In den letzten Jahren werden selbstklebende Penis-Hoden Epithesen¹² als Alternative zur Operation im Genitalbereich für Trans*-Männer angeboten, mit denen sich

10 Eine Hysterektomie ist die operative Entfernung der Gebärmutter.

11 Eine Adnektomie ist die ein- oder beidseitige operative Entfernung von Eileiter und Eierstöcken.

12 Eine Epithese gleicht fehlende Körperteile mittels körperfremden Material (Silikon, Glas, etc.) aus.

manche Trans*-Männer als operationssparende Möglichkeit gut arrangieren können. Die Übernahme der Kosten für diese Epithesen werden – nach Erfahrungsberichten – vom MDK oft verweigert, obwohl die MDS-Richtlinien herausstreichen, dass »sich eine Penis-Hoden-Epithese entlastend auf das Leben in der männlichen Geschlechtsrolle hinsichtlich der in bestimmten Situationen auftretenden psychischen Irritationen auswirken kann« [14, S. 15].

Wenn Trans*-Männer vor der Frage nach den geeigneten operativen Methoden und der Wahl darin erfahrener Operateur_innen stehen, sehen sie sich selten kompetenten (haus-)ärztlichen Beratungsangeboten gegenüber. Detaillierte fachliche Aufklärung, Beratung, Operationsvorbereitung und die gezielte Überweisung an geeignete Operateur_innen sowie die interdisziplinäre Nachsorge in Kooperation mit ihnen sollte klar Aufgabe einer_s informierten Erstbehandler_in sein. In Ermangelung einer informierten ärztlichen Aufklärung weichen Trans*-Männer oft auf die Peer-Netzwerkstrukturen der Trans*-Community und ihre Beratungsangebote aus, um sich über die Qualität von Operationsergebnissen und den trans*-sensiblen Umgang von Operateur_innen und Kliniken zu informieren.

Obwohl mittlerweile die laparoskopische Hysterektomie¹³ in Kombination mit Mastektomie die von Trans*-Männern meist gewählten geschlechtsanpassenden Methoden sind, steht die grundsätzliche Notwendigkeit der Hysterektomie infrage. Zum einen hatte das Bundesverfassungsgericht 2011 (BvR 3295/07) die zwingende Anforderung von geschlechtsangleichenden Maßnahmen und Sterilität für eine Personenstandsänderung als menschenrechtswidrig mit sofortiger Wirkung außer Kraft gesetzt. Eine Personenstandsänderung ist also auch unter Erhaltung der Reproduktionsorgane möglich. Zum anderen zeigen aktuelle Studien, dass das Risiko, unter Behandlung mit Androgenen

an Gebärmutterkrebs zu erkranken, sehr viel geringer (bis nicht auffällig) zu sein scheint als langjährig angenommen [26]. Unter diesen Voraussetzungen kann Trans*-Männern, sofern sie das wünschen, die Möglichkeit erhalten bleiben, eigene Kinder zu gebären. Die Reproduktionsmedizin und das Rechtssystem beginnen gerade erst, sich mit der Reproduktion bei Trans*-Menschen zu beschäftigen. Ebenso ist es Forschungsthema, ob Trans*-Männer unter Testosterontherapie ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Hyperlipidämien¹⁴ und Polyglobulien¹⁵, also für Herz-Kreislauferkrankungen, haben.

Die Zufriedenheit mit transitionsbezogenen Behandlungen ist in Deutschland bisher nur von denjenigen klinischen Expert_innen im Rahmen von Patient_innenbefragungen untersucht worden, die die Behandlungen selbst durchgeführt haben [27]. Das Potenzial für Antwortbias, eine Verzerrung der Antworten aufgrund sozialer Erwünschtheit oder Abhängigkeit, ist in diesem Setting enorm. Hinzu treten Probleme mit der Vergleichbarkeit der Studien: Welche Art der Zufriedenheit (Geschlechterrolle, Passing, psycho-sexuelle Gesundheit) wurde erhoben? Welche Art von genital- und/oder körperangleichenden Operationen war vorausgegangen (welche Techniken, welche Maßnahmen)?

Es mangelt allgemein an einer unabhängigen Meta-Studie zum gesundheitlichen Befinden und den (Behandlungs-)Wünschen von Trans* in Deutschland.¹⁶ Es gibt speziell

13 Eine laparoskopische Hysterektomie entfernt die Gebärmutter minimalinvasiv im Rahmen einer Bauchspiegelung.

14 Eine Hyperlipidämie bezeichnet eine erhöhte Konzentration der Blutfette.

15 Eine Polyglobulie ist eine Erhöhung der Erythrozyten oder der Hämoglobinkonzentration im Blut.

16 2013 hat sich die erste deutsche trans*-emanzipative und partizipative Arbeitsgruppe zum Thema »Trans*-Gesundheit« gegründet, die aus Vertreter_innen der Trans*-Community, Fachkräften aus dem Gesundheitsbereich und der Überschneidung beider Bereiche besteht. Sie arbeitet und trifft sich ehrenamtlich, um Forschungsprojekte zu entwickeln, die aus der Community kommen und ihr nützen (der Kontakt kann bei den Autor_innen erfragt werden).

zu Trans*-Männern keine quantitative deutsche Gesundheitsstudie. In einer US-Umfrage (www.ustranssurvey.org) wurden 446 Trans*-Männer (»female-to-male«) zu ihrer Lebensqualität, insbesondere zu ihrer psychischen Gesundheit befragt. Davon waren 68% mit Testosteron behandelt, 37% hatten eine Mastektomie durchführen lassen. Diese beiden Gruppen berichteten von signifikant höherer Zufriedenheit als solche mit »nur« Psychotherapie. Es gilt hieraus keine voreiligen Schlüsse zu ziehen, insbesondere nicht zu den Gründen der Zufriedenheit (ob als Erleichterung durch Normanpassung im Zweigeschlechtersystem oder als das glückliche Erleben in einem äußerlich wahrnehmbaren männlichen Geschlechtskörper). Dennoch steht diese Studie in einer Reihe anderer Untersuchungen, die die hohen Zufriedenheitsraten mit Gesundheit und Lebensqualität in der Post-Transition bestätigen.

Nicht-transitionsbezogene Gesundheit

Psychische Leiden von Trans*-Männern, zum Beispiel nach Gewalterfahrungen und Traumatisierungen, werden laut deren Erfahrungsberichten von medizinischem Fachpersonal oft reduziert auf den Transitionsprozess bzw. Transitionswunsch oder auf das Leiden, nicht geschlechtlich »konform« zu sein. Ein Verständnis dafür, dass Trans*-Männer unabhängig von ihrem Trans*-Sein an psychischen Belastungen leiden, besteht oft nicht. Eine »Geschlechtsidentitätsstörung« als Diagnose dient oft als monokausales Erklärungsmuster für andere auftretende gesundheitliche Schwierigkeiten. Auf der anderen Seite kann es vorkommen, dass aufgrund von reaktiven psychischen und/oder physischen Diagnosen die medizinische Transition verweigert wird. Das schließt zum Beispiel Trans* mit Behinderungen, Adipositas oder psychiatrisch klassifizierten Krankheiten von einer körperlichen Transition oft aus – obwohl vielleicht gerade

das Nicht-Beschreiten-Können dieses Trans*-Weges Auslöser für ihr Leiden ist.

Besonders die psycho-soziale Gesundheit von Trans* hat abseits der vom MDS geforderten »diagnostischen Psychotherapien« Aufmerksamkeit verdient. Der Bedarf an freiwilligen Therapien ist nach einer mit vielen Belastungen verbundenen körperlichen und sozialen Transition häufig hoch. Viele Trans* sehen sich vor neuen Lebensabschnitten (Partnerschaft, Kinderwunsch, Alter, berufliche Veränderungen) und vor neuen (trans*-spezifischen oder unspezifischen) Herausforderungen. Trans*-Männer können zum Beispiel darunter leiden, in ihrem Umfeld in »hypermännliche« Rollen gedrängt zu werden und Erwartungen entsprechen zu müssen, die ihrer ehemals weiblichen Sozialisation unbekannt sind und/oder ihrem Charakter nicht entsprechen. Oder sie können als Mann körperliche Gewalterfahrungen mit anderen Männern machen, die sie prä-transitionär nicht kannten und einschätzen gelernt hatten. Besonders besorgniserregend sind die sehr hohen Suizidversuchsraten von Trans* (je nach Studie zwischen 20–30%) [12]. Als Grund für die hohe Suizidalität werden neben dem Leiden am Zweigeschlechtersystem oft die starke Gewaltgefährdung bzw. überdurchschnittlichen Gewalterfahrungen genannt. US-amerikanische Beiträge sprechen von konsistent stark erhöhten Raten psychischer und physischer Gewalt gegen Trans* im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung. Solche Studien zeigen, dass 43–60% der Trans*-Befragten physische und 43–46% sexuelle Gewalt erfahren haben. In einer trans*-männlich spezifischen Auswertung der Virginia Transgender Health Initiative Survey kommen die Verfasser_innen zu dem Schluss, dass Trans*-Männer auf Gewalt- und sexualisierte Gewalterfahrungen überdurchschnittlich mit Alkoholmissbrauch und Suizidalität reagieren [5]. Rylan Testa et al. befinden in einer weiteren quantitativen Studie, dass vorherige Sensibilisierung und Interaktion mit anderen Trans* zu weniger Ängstlichkeit, verminderter Suizidalität und höherer persönlicher Zufriedenheit führen, was die

Bedeutung einer Trans*-Community als wichtigen Faktor in einer trans*-positiven Gesundheitsversorgung unterstreicht [28]. Vereinzelt gibt es Studien, die spezifisch in Trans*-Männer/-Frauen sowie zwischen prä- und post-Transition unterscheiden. In diesen Studien sinken Suizidgedanken und -versuchsraten post-transition bei allen Trans*, für Trans*-Männer jedoch am stärksten – vermutlich aufgrund des höheren Passingerfolgs im Vergleich zu Trans*-Frauen.

Somatisch lassen sich viele unbearbeitete Themen ansprechen, die Trans*-Männlichkeiten den Alltag und das gesunde, gelingende Leben im empfundenen Geschlecht erschweren. Die (haus-)ärztliche Versorgung von Trans*-Männern ist nicht immer trans*-sensibel und regional sehr unterschiedlich. Besonders in ländlichen Gegenden gibt es Schwierigkeiten, trans*-erfahrene Spezialist_innen wie zum Beispiel Therapeut_innen, Endokrinolog_innen etc. zu finden. Zweierlei problembehaftet sind Besuche bei Gynäkolog_innen, bspw. zur Krebsvorsorge. Einerseits fühlen sich viele Trans*-Männer in einer Frauenarztpraxis nicht passend adressiert, andererseits haben nur sehr wenig Ärzt_innen aller Fachrichtungen die notwendigen Fachkenntnisse. Trans*-Männer mit Kinderwunsch haben Angst vor Diskriminierung durch medizinisches Fachpersonal bei Geburt und Geburtsvorbereitung. Kassenrechtlich tritt das Problem hinzu, dass frauenspezifische Untersuchungen und Leistungen nicht für personenstandsrechtlich männliche Inanspruchnehmende abzurechnen sind.

Das weite Feld der sexuellen Gesundheit reicht von Verhandlungsmacht in Partnerschaften, über HIV/AIDS-Prävention, die immer noch nicht trans*-inklusiv aufgestellt ist, bis hin zu einer Sexualität (mit z. T. männlichem Neogenital), die nicht der Zwei-Geschlechter-Norm entspricht. Trans*-Körperlichkeiten und soziale Determinanten von Gesundheit werden weder in Präventionsstrategien, Kampagnen, Aufklärungsbroschüren noch in der medizinischen oder Berater_innen-Ausbildung mitgedacht. So

können zum Beispiel Trans*-Männer, die eine_n Partner_in gefunden haben, die_der sexuell an ihnen interessiert ist, aus Angst vor Stigmatisierung und mangelndem Selbstwertgefühl aufgrund von normabweichenden Körperlichkeiten, Hemmungen haben, Safer-Sex zu verhandeln. Eine derart verminderte Gesundheitskompetenz erhöht das HIV-Risiko auch bei Trans*-Männlichkeiten. Aufgrund ihrer Diskriminierungserfahrungen im trans*-diagnostischen Prozess vermeiden es zudem viele Trans*, überhaupt ärztliche Hilfe oder Präventionsangebote aufzusuchen. Nicht zuletzt kursiert die Angst, im Alter, bei Pflegebedürftigkeit oder im Rahmen notfallmedizinischer Ereignisse in die Hände von inkompetentem, trans*-negativ eingestellten Pflege- bzw. Gesundheitspersonal zu gelangen.

Abschließende Empfehlungen

Wenden wir uns abschließend der Frage zu, warum in Deutschland – trotz diverser (europä-)politischer Interventionen [29, 30] – bisher keine wirkungsvollen Initiativen zur Verbesserung der Gesundheit von Trans* angestoßen wurden?¹⁷ Drei Faktoren spielen dabei eine wesentliche Rolle:

1. Bisher wurden die Zahlen von Trans* besonders in klinischen Studien bei einer anzunehmenden hohen Dunkelziffer unterschätzt. Die Gruppe ist diverser und größer als gedacht: Laut einer belgischen, repräsentativen Studie [31, S. 15] bezeichnen zwischen 1,9% und 4,6% der Bevölkerung ihre Geschlechtsidentität als »am-

¹⁷ Eine der wenigen Ausnahmen bildet das Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf (UKE). In den letzten Jahren ist dort die Forschungsarbeit zur Trans*-Gesundheitsversorgung erheblich intensiviert worden. Das UKE verfolgt moderne Aspekte der Trans*-Gesundheitsversorgung im internationalen Austausch und ist aktiv an der Verbesserung von Versorgungsstrukturen im Gesundheitssystem in Deutschland beteiligt.

- bivalent« und 0,6% bis 1,1% würden sich irgendwie als Trans* einordnen (erfragt als »inkongruent«).
2. Trans* selbst waren bisher ausgeschlossen von der Mitbestimmung über gesundheitliche Systeme und Regelungen.
 3. Es herrscht ein Mangel an politischer Aufmerksamkeit für das Thema.¹⁸

Ein Blick nach Nordamerika ist erhellend: Die WPATH hatte schon 2002 ein »Trans Care«-Projekt angestoßen, in dem Leitlinien guter Praktiken in der Trans*-Gesundheitsversorgung partizipativ erstellt wurden. Diese befassen sich mit der klinischen Ausbildung, der hausärztlichen und psychologischen Gesundheitsversorgung, Hormontherapie, geschlechtsangleichenden Operationen, Sprache und Stimme, sozialmedizinischen Advocacy und Aufklärungsmaterialien. Diese »Trans Care«-Leitlinien gehen über die »WPATH Standards of Care 7« hinaus und adressieren das weitere Feld der physischen, sozio-ökonomischen, geistigen und spirituellen Gesundheit für eine Diversität von Trans*.

In den USA werden regionale Versorgungslücken durch »Web-Based Transgender Care« geschlossen. Es wäre eine zu diskutierende Variante, ob »Fern-Beratungen« auch im deutschen System umsetzbar sind, und wie die medizinische Ausbildung auf web-basierte Beratungsmethoden vorbereitet werden könnte (inkl. Lizenzierungs- und Auslieferungsfragen, synchrone und asynchrone E-Mail, Text-Chats, Video-Chats, Voice-Over-IP etc.). Ziel muss es sein, von der (nicht immer gewährleisteten bzw. nicht trans*-affirmativen) Vor-Ort-Therapie unabhängig zu sein und eine bestmögliche Beratung von ausgebildeten Spe-

zialist_innen für die vielen Spezialfragen im Transitionsprozess sicher zu stellen. In den USA und Kanada existieren schon länger sogenannte »Community-led«, das heißt von Trans* und ihren Organisationen (durch-)geführte Gesundheitsprojekte und -forschung wie beispielsweise »Trans PULSE« (transpulsproject.ca), was für den deutschen Rahmen ebenfalls nachahmenswert wäre.

Nicht zuletzt muss der politische Raum neben dem Bereich der Versorger_innen reagieren und Foren schaffen, in denen Trans* und ihre Interessensvertretungen mit den relevanten Akteur_innen im medizinischen und (kassen-)rechtlichen Bereich in ein Gespräch auf Augenhöhe über dringliche Reformen kommen können. Im Augenblick überarbeiten Norwegen, Schweden und Finnland ihre Vorschriften der gesetzlichen Anerkennung von Geschlechtsidentität hin zur Anerkennung geschlechtlicher Selbstbestimmung, um den europäischen Beispielen von Dänemark, Malta und Irland sowie dem weltweiten Vorreiter Argentinien zu folgen [32, S. 14–15]. Diese Länder verlangen keine psychiatrischen Diagnosen oder zwingende therapeutische Maßnahmen mehr für die rechtliche Geschlechtsangleichung. Für Deutschland hat die Expert_innen-Kommission Geschlecht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes eine zu den vorgenannten Ländern vergleichbare Regelungen gefordert [33, S. 25–26], die als Reform des Transsexuellenrechtes und bei den medizinischen Behandlungsstandards umgesetzt werden muss.

Literatur

18 Bisher gibt es beispielsweise keine offizielle Ansprechperson beim Bundesgesundheitsministerium für die Belange von Trans*. Rechtliche Verbesserungen gab es durch die Einführung des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes und erste Aufmerksamkeit durch die Antidiskriminierungsstelle des Bundes [13].

- 1 Sauer AT (Hrsg.). Geschlechtliche Vielfalt – Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeiten. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2015.
- 2 G ldenring A. Zur Rolle der Medizin und aktuellen Trans*-Transgesundheitsversorgung in Deutschland. In: Sauer AT (Hrsg.), Geschlechtliche Vielfalt – Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zu-

- gänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeiten. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2015:31–40.
- 3 GÜLDENRING A. Eine andere Sicht über Trans*. In: Rauchfleisch U (Hrsg.), Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie–4., völlig überarb.Aufl. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht; 2014:130–178.
- 4 GARCIA NUÑEZ D, Burgermeister N, Sandoz P, Schönbucher V, Jenewein J. Prospektive und dysfunktionale Internalisierungsprozesse an der Geschlechtergrenze. In: Driemeyer W, Gedrose B, Hoyer A, Rustige L (Hrsg.), Grenzverschiebungen des Sexuellen. Perspektiven einer jungen Sexualwissenschaft. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2015:217–232.
- 5 GOLDBLUM P, Testa RJ, Pflum S, Hendricks ML, Bradford J, Bongar B. The Relationship Between Gender-Based Victimization and Suicide Attempts in Transgender People. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2012;43:468–475.
- 6 MEYER IH. Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*. 1995;36:38–56.
- 7 RYLAN TJ, Hendricks ML. Suicide Risk Among Transgender and Gender-Nonconforming Youth. In: Goldblum P, Espelage DL, Chu J, Bongar B (Hrsg.), Youth Suicide and Bullying. Challenges and Strategies for Prevention and Intervention. Oxford: Oxford University Press; 2015:121–133.
- 8 GÜLDENRING A. Phasenspezifische Konfliktthemen eines transsexuellen Entwicklungsweges. *PfD*. 2009;10:25–31.
- 9 NIEDER TO, Cerwenka S, Richter-Appelt H. Nationale und internationale Ansätze der Diagnostik und Versorgung von Menschen mit Transsexualität oder Geschlechtsdysphorie. In: Richter-Appelt H, Nieder TO (Hrsg.), Transgender Gesundheitsversorgung. Eine kommentierte Herausgabe der Standards of Care der World Professional Association for Transgender Health. Gießen: Psychosozial Verlag; 2014:19–46.
- 10 The World Professional Association for Transgender Health/Weltverband für Transgender Gesundheit. Standards of Care. Versorgungsempfehlungen für die Gesundheit von transsexuellen, transgender und geschlechtsnichtkonformen Personen. World Professional Association for Transgender Health (WPATH); 2012.
- 11 World Medical Association (WMA). WMA Statement on Transgender People. Moskau: World Medical Association; 2015.
- 12 FRANZEN J, Sauer A. Benachteiligung von Trans*Personen, insbesondere im Arbeitsleben. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes; 2010.
- 13 BECKER S, Bosinski HAG, Clement U et al. Standards der Behandlung und Begutachtung von Transsexuellen der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung, der Akademie für Sexualmedizin und der Gesellschaft für Sexualwissenschaft. *Psychotherapeut*. 1997;42:256–262.
- 14 Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. Begutachtungsanleitung. Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualität. Grundlagen der Begutachtung. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS); 2009.
- 15 HAMM J, Sauer A. Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Sexualforschung*. 2014;27:4–30.
- 16 SAUER A, GÜLDENRING A, TUIDER E. Queering Trans*-Gesundheit: Auf dem Weg zu einer individualisierten, menschenrechtskonformen Gesundheitsversorgung. In: Petra Kolip, Klaus Hurrelmann (Hrsg.), Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: hogrefe; 2015:420–432.
- 17 GÜLDENRING A. Zur »Psychodiagnostik von Geschlechtsidentität« im Rahmen des Transsexuellengesetzes. *Zeitschrift für Sexualforschung*. 2013;26:160–174.
- 18 SCHMIDT G. Viel Aufwand und wenig Effekt. Anmerkungen zum Transsexuellengesetz. *Zeitschrift für Sexualforschung*. 2013;26:175–177.
- 19 MEYENBURG B, RENTER-SCHMIDT K, SCHMIDT G. Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz. Auswertung von Gutachten dreier Sachverständiger 2005–2014. *Zeitschrift für Sexualforschung*. 2015;28:107–120.
- 20 SAUER A, HAMM J. Selbstbestimmung von und neue Sichtweisen auf Trans* – wer hat Angst vorm Perspektivenwechsel? *FORUM Sexualeklärung und Familienplanung*. 2015;1:22–26.
- 21 CARROLL L, Gilroy PJ, Ryan J. Counseling Transgender, Transsexual and Gender-Variant Clients. *Journal of Counseling & Development*. 2002;80:131–139.
- 22 MEYER E. Trans*affirmative Beratung. *psychosozial*. 2015;38:71–86.
- 23 GÜNTHER M. Psychotherapeutische und beratende Arbeit mit Trans* Menschen. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*. 2015;47:113–124.
- 24 FRITZ V. Infrage gestellt. Dekonstruktive Aspekte psychosozialer Beratung und Therapie von Menschen mit einer Trans*identitätsthematik. *Gestalttherapie*. 2013;27:135–147.
- 25 CERWENKA S, NIEDER TO. Transgender. *FORUM Sexualeklärung und Familienplanung*. 2015;1:17–21.
- 26 WIERCKX K, Elaut, K; Elaut, Elaut E et al. Prevalence of cardiovascular disease and cancer during cross-sex hormone therapy in a large cohort of trans persons: a case-control study. *European Journal of Endocrinology*. 2013;169:471–478.
- 27 HESS J, Rossi Neto R, Panic L, Rübber H, Senf W. Zufriedenheit mit der Mann-zu-Fraugeschlechts-

- angleichenden Operation. Deutsches rzteblatt. 2014;111:795–801.
 - 28 Testa RJ, Habarth J, Peta J, Balsam K, Bockting W. Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. 2014;1–13.
 - 29 Council of Europe. Discrimination against transgender people in Europe (Resolution 2048 (2015)). Strasbourg: Council of Europe; 2015.
 - 30 Europarat Hammarberg T. CommDH/IssuePaper(2009)2. Human Rights and Gender Identity. Issue Paper by Thomas Hammarberg, Council of Europe Commissioner for Human Rights. : Europarat; 2009.
 - 31 European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). Being Trans in the European Union. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.
 - 32 Council of Europe. Protecting Human Rights of Transgender Persons. Strasbourg: Council of Europe; 2015.
 - 33 Antidiskriminierungsstelle des Bundes; Allmendinger J. Gleiche Rechte – gegen Diskriminierung aufgrund des Geschlechts. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes; 2015.
- Weitere Literatur kann bei den Verfasser_innen des Beitrages abgefragt werden.