

GeLeBT

.....

Gesundheitsförderung in

Lebenswelten von trans* Menschen

Eine Studie von von

Miriam Tariba Richter

Tamás Jules Fütty

Ray Trautwein

Lando Lankenau

Kilian Rupp

Anna Hampel



Impressum

Original Herausgegeben durch:

Springer, 05.März 2025

Broschüre Herausgegeben durch:

dgti* dgti e.V.
(Deutsche Gesellschaft für Trans*-
und Inter*geschlechtlichkeit)

Inhalt der Studie:

Die Inhalte dieser Publikation basieren auf der Studie:

„Gesundheitsförderung in Lebenswelten von trans* Menschen“ von Miriam Tariba Richter¹, Tamás Jules Fütty², Ray Trautwein¹, Lando Lankenau¹, Kilian Rupp¹ & Anna Hampel¹.

Veröffentlicht mit freundlicher Genehmigung der Autor*innen.

Urheberrecht Inhalte:

© 2025 Miriam Tariba Richter, Tamás Jules Fütty, Ray Trautwein, Lando Lankenau, Kilian Rupp & Anna Hampel

Redaktion / Bearbeitung

dgti e.V.

Gestaltung & Layout

©2026 dgti e.V.

Bildnachweise

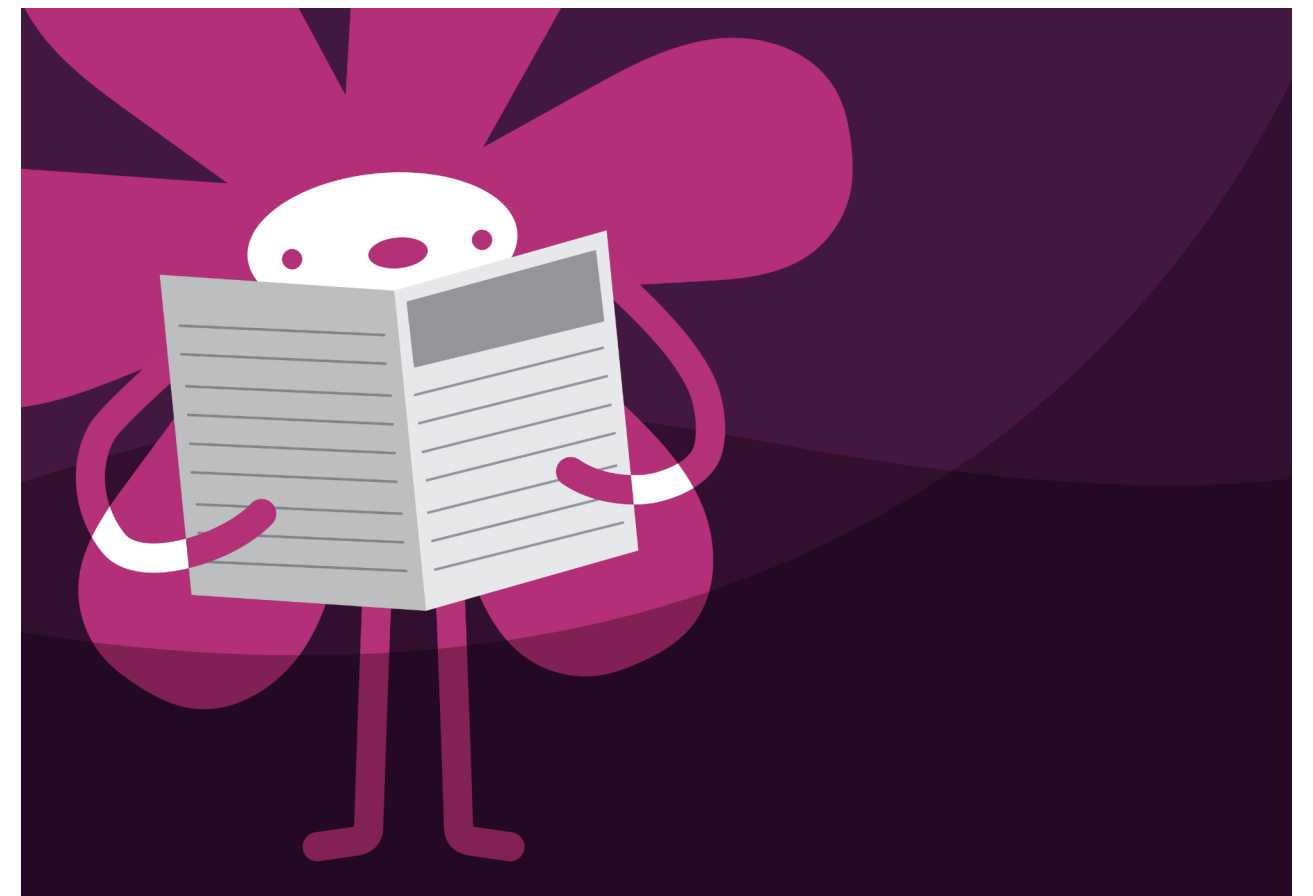
Eigene Bilder © dgti e.V.

¹ Department Pflege und Management, HAW Hamburg, Hamburg, Deutschland

² Institut für Erziehungswissenschaften, Europa-Universität Flensburg, Flensburg, Deutschland

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	S. 4
Abstract	S. 5 - 7
Hintergrund	S. 8 - 10
Forschungsfragen	S. 10 - 11
Studiendesign	S. 11 - 13
Ergebnisse	S. 14 - 23
Diskussion	S. 24
Fazit für die Praxis	S. 25
Notes	S. 25 - 26
Literatur	S. 26 - 29
Administrative Information	S. 29 - 31



Zusammenfassung

Hintergrund

Alle Menschen haben laut der World Health Organization (WHO) ein Anrecht auf ein Höchstmaß an Gesundheit und eine adäquate Gesundheitsversorgung. Aber nicht alle Menschen können dieses Recht gleichermaßen nutzen. Trans* Menschen erfahren im Vergleich zu cis Menschen ungleiche Gesundheitschancen. Sie haben generell ein hohes Diskriminierungsrisiko, v. a. im Gesundheitswesen, wodurch ihre Gesundheit gefährdet wird. Sie sind intersektional und vielfältig Diskriminierung, „minority stress“ und Normierungen ausgesetzt und gelten deshalb als vulnerable Zielgruppe.

Fragestellung

Daher war es das Anliegen des Projekts ‚Gesundheitsförderung in Lebenswelten von trans* Menschen‘, auf Basis wissenschaftlich generierter und evidenzbasierter Daten der Frage nachzugehen, wie die Gesundheit von trans* Menschen in ihren Lebenswelten gefördert werden kann.

Studiendesign und Untersuchungsmethoden

Mittels eines qualitativen Forschungsdesigns wurden drei Zielgruppen, insbesondere trans* Menschen, u. a. mit episodischen Interviews befragt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Gesundheitsversorgung von trans* Menschen einer deutlichen Verbesserung bedarf, da sie gesundheitsabträglich ist. Für eine adäquate Gesundheitsförderung müssen einerseits die Resilienz von trans* Menschen gestärkt und andererseits gesundheitsförderliche Strukturen, beispielsweise in weiteren Lebenswelten wie der Arbeitswelt oder im Sport, ausgebaut werden. Tätige des Gesundheitswesens spielen dabei eine besondere Rolle, da sie dazu beitragen können, vielfältige Diskriminierung und die erhebliche (Zugangs-)Barriere für trans* Menschen abzubauen und so u. a. die (Regel-)Versorgung zugänglicher zu machen.

Schlussfolgerung

Entsprechende Handlungsempfehlungen wurden aus den Ergebnissen abgeleitet, um mögliche Veränderungen zu begünstigen und damit ungleichen Gesundheitschancen von trans* Menschen entgegenzuwirken.

Abstract

Background

The World Health Organization (WHO) has proclaimed the right of all people to optimum health and to receive healthcare to an adequate and appropriate standard. Yet, as things stand, this right is not equally accessible to all; transgender and nonbinary (TNB) people face health inequalities which do not affect cis people. Their health is at risk due to the high likelihood of their encountering discrimination, particularly in relation to healthcare and health systems; their subjection to intersectional experiences of discriminatory behavior, minority stress, and norms imposed from without makes them a vulnerable group.

Study Design and research methods

Our project Setting-based health promotion for transgender people sought to promote good health among TNB people by gathering evidence-based data on ways of supporting them to attain an optimum state of health within the settings in which they live.

Research Interest

We used a qualitative research design to collect data from three target groups, e.g., episodic interviews, centering on TNB people.



Results

Our findings demonstrate among others the need for significant improvements in healthcare for TNB people due to the risks that their current experience of healthcare may pose to their health. Appropriate health promotion requires support for TNB people's resilience and the creation of health-promoting structural conditions in other settings such as workplaces, sports and exercise. Healthcare staff can help reduce the diverse forms of discrimination affecting TNB people and remove the barriers currently preventing them from accessing standard healthcare.

Conclusion

On the basis of our findings, we have drawn up recommendations for action to drive change in this area and to combat health inequalities for TNB people.

Alle Menschen haben ein Recht auf ein erreichbares Höchstmaß an Gesundheit [30] – laut dem Präventionsgesetz (PrävG) tragen die Förderung gesundheitsorientierten Handelns (Verhaltensebene) und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen (Verhältnisebene) dazu bei. Beide Ebenen haben Hürden und Ressourcen, v. a. für vulnerable Personen wie trans* Menschen, die in den USA als Hochrisikogruppe gelten [6].

[30] World Health Organization (2023) Human Rights.

[6] Fredriksen-Goldsen KI, Simoni JM, Kim HJ et al (2014) The Health Equity Promotion Model: Reconceptualization of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Health Disparities. Am J Orthopsychiatry 84(6):653–663.

Hintergrund

Trans* Geschlechtlichkeit galt medizinisch lange als eine Störung der Geschlechtsentwicklung, denn trans* Menschen¹ konfliktieren mit einer cis-zweigeschlechtlichen Norm: Sie identifizieren sich nicht/nur bedingt mit dem bei der Geburt zugeordneten Geschlecht [1].² Sie erfahren überdurchschnittlich oft Diskriminierung [21, 22] und so negative gesundheitliche Effekte [22] in ihren Lebenswelten [14], auch wegen diverser Stressoren wie „minority stress“³ [26].

Die massive Diskriminierung zeigt sich v. a. im Gesundheitswesen, wo fast jede zweite trans* Person in Deutschland negative Erfahrungen macht [2], z. B. durch fehlendes adäquates Wissen [31], pathologisierende Annahmen [2] zu Trans*, Zugangsbarrieren in der Versorgung und Nichtberücksichtigung der Geschlechtsidentität [3].

¹ Diese Definition von Trans* beinhaltet unterschiedliche Selbstverständnisse, binäre wie nicht-binäre.

[1] Appenroth MN, Castro Varela MdM (2019a) Glossar. In: Dies (Hrsg) Trans & Care. Trans Menschen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung. transcript, Bielefeld, S 11–18.

² Im Gegensatz zu cis (-geschlechtlichen) Menschen.

[21] Richter MT (2022) Partizipative Forschung im Projekt GeLebT* – Gesundheitsförderung und Lebenswelten von Trans*-Menschen. In: HAW Hamburg (Hrsg) Competence Center Gesundheit Dokumentationsband. CCG Forschungstag 17. Mai 2022.

[22] Saalfeld RK (2021) Sichtbarkeit von Transgeschlechtlichkeit und ihre visuellen Dimensionen. In: Mader E et al (Hrsg) Trans* und Inter* Studien. Aktuelle Forschungsbeiträge aus dem deutschsprachigen Raum. Forum Frauen- und Geschlechterforschung, Bd. 51. Westfälisches Dampfboot, Münster, S 199–219.

[14] 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.

³ Laut dem Minority Stress Modell erleben LGBTI+ Personen z. B. wegen Diskriminierung erhöhten Stress. [18].

[18] Meyer IH, Frost DM (2013) Minority Stress and the Health of Sexual Minorities. In: Patterson CJ, D'Augelli AR (Hrsg) Handbook of Psychology and Sexual Orientation. Oxford University Press, Oxford, S 252–266.

[26] Smith G, Robertson N, Cotton S (2021) Transgender and gender non-conforming people's adaptive coping responses to minority stress: A framework synthesis. Nord Psychol 74(3):222–242.

[2] Appenroth MN, Castro Varela MdM (2019b) Trans & Care: Das Recht auf eine gute Gesundheitsversorgung, Pflege und Sorgearbeit. In: Dies (Hrsg) Trans & Care. Trans Menschen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung. transcript, Bielefeld, S 19–31.

[31] Zeeman L, Aranda K, Sherriff N, Cocking C (2017) Promoting resilience and emotional well-being of transgender young people: research at the intersections of gender and sexuality. J Youth Stud 20(3):382–397.

[3] Bartig S, Kalkum D, Le HM, Lewicki A (2021) Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung. Studie im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin.



Das Gesundheitswesen orientiert sich an einer cis-zweigeschlechtlichen Norm [7], die für trans* Menschen (teils) sich widersprechende Anforderungen von Normalisierung, Normierung und Pathologisierung als gesellschaftliche Regierungsinstrumente bedeutet.

Die Versorgungslage ist für sie daher „... bestenfalls problematisch und lückenhaft – im schlimmsten Fall ist sie diskriminierend, gesundheitsgefährdend und verletzend“ [1]. Trans* Menschen haben ungleiche und damit ungerechte Gesundheitschancen [29]. Sie können ihr Recht auf Gesundheit nicht gleichermaßen wie cis Menschen wahrnehmen, wobei sich intersektionale Risiken zeigen [12].

[7] Fütty TJ (2019) Gender und Biopolitik: Normative und intersektionale Gewalt gegen Trans*Menschen. transcript, Bielefeld

[1] Appenroth/Castro Varela 2019a, S. 11–18.

[29] Trautwein R, Lankenau L, Rupp K, Strauß E, Dunlop Z, Richter MT (2023) Gleiche Gesundheitschancen – ein Menschenrecht. Gesundheitliche Ungerechtigkeit und Gesundheitsförderung bei trans* Menschen. Dr Med Mabuse 261(3):92–94

[12] Lacombe-Duncan A, Kattari SK, Kattari L (2021) Transgender and nonbinary adults and access to medical care. In: Kattari SK et al (Hrsg) Social Work and Health Care Practice with Transgender and Nonbinary Individuals and Communities Voices for Equity, Inclusion, and Resilience. Routledge, London

10 Trans* BIPoC⁴ erleben bspw. signifikant höhere Zugangsbarrieren und trans* feindliche Diskriminierung als weiße trans* Menschen [9].

Es gibt einen hohen Bedarf an Gesundheitsförderung für trans* Menschen [20], der bspw. gesundheitliche Ressourcen [8] wie Bewältigungsressourcen und -strategien im Umgang mit Diskriminierung anvisiert. Hierzu fehlen evidenzbasierte Daten, v. a. darüber, in welchen Trans* Lebenswelten Gesundheitsförderung von besonderer Relevanz ist: eine Lücke, die das Projekt Gesundheitsförderung in Lebenswelten von trans* Menschen (GeLebT*), gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), schließt.

Forschungsfragen

Übergeordnet untersuchte GeLebT*, wie die Gesundheit in (relevanten) Lebenswelten von trans* Menschen gestärkt werden kann. Die Forschungsfragen des Projekts lauten:

1. Was hält trans* Menschen gesund und wie kann deren Resilienz gefördert werden?
 2. Welche Bedarfe haben trans* Menschen hinsichtlich der Gesundheitsförderung und wie können für diese gesundheitsförderliche Lebenswelten gestaltet werden?
 3. Welche strukturellen Rahmenbedingungen benötigen Trans* Peer Educator und welche Kompetenzen und Sensibilisierungsmaßnahmen Tätige des Gesundheitswesens, um die Gesundheit von trans* Menschen zu fördern?
- Das Sample besteht aus drei Zielgruppen (= Z). Z1 sind trans* Menschen, deren Erfahrungen, Lebenswelten und Bedarfe im Mittelpunkt stehen.

⁴ BIPoC = Black, Indigenous, Person of Colour.

[9] Kattari SK, Walls NE, Whitfield DL, Langenderfer Magruder L (2017) Racial and Ethnic Differences in Experiences of Discrimination in Accessing Social Services Among Transgender/Gender-Nonconforming People. J Ethn Cult Divers Soc Work 26(3):2017–2235.

[20] Rasch L (2019) Partizipatives Arbeiten am Beispiel der Präventionskampagne „Schwul. Trans*. Teil der Szene!“ der Deutschen AIDS-Hilfe. In: Appenroth MN, Castro Varela Md (Hrsg) Trans & Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung. transcript, Bielefeld, S 201–219

[8] Johns MM, Beltran O, Armstrong HL, Jayne PE, Barrios LC (2018) Protective Factors Among Transgender and Gender Variant Youth: A Systematic Review by Socioecological Level as. J Prim Prev 39(3):263–301.

11 Z2 sind Trans* Berater*innen und Expert*innen aus Pädagogik und Wissenschaft zu ergänzenden Bedarfen in Lebenswelten von trans* Menschen.

Z3 sind Tätige des Gesundheitswesens, die viel oder kaum/keine Expertise zum Thema Trans* haben (Z3a1 + Z3a2) sowie Trans* Peer Educator (Z3b), die ehrenamtlich Peer-to-peer-Support für Z1 leisten.

Der Forschungsfokus liegt entgegen defizitorientierten Darstellungen auf den Ressourcen und der Resilienz von trans* Menschen, um Trans* Diskriminierung entgegenzuwirken.



Studiendesign

Gemäß dem qualitativen Paradigma standen subjektive Sichtweisen/Erfahrungen von trans* Menschen – im Kontext struktureller Gegebenheiten – im Fokus. Es wurde möglichst offen, partizipativ und orientierend am Lebensalltag aus der Sicht von trans* Menschen geforscht [21], um soziale Wirklichkeiten und Strukturmerkmale aufzunehmen. Folgende Methoden wurden genutzt:

Für Z1 wurde via 36 episodischer Einzelinterviews [5], von denen 35 ausgewertet werden konnten, semantisches und narrativ-episodisches Wissen erhoben und relevante Meinungen, Einschätzungen, aber auch Erfahrungen erfragt, wobei die

[21] Richter MT (2022)

[5] Flick U (2011) Das Episodische Interview. In: Oelerich G, Otto H-U (Hrsg) Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Studienbuch. Springer, Wiesbaden, S 273–280

12 Befragten diese mitsteuern konnten, um u. a. (Re-)Traumatisierungen möglichst zu vermeiden. Die inhaltlichen Interviewblöcke bestanden aus: a) dem subjektiven Verständnis von Trans* und Gesundheit, b) der Nutzung und Erfahrung in der Gesundheitsversorgung und mit Tätigen des Gesundheitswesens, c) den diskriminierenden und gesundheitsabträglichen (strukturellen) Bedingungen von Gesundheitsförderung, d) den relevanten Lebenswelten und e) gesundheitsförderlichen Kompetenzen und Ressourcen von trans* Menschen. Das episodische Wissen der Interviews wurde mit der dokumentarischen Methode (DM; [19]) analysiert und so die Erfahrungen der trans* Menschen und ihre jeweiligen praktischen Handlungsorientierungen erhoben. Der dokumentarische Sinngehalt, das Wie des Erzählten, stand im Zentrum. Dieser zeigte sich in Haltungen/Handlungspraxen von trans* Menschen bei der Navigation von Lebenswelten, was Aufschlüsse über die Verhältnisse zulässt. Das semantische Wissen wurde mit der qualitativen Inhaltsanalyse (QIA; [17]) ausgewertet, zur Reduktion auf das Was, die wesentlichen Inhalte des Gesagten.

Die Z2 (15 Teilnehmende) und Z3 (20 Teilnehmende) wurden mit jeweils drei Fokusgruppendifkussionen (FG) unter Einbezug von Stakeholdern aus diversen Bereichen zu bestehenden Bedarfen erhoben [10, 11, 13]. Alle Fokusgruppen wurden via QIA (s. oben) ausgewertet.

Die Akquise und Erhebung von Z1 und Z2 fanden parallel zwischen Januar und September 2022 statt, die der Z3 erfolgte zwischen April und Juni 2023. Für alle Zielgruppen wurden umfassende Akquise-/Gateopener-Listen durch bundesweite Recherchen und Ergänzung durch bestehende Kontakte erstellt. Interviewaufrufe und Informationen zur Teilnahme wurden mit SharePics, per E-Mail, durch Verschickung von Flyern per Post und Social-Media-Werbung versendet. Einbezogen wurden dabei u. a. relevante Netzwerke, Beratungsstellen, Forschungseinrichtungen, queere Vereine, Verbände und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

[19] Nohl A-M (2017) Interview und dokumentarische Methode. Anleitung für die Forschungspraxis. Springer, Wiesbaden

[17] Mayring P (2015) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 12. Aufl. Beltz, Weinheim/Basel

[10] Kitzinger J (1994) The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Social Health Illn* 16(1):103–121.

[11] Krueger RA, Casey MA (2015) Focus groups. A practical guide for applied research, 5. Aufl. SAGE, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC

[13] Liamputtong P (2011) Focus group methodology. Principles and practice. SAGE, Los Angeles

13 Das Vorgehen orientierte sich u. a. an den Gütekriterien qualitativer Forschung [27], den vier ethisch-moralischen Prinzipien der Medizinethik [4] und Datenschutzbestimmungen (DSGVO) und wurde von der Ethikkommission der Hochschule für Angewandte Wissenschaft (HAW) Hamburg mit positivem Votum versehen. Einbezogen wurden Menschen ab 18 Jahre, die in keinem akuten Stadium einer physischen oder psychischen Erkrankung waren [23]. Dazu, und zu Vulnerabilität(en) [24], erfolgte eine Selbsteinschätzung der Befragten. Es wurde ethisch-methodisch Rechnung getragen, dass die befragten trans* Menschen (Z1) höchstwahrscheinlich schwierige Erfahrungen mit Gesundheit/Diskriminierung gemacht haben.

Ein Projektbeirat aus Trans* Communitymitgliedern und Expert*innen zu Trans* und/oder Gesundheit hat das Projekt durchweg evaluierend beraten.



[27] Steinke (2017) Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, Kardorff E, Steinke I (Hrsg) Qualitative Forschung. Ein Handbuch, 12. Aufl. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, S 319–331

[4] Beauchamp TL, Childress JF (1983) Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, New York/Oxford

[23] Schnell MW, Heinritz C (2006) Forschungsethik. Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Huber, Mannheim

[24] Schrems BM (2017) Vulnerabilität im Kontext der Pflegeforschung. Ein Essay. *Pflege Ges* 22(4):308–321

Ergebnisse

Das ausgewertete Z1-Sample bestand aus 35 trans* Personen (N = 35), deren geschlechtliche Selbstverortung nahezu gleich verteilt zwischen einem nicht-binären (n = 13), einem trans* weiblichen (n = 10) und einem trans* männlichen (n = 12) Spektrum lag. Eine der trans* männlichen Personen verortete sich zusätzlich als intergeschlechtlich (n = 1). 28 Personen gaben an, neurodivers bzw. autistisch (n = 5), körperlich beeinträchtigt und/oder behindert⁵ bzw. chronisch erkrankt (n = 9), psychisch erkrankt (n = 9) und/oder suchterfahren (n = 3) zu sein sowie Rassismus und/oder Antisemitismus zu erfahren (n = 4). 17 % waren 18–24 Jahre alt (n = 6), 44 % 25–34 Jahre (n = 16), jeweils 12 % 35–44 Jahre (n = 4), 45–54 Jahre (n = 4) und 55–64 Jahre (n = 4). Eine Person war älter als 65 Jahre (n = 1). Der Großteil (82 %) wohnte in einer Großstadt (n = 29), 4 Personen in Klein- und Mittelstädten (n = 4), 2 Personen in ländlichen Regionen (n = 2).

Die Z2-Expert*innen waren v. a. in der Trans* Beratung, in Trans* Netzwerken, der Antidiskriminierungsarbeit und der Trans* Pflegearbeit tätig. Die Tätigen des Gesundheitswesens mit viel und mit kaum/ohne Trans* Expertise stammten aus den Bereichen Psychotherapie, Hebammenwesen, Pflege, Allgemeinmedizin, Gynäkologie und Physiotherapie. Die Trans* Peer Educator arbeiteten v. a. in der Peer-Beratung und z. B. in Selbsthilfegruppen oder Sportvereinen.

Die Ergebnisse zeigen deutliche Defizite im Gesundheitswesen. Laut Einschätzung der Fokusgruppenergebnisse mit Z2, die sich überwiegend mit den Z1-Interviews decken, braucht es mehr Wissen zu Trans* (auch Trans* spezifisches Fachwissen) und eine Sensibilisierung des Personals im Umgang mit trans* Personen, Qualitätsmanagement/Standards für eine Trans* affirmative und wissenschaftsbasierte Gesundheitsversorgung, Anerkennung individueller Expertise/Bedarfe der trans* Menschen u. a. bzgl. Lebenswelten der Gesundheitsförderung, diskriminierungssensible Regelversorgung und Transitionsmedizin. Neben dem Gesundheitswesen wurden weitere Lebenswelten, v. a. Trans* Communities, Wohnort, Arbeitswelt, Sport sowie Partner*innen, Bezugspersonen und Wahl- oder Herkunftsfamilie als relevant hervorgehoben.

⁵ Der ability gap verdeutlicht, dass Menschen v. a. durch Barrieren in ihrer Umwelt behindert werden [15]

[15] Köbsell S (2016) Doing Dis_ability: Wie Menschen mit Beeinträchtigungen zu „Behinderten“ werden. In: Fereidooni K, Zeoli AP (Hrsg) Managing Diversity: Die diversitätsbewusste Ausrichtung des Bildungs- und Kulturwesens, der Wirtschaft und Verwaltung. Springer, Wiesbaden, S 89–103

Exemplarisch mit Fokus auf via DM erarbeitete Handlungstypen/Haltungen von Z1 erfolgt entlang der Forschungsfragen zu a) Gesundheitswesen und b) weiteren Lebenswelten die folgende Ergebnisdarstellung:

a) Gesundheitswesen

Es zeigen sich fünf Handlungstypen/Haltungen, wie trans* Menschen das Gesundheitswesen navigieren:

Gesundheitswesen als Ansprechpartner

Das Gesundheitswesen ist für trans* Menschen nicht per se Ansprechpartner für Gesundheitsbelange und wenn doch, unabhängig davon, wie hilfreich dieses war. Es werden Erwartungen an Zuständigkeiten/Leistungen gestellt wie z. B. Vertrauen, Wissen, Support bei der Transition sowie die Wahrung der Privatsphäre und des professionellen Rahmens. In den Erzählungen zu Diskriminierungen wurde markiert, was als angemessen oder unprofessionell gilt wie bspw. neugierige Fragen oder cis-zweigeschlechtliche Vorannahmen über Körper durch das Personal. Die Entwicklung eigener Ethiken/Praxen half dabei, sich z. B. von Übergriffigkeit abzugrenzen. Sam⁶ erzählt z. B. von einer Ärztin, die Fragen zu Beziehungsstatus und sexueller Identität stellt, obwohl es um ein Blutbild für die Transition geht:



„... ah, ja, Sie sind ja bestimmt ledig. Und ich meinte so: nein, ich bin verheiratet ... Dann kam wie aus der Pistole geschossen: aber mit einem Mann, oder? Sagte ich so: nein, mit einer Frau. ... Ah, das schreibe ich mir auf ... Dann ... habe ich wirklich aus reinstem Interesse gefragt, inwiefern das irgendwie für meine Behandlung relevant sei, dass ich mich irgendwie vor meinem Coming-out als lesbisch geoutet habe.“ (P29: 11)

⁶ Alle Namen sind pseudonymisiert. Die Interviewzitate wurden sprachlich geglättet.

Gesundheitswissen

Um fehlendes Trans* Wissen auszugleichen, haben sich einige trans* Menschen selbst Gesundheitswissen angeeignet oder Gesundheitsinformationen der Trans* Communities genutzt, um bspw. selbstbestimmt mit teils restriktiven bürokratischen Prozessen umgehen und/oder informierte Entscheidungen bei der Behandlung treffen zu können.

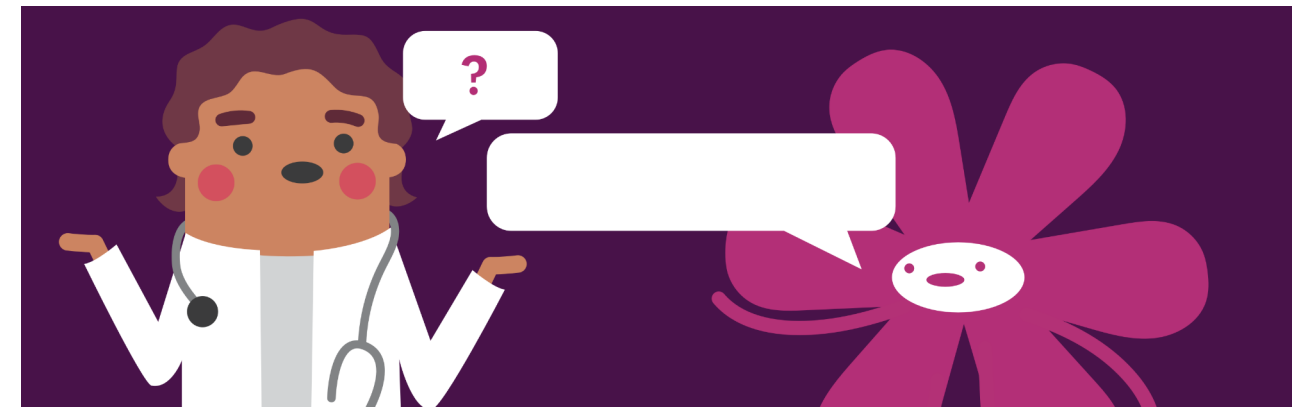
Wie ressourcenaufwändig das ist, verdeutlicht Agnes hinsichtlich der Erarbeitung und Interpretation wissenschaftlicher Quellen:



„Und ich habe halt versucht, mich zu informieren und habe die Informationen nicht in Deutschland gefunden, sondern außerhalb ... und habe versucht, das so zu prüfen, dass das ein bisschen stichfester ist und nicht nur irgendjemand was schreibt. Halt in verschiedenen Publikationen mir anzuschauen und daraus meine eigene Schlussfolgerung zu ziehen oder sagen wir mal, so einen gemeinsamen Nenner, was verschiedene Publikationen dazu meinen.“ (P31: 2–3)

Aufklärung von Tätigen des Gesundheitswesens

Ein Teil der Interviewten nutzt das selbst erworbene Wissen, um das medizinische Personal bzgl. Sach- und Genderkompetenz aufzuklären, wobei eigenes Erfahrungs- und v. a. Communitywissen einbezogen wird. Das führt zu einem Rollentausch: Erwartungen an die Professionalität des Personals brechen, da dieses verunsichert ist und von den Patient*innen beruhigt/aufgeklärt wird, wie bspw. bei Sam:



*„... entweder schreibe ich den Ärzt*innen zu viele Kompetenzen und Autorität zu ... Aber ich bin irgendwie seit meinem Trans* Coming-out oft beschäftigt gewesen, die Ärzt*innen, die noch nie mit trans* Menschen gearbeitet haben, irgendwie zu beruhigen und Sachen über das Gesundheitssystem oder über die Lage von trans* Menschen in Deutschland aufzuklären.“ (P29: 11)*

(Ready to) "fight"

Einige Interviewte reagierten auf Diskriminierung mit direkter Konfrontation und der Bereitschaft zu kämpfen – was sie teils selbstermächtigt, da sie handlungsfähig bleiben und nicht (nur) ausgeliefert waren. Potenziell diskriminierende Situationen in Gesundheitssettings wurden erwartet und vorbereitet, um sich wehren zu können, wie z. B. bei Luiz:



„... jede Art Termin ist für mich eine Herausforderung, wirklich. Also ich bereite mich vor auf jeden Termin. Also ich mache so eine Liste von Begriffen, von Symptomen, dann gehe ich da hin und bin ich immer in dieser Position, ich muss jetzt mich verteidigen, also ich muss so reden, dass ich angehört werde.“ (P36: 44)

Auch in anderen Settings gab es die Handlungspraxis der direkten Konfrontation, z. B. indem korrekte Anreden auf der Arbeit eingefordert oder Diskriminierung den zuständigen Abteilungen gemeldet wurde.

"Flight" response

Einige trans* Menschen gingen bei (erwarteter) Diskriminierung in Angriffsstellung, andere ergriffen die Flucht oder nutzten Vermeidungstaktiken. Outings und Konflikte zum Selbstschutz umgehen sowie Termine verzögern bzw. nicht wahrnehmen waren hier Strategien. Interviewte suchten z. B. Ärzt*innen nicht mehr auf oder stellten sich bewusst in einem im Gesundheitswesen verbreiteten Bild von Trans* dar, um z. B. Hormone zu erhalten. Die Strategien zur Navigation von Diskriminierung zeigten sich auch in anderen Lebenswelten.

Einige bevorzugten, sich bei der Arbeit nicht zu outen oder konzentrierten sich bei Diskriminierung auf professionelle Aspekte der Arbeit und darauf, den Job sehr gut zu machen.



b) (Weitere) Lebenswelten

Aus den Z2-FG geht bspw. hervor, dass die (Nicht-)Anerkennung der eigenen (Geschlechts-)Identität in allen Lebenswelten relevant für Wohlbefinden/ Gesundheit ist. Zudem werden, wie bei Z1, spezifische Lebenswelten – v. a. Trans* Communities, Wohnort, Arbeitswelt, Sport sowie Partner*innen, Bezugspersonen und Wahl- oder Herkunftsfamilien – hervorgehoben. Der Wohnort wird von Z2 und Z1 als relevant für den Zugang zur Infrastruktur der Gesundheitsversorgung und zu anderen Angeboten betont, v. a. hinsichtlich des Stadt-Land-Gefälles. Peer-Beratungsstellen als Teil der Trans* Communities wurden in den FG als einzige Stakeholder benannt, die eine affirmative, unterstützende Grundhaltung haben und so eine herausragende Rolle im Gesundheitsbereich einnehmen, auch bei Z1 (s. unten Trust in Trans*). Trans* Peer Educator werden von allen Z als bedeutsam angesehen. Aus den Z3-FG geht hervor, dass diese meist ehrenamtlich arbeiten. Für die Gewährleistung der Bereitstellung von wichtigen Unterstützungsangeboten werden daher eine flächendeckende und sichere Finanzierung und bzgl. intersektionaler Bedarfe spezifische Expertisen benötigt. Zudem braucht es für eine bedarfsgerechte Versorgung die Förderung von Vernetzung/Austausch zwischen Communities und Gesundheitswesen.

Auch die anderen Lebenswelten wurden von Z1 mehrfach als strukturelle Ressourcen, aber auch als Barrieren für die eigene Gesundheit benannt, wie die vier weiteren Handlungspraxen/Haltungen zeigen:



Zweigegenderte (öffentliche) Räume als Problem

Binär gegenderte Räume wie Umkleiden/Toiletten sind alltägliche Herausforderung und Barriere, die belasten und gesellschaftliche Teilhabe behindern. Die eigene Handlungspraxis wird dazu teils angepasst. Die binäre bzw. generell die geschlechtliche Einteilung von Räumen, v. a. beim Sport als gesundheitsförderlicher Bereich, wird als grundsätzliches, ständiges und zentrales strukturelles Problem gesehen. Dass Lebenswelten so unzugänglich werden, erklärt Sam exemplarisch für den Bereich Sport:

„... wo ich irgendwie gezwungen werde, mich binär einzuteilen und wo auch mein Körper irgendwie gefühlt ne große Rolle plötzlich spielt. ... das erschwert mir sowohl irgendwie alltägliche Situationen als auch naja, dass ich irgendwie eines meiner größten Hobbys, den ich seit vielen Jahren mache, nicht mehr machen kann.“ (P29: 18)



Trans* Akzeptanz als Normalität

Es zeigt sich der Wunsch, dass die eigene Trans* Identität als normal akzeptiert wird: Trans* Menschen sind keine Abweichung, sondern legitim und gleichwertig wie cis-Menschen. Trans* Identitäten und -Körper sollen von anderen weder als etwas Besonderes noch überhaupt thematisiert werden, wie z. B. durch neugierige Fragen. Die selbstverständliche Sichtbarkeit von trans* Menschen zu erleben, bspw. bei der Arbeit, führte zu einer Zusammenführung von häufig eher getrennten Erfahrungsräumen und beeinflusst das Wohlbefinden, wie z. B. bei Agnes durch die unerwartete Begegnung mit einer trans* Frau im Arbeitskontext:

„[Ich] saß da ... und hatte dann fast die Tränen in den Augen. ... so dieses: I'm not alone. ... Verdammt, es war so eine andere Ebene ... ich bin da nicht in der Trans Selbsthilfe bei mir im Ort ..., sondern ich bin im geschäftlichen Umfeld*

und es wird normal. Und das finde ich sehr befreiend. Da bin ich jetzt beinahe schon wieder am Heulen, weil ich halt die Erfahrung gemacht habe, dass das nicht so ist.“ (P31: 35)



Geschlechtsidentität leben

Die eigene Geschlechtsidentität zu leben, gilt als zentrale Gesundheitsressource, wichtige Praxis und teils Überlebensstrategie. Die medizinische/rechtliche Transition und Genderperformance im Alltag spielten dabei eine gesundheitsförderliche wie -abträgliche Rolle. Einige nutzten z. B. geschlechtsaffirmierende Kleidung/Produkte, um das Wohlbefinden zu steigern. Die Ambivalenz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung (durch Mehrheitsgesellschaft und Community) und die Orientierung an diversen Normvorstellungen stellen hier Hürden dar, wie Alex exemplarisch erklärt: ...

„Ich habe mich manchmal zu behindert gefühlt ... um Trans zu sein ... zumindest als das, was so in der Trans* Community ... als der Standard gilt ... Noch nicht medizinisch transitionieren kann, aber es vielleicht einfach gar nicht kann ... durch so physische Beeinträchtigung, dass es dann gar nicht möglich ist theoretisch zu binden. Und dann zu sagen: ja, bin ich jetzt trotzdem noch Trans*, nur weil ich nicht binde? ... Da gibt es halt auch ... diese doppelten Standards, die man erfüllen muss. Und das geht natürlich auch auf die mentale Gesundheit.“ (P24: 22-23)*



Intersektionale Verschränkung, doppelte Standards und individuelle Bedürfnisse/ Beeinträchtigungen prägen die (Un-)Möglichkeit, die Geschlechtsidentität zu leben. Geschlechtsaffirmierende Hilfsmittel wie Binder werden teils gesundheitsförderlich in die eigene Handlungspraxis integriert. Für Alex sind die Hilfsmittel jedoch nur bedingt zugänglich. Alex zweifelt deshalb an der eigenen Trans* Zugehörigkeit, da Alex die als dazugehörig erlebte Praxis nur begrenzt leben kann.

"Trust in Trans*"

Trans* Communities als Lebenswelt wurden als herausragende gesundheitsförderliche Ressource in diversen Kontexten genannt. Der geteilte Erfahrungsraum war dabei die Grundlage für die Nutzung und das Vertrauen, wie Sam exemplarisch sagt:

„... zum Beispiel eine Community, die sind nur sieben, acht Leute ... Wir treffen uns einmal im Monat und quatschen eigentlich nur. Und eigentlich supporten wir uns nur gegenseitig und das ist das Hauptding ... Und so oft gab es da Momente, wo ich dachte, so, krass, okay, ich wusste nicht, dass diese Art von Erfahrungen andere Menschen auch gemacht haben. Da Anlaufstellen zu haben hat ungemein geholfen.“ (P29: 30–31)

Trans* Communities ermöglichten neben positiver Rollenidentifikation und aktivistischer Selbstwirksamkeit v. a. die diskriminierungsarme Beschaffung von Gesundheitsinformationen und Navigation des Gesundheitswesens. Sie fungierten als Familienersatz/Wahlfamilie, mit einem Zugehörigkeitsgefühl, das sich positiv auf das Wohlbefinden auswirkt und als Ort des Austausches geteilter Erfahrungen, was als Ressource gegen Vereinzelungsgefühle wirkt.

Gleichzeitig können Trans* Community-Angebote aber nicht alle Lebensrealitäten auffangen. Die Bedarfe von Personen, die bspw. rassistische, ableistische und klassistische (intersektionale) Diskriminierung erleben, werden teils vernachlässigt.



Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass die Gesundheitsversorgung so prekär ist, dass zunächst grundlegende Versorgungsbedarfe von trans* Menschen abgedeckt werden müssen. Die Handlungstypen/Haltungen verweisen darauf, wie auch Studien belegen, dass sich ein niedrigschwelliges, diskriminierungsarmes Gesundheitswesen, in dem die Tätigen kompetent und diversitätssensibel handeln, positiv auf die Gesundheit von trans* Menschen auswirkt [16] und „minority stress“ abbaut [25, 28]. Auch gesundheitsrelevante Ressourcen/Vulnerabilitäten von trans* Menschen wurden deutlich. Sie entwickeln in Reaktion auf ihre Lebensverhältnisse Handlungspraxen, die teils gesundheitsabträglich sind, z. B. soziale Isolation. Aber auch gesundheitsförderliche Strategien, bspw. einen hohen Grad an Gesundheitswissen, Selbstwirksamkeit und Rückhalt der Trans* Community, u. a. durch die Arbeit von Peer Educators (Z3b). Generell brauchen trans* Menschen, v. a. intersektional diskriminierte, aber viele Ressourcen zur Entwicklung von Strategien, um Effekte des an Cis-Zweigeschlechtlichkeit orientierten Gesundheitswesens [7] als Teil der Gesundheitsförderung und Diskriminierung/Barrieren in (weiteren) Lebenswelten zu navigieren. Der geteilte Erfahrungsraum in Trans* Communities wirkt gesundheitsförderlich.

Limitationen

Trotz vielfältiger Akquise gibt es eine Selektivität des Samples. So ist das Z1-Sample mehrheitlich weiß, im jungen Erwachsenenalter und wohnt in Großstädten. Perspektiven/Erfahrungen intersektional diskriminierter trans* Personen, wie z. B. von BiPoC und/oder Geflüchteten, trans* Menschen im Alter und aus ländlichen Regionen sind unterrepräsentiert. Zukünftige Forschung sollte hier ansetzen. Die erarbeiteten Handlungsempfehlungen sollten hinsichtlich der Veränderungsanlässe weiterführend beforscht werden.

[16] McCann E, Donohue G, Brown M (2021) Experiences and Perceptions of Trans and Gender Non-Binary People Regarding Their Psychosocial Support Needs: A Systematic Review of the Qualitative Research Evidence. Int J Environ Res Public Health 18(7):1–20.

[25] Smith SK (2020) Transgender and Gender Nonbinary Persons' Health and Well-Being: Reducing Minority Stress to Improve Well-Being. Creat Nurs 26(2):88–95.

[28] Tan KKH, Treharne GJ, Ellis SJ, Schmidt JM, Veale JF (2020) Gender Minority Stress: A Critical Review. J Homosex 67(10):1471–1489.

[7] Fütty TJ (2019)

Fazit für die Praxis

- **Der vielfachen gesundheitlichen Diskriminierung und den ungleichen Gesundheitschancen von trans* Menschen sollte lebensweltübergreifend begegnet werden.**
- **Es gilt, Stressoren/Diskriminierung gegenüber trans* Menschen abzubauen und bestehende gesundheitsförderliche Strukturen zu stärken.**
- **Es braucht neue/mehr Angebote/Strukturen, die bestehende Ressourcen von trans* Menschen fördern und Unterstützung bei Barrieren und Vulnerabilitäten leisten.**
- **Aus den Ergebnissen wurden Handlungsempfehlungen abgeleitet, wie z. B. den expliziten Aufbau intersektionaler Gesundheitsförderung für trans* Menschen, evidenzbasierte Aus-, Fort- und Weiterbildung der Fachkompetenz zu Trans* Gesundheitsbedarfen, ein niedrigschwelliger Zugang zu medizinischer Transition und die Gewährleistung flächendeckender Aufklärung zu Community-Angeboten und -Strukturen.**
- **Dies sind wichtige Einflussfaktoren für Stakeholder, um die Gesundheit in Lebenswelten von trans* Menschen real zu fördern.**

Notes

1. Diese Definition von Trans* beinhaltet unterschiedliche Selbstverständnisse, binäre wie nicht-binäre.
2. Im Gegensatz zu cis (-geschlechtlichen) Menschen.
3. Laut dem Minority Stress Modell erleben LGBTI+ Personen z. B. wegen Diskriminierung erhöhten Stress [18].
4. BIPOC = Black, Indigenous, Person of Colour.

[18] Meyer IH, Frost DM (2013) S 252–266

5. Der ability gap verdeutlicht, dass Menschen v. a. durch Barrieren in ihrer Umwelt behindert werden [15].
6. Alle Namen sind pseudonymisiert. Die Interviewzitate wurden sprachlich geglättet.

Literatur

1. Appenroth MN, Castro Varela MdM (2019a) Glossar. In: Dies (Hrsg) Trans & Care. Trans Menschen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung. transcript, Bielefeld, S 11–18 <https://doi.org/10.14361/9783839445990-015>
2. Appenroth MN, Castro Varela MdM (2019b) Trans & Care: Das Recht auf eine gute Gesundheitsversorgung, Pflege und Sorgearbeit. In: Dies (Hrsg) Trans & Care. Trans Menschen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung. transcript, Bielefeld, S 19–31 <https://doi.org/10.14361/9783839445990-015>
3. Bartig S, Kalkum D, Le HM, Lewicki A (2021) Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung. Studie im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin. https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/diskrimrisiken_diskrimschutz_gesundheitswesen.pdf?__blob=publicationFile&v=5. Zugriffen: 16. Juli 2022
4. Beauchamp TL, Childress JF (1983) Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, New York/Oxford
5. Flick U (2011) Das Episodische Interview. In: Oelerich G, Otto H-U (Hrsg) Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Studienbuch. Springer, Wiesbaden, S 273–280 https://doi.org/10.1007/978-3-531-92708-4_17
6. Fredriksen-Goldsen KI, Simoni JM, Kim HJ et al (2014) The Health Equity Promotion Model: Reconceptualization of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Health Disparities. Am J Orthopsychiatry 84(6):653–663. <https://doi.org/10.1037/ort0000030>

[15] Köbsell S (2016) S 89–103

7. Fütty TJ (2019) Gender und Biopolitik: Normative und intersektionale Gewalt gegen Trans*Menschen. transcript, Bielefeld
8. Johns MM, Beltran O, Armstrong HL, Jayne PE, Barrios LC (2018) Protective Factors Among Transgender and Gender Variant Youth: A Systematic Review by Socioecological Level as. J Prim Prev 39(3):263–301. <https://doi.org/10.1007/s10935-018-0508-9>
9. Kattari SK, Walls NE, Whitfield DL, Langenderfer Magruder L (2017) Racial and Ethnic Differences in Experiences of Discrimination in Accessing Social Services Among Transgender/Gender-Nonconforming People. J Ethn Cult Divers Soc Work 26(3):2017–2235. <https://doi.org/10.1080/15313204.2016.1242102>
10. Kitzinger J (1994) The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. Sociol Health Illn 16(1):103–121. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11347023>
11. Krueger RA, Casey MA (2015) Focus groups. A practical guide for applied research, 5. Aufl. SAGE, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC
12. Lacombe-Duncan A, Kattari SK, Kattari L (2021) Transgender and nonbinary adults and access to medical care. In: Kattari SK et al (Hrsg) Social Work and Health Care Practice with Transgender and Nonbinary Individuals and Communities Voices for Equity, Inclusion, and Resilience. Routledge, London
13. Liamputtong P (2011) Focus group methodology. Principles and practice. SAGE, Los Angeles <https://doi.org/10.4135/9781473957657>
14. 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. https://lesmigras.de/wp-content/uploads/2021/11/Dokumentation-Studie-web_sicher.pdf. Zugriffen: 16. Juli 2024
15. Köbsell S (2016) Doing Dis_ability: Wie Menschen mit Beeinträchtigungen zu „Behinderten“ werden. In: Fereidooni K, Zeoli AP (Hrsg) Managing Diversity: Die diversitätsbewusste Ausrichtung des Bildungs- und Kulturwesens, der Wirtschaft und Verwaltung. Springer, Wiesbaden, S 89–103

16. McCann E, Donohue G, Brown M (2021) Experiences and Perceptions of Trans and Gender Non-Binary People Regarding Their Psychosocial Support Needs: A Systematic Review of the Qualitative Research Evidence. *Int J Environ Res Public Health* 18(7):1–20. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073403>
17. Mayring P (2015) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, 12. Aufl. Beltz, Weinheim/Basel
18. Meyer IH, Frost DM (2013) Minority Stress and the Health of Sexual Minorities. In: Patterson CJ, D’Augelli AR (Hrsg) *Handbook of Psychology and Sexual Orientation*. Oxford University Press, Oxford, S 252–266 <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199765218.003.0018>
19. Nohl A-M (2017) *Interview und dokumentarische Methode. Anleitung für die Forschungspraxis*. Springer, Wiesbaden <https://doi.org/10.1007/978-3-531-90002-5>
20. Rasch L (2019) Partizipatives Arbeiten am Beispiel der Präventionskampagne „Schwul. Trans*. Teil der Szene!“ der Deutschen AIDS-Hilfe. In: Appenroth MN, Castro Varela Md (Hrsg) *Trans & Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung*. transcript, Bielefeld, S 201–219 <https://doi.org/10.14361/9783839445990-015>
21. Richter MT (2022) Partizipative Forschung im Projekt GeLebT* – Gesundheitsförderung und Lebenswelten von Trans*-Menschen. In: HAW Hamburg (Hrsg) *Competence Center Gesundheit Dokumentationsband. CCG Forschungstag 17. Mai 2022*. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/205126/857cb513dde6ed0dca6759ab1283f95b/aktionsplan-queer-leben-data.pdf>. Zugegriffen: 16. Juli 2024
22. Saalfeld RK (2021) Sichtbarkeit von Transgeschlechtlichkeit und ihre visuellen Dimensionen. In: Mader E et al (Hrsg) *Trans* und Inter* Studien. Aktuelle Forschungsbeiträge aus dem deutschsprachigen Raum. Forum Frauen- und Geschlechterforschung*, Bd. 51. Westfälisches Dampfboot, Münster, S 199–219
23. Schnell MW, Heinritz C (2006) *Forschungsethik. Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft*. Huber, Mannheim
24. Schrems BM (2017) Vulnerabilität im Kontext der Pflegeforschung. Ein Essay. *Pflege Ges* 22(4):308–321

25. Smith SK (2020) Transgender and Gender Nonbinary Persons’ Health and Well-Being: Reducing Minority Stress to Improve Well-Being. *Creat Nurs* 26(2):88–95. <https://doi.org/10.1891/CRNR-D-19-00083>
26. Smith G, Robertson N, Cotton S (2021) Transgender and gender non-conforming people’s adaptive coping responses to minority stress: A framework synthesis. *Nord Psychol* 74(3):222–242. <https://doi.org/10.1080/19012276.2021.1989708>
27. Steinke (2017) Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, Kardorff E, Steinke I (Hrsg) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, 12. Aufl. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, S 319–331
28. Tan KKH, Treharne GJ, Ellis SJ, Schmidt JM, Veale JF (2020) Gender Minority Stress: A Critical Review. *J Homosex* 67(10):1471–1489. <https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1591789>
29. Trautwein R, Lankenau L, Rupp K, Strauß E, Dunlop Z, Richter MT (2023) Gleiche Gesundheitschancen – ein Menschenrecht. *Gesundheitliche Ungerechtigkeit und Gesundheitsförderung bei trans* Menschen*. *Dr Med Mabuse* 261(3):92–94
30. World Health Organization (2023) Human Rights. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>. Zugegriffen: 9. Juli 2024
31. Zeeman L, Aranda K, Sherriff N, Cocking C (2017) Promoting resilience and emotional well-being of transgender young people: research at the intersections of gender and sexuality. *J Youth Stud* 20(3):382–397. <https://doi.org/10.1080/13676261.2016.1232481>

Administrative Information

Förderung

Das Forschungsprojekt wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) gefördert (Förderkennzeichen: 95F12004A&C).

Funding

Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Author Information

Authors and Affiliations

**Department Pflege und Management, HAW Hamburg, Alexanderstraße 1,
20099, Hamburg, Deutschland**

Miriam Tariba Richter, Ray Trautwein, Lando Lankenau, Kilian Rupp & Anna Hampel

**Institut für Erziehungswissenschaften, Europa-Universität Flensburg,
Flensburg, Schleswig-Holstein, Deutschland**

Tamás Jules Fütty

Corresponding Author

Correspondence to Miriam Tariba Richter.

Ethics Declarations: Interessenkonflikt

M.T. Richter, T.J. Fütty, R. Trautwein, L. Lankenau, K. Rupp und A. Hampel geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor*innen keine Versuche/Experimente an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die im Studiendesign angegebenen ethischen Richtlinien.

Additional Information: Hinweis des Verlags

Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Rights and Permissions

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt.

Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf :

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Über die dgti

Das sind Wir

Du bist trans*, inter*, nicht-binär oder agender? Die Deutsche Gesellschaft für Trans*- und Inter*geschlechtlichkeit e.V. (dgti) ist dein starker Partner für Akzeptanz und Gleichstellung und die treibende Kraft für deine Rechte und Sichtbarkeit in Deutschland. Seit unserer Gründung 1998 bringen wir unsere eigene Erfahrung aus der Selbsthilfe und professionelles Wissen zusammen – wir wissen, worauf es ankommt.

Wir bieten dir ein offenes Ohr und unterstützende psychosoziale Beratung (kein Therapieersatz). Bei uns findest du Workshops und Fortbildungen zum Lernen und Weiterentwickeln sowie Qualitätszirkel für den Austausch von Fachkräften. Wir zertifizieren medizinische Einrichtungen für eine sensible Versorgung, setzen uns politisch für die Rechte unserer Community ein und bauen – gemeinsam mit unseren Allies – Barrieren ab. Lass uns zusammen eine Gesellschaft gestalten, die Vielfalt wirklich lebt!

Gemeinsam. Vielfalt. Leben.

Unterstützen

Ihnen gefällt die Arbeit der dgti und Sie möchten uns unterstützen? Wir freuen uns sehr über Ihre Hilfe. Sie können uns mit einer einmaligen Spende bei betterplace unterstützen oder uns als Fördermitglied langfristig zur Seite stehen. Jeder Beitrag, ob groß oder klein, trägt dazu bei, dass wir Projekte wie diese Veröffentlichung umsetzen können, Menschen erreichen und unsere Arbeit nachhaltig weiterentwickeln können. Vielen Dank!

**Jetzt
spenden!**



**Fördermitglied
werden!**



Settingbasierte Gesundheitsförderung für trans* Menschen

Alle Menschen haben laut der World Health Organization (WHO) ein Anrecht auf ein Höchstmaß an Gesundheit und eine adäquate Gesundheitsversorgung. Aber nicht alle Menschen können dieses Recht gleichermaßen nutzen. Trans* Menschen erfahren im Vergleich zu cis Menschen ungleiche Gesundheits-chancen. Sie haben generell ein hohes Diskriminierungsrisiko, v. a. im Gesundheitswesen, wodurch ihre Gesundheit gefährdet wird. Sie sind intersektional und vielfältig Diskriminierung, „minority stress“ und Normierungen ausgesetzt und gelten deshalb als vulnerable Zielgruppe.

„... jede Art Termin ist für mich eine Herausforderung, wirklich. Also ich bereite mich vor auf jeden Termin. (...).“ (Luiz, P36: 44)

**Zum original
Online-Artikel:**



Inhalt © 2025 Miriam Tariba Richter, Tamás Jules Fütty,
Ray Trautwein, Lando Lankenau, Kilian Rupp & Anna Hampel

Diese Broschüre wurde herausgegeben durch die dgti e.V.
Layout, Bilder & Gestaltung ©2026 dgti e.V.