

Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für trans und nicht-binäre Menschen

Herausforderungen und Chancen

Hannah Borchering, Lisann Högström, Lea Pregartbauer & Timo O. Nieder

Zusammenfassung: Der Zugang zu einer bedarfsgerechten und diskriminierungssensiblen Gesundheitsversorgung ist für trans und nicht-binäre Menschen nach wie vor herausfordernd, trotz rechtlicher Reformen und gesellschaftlicher Fortschritte. Marginalisierung, Diskriminierung und Traumatisierungen beeinflussen die psychische Gesundheit dieser Gruppen erheblich. Zudem bestehen weiterhin strukturelle Barrieren, wie Gatekeeping, Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme für transitionsunterstützende Behandlungen und Vorurteile, die den Zugang zu einer gleichberechtigten Versorgung für diese Personengruppe erschweren. Der Ansatz der *Trauma-Informed Care*, Neuerungen in der ICD-11 sowie gesetzliche Änderungen bieten das Potenzial, Voraussetzungen für eine respektvolle, selbstbestimmte Versorgung zu verbessern. In Verbindung mit einer authentischen, empathischen und die Selbstbestimmung fördernden therapeutischen Beziehung können Barrieren abgebaut und die Versorgung für trans und nicht-binäre Menschen nachhaltig verbessert werden.

Einleitung

Themen rund um die Gesundheitsversorgung von trans und nicht-binären (TNB) Menschen stehen derzeit verstärkt im Fokus öffentlicher Debatten. Aktuelle Berichte zeigen, dass TNB Personen in Deutschland und weltweit durch politische Kampagnen und Gesetze gegen geschlechtliche Vielfalt erheblichen Einschränkungen ihrer Rechte ausgesetzt sind. Dies manifestiert sich beispielsweise in Barrieren bei der rechtlichen Anerkennung und beim Zugang zu einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung, aber auch in der großen Zahl von gegen diese Personengruppen gerichteten Gewaltdelikten und Diskriminierungsvorfällen (*Amnesty International, 2025¹; Camino, 2024; Martín-Sánchez et al., 2024*). Als Psychotherapeut*innen stehen wir dabei vor der Herausforderung, diese Rahmenbedingungen im Kontakt mit den individuellen Lebensrealitäten unserer Patient*innen zu berücksichtigen, die uns im Therapiezimmer begegnen. In diesem Artikel geben wir einen Überblick über die derzeitigen medizinischen und rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die daraus ableitbaren Empfehlungen für eine diskriminierungssensible psychotherapeutische Praxis mit TNB Menschen. Der vorliegende Beitrag bezieht sich auf die Gesundheitsversorgung von erwachsenen TNB Personen. Im Jugendalter sind weitere Faktoren zu berücksichtigen, die hier nicht näher besprochen werden.

Zur besseren Verständlichkeit sollen im Folgenden einige Begriffe eingeführt werden, die in der psychotherapeutischen Arbeit mit TNB Personen relevant sind und deren Kenntnis sich als hilfreich für eine differenzierte psychotherapeutische Haltung erweist. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht der beschriebenen Begriffe. Das (binäre) System der Zweigeschlechtlichkeit beschreibt die Zuordnung in ausschließlich zwei Geschlechter, die sich anhand körperlicher Geschlechtsmerkmale eindeutig voneinander unterscheiden und mit typischen sozialen Rollen verknüpft sind. Menschen, die sich innerhalb dieser binären Kategorien verorten, jedoch nicht mit dem ihnen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren, werden als binäre trans Personen bezeichnet. Darunter fallen trans Männer (bei Geburt weiblich zugewiesen, identifizieren sich als Männer) und trans Frauen (bei Geburt männlich zugewiesen, identifizieren sich als Frauen). Nicht-binäre Personen verorten sich nicht innerhalb des Systems der Zweigeschlechtlichkeit, sie verstehen sich etwa als weder männlich noch weiblich oder als in ihrer Identität fließend (*genderfluid*, vgl. *Motmans et al., 2020*). Die ICD-11 fasst die Diskrepanz zwischen der Geschlechtsidentität bzw. dem Geschlechtererleben und dem bei Geburt anhand des äußeren Genitales zugewiesenen Geschlecht konzeptionell als Geschlechtsinkongruenz (*World Health Organization, 2022*). Aktuelle Studien kommen zu dem Ergebnis, dass etwa 0,5 bis 1,3 % der Menschen eine Form von Geschlechtsinkongruenz erleben (*Zucker, 2017*). Die Geschlechtsinkongruenz kann einen klinisch-relevanten Leidensdruck bedingen, den das DSM-5 als Geschlechtsdysphorie bezeichnet (*American Psychiatric Association, 2013; Coleman et al., 2022*). Sowohl Geschlechtsinkongruenz als auch Geschlechtsdysphorie können den Anlass für Maßnahmen im Zuge einer geschlechtsbezogenen Transition bieten. Dieser Pro-

¹ Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie die bibliografischen Angaben im vollständigen Literaturverzeichnis auf unserer Website unter www.psychotherapeutenjournal.de.

zess der Geschlechtsangleichung kann sozial (z. B. Pronomenwahl, Kleidung, Frisur), juristisch (z. B. Änderung von Vornamen und Personenstand) und medizinisch (z. B. Hormonbehandlung, chirurgische Maßnahmen) erfolgen. Transitionen verlaufen sehr individuell und nicht alle TNB Personen streben überhaupt einen oder „sämtliche“ Schritte einer Transition an (Nieder et al., 2020). Für die psychotherapeutische Arbeit ist weiterhin die Unterscheidung zwischen geschlechtlicher Identität und sexueller Orientierung bedeutsam: Während sich die geschlechtliche Identität auf das Erleben des eigenen Geschlechts bezieht, beschreibt die sexuelle Orientierung, von welchen Geschlechtern sich eine Person sexuell angezogen fühlt. Diese beiden Dimensionen sind konzeptionell unabhängig voneinander, können in der individuellen Biografie aber miteinander verschränkt sein (Coleman et al., 2022; Nieder et al., 2020).

Queeres Erleben und Verhalten lässt sich bereits über mehrere Jahrhunderte in der (deutschsprachigen) Kultur- und Medizingeschichte dokumentiert finden. Schon im 19. Jahrhundert wurden in Deutschland erste wissenschaftliche Arbeiten zum Thema Geschlechtsidentität veröffentlicht, beispielsweise von Karl Heinrich Ulrichs und Magnus Hirschfeld. Hirschfeld, ein deutscher Arzt und Sexualforscher, gründete 1919 das erste Institut für Sexualwissenschaft seiner Art in Berlin und setzte sich für die Versorgung und Rechte von Homosexuellen und TNB Personen ein, welche fortwährender Diskriminierung, Stigmatisierung und rechtlichen Einschränkungen ausgesetzt waren (Mancini, 2010). Auch heute sind TNB Personen als Teil einer Minderheit (vgl. Minoritätenstress-Modell; Frost & Meyer, 2023; Meyer, 2003) verstärkt von Marginalisierung, Stigmatisierung und Diskriminierung betroffen. Beispiele hierfür sind verbale Übergriffe und Invalidierungen (abwertende Äußerungen und Verhaltensweisen), Transnegativität und Mikroaggressionen, Formen struktureller Unterdrückung sowie sexuelle und physische Viktimisierung (Arayasirikul & Wilson, 2019; Barbee et al., 2022; DeSon & Andover, 2024). Eine Online-Querschnittstudie wies beispielsweise im Rahmen einer qualitativen Analyse der Antworten von N = 91 TNB Personen eine Vielzahl von Formen der Diskriminierung innerhalb des Gesundheitssystems gegen trans Personen auf. Dazu gehörten *misgendering* (Ansprache mit falschen Pronomen), Leugnung der Geschlechtsidentität, Sexualisierung und Exotisierung, Vermischung von sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität, Hypo- und Hyperfokussierung der Geschlechtsidentität sowie Gatekeeping (Kontrolle des Zugangs zur Trans-Gesundheitsversorgung; vgl. Morris et al., 2020). Darüber hinaus zeigen sich bei TNB Personen deutlich erhöhte Raten psychischer Erkrankungen, die mit traumatischen Erlebnissen, anhaltendem Stress und wiederkehrenden Diskriminierungserfahrungen in Verbindung gebracht werden (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016; Keating & Muller, 2020), und damit einhergehende erhöhte Bedarfe an die Gesundheitsversorgung (Beckwith et al., 2019).

Vor diesem Hintergrund sollten die Lebensrealitäten von TNB Personen im therapeutischen Setting differenziert berück-

Begriff	Erklärung
(binäre) trans Personen	Personen, deren Geschlechtsidentität nicht mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt (z. B. trans Mann, trans Frau)
nicht-binäre (auch: non-binäre) Personen	Sammelbegriff für Identitäten außerhalb des binären Geschlechtersystems, also Personen, die sich nicht klar einem der zwei etablierten Geschlechter zuordnen
cisgeschlechtliche Personen	Personen, deren Geschlechtsidentität mit dem ihnen bei Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt
Geschlechtsinkongruenz	Nichtübereinstimmung zwischen empfundener Geschlechtsidentität und zugewiesenem Geschlecht
Geschlechtsdysphorie	psychischer Leidensdruck, der durch die Inkongruenz zwischen empfundenem und zugewiesenem Geschlecht entstehen kann
geschlechtliche Identität	bezieht sich auf das geschlechtliche Zugehörigkeitserleben
sexuelle Orientierung	bezieht sich darauf, zu welchen Geschlechtern eine Person sexuelle bzw. romantische Anziehung empfindet
zugewiesenes bzw. Geburtsgeschlecht	das Geschlecht, das auf Grundlage äußerer Geschlechtsmerkmale bei der Geburt festgelegt wird
queere Personen	Sammelbegriff für Menschen, die nicht heteronormativ (d. h. entsprechend der Annahme, dass Heterosexualität die Norm ist) oder cisgeschlechtlich leben (z. B. in Bezug auf Geschlecht, Sexualität oder die Beziehungsform)

Tabella 1: Zentrale Begrifflichkeiten

sichtigt werden, da sie in einem besonderen Maß von Abhängigkeiten geprägt sind (beispielsweise von gesellschaftlichen Normen, die soziale Anerkennung und Sichtbarkeit begrenzen, sowie von Bedingungen des Gesundheitssystems und der Kostenträger). Diese Mehrfachabhängigkeit berührt grundlegende Fragen der Selbstbestimmung, etwa danach, wie frei das eigene Geschlecht gelebt und individuell gestaltet werden kann und wer die Letztentscheidung bei Angelegenheiten hat, die den eigenen Körper betreffen. Auch ergeben sich für Behandelnde besondere Anforderungen, wie eine Perspektivübernahme in Bezug auf die Geschlechtsinkongruenz, die Auseinandersetzung mit der gesellschaftlichen und politischen Abwertung dieser Gruppe oder der Umgang mit Abhängigkeiten von TNB Personen innerhalb des Gesundheitssystems. Als hierbei hilfreich und zielführend erweisen sich die Einnahme einer macht- und diskriminierungssensiblen sowie TNB-aner kennenden therapeutischen Haltung wie auch die Reflexion des eigenen Geschlechterlebens. Eine aktuelle Studie zeigt, dass TNB-aner kennende Praktiken mit höherer Therapiezufriedenheit und Effektivität bezüglich der Symptomatik, die zum Aufsuchen der Therapie geführt hat, verbunden sind, während ein häufiger Grund für den Abbruch der Therapie ist, dass Psychotherapeut*innen kein von den Patient*innen als ausreichend empfundenes Verständnis für

	ICD-10	ICD-11
Bezeichnung	Transsexualismus (F64.0)	Geschlechtsinkongruenz (HA60)
Unterkapitel	Psychische und Verhaltensstörungen	Psychische, Verhaltens- und neurokognitive Störungen
Diagnosekriterien	anhaltendes und starkes Verlangen, das eigene Geschlecht zu wechseln; dadurch entstehender Leidensdruck	anhaltende und starke Diskrepanz zwischen dem empfundenen Geschlecht und dem zugewiesenen Geschlecht
Fokus der Diagnose	bezieht sich stärker auf die transsexuelle Identität und den Wunsch nach Geschlechtsangleichung	bezieht sich auf das Gefühl der Diskrepanz zwischen dem zugewiesenen und empfundenen Geschlecht
Personengruppen	trans Personen	trans und nicht-binäre Personen
Behandlung	keine spezifische Behandlungsempfehlung, aber häufig mit Hormonbehandlungen und chirurgischen Eingriffen verbunden	Behandlung umfasst psychologische Unterstützung, hormonelle Therapien und chirurgische Eingriffe
Stigmatisierung	stärker mit der Pathologisierung von Geschlechtsidentität verbunden	weniger stigmatisierend, da auf erlebte Diskrepanz und weniger auf Wunsch nach Geschlechtsangleichung fokussiert
Kategorisierung als psychische Störung	ja, wird als psychische Störung klassifiziert	nein, keine psychische Störung mehr, sondern wird als Zustand verstanden, der einer Unterstützung bedarf

Tabelle 2: Gegenüberstellung ICD-10 vs. ICD-11

Fragen der Geschlechtsidentität aufbringen (Pepping et al., 2025). Über die Einnahme einer akzeptierenden und wohlwollenden Haltung hinaus sollten im therapeutischen Kontext Diskriminierungserfahrungen und andere infolge von Minderheitenstress auftretende Belastungen adressiert werden. Als vielversprechender Ansatz in diesem Zusammenhang gilt die *Trauma-Informed Care* (TIC), bei der Fachkräfte die erlebten Traumata oder Diskriminierungen erkennen und ihr Verhalten auf eine Weise anpassen, die dabei hilft, zusätzliche Belastungen zu vermeiden (Borchering et al., 2025). Das zugrunde liegende Konzept und die Anwendungsmöglichkeiten werden in den folgenden Abschnitten näher erläutert.

Obwohl Menschenrechte für TNB Personen weltweit zunehmend unter Druck geraten, wurden in Deutschland auf der Ebene der Gesetzgebung zuletzt bedeutsame Schritte zur Selbstbestimmung des Geschlechtseintrages (Vornamen und Personenstand) unternommen. Im April 2024 wurde das Selbstbestimmungsgesetz (SBGG) im Bundestag verabschiedet. Dieses Gesetz ermöglicht eine vereinfachte und selbstbestimmte Feststellung des Geschlechtseintrags, ohne ein langwieriges, gerichtliches Verfahren durchlaufen zu müssen. Es markiert einen wichtigen Schritt zur (erleichterten) geschlechtlichen Selbstbestimmung, wengleich zuweilen auch befürchtet wird, dass ein auf Basis des SBGG geänderter Personenstand durch politische Einflussnahme leichter rückgängig zu machen ist als ein gerichtlicher Beschluss auf Basis des früheren sogenannten Transsexuellengesetzes (TSG). Unabhängig davon hat das SBGG keinen Einfluss auf Entscheidungen im Zuge von medizinischen Transitionen oder Kostenübernahmen durch die Krankenversicherungen. Ein medial beachteter Fall war die Änderung des Geschlechtseintrags durch den rechtsextremen Aktivistin Sven („Marla-Svenja“) Liebich, der das Gesetz nutzte, um als Frau in den Strafvollzug einzutreten. Dabei handelt es sich jedoch um

einen klaren Fall von Missbrauch der neuen Regelung, der nicht als Argument gegen das Gesetz selbst oder gegen die Rechtmäßigkeit der Nutzung durch TNB Personen gewertet werden sollte (ZDF heute, 2025).

Im Zuge der Einführung der ICD-11 ergeben sich Anpassungen, die auch die therapeutische Tätigkeit beeinflussen (Harrison et al., 2021). In medizinischen Klassifikationssystemen wird zunehmend der Begriff „Geschlechtsinkongruenz“ (ICD-11) verwendet, um die Diskrepanz zwischen empfundener und zugewiesener Geschlechtsidentität zu benennen, im Unterschied zur zuvor etablierten Kategorie der Geschlechtsdysphorie (basierend auf dem DSM-5), die vorrangig auf den durch diese Diskrepanz entstehenden Leidensdruck fokussiert war. Die Verwendung von „Inkongruenz“ statt „Dysphorie“ ist ein Schritt in Richtung Entpathologisierung transgeschlechtlicher Erfahrungen, da nicht per se ein Leidensdruck und somit ein Behandlungsbedarf vorausgesetzt wird. Auch werden in der ICD-11 im Vergleich zur ICD-10 nicht-binäre Menschen mitgedacht (Harrison et al., 2021; World Health Organization, 2004; 2022). Ein Vergleich der beiden Klassifikationssysteme (ICD-10 und ICD-11) ist in Tabelle 2 zu sehen.

Behandlung

In der S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung bei Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit (Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung, 2018) ist eine ganzheitliche, individualisierte Gesundheitsversorgung vorgesehen. Die Leitlinie bezieht sich in der Diagnostik auf die Geschlechtsinkongruenz (Harrison et al., 2021) und Geschlechtsdysphorie (American Psychiatric Association, 2013); sie betrifft somit sowohl binäre als auch nicht-binäre (trans) Personen. Sowohl Beratung, psychotherapeuti-

sche Begleitbehandlung als auch somatische Transitionsbehandlungen können für den Prozess der Geschlechtsangleichung bedeutsam und individuell unterschiedlich gestaltet sein. Anstelle der früheren Festlegung von zu erfüllenden Voraussetzungen (z. B. das Absolvieren eines „Alltagstests“) oder von fixen Ausschlusskriterien in Bezug auf somatische Transitionsbehandlungen wird ein differenzierter Ansatz empfohlen, der z. B. den möglichen Nutzen von Alltagserfahrungen für behandlingssuchende Personen und ihre Entscheidungen im Zuge der Transition herausstellen kann, ihn aber nicht als zwingende Voraussetzung formuliert.

In diesen Kontext gehört auch das BSG-Urteil (*Bundessozialgericht, 2023*) zur Kostenübernahme geschlechtsangleichender Operationen vom 19. Oktober 2023 (Az.: B 1 KR 16/22 R). Das Urteil entfaltet bis dato weitreichende Implikationen und stellt zunehmend eine Barriere für die Kostenübernahme von geschlechtsangleichenden Maßnahmen im Zuge medizinischer Transitionen dar. Löwenberg et al. haben bereits 2024 die weitreichenden Konsequenzen des BSG-Urteils für die gesundheitliche Versorgung von TNB Personen bzw. entsprechende Kostenübernahmen problematisiert. Mit Verweis auf die S3-Leitlinie wertet das BSG die Diagnostik und Behandlung bei Geschlechtsinkongruenz als „neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode“ gemäß § 135 SGB V. Dies hat zur Folge, dass eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) grundsätzlich eine positive Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) voraussetzt – die es bislang nicht gibt. Diese Einschätzung muss eindeutig als widersprüchlich kritisiert werden, da die Behandlungen und Eingriffe seit Jahrzehnten etabliert sind und das BSG selbst bereits 1987 die sozialrechtliche Grundlage hierfür geschaffen hatte (Löwenberg et al., 2024).

Kritisch zu betrachten ist auch die Forderung des Gerichts nach „objektiven Kriterien“ zur Bewertung des Leidensdrucks. Da Leidensdruck – analog zu Schmerz – ein inhärent subjektives Empfinden ist, erscheint die gerichtliche Suche nach einer vom Erleben der Betroffenen unabhängigen Evidenz medizinisch paradox. Zudem müsse die im Urteil angeführte binäre Fokussierung auf männliche oder weibliche Phänotypen als vorwissenschaftlich und essentialistisch zurückgewiesen werden, da sie dem aktuellen Stand der Forschung zur Vielfalt geschlechtlicher Identitäten widerspricht. Besonders prekär wird die Situation für nicht-binäre Personen bewertet. Während für bereits begonnene Behandlungen Vertrauensschutz gilt, besteht für Neuanträge eine rechtliche Vakuumssituation, bis der G-BA oder der Gesetzgeber neue Regelungen treffen. Löwenberg et al. (2024) konstatieren hier ein „Systemversagen“, da medizinisch notwendige Behandlungen auf unbestimmte Zeit blockiert werden. Zwar hat das Urteil die Notwendigkeit einer zeitgemäßen gesetzlichen Neuregelung (analog zu § 27a SGB V) aufgezeigt, jedoch kurzfristig zu massiver Verunsicherung und einer Fortführung diskriminierender Strukturen im deutschen Gesundheitswesen geführt (Löwenberg et al., 2024). Da der Koalitionsvertrag, der der gegenwärtigen Bundesregierung zugrunde liegt, kei-

nen konkreten Verweis auf die Gesundheitsversorgung von trans und nicht-binären Personen enthält (im Gegensatz zum Koalitionsvertrag der vorangegangenen „Ampel-Koalition“, der bei geschlechtsangleichenden Maßnahmen ausdrücklich eine vollständige Kostenübernahme durch die GKV in Aussicht gestellt hat), ist auch sehr fraglich, ob es in der laufenden Legislaturperiode eine entsprechende gesetzgeberische Initiative geben wird. Das Problem einer unzuverlässigen Kostenübernahme trotz Erfüllung der infolge der Begutachtungsanleitung (BGA) des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (*MDS, 2020*) vorgegebenen Voraussetzungen breitet sich nach unserer Kenntnis aus, wie Qualitätszirkel bzw. Kolleg*innen aus Süddeutschland (München), Norddeutschland (Hamburg), Nordrhein-Westfalen, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern berichten.

Unabhängig von Fragen der Kostenübernahme sind somatische Transitionsbehandlungen nicht als Anpassungsleistung an eine cisnormative Erwartung an Geschlecht zu verstehen. Nach aktuellem Vorgehen kann der*die Behandler*in vielmehr auf Grundlage der individuellen körperlichen und Lebenssituation einer TNB Person den therapeutischen Raum anbieten, um die Geschlechtsdysphorie gemeinsam zu reflektieren und auf dieser Basis die persönlich passende somatische Transitionsbehandlung zu finden, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit das individuelle dysphorische Erleben signifikant und nachhaltig reduzieren kann (Nieder et al., 2017). Praktisch kann dies z. B. bedeuten, dass behandlingssuchende TNB Personen ausschließlich eine Mastektomie (Entfernung des Brustdrüsengewebes) und keine Hormontherapie mit Testosteron anstreben. Der Prozess zur Entscheidung für die passende somatische Transitionsbehandlung zum sinnvollen Zeitpunkt soll mittels partizipativer Entscheidungsfindung mit dem*der Behandler*in auf Augenhöhe geschehen (Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung, 2018). Teil hiervon ist eine umfassende Aufklärung der behandlingssuchenden Person über Chancen und Risiken der angestrebten Maßnahmen. Im Dialog, in dem der*die Behandler*in die fachliche Einschätzung zur Verfügung stellt, sollen gemeinsam Entscheidungen gefunden werden. Gründe für ein Nicht-Ausstellen einer Indikation sollen hierbei transparent dargelegt und so vermittelt werden, dass die behandlingssuchende Person sie verstehen (wenngleich vielleicht auch nicht nachvollziehen) kann (Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung, 2018).

Der Bundesverband Trans* (BVT*) hat in einer Kommentierung der S3-Leitlinie darauf hingewiesen, dass im Falle einer Nicht-Übereinstimmung zwischen der Einschätzung des*der Behandler*in und derjenigen der behandlingssuchenden Person (beispielsweise in Bezug auf die Indikation einzelner transitionsunterstützender Maßnahmen) die Selbstbestimmung der TNB Person nicht wirklich gewährleistet ist. Statt dem Modell der partizipativen Entscheidungsfindung schlägt der BVT* im Rahmen eines Sondervotums daher das Modell der informierten Zustimmung vor, bei dem die Entscheidungen zur Durchführung und Reihenfolge der Behandlungsschritte letztverantwortlich bei der behandlingssuchenden Person

liegen. Voraussetzung dafür ist, dass die behandlingssuchende Person einwilligungsfähig ist und die Tragweite ihrer Entscheidungen versteht (Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung, 2018). In diesem Sondervotum spiegelt sich der zentrale Konflikt in der Gesundheitsversorgung von TNB Personen wider: zwischen der Sorge vor möglicherweise weitreichenden Fehlentscheidungen und dem Recht auf Selbstbestimmung (Eyssel et al., 2017; Günther et al., 2019; Mahler & Oster, 2023; Nieder & Strauß, 2019). Dabei liegt die Sorge vor Fehlentscheidungen häufiger bei den Behandler*innen, die Sorge vor unzureichender Selbstbestimmung hingegen eher bei den behandlingssuchenden Personen.

Im Unterschied zur allgemeinen psychotherapeutischen Versorgung erfüllt die psychotherapeutische Begleitbehandlung im Kontext der TNB-Gesundheitsversorgung eine erweiterte Funktion: Sie soll nicht nur ein psychisches Leid mit psychotherapeutischen Mitteln lindern, sondern stellt gemäß der sozialmedizinischen BGA des MDS (2020) auch eine Voraussetzung für den Zugang (zur Hormontherapie) oder die Kostenübernahme (z. B. für chirurgische Eingriffe) von somatischen transitionsunterstützenden bzw. geschlechtsangleichenden Behandlungen dar. Behandlungssuchende TNB Personen, die eine somatische Transitionsbehandlung anstreben, müssen gemäß dieser BGA (MDS, 2020) sowohl Psychotherapie als auch eine schriftliche Indikation aus psychotherapeutischer oder psychiatrischer Perspektive vorweisen. Behandler*innen wird hierdurch institutionalisiert eine Gatekeeping-Rolle zugewiesen, die in der TNB-Gesundheitsversorgung eine langjährige Tradition hat. So war es seit dem Beginn von körperlichen Transitionsbehandlungen die Aufgabe von medizinischem Fachpersonal, „wahre Transsexuelle“ zu identifizieren, um den Zugang zu körperlichen Transitionsbehandlungen zu regulieren (u. a. Nieder & Richter-Appelt, 2011; Prunas, 2019). Typologien zur „Differentialdiagnose“ waren dabei maßgeblich durch die gelebte Sexualität der behandlingssuchenden Person geprägt (Prunas, 2019). Vorwiegend wurden Personen zur medizinischen Transition zugelassen, die versprachen, nach der Geschlechtsangleichung eine eindeutig binäre Geschlechtsidentität sowie eine sodann heterosexuelle Orientierung zu leben (Nieder & Richter-Appelt, 2011; Prunas, 2019).

Diese Praxis etablierte ein Machtgefälle zwischen Behandler*innen und Behandlungssuchenden, in dem die Deutungshoheit über Geschlechtsidentität bei den Behandler*innen lag, intime Informationen gegen die Betroffenen genutzt werden konnten und die heteronormative Matrix (vgl. Butler, 1999; Hark, 2016) eine zentrale Bewertungsgrundlage darstellte. Trotz einer heteronormativitätskritischen und damit inklusiveren wie auch diskriminierungsensibleren Praxis in der heutigen Gesundheitsversorgung von TNB Personen gemäß der aktuellen S3-Leitlinie (Deutsche Gesell-

schaft für Sexualforschung, 2018) können diese Strukturen bis heute nachwirken und eine vertrauensvolle, sichere Beziehungsgestaltung gefährden. Wesentliche Gründe hierfür sind die bleibende Gatekeeping-Rolle der Behandelnden und die weiterhin häufig erlebten Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem (Deutsche Aidshilfe & Robert Koch Institut, 2023; European Union Agency For Fundamental Rights, 2024). Bis heute erleben TNB Personen in der Beziehung zum*zur Behandler*in häufig ein Gefühl der Abhängigkeit in Bezug auf die Unterstützung des Anliegens zur somatischen Transition. Die Abhängigkeit kann das offene, vertrauenswürdige Teilen von Gedanken, Gefühlen und Emotionen im therapeutischen Kontext aufgrund der Angst, „etwas Falsches“ zu sagen und infolgedessen die Indikation verwehrt zu bekommen, beeinflussen. Eine Studie untersuchte Erfahrungen von trans Personen im Kontakt mit medizinischem Fachpersonal im Gesundheitssystem in einer qualitativen Untersuchung mit 30 trans Personen in den USA. Die Abwägung zwischen dem offenen Teilen und dem Vorenthalten von Informationen, um Stigmatisierung zu vermeiden, gehörte dabei zu den zentralen Ergebnissen (Alpert et al., 2023). Beispielhaft hierfür kann der Bericht eines transnormativen Lebenslaufes sein („Ich habe immer nur mit Puppen/Autos gespielt.“) bzw. die stereotyp binäre Darstellung der eigenen Geschlechtsidentität.

Im Gegensatz dazu zeigte eine Untersuchung mit 64 trans Personen aus 10 verschiedenen Ländern, dass die aktive Vermeidung von Mikroaggressionen, die Anerkennung von Cisnormativität, das aktive Infragestellen des Systems der Zwei-

Wesentliches Element einer anerkennenden und wertschätzenden Haltung wie auch einer authentischen therapeutischen Beziehung ist die bewusste Entpsychopathologisierung.

geschlechtlichkeit und die Anerkennung der Geschlechtsidentität der behandlingssuchenden Person als bedeutsame Mikroaffirmationen im therapeutischen Kontext erlebt wurden (Anzani et al., 2019). Tabelle 3 zeigt beispielhaft zentrale Formen von Mikroaggressionen (*Was es zu vermeiden gilt*) und von Mikroaffirmationen (*Positive Handlungsmöglichkeiten*).

Beziehungsgestaltung

Für die Beziehungsgestaltung empfehlen wir daher, dass Behandler*innen einen proaktiven, transparenten Umgang mit diesen Bedingungen im therapeutischen Kontakt etablieren. Hierzu gehört eine laufende Reflexion der möglichen eigenen Gatekeeping-Rolle, was auch eine Auseinandersetzung mit den eigenen Vorstellungen von Geschlechtlichkeit beinhaltet (Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung, 2018). Als wichtiger und hilfreicher Faktor in der Trans-Gesundheitsversorgung wurde die Qualität der Beziehung zwischen behandlingssuchender Person und Behandler*in

identifiziert (Applegarth & Nuttall, 2016). Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung deuten darauf hin, dass die Fähigkeit des*der Psychotherapeut*in, im therapeutischen Raum authentisch präsent und kongruent spürbar zu sein, mit positiven Bewertungen der therapeutischen Beziehung durch TNB Patient*innen zusammenhängt. Ebenso wird ein therapeutisches Bewusstsein für die komplexen gesellschaftlichen Herausforderungen von TNB Personen als bedeutsam für die Beziehungserfahrungen beschrieben (Schofield et al., 2024). Ein wesentliches Element einer anerkennenden und wertschätzenden Haltung wie auch einer authentischen therapeutischen Beziehung ist weiterhin die bewusste Entpsychopathologisierung. Wenn Behandler*innen von der traditionellen „unidirektionalen Psychopathologisierung“ Abstand nehmen, entsteht ein entpsychopathologierter therapeutischer Raum. Dies ermöglicht es den Behandlungssuchenden, aus der stigmatisierenden „Krankenrolle“ herauszutreten und eine Beziehung auf Augenhöhe zu erleben. Die Entpsychopathologisierung wirkt dabei als eigenständiger therapeutischer Effekt, der Scham reduzieren und die Eigenverantwortung stärken kann. Diese Art der Beziehungsgestaltung erfordert die Wahrnehmung von Scham infolge gesellschaftlicher Abwertung, die Validierung individueller Identitäten und das Schaffen eines Gefühls des „Gesehenwerdens“ im therapeutischen Rahmen. Authentisches In-Beziehung-Gehen bedeutet auch, dass Psychotherapeut*innen ihre eigene Haltung kritisch reflektieren. Oft dient die Pathologisierung von TNB Personen oder die monokausale Rückführung geschlechtsdysphorischen Erlebens auf eine Traumatisierung unbewusst als eine Form der Beziehungsabwehr aufseiten der Behandler*innen, um eigene Unsicherheiten im Umgang mit geschlechtlicher Vielfalt zu vermeiden (Mahler & Oster, 2023; Nieder & Güldenring, 2017).

Komplexität der Beziehungsgestaltung und Entscheidungsfindung am Beispiel Trauma

In der klinischen Praxis ist es nicht ungewöhnlich, dass Behandler*innen TNB Personen begegnen, die zunächst ausschließlich eine transitionsbegleitende Psychotherapie suchen und von potenziell traumatisierenden Ereignissen berichten. Studien belegen einerseits zwar eine erhöhte Prävalenz von Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; Feil et al., 2023) und *Adverse Childhood Experiences* (ACEs; vgl. Giovanardi et al., 2018). Andererseits, entgegen weitläufiger Annahmen, gibt es jedoch kein erhöhtes Auftreten von sexuellem Missbrauch in der Kindheit im Vergleich zu cis Personen (Feil et al., 2023). Oftmals werden erhöhte Symptome von Angst, Depression und Trauma, aufgrund von Diskriminierung und Minoritätenstress (Nadal et al., 2012) sowie verbaler, körperlicher und sexueller Gewalt innerhalb von Partnerschaften, berichtet (Peitzmeier et al., 2020). Eine Transition kann ein Teil der Bewältigung von traumatisierenden Erfahrungen sein, wobei eine sorgfältige interdisziplinäre Behandlung und Begleitung erforderlich ist, damit die Entwicklung auch langfristig salutogen bzw. heilend für die betreffende Person sein kann.

Im Folgenden gehen wir auf geschlechtsdysphorische und traumabezogene Symptome ein, um mögliche Reflexionsprozesse in der therapeutischen Arbeit zu skizzieren, da es weiterhin Hemmungen sowie Unsicherheiten in der klinischen Praxis hinsichtlich der Aufnahme von TNB Personen zu geben scheint. Die Verunsicherung in der Unterscheidung zwischen geschlechtsdysphorischem Erleben und potenziell

Mikroaggressionen: <i>Was es zu vermeiden gilt</i>	Mikroaffirmationen: <i>Positive Handlungsmöglichkeiten</i>
Verwendung der falschen Anrede	Frage nach der gewünschten Anrede
selbstverständliche Annahme von Cisnormativität durch die Nicht-Kommunikation der eigenen Anrede	Kommunikation der eigenen Anrede („Meine Pronomen sind xy und die Anrede mit Frau/Herr/..., wie möchten Sie angesprochen werden?“)
ausschließliche Aufklärung durch die behandlungssuchende Person oder das Ziehen falscher/voreiliger Schlüsse auf Basis von unzureichendem Wissen	eigenständiges Einholen von Informationen über die Rahmenbedingungen der Behandlung (S3-Leitlinie, andere Leitlinien, Begutachtungsrichtlinie (MDS, 2020))
Verwehren einer Behandlung aufgrund von Unsicherheit; Kommunizieren voreiliger oder falscher Informationen	Authentizität (z. B. „Das ist ein neues Thema für mich, ich erkundige mich aber gerne.“)
Anwendung heteronormativer Annahmen auf trans Personen (z. B. der normativen Annahme, dass eine genitalangleichende Operation gewünscht wird oder explizit „weibliche“ bzw. „männliche“ Kleidung)	Anerkennung von möglicher eigener heteronormativer Prägung und ggf. offene Kommunikation hieraus resultierender Unsicherheiten (z. B. „Ich merke, dass ich manchmal irritiert bin, da ich ihren Geschlechtsausdruck aktuell nicht explizit feminin lese. Können Sie mir etwas dazu sagen, was der Geschlechtsausdruck für Sie bedeutet? Wie möchten Sie geschlechtlich gelesen werden?“)
ausschließlich heteronormativ gestaltete Räume, ohne Hinweis auf geschlechtliche Vielfalt	Nutzung von Symbolen, um offene Haltung zu signalisieren (z. B. Regenbogenfahne sichtbar im Behandlungszimmer)

Tabelle 3: Mikroaggressionen und Mikroaffirmationen

traumatisierenden Ereignissen resultiert häufig darin, dass Patient*innen mit der Begründung einer nicht ausreichenden Expertise abgelehnt werden. Dies führt dazu, dass TNB Personen zum Teil unverhältnismäßig lange auf Therapieplätze warten müssen oder überhaupt kein adäquates Behandlungsangebot bekommen, das sie mit einem Wunsch nach einer transitionsunterstützenden Begleitung gleichermaßen wahrnimmt wie mit einer traumatisierenden Erfahrung. Ein Grund hierfür könnte sein, dass sich die Symptome von Minoritätenstress und PTBS mit denen von Geschlechtsdysphorie teilweise überschneiden und so seitens der Behandler*innen Vorbehalte und Hemmungen hinsichtlich einer Zusammenarbeit noch verstärken können. Beide, Geschlechtsdysphorie und Trauma, sind tief in der Körperwahrnehmung und der Beziehung zum eigenen Körper verwurzelt (Bödicker et al., 2022; Tabaac et al., 2018). Aktuell scheint es keine Studien zu geben, die untersuchen, welche spezifischen PTBS-Symptome sich strukturell oder diagnostisch mit Symptomen der Geschlechtsdysphorie überlappen. Wenn man jedoch die Kriterien der PTBS nach DSM-5 (Vermeidung – auch die Vermeidung von als aversiv erlebten Körperregionen, negative Veränderung von Kognitionen und Stimmung, Hyperarousal) dem Begleiterleben von Geschlechtsdysphorie gegenüberstellt, zeigen sich Parallelen. Doch während Geschlechtsdysphorie in der Regel durch die Diskrepanz zwischen dem empfundenen und dem zugewiesenen Geschlecht entsteht, können Traumata, insbesondere frühkindliche oder lebensverändernde traumatische Erlebnisse, die Wahrnehmung des eigenen Körpers und die damit verbundene Identität beeinflussen.

Traumatische Ereignisse, seien diese körperlicher oder emotionaler Natur, hinterlassen tiefe Spuren im Körperbewusstsein. Besonders bei sexuellem Missbrauch, körperlicher Gewalt oder gewalttätiger Diskriminierung erleben viele Betroffene eine Entfremdung von ihrem eigenen Körper (Stupiggia, 2019). Der Verlust des Körpers als sicheren Raum kann sich in der Geschlechtsdysphorie widerspiegeln und diese verstärken, wenn der eigene Körper bzw. körperliche Geschlechtsmerkmale als fremd, abstoßend oder bedrohlich empfunden werden. So können auch für Menschen, die traumatische Erfahrungen erlebt haben, die körperlichen Geschlechtsmerkmale eine Quelle von Unbehagen, Angst oder Ekel darstellen. Es können Fragen, wie „Ist es gefährlich, eine Frau zu sein?“ oder „Verstärkt die Aversion gegenüber meinen Geschlechtsmerkmalen die Erinnerung an das traumatische Ereignis?“, aufgeworfen werden. Diese Fragen verdeutlichen die Komplexität, mit der von (kumulativer, komplexer oder singulärer) Traumatisierung betroffene Personen und ihre Psychotherapeut*innen in der Behandlung von Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie konfrontiert sein können.

Die therapeutische Arbeit mit TNB Personen, die auch Traumata erlebt haben, erfordert daher eine besonders differenzierte und behutsame Herangehensweise bei der Exploration des Körpererlebens und einer assoziierten Sexualanamnese. Dabei kann sich die Frage stellen, ob die Geschlechtsdyspho-

rie möglicherweise durch ein traumatisches Erlebnis verstärkt wurde. Dies könnte etwa der Fall sein, wenn eine TNB Person nach einer traumatischen Erfahrung eine zunehmende Ablehnung gegenüber den körperlichen Geschlechtsmerkmalen entwickelt. Dabei gehen wir aufgrund klinischer Erfahrung und wissenschaftlicher Befunde nicht davon aus, dass traumatische Erfahrungen kausale Auslöser für die Ausprägung von Geschlechtsinkongruenz bzw. Geschlechtsdysphorie sind. Vielmehr sehen wir wiederholt, wie sich die Erfahrungsbereiche von Traumatisierungen und von Geschlechtsinkongruenz wechselseitig beeinflussen können. Wie tragfähig der Weg des Bewältigungs-, Behandlungs- und Heilungsprozesses letztlich ist, hängt hierbei von zahlreichen weiteren Faktoren ab, wie beispielsweise dem sozialen Umfeld, der psychischen und körperlichen Verfassung, dem Behandlungsnetz, dem Schweregrad und *Impact* der Traumatisierung sowie der persönlichen und sozialen Anerkennung. Diese Sichtweise ist für eine erfolgreiche Beziehungsgestaltung mit TNB Personen bedeutsam (s. u.). Tabelle 4 soll hier beispielhaft einen Einblick in mögliche Fragestellungen geben, mit denen Behandler*innen konfrontiert sein können.

Ein wichtiger Punkt in der Behandlung von Menschen, die sowohl Trauma als auch Geschlechtsdysphorie erleben, ist die Frage der Behandlungshierarchie. Hier gibt es keine einfache Antwort, da beide Aspekte miteinander verwoben sind. In vielen Fällen kann es sinnvoll sein, zunächst das Trauma zu behandeln. Einerseits kann eine intensive psychotherapeutische Behandlung, beispielsweise durch Traumatherapie, dabei helfen, die Auswirkungen des Traumas zu mildern und die körperliche Selbstwahrnehmung zu stabilisieren, sodass geschlechtsdysphorisches Erleben überhaupt erst besprechbar wird. Andererseits kann eine Transition auch als therapeutische Maßnahme hilfreich sein, die Symptome einer PTBS oder anderer Traumafolgestörungen zu lindern. Dies ist jedoch nicht als kausale, sondern als verstärkende Beziehung zu verstehen. Beispielsweise könnte eine Person, die mit einer Hormontherapie beginnt, die ersten körperlichen und emotionalen Veränderungen als positiv und verändernd erleben, sodass der Körper nicht mehr als bedrohlich, versehrt oder als der Körper erlebt wird, der auch traumatisiert wurde. In einigen Fällen berichten TNB Personen, dass der Beginn einer Transition, mit dem ihre geschlechtliche Identität zum Ausdruck gebracht wird, zu einer erheblichen Verringerung des inneren Konflikts und somit auch zu einer Reduktion von depressiven und Angstsymptomen führen kann (Rowniak et al., 2019; Tordoff et al., 2022). Es kann zu einer Heilung kommen, die sowohl auf der Ebene des Traumas als auch auf der Ebene der Identität stattfindet.

Trauma-Informed Care

Wie bereits dargestellt, sind TNB Personen häufiger psychischen Belastungen, Diskriminierungen und traumatischen Erfahrungen ausgesetzt als cisgeschlechtliche Personen. Diese Erfahrungen stehen in direktem Zusammenhang mit erhöhten Raten psychischer Erkrankungen, häufigeren Trau-

mafolgestörungen und einem gesteigerten Bedarf an psychosozialer Unterstützung (Hatzenbuehler & Pachankis, 2016; Morris et al., 2020; Keating & Muller, 2020; Beckwith et al., 2019). Die Theorie des Minoritätenstress verdeckt, dass chronische Stigmatisierung, Fremd- und Selbstabwertung sowie die ständige Auseinandersetzung mit gesellschaftlicher Abwertung kumulativ traumatisierend wirken können (Meyer, 2003). Für TNB Personen ist dabei, wie auch bei anderen Minoritäten, insbesondere relevant, dass traumatische Belastungen *nicht ausschließlich* aus einzelnen kritischen Lebensereignissen resultieren, sondern häufig aus dem *dauerhaften Erleben gesellschaftlicher Marginalisierung*. Um einen ersten Zugang zu diskriminierenden Erfahrungen zu ermöglichen und zugleich einen sicheren Raum zu bieten, der vor weiteren negativen Erfahrungen schützt, kann ein traumasensibles Vorgehen wie *Trauma-Informed Care* (TIC) eingesetzt werden. Die Beziehungsgestaltung, im Sinne der TIC, verfolgt dabei das Ziel, Menschen in ihrer Gesamtheit zu verstehen, ihre individuellen Erfahrungen einzubeziehen und sensibel damit umzugehen. Der Traumabegriff wird hierbei nicht ausschließlich im Sinne einer PTBS verstanden. Es sollen vielmehr mögliche belastende und als traumatisch erlebte Ereignisse einbezogen werden, die auf die Zugehörigkeit zu einer gesellschaftlich marginalisierten Gruppe zurückzuführen sind. Bei der TIC handelt es sich nicht um eine spezifische Behandlungsform, sondern um eine übergreifend anschlussfähige Herangehensweise, die Interventionen ergänzen, die therapeutische Haltung prägen und die Beziehungsgestaltung beeinflussen kann. Für TNB Personen, die, wie bereits beschrieben, häufiger Diskriminierungen, Traumatisierungen und psychischen Belastungen ausgesetzt sind als cis Personen, kann dieser Ansatz besonders wertvoll sein, was von aktuellen Studien bestätigt wird (Borcherding et al., 2025). Die Kernelemente von TIC sind Sicherheit, Vertrauen und Transparenz, Peer-Unterstützung, Zusammenarbeit auf Augenhöhe, Empowerment sowie die Berücksichtigung von kulturellen und geschlechtsspezifischen Aspekten. Dafür ist es notwendig, einen sicheren Raum zu schaffen, um überhaupt in den Aus-

tausch über den als bedrohlich und aversiv erlebten Körper zu kommen (Borcherding et al., 2025; SAMHSA, 2014). Hierzu kann gehören; Namen und Pronomen konsequent korrekt zu verwenden sowie Signale der Vielfalt (z. B. Symbole/Flaggen) in die Raumgestaltung miteinzubeziehen. Auch ist es wichtig, sich das Erleben der Personen schildern zu lassen und Erfahrungen von Diskriminierung, Misgendering oder Gewalt ernst zu nehmen. Für Psychotherapeut*innen kann hierbei der Besuch thematisch einschlägiger Fortbildungen hilfreich sein. Neben einer solchen Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Kompetenzen ist es als Behandler*in zentral, durch Selbstreflexion ein klareres Bewusstsein über die eigene cis- und heteronormative Sozialisierung zu gewinnen.

Im Therapieprozess kann es ratsam sein, die Therapieziele gemeinsam zu formulieren, die Behandlungssuchenden in Entscheidungsprozesse einzubeziehen und das vorhandene Machtgefälle innerhalb der therapeutischen Beziehung frühzeitig und proaktiv zu thematisieren. Wenn TNB Personen nicht primär aufgrund psychischer Symptome außerhalb des geschlechtsdysphorischen Erlebens eine Psychotherapie suchen, ist es wichtig, diesen Wunsch im Rahmen der Selbstbestimmung zu berücksichtigen, aber Grenzen des eigenen Handelns oder auch des institutionellen Rahmens offenzulegen, um sich gemeinsam in diesem Spannungsfeld zu bewegen (Levenson, 2020; SAMHSA, 2014).

Fazit

Die biografischen Erfahrungen vieler TNB Personen sind geprägt von Ausgrenzung und dem Druck, „aufzuhören, man selbst zu sein“. Wenn Therapie als Raum fungiert, in dem man nicht mehr „funktionieren“ muss, um Akzeptanz zu finden, wird sie zu einem Korrektiv für frühere Verletzungen. Alok Vaid-Menon (2022) formuliert es so: „Von Menschen gesehen zu werden, die dich verstehen, hat etwas Magisches – es gibt dir die Berechtigung weiterzumachen.“ In der Psychothe-

Fragestellung	Mögliche Einordnung
Verstärkt ein traumatisches Erlebnis die Geschlechtsdysphorie?	Hat bspw. ein sexueller Übergriff zur verstärkten aversiven Wahrnehmung des Brustbereiches geführt? Wird es als gefährlich erlebt, als männlich oder weiblich wahrgenommen zu werden?
Kann die Behandlung des Traumas helfen, die Geschlechtsdysphorie zu lindern?	Sollte eine Traumatherapie erfolgreich sein, so könnte ein Teilbereich der angst-, wut- und ekelauslösenden Körpermerkmale im Rahmen der Geschlechtsdysphorie gemildert und besprechbar werden?
Kann die Behandlung der Geschlechtsdysphorie helfen, die Traumafolgen zu lindern?	Könnte beispielsweise eine Mastektomie einer Person helfen, keine dissoziativen Symptome oder starken Anspannungszustände beim Betrachten/Berühren der Brust mehr zu erleben – oder auch Sexualität wieder möglich werden zu lassen, sodass neue positive Körpererfahrungen hinzugewonnen werden?
Wie beeinflusst die Diskriminierung und der Minoritätenstress aufgrund der Geschlechtsidentität das traumatische Erleben?	Ist es möglich, dass zusätzliche Diskriminierung und potenzielle Grenzverletzungen, im Alltag und in Beziehungen, zu einer Verstärkung der Traumafolgen führen?
Wie beeinflusst das traumatische Erleben die Wahrnehmung, Verarbeitung und die Auswirkungen von Diskriminierung aufgrund der Geschlechtsidentität?	Führen Diskriminierungserfahrungen möglicherweise dazu, dass Personen mit einer Traumaerfahrung diese als besonders bedrohlich wahrnehmen und Körpermerkmale stärker ablehnen – oder der Wunsch nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen größer wird (möglichst als cis Person gesehen zu werden)?

Tabelle 4: Mögliche Fragestellungen und Einordnung in der Arbeit mit TNB Personen, die von Traumasymptomen berichten

rapie bedeutet dies, die Trias aus Partizipation, Selbstbestimmung und eigenverantwortlichem Entscheiden ins Zentrum zu stellen. Eine trans-informierte Unterstützung erkennt an, dass psychische Belastungen oft nicht in der Geschlechtsinkongruenz oder im Transsein selbst liegen, sondern eine psychosomatische Reaktion auf Stigmatisierungsstress und Diskriminierung (Minoritätenstress) sind. Eine authentische therapeutische Beziehung kann daher den notwendigen Schutzraum bieten, um die Internalisierung von Scham und Diskriminierung aufzulösen. Sie kann einen wertvollen Beitrag leisten, der TNB Personen dabei hilft, die Sicherheit zu finden, ihren Weg selbstbestimmt und diskriminierungsfrei zu gestalten, so es die gesellschaftlichen Bedingungen ermöglichen. TIC kann hierbei eine Möglichkeit bieten, eine Begegnung mit Offenheit und auf Augenhöhe zu gestalten, sodass es zu einem Wachsen innerhalb der therapeutischen Beziehung kommen kann (Borchering et al., 2025; Frost & Meyer, 2023; Mahler & Oster, 2023; Meyer, 2003; Nieder & Güldenring, 2017).

Das derzeitige politische und gesellschaftliche Klima stellt für TNB Menschen gravierende Herausforderungen in Bezug auf ihre Rechte und den Zugang zu angemessener Gesundheitsversorgung dar. Die Notwendigkeit, eine auch sozialrechtlich tragfähige Definition von Geschlechtsinkongruenz oder Geschlechtsdysphorie zu schaffen, die fließende Identitäten anerkennt, wird immer relevanter. Wenn TNB Personen sich in einem binären Geschlechtersystem einordnen zu müssen, während das innere Erleben die Vielfalt an Geschlechtsidentitäten widerspiegelt, bleibt der Leidensdruck in Teilen auch systemimmanent. Diese Spannungen sollten sowohl in der sozialrechtlichen als auch in der psychotherapeutischen und medizinischen Praxis adressiert werden, um eine inklusivere und bedarfsgerechtere Versorgung für alle Geschlechtsidentitäten zu ermöglichen. Eine bewusste, respektvolle und trans- sowie trauma-informierte therapeutische Praxis kann dabei helfen, einen vertrauensvollen Raum zu schaffen, der den komplexen Lebensrealitäten von TNB Personen gerecht wird und sie in ihrer individuellen Entwicklung unterstützt.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Website unter www.psychotherapeutenjournal.de.

- Borchering, H., Itz, M. L., Strauß, B. & Nieder, T. O. (2025). Trauma-Informed Care in the health-care for transgender and gender-diverse adults: A scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1577225. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1577225>
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L. C., Deutsch, M. B. et al. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23 (sup1), S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- DeSon, J. J. & Andover, M. S. (2024). Microaggressions Toward Sexual and Gender Minority Emerging Adults: An Updated Systematic Review of Psychological Correlates and Outcomes and the Role of Intersectionality. *LGBT Health*, 11 (4), 249–268. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2023.0032>
- Deutsche Aidshilfe & Robert Koch Institut. (2023). Forschungsbericht: Sexuelle Gesundheit und HIV/STI in trans und nicht-binären Communitys ('Sexual health and HIV/STIs in trans and non-binary communities'). Verfügbar unter: <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/H/HIV-AIDS/Studien/TASG-Ergebnisse.html?nn=16911154> [03.02.2026].
- Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung. (2018). S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit. AWMF-Registernummer 138-001. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/138-001> [03.02.2026].
- European Union Agency For Fundamental Rights (FRA). (2024). The EU LGBTIQ Survey III, 2023The EU LGBTIQ Survey III, 2023 (Version 1.0.0) [Dataset]. GESIS. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.4232/1.14400> [03.02.2026].
- Eyssel, J., Koehler, A., Dekker, A., Sehner, S. & Nieder, T. O. (2017). Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PLOS ONE*, 12 (8), e0183014. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183014>
- Günther, M., Teren, K. & Wolf, K. (2019). *Psychotherapeutische Arbeit mit trans Personen: Handbuch für die Gesundheitsversorgung**. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hark, S. (2016). Heteronormativität revisited. Komplexität und Grenzen einer Kategorie. In B. Paul & L. Tietz (Eds.), *Studien Interdisziplinäre Geschlechterforschung* (Vol. 9, pp. 53–72). transcript Verlag. <https://doi.org/10.14361/9783839432495-004>
- Löwenberg, H., Bohr, J., Heß, J., Strauß, B. & Nieder, T. (2024). Das BSG-Urteil zur Kostenübernahme geschlechts-angleichender Operationen: Eine kritische Kommentierung aus ärztlich-psychotherapeutischer Perspektive des Urteils vom 19. Oktober 2023 (Az.: B 1 KR 16/22 R) [Application/pdf]. *Gesundheitsrecht.blog*, 272 KB, 13 pages. <https://doi.org/10.13154/294-12355>
- Mahler, L. & Oster, A. (2023). Psychopathologisierung als Beziehungsabwehr: Überlegungen zur multiprofessionellen Beziehungsgestaltung mit trans* Personen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 26, 225–250.
- Nieder, T. O. & Güldenring, A. (2017). Psychotherapie und Trans*-gesundheit: Der therapeutische Effekt der Entpsychopathologisierung. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 38, 8–25.
- Nieder, T. O., Güldenring, A., Köhler, A. & Briken, P. (2017). Trans*-Gesundheitsversorgung: Zwischen Entpsychopathologisierung und bedarfsgerechter Behandlung begleitender psychischer Störungen. *Der Nervenarzt*, 88 (5), 466–471. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0308-0>
- SAMHSA. (2014). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/sma14-4884.pdf>
- Schofield, K., Dunnett, A. & Gabriel, L. (2024). Let me be me: Investigating transgender clients' experiences of their therapeutic relationship with their counsellor. *Counselling and Psychotherapy Research*, 24 (2), 582–590. <https://doi.org/10.1002/capr.12692>



Hannah Borcharding

h.borcharding@uke.de

Hannah Borcharding (M. Sc.) ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und PhD-Studentin am Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Sie arbeitet dort als *Managing Coordinator* im S3-Leitlinienprojekt *Together4Trans* und promoviert zum Thema *Trauma-Informed Care* in der Versorgung von trans und nicht-binären Menschen. Zudem befindet sie sich in fortgeschrittener Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin.



Lea Pregartbauer

lea.pregartbauer@studium.uni-hamburg.de

Lea Pregartbauer (M. Sc.) ist Psychologische Psychotherapeutin, spezialisiert auf die Gesundheitsversorgung von trans und nicht-binären Menschen. Aktuell arbeitet sie an ihrer Promotion zum subjektiven Erleben von Abhängigkeitsverhältnissen in der Trans-Gesundheitsversorgung. Zuvor war sie in der Spezialambulanz für Sexuelle Gesundheit und Transgender-Versorgung am Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf schwerpunktmäßig in der psychotherapeutischen Begleitbehandlung von trans und nicht-binären Personen tätig.



Lisann Högström

l.hoegstroem@uke.de

Lisann Högström (M. Sc.) ist Psychologin in der Spezialambulanz für Sexuelle Gesundheit und Transgender-Versorgung am Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Sie arbeitet dort schwerpunktmäßig in der psychotherapeutischen Begleitbehandlung von trans und nicht-binären Personen und promoviert im Themenbereich der Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch. Durch das Zusammenspiel klinischer Tätigkeit und empirischer Forschung ergibt sich das Interesse für eine traumasensible Begleitung von trans und nicht-binären Personen.



Dr. Timo O. Nieder

Korrespondenzanschrift:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie
Martinistraße 52
20246 Hamburg
t.nieder@uke.de

Priv.-Doz. Dr. phil. Timo O. Nieder leitet am Institut für Sexualforschung, Sexualmedizin und Forensische Psychiatrie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf die Spezialambulanz für Transgender-Versorgung und die Spezialambulanz für LSBTQIA+ Gesundheit sowie eine Forschungsgruppe zur Versorgungsforschung bei sexuellen und geschlechtlichen Minderheiten. Aktuell ist er *Principal Investigator* des S3-Leitlinienprojekts *Together4Trans*.

Bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung für trans und nicht-binäre Menschen

Herausforderungen und Chancen

Hannah Borchering, Lisann Högström, Lea Pregartbauer & Timo O. Nieder

Literatur

- Alpert, A. B., Mehringer, J. E., Orta, S. J., Redwood, E., Hernandez, T., Rivers, L. et al. (2023). Experiences of Transgender People Reviewing Their Electronic Health Records, a Qualitative Study. *Journal of General Internal Medicine*, 38 (4), 970–977. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07671-6>
- American Psychiatric Association (Ed.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed)*. American Psychiatric Association.
- Amnesty International. (2025). LGBTI RIGHTS. Verfügbar unter: <https://www.amnesty.org/en/what-we-do/discrimination/lgbt-rights> [03.02.2026].
- Anzani, A., Morris, E. R. & Galupo, M. P. (2019). From Absence of Microaggressions to Seeing Authentic Gender: Transgender Clients' Experiences with Microaffirmations in Therapy. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 13 (4), 258–275. <https://doi.org/10.1080/15538605.2019.1662359>
- Applegarth, G. & Nuttall, J. (2016). The lived experience of transgender people of talking therapies. *International Journal of Transgenderism*, 17 (2), 66–72. <https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1149540>
- Arayasirikul, S. & Wilson, E. C. (2019). Spilling the T on Trans-Misogyny and Microaggressions: An Intersectional Oppression and Social Process Among Trans Women. *Journal of Homosexuality*, 66 (10), 1415–1438. <https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1542203>
- Barbee, H., Deal, C. & Gonzales, G. (2022). Anti-Transgender Legislation—A Public Health Concern for Transgender Youth. *JAMA Pediatrics*, 176 (2), 125. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.4483>
- Beckwith, N., McDowell, M. J., Reisner, S. L., Zaslow, S., Weiss, R. D., Mayer, K. H. & Keuroghlian, A. S. (2019). Psychiatric Epidemiology of Transgender and Nonbinary Adult Patients at an Urban Health Center. *LGBT Health*, 6 (2), 51–61. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0136>
- Bödicker, C., Reinckens, J., Höfler, M. & Hoyer, J. (2022). Is Childhood Maltreatment Associated with Body Image Disturbances in Adulthood? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 15 (3), 523–538. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00379-5>
- Borchering, H., Itz, M. L., Strauß, B. & Nieder, T. O. (2025). Trauma-Informed Care in the health-care for transgender and gender-diverse adults: A scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1577225. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1577225>
- Bundessozialgericht. (2023). Entscheidung B 1 KR 16/22 R. Verfügbar unter: https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2023/2023_10_19_B_01_KR_16_2_2_R.html [03.02.2026].

- Butler, J. (1999). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. London: Routledge.
- Camino. (2024). Berliner Monitoring queerfeindliche Gewalt – Befunde 2024. Verfügbar unter: <https://www.lsbt-monitoring.berlin/en/monitoring-english/> [03.02.2026].
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L. C., Deutsch, M. B. et al. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23 (sup1), S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- DeSon, J. J. & Andover, M. S. (2024). Microaggressions Toward Sexual and Gender Minority Emerging Adults: An Updated Systematic Review of Psychological Correlates and Outcomes and the Role of Intersectionality. *LGBT Health*, 11 (4), 249–268. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2023.0032>
- Deutsche Aidshilfe & Robert Koch Institut. (2023). Forschungsbericht: Sexuelle Gesundheit und HIV/STI in trans und nicht-binären Communitys ('Sexual health and HIV/STIs in trans and non-binary communities'). Verfügbar unter: <https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/H/HIV-AIDS/Studien/TASG-Ergebnisse.html?nn=16911154> [03.02.2026].
- Deutsche Gesellschaft für Sexualeforschung. (2018). S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit. AWMF-Registernummer 138-001. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/138-001> [03.02.2026].
- European Union Agency For Fundamental Rights (FRA). (2024). The EU LGBTIQ Survey III, 2023The EU LGBTIQ Survey III, 2023 (Version 1.0.0) [Dataset]. GESIS. Verfügbar unter: <https://doi.org/10.4232/1.14400> [03.02.2026].
- Eyssel, J., Koehler, A., Dekker, A., Sehner, S. & Nieder, T. O. (2017). Needs and concerns of transgender individuals regarding interdisciplinary transgender healthcare: A non-clinical online survey. *PLOS ONE*, 12 (8), e0183014. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183014>
- Feil, K., Riedl, D., Böttcher, B., Fuchs, M., Kapelari, K., Gräßer, S. et al. (2023). Higher Prevalence of Adverse Childhood Experiences in Transgender Than in Cisgender Individuals: Results from a Single-Center Observational Study. *Journal of Clinical Medicine*, 12 (13), 4501. <https://doi.org/10.3390/jcm12134501>
- Frost, D. M. & Meyer, I. H. (2023). Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, 51, 101579. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101579>
- Giovanardi, G., Vitelli, R., Maggiora Vergano, C., Fortunato, A., Chianura, L., Lingiardi, V. & Speranza, A. M. (2018). Attachment Patterns and Complex Trauma in a Sample of Adults Diagnosed with Gender Dysphoria. *Frontiers in Psychology*, 9, 60. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00060>
- Günther, M., Teren, K. & Wolf, K. (2019). *Psychotherapeutische Arbeit mit trans Personen: Handbuch für die Gesundheitsversorgung**. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hark, S. (2016). Heteronormativität revisited. Komplexität und Grenzen einer Kategorie. In B. Paul & L. Tietz (Eds.), *Studien Interdisziplinäre Geschlechterforschung* (Vol. 9, pp. 53–72). transcript Verlag. <https://doi.org/10.14361/9783839432495-004>
- Harrison, J. E., Weber, S., Jakob, R. & Chute, C. G. (2021). ICD-11: An international classification of diseases for the twenty-first century. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21 (S6), 206. <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01534-6>

- Hatzenbuehler, M. L. & Pachankis, J. E. (2016). Stigma and Minority Stress as Social Determinants of Health Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Pediatric Clinics of North America*, 63 (6), 985–997. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.07.003>
- Keating, L. & Muller, R. T. (2020). LGBTQ+ based discrimination is associated with PTSD symptoms, dissociation, emotion dysregulation, and attachment insecurity among LGBTQ+ adults who have experienced Trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21 (1), 124–141. <https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1675222>
- Levenson, J. (2020). Translating Trauma-Informed Principles into Social Work Practice. *Social Work*, 65 (3), 288–298. <https://doi.org/10.1093/sw/swaa020>
- Löwenberg, H., Bohr, J., Heß, J., Strauß, B. & Nieder, T. (2024). Das BSG-Urteil zur Kostenübernahme geschlechts-angleichender Operationen: Eine kritische Kommentierung aus ärztlich-psychotherapeutischer Perspektive des Urteils vom 19. Oktober 2023 (Az.: B 1 KR 16/22 R) [Application/pdf]. *Gesundheitsrecht.blog*, 272 KB, 13 pages. <https://doi.org/10.13154/294-12355>
- Mahler, L. & Oster, A. (2023). Psychopathologisierung als Beziehungsabwehr: Überlegungen zur multiprofessionellen Beziehungsgestaltung mit trans* Personen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Setting. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 26, 225–250.
- Mancini, E. (2010). Magnus Hirschfeld and the quest for sexual freedom: A history of the first international sexual freedom movement. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Martín-Sánchez, M., Pöge, K., Hahne, A., Hamm, J., Bremer, V., Koppe, U. et al. (2024). Discrimination based on gender identity and decision-making regarding HIV/STI-protected sex, a cross-sectional study among trans and non-binary people in Germany. *BMC Public Health*, 24 (1), 3013. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20464-2>
- MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen). (2020). Begutachtungsanleitung. Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach §282 SGB V. Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0). Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/rehabilitation/richtlinien_und_vereinbarungen/begutachtungs_richtlinie/2023-11-10_BGA_Vorsorge_und_Reha.pdf [03.02.2026].
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129 (5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Morris, E. R., Lindley, L. & Galupo, M. P. (2020). “Better issues to focus on”: Transgender Microaggressions as Ethical Violations in Therapy. *The Counseling Psychologist*, 48 (6), 883–915. <https://doi.org/10.1177/0011000020924391>
- Motmans, J., Nieder, T. O. & Bouman, W. P. (Eds.). (2020). *Non-binary and Genderqueer Genders* (1st ed.). London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003015888>
- Nadal, K. L., Skolnik, A. & Wong, Y. (2012). Interpersonal and Systemic Microaggressions Toward Transgender People: Implications for Counseling. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 6 (1), 55–82. <https://doi.org/10.1080/15538605.2012.648583>
- Nieder, T.O., Eyssel, J. & Köhler, A. (2020). Being Trans Without Medical Transition: Exploring Characteristics of Trans Individuals from Germany Not Seeking Gender-Affirmative Medical Interventions. *Archives of Sexual Behavior*, 49, 2661–2672. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01559-z>

- Nieder, T. O. & Güldenring, A. (2017). Psychotherapie und Trans*-gesundheit: Der therapeutische Effekt der Entpsychopathologisierung. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 38, 8–25.
- Nieder, T. O., Güldenring, A., Köhler, A. & Briken, P. (2017). Trans*-Gesundheitsversorgung: Zwischen Entpsychopathologisierung und bedarfsgerechter Behandlung begleitender psychischer Störungen. *Der Nervenarzt*, 88 (5), 466–471. <https://doi.org/10.1007/s00115-017-0308-0>
- Nieder, T. O. & Richter-Appelt, H. (2011). Tertium non datur – either/or reactions to transsexualism amongst health care professionals: The situation past and present, and its relevance to the future. *Psychology and Sexuality*, 2 (3), 224–243. <https://doi.org/10.1080/19419899.2010.545955>
- Nieder, T. O. & Strauß, B. (2019). S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung im Kontext von Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Hintergrund, Methode und zentrale Empfehlungen. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 32 (02), 70–79. <https://doi.org/10.1055/a-0895-8176>
- Peitzmeier, S. M., Malik, M., Kattari, S. K., Marrow, E., Stephenson, R., Agénor, M. & Reisner, S. L. (2020). Intimate Partner Violence in Transgender Populations: Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence and Correlates. *American Journal of Public Health*, 110 (9), e1–e14. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305774>
- Pepping, C. A., Cronin, T. J. & Davis, A. W. (2025). Mental Health Care for Transgender and Non-binary Adults: An Investigation of Affirmative Practice, Therapy Experiences and Outcomes, and Reasons for Treatment Termination. *Sexuality Research and Social Policy*, 22, 1951–1963. <https://doi.org/10.1007/s13178-024-01065-5>
- Prunas, A. (2019). La pathologisation de la sexualité des personnes trans: Racines historiques et implications pour la consultation sexologique avec des clients transgenres. *Sexologies*, 28 (3), 135–141. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2019.06.001>
- Rowniak, S., Bolt, L. & Sharifi, C. (2019). Effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: A quantitative systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17 (9), 1826–1854. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003869>
- SAMHSA. (2014). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/sma14-4884.pdf>
- Schofield, K., Dunnett, A. & Gabriel, L. (2024). Let me be me: Investigating transgender clients' experiences of their therapeutic relationship with their counsellor. *Counselling and Psychotherapy Research*, 24 (2), 582–590. <https://doi.org/10.1002/capr.12692>
- Stupiggia, M. (2019). Traumatic Dis-Embodiment. Effects of trauma on body perception and body image. In H. Payne, S. Koch, J. Tanta & T. Fuchs (Eds.), *The Routledge International Handbook of Embodied Perspectives in Psychotherapy* (S. 389–396). London: Routledge.
- Tabaac, A., Perrin, P. B. & Benotsch, E. G. (2018). Discrimination, mental health, and body image among transgender and gender-non-binary individuals: Constructing a multiple mediational path model. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 30 (1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/10538720.2017.1408514>

- Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J. & Ahrens, K. (2022). Mental Health Outcomes in Transgender and Nonbinary Youths Receiving Gender-Affirming Care. *JAMA Network Open*, 5 (2), e220978. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.0978>
- Vaid-Menon, A. (2022). *Mehr als binär* (L. Giese, Trans.; J. Thesing, Illus.). Görlitz: Zuckersüß Verlag.
- World Health Organization. (2022). International classification of diseases (11th revision). <https://icd.who.int/>
- ZDF heute. (2025). Dobrindt: Liebich missbraucht Selbstbestimmungsgesetz. 28.08.2025. https://www.zdfheute.de/politik/deutschland/dobrindt-liebich-selbstbestimmungsgesetz-100.html?utm_source=chatgpt.com
- Zucker, K. (2017). Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. *Sexual health*. 14 (5), 404–411. <https://doi.org/10.1071/SH17067>
- World Health Organization. (2004). International statistical classification of diseases and related health problems. 3: Alphabetical index (2nd. ed). New York: WHO.