

Forschungspraxis, Diskriminierungsformen und Handlungsmöglichkeiten in der Pflege, Versorgung und Betreuung von trans*-Kindern und -Jugendlichen

Ein Forschungsbericht

MANUEL BOLZ & SABINE WÖHLKE

Abstract In unserem Forschungsbericht stellen wir unser empirisches Forschungsdesign, erste Ergebnisse des Verbundprojektes TRANS*KIDS und des Hamburger Teilprojektes vor. Unser Projekt hat zum Ziel, (potenzielle) Diskriminierungen und Stigmatisierungen von professionell Pflegenden und (medizinischen) Fach- und Verwaltungsangestellten in Kliniken und in Ärzt*innenpraxen im Umgang mit trans*-Kindern und -Jugendlichen herauszuarbeiten. Diese, so zeigt es unsere Auswertung, zeigen sich als Hindernis für eine wertschätzende, diversitäts- und geschlechtssensible Pflege, Betreuung und Versorgung. Der Beitrag fungiert als Werkstattbericht um die Forschungspraxis, das Material und die Methode vorzustellen, zu diskutieren und kritisch zu evaluieren.

Schlagwörter Geschlechtsidentität – Pflege – medizinische Verwaltung – Gesundheitsversorgung – Diskriminierung

Einführung. Gesundheit und Geschlechtsidentität in der Gegenwart

Der folgende Beitrag stellt ein Forschungsbericht des Verbundprojektes TRANS*KIDS und des Hamburger Teilprojektes dar, indem das empirische Forschungsdesign und erste Ergebnisse der Auswertung vorgestellt werden. Untersucht wurden bewusste und unbewusste Diskriminierungen von Pflegefachkräften sowie medizinischen Fach- und Verwaltungsangestellten im Umgang mit trans*-Kinder und -Jugendlichen.

Menschen, die in der Gegenwartsgesellschaft aufgrund einer dominant männlichen und cis-heteronormativ-orientierten Ausrichtung als „anders“ markiert werden, sind gefährdet, in der Gesundheitsversorgung und -förderung diskriminiert und stigmatisiert zu werden. Berufsgruppen der Gesundheitsversorgung wie Pflegenden, medizinische Fach- und Verwaltungsangestellte können – durch strukturelle Hindernisse gehemmte – Kompetenzen fehlen, um mit trans*-Patient*innen sensibel umzugehen. Auch die Covid-19-Pandemie hatte Konsequenzen für unser Forschungsfeld im Gesundheitswesen, verstärkte Grenzziehungen und Ausschließungen. In medialen Diskursen werden Gesundheits-

berufe mit Beginn der Pandemie im März 2020 als „systemrelevant“ eingestuft und über unterschiedlichste Anerkennungsformen (monetär, sozial und ideell) entlohnt. Mitunter waren es polarisierende, emotionalisierende und moralisierende Debatten, welche die Notwendigkeiten einer wertschätzenden Pflege, Betreuung und Versorgung zementierten (vgl. MÖLLER, GÜLDENRING, WIESEMANN & ROMER 2018). In der Pandemie waren es vor allem vulnerable Gruppen (wie zum Beispiel trans*-Akteur*innen), deren Zugänge zur Gesundheitsversorgung durch spezifische Ein- und Ausschlussmechanismen geprägt waren: fehlende finanzielle Ressourcen und prekäre Lebenslagen, infrastrukturell schwach ausgebaute Wohnorte, fehlende Mobilitätsformen und Versorgungsangebote, fehlende soziale Netzwerke und Infrastrukturen, vorhandene sprachliche Barrieren und emotionale Zustände zum Beispiel Ängste oder Ungewissheiten (vgl. JENNER 2010; WEISS 2019; ROWE, CHYE & O'KEEFE 2019).¹

Vor diesem Hintergrund arbeiten wir im Projekt zum einen Herausforderungen, Potenziale

und Grenzen des Forschens in medizinischen Forschungsfeldern um trans*-Identität unter Pandemiebedingungen heraus, zum anderen kartieren wir die Netzwerke und Akteur*innenkonstellationen, Gesundheitsinstitutionen und -infrastrukturen, biomedizinische Wissensregime und Biopolitiken, die in der Pflege, der Behandlung und Versorgung von trans*-Kindern und -Jugendlichen relevant sind. Dabei konzentrieren wir uns auf spezifische Lebenswirklichkeiten, Erfahrungswelten und Wissensbestände von im Gesundheitswesen Tätigen. Wir hinterfragen die normativen Ordnungsprinzipien, die dem Gesundheitssystem und ihren Vorstellungen von physischer und psychischer Gesundheit und Krankheit zu Grunde liegen. Dies tun wir auch, um die Argumentationsgrundlagen nachzuzeichnen und kritisch einzuordnen, die politische Prozesse um trans* prägen und nach wie vor handlungsleitend sind: Psycho(patho)logisierungen und Medikalisierungsprozesse.²

Die Covid-19-Pandemie hat demnach auch auf transidente Menschen erhebliche Auswirkungen zur Folge, da sich die Gefahr der Mehrfachdiskriminierungen und Stigmatisierung verstärkt hat (vgl. EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS 2014: 42ff; GÜLDENRING 2015; KRELL & OLDEMEIER 2016). Die Betroffenenvertretungen nennen zum Beispiel die Verstärkung von psychosozialen Auswirkungen der pandemischen Zustände auf trans*-Personen, vor allem auf trans*-Kinder und -Jugendliche, so beispielsweise veränderte Familienbeziehungen, häusliche Gewaltformen (zu sexualisierter Gewalt vgl. DU MONT, KOSA, SOLOMON & MACDONALD 2019; LSV 2022), Einreiseverbote und fehlende Kontaktmöglichkeiten, die zu Gefühlen der Einsamkeit und Situationen der Isolation führen konnten. Aber auch im medizinischen Bereich bzw. im Gesundheitsbereich betreffen die Auswirkungen der Pandemie Geschlechtsidentitäten, Formen der Körperarbeit, verzögerte oder abgesagte Unterstützungsmaßnahmen für Transitionsprozesse und fehlende Vernetzungsmöglichkeiten, weil die Anlaufstellen von Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen aufgrund von Abstandsregelungen und Ansteckungsgefahren geschlossen und Termine bei Psychotherapeut*innen ausgesetzt wurden (vgl. SZÜCS, KÖHLER, HOLTHAUS, GÜLDENRING, BALK, MOT-

MANS & NIEDER 2021; DEUTSCHER BUNDESTAG 2022).

Es wird deutlich: Die Pandemie führte wie ein Brennglas vor Augen, wie prekär und brüchig die pflegerische Versorgung, Begleitung und Betreuung von hilfsbedürftigen Menschen in unserem Gesundheitssystem ist. Trans*-Kinder und -Jugendliche stellen hier eine vulnerable Gruppe dar, da sie mit ihren Bedürfnissen nicht in der medizinischen Rangordnung eines Krisennotfallmanagements als besonders akut eingestuft werden. Nichtsdestotrotz sollten trans*-Personen keinesfalls als homogene Gruppe oder als rein passiv verstanden werden. Im Gegenteil, sie entwickelten gerade in Krisenzuständen wie der Pandemie kreative, teilweise auch subversive Handlungsstrategien der Selbstsorge und Resilienz. Sie bildeten u. a. regionale Gesundheitsnetzwerke. Eine medizinanthropologische Analyse setzt in diesem Spannungs- und Konfliktfeld an und legt Fremd- und Selbstbilder von Patient*innen und von spezifischen Arbeitskulturen offen (vgl. CARABEZ, PELLEGRINI, MANKOVITZ, ELIASON & DARIOTIS 2015).

Die Hürden für trans*-Patient*innen, medizinische Versorgungs- und Vorsorgepraktiken wahrzunehmen oder gar Zugänge zu Wissensressourcen zu erhalten, verstärkten sich und beeinflussten auch unsere Forschung. Des Weiteren prägte das Pandemiegeschehen nicht nur die Rekrutierung und Materialerhebung, sondern darüber hinaus auch die Dynamiken und Eigenlogiken der Forschungsfelder im Gesundheitssystem, vor allem durch die entstandenen Mehrfachbelastungen. Denn durch die Pandemie verschärften sich die ohnehin schon desolaten Arbeitsbedingungen teilweise erheblich. Dies resultierte in einer mangelhaften Versorgung, Betreuung und Pflege der Patient*innen.

Die Psychologie und die Sozialwissenschaften haben den Ansatz des *minority stress* (zu Deutsch: *Minderheitenstress*) als ein machtvolleres Deutungsmuster herausgearbeitet. Dies wurde durch gendertheoretische Perspektiven ergänzt (vgl. ROOD, REISNER, SURACE, PUCKETT, MARONEY & PANTALONE 2016; HUNTER, BUTLER & COOPER 2021; TOOMEY 2021). Damit werden ineinandergeflochtene Stresssituationen benannt, die vor allem vulnerable Gruppen wie trans*-Kinder und -Jugendliche im Alltag erfahren bzw. mit

denen sie aufgrund von Stigmatisierungen, Diskriminierungen und Positionierungen im sozialen Feld unfreiwillig konfrontiert sind. Dazu gehören auch als negativ empfundene Erfahrungen im Gesundheitssystem und in Ärzt*innenpraxen, gerade, wenn sie diese ohne Sorgerechtere passieren. Dies kann dazu führen, dass trans*-Kinder und -Jugendliche weitere ärztliche Termine nicht alleine wahrnehmen möchten. Des Weiteren prägen solche negativen Erfahrungen im Gesundheitswesen das Bild vom Gesundheitssystem insgesamt nachhaltig. Hier schließen Fragen danach an, welchen Stellenwert die Transidentität annimmt, wenn transunspezifische Behandlungen durchgeführt werden sollen und wie die Wahrnehmung solcher Gesundheitsmaßnahmen emotional aufgeladen oder gar abgelehnt werden.

Es lässt sich also resümieren, dass es nicht nur psychologische, sondern vor allem soziale Gefüge sind, die solche Stresssituationen hervorbringen und die Zerrbilder über Behandlungen und Diagnose prägen. Ferner können auch Pflegefachkräfte und medizinische Fach- und Verwaltungsangestellte emotionale, moralische, psychische und physische Stresssituationen erleiden (vgl. WÖHLKE & WIESEMANN 2016).

Die leitfadengestützten, semi-strukturierten Interviews konzentrierten sich im Rahmen des Projektes auf (potentielle) Diskriminierungen, Herabsetzungen und Herabwürdigungen von trans*-Patient*innen im Arbeitsalltag, obwohl sicherlich auch andere Formen der Kommunikation und Interaktion im Gesundheitswesen eine Rolle spielen können. Die Interviews fungieren als spezifische Medien, über das eigene biografische Arbeits- und Erfahrungswissen zu sprechen, es retrospektiv zu ordnen und zu strukturieren (vgl. STUCKEY 2013; HOPF 2019). Die Erzählungen über arbeitsspezifisches Erfahrungswissen liegen uns nicht in „Reinform“ vor, sondern sind bereits gefiltert, durch Auslassungen und Akzentuierungen gekennzeichnet. Uns geht es daher nicht darum, die Äußerungen auf ihren Wahrheitsgehalt zu prüfen, sie also als „richtig“ oder „falsch“ einzuordnen oder zu bewerten. Vielmehr wollen wir aufzeigen, was als erzähl- und erinnerungswürdig gedeutet wird und wie Darstellungsweisen von Wissen über Diskriminierung, Stigmatisierung und

Herausforderungen im Arbeitsalltag als sinnhaft gestaltet werden: Sie prägen Argumentations- und Erzählleitlinien und eigene Berufsverständnisse. Die Anerkennung des situierten und prozessualen Wissens bedeutet deshalb, objektive Wissenschaftsverständnisse in den Lebens- und Gesundheitswissenschaften aufzubrechen (für eine feministische Epistemologie siehe HARAWAY 1995). Denn das akademische Wissen ist immer auch abhängig von den Prozessen, Instrumenten und Wertvorstellungen ihrer Hervorbringung. Das Projekt möchte deshalb dafür sensibilisieren, dass medizinische Wissenskulturen nicht neutral sind und akteur*innenzentrierte Erfahrungen, Wahrnehmungen, Körper- und Geschlechtsverständnisse in alltäglichen Arbeitsroutinen und in der Wissensvermittlung berücksichtigt werden sollten. Des Weiteren weisen wir auf die Verstärkung von Diskriminierungsmechanismen, dichotome Menschenbilder im Gesundheitssystem und auf die Gleichzeitigkeit von Geschlechterentwürfen in Arbeitspraktiken und -routinen hin.

In diesem Bericht reflektieren wir unsere Forschungspraxis des Hamburger Teilprojektes des Verbundprojektes TRANS*KIDS während der Covid-19-Pandemie und arbeiten erste Diskriminierungs- und Stigmatisierungsdimensionen heraus.³ Nachdem die Hintergründe des Teilprojektes verdeutlicht wurden, erläutern wir im nächsten Schritt das Forschungsdesign. Die empirische Phase unseres Teilprojektes fand ausschließlich unter den Bedingungen und Veränderungen von Covid-19 statt, so dass unmittelbare Einblicke in pflegerische und verwaltungstechnische Arbeitsalltage und -kulturen durch teilnehmende Beobachtungen nicht möglich waren. Zentral erscheint uns hier die Frage, wie in Zeiten von Abstandsregelungen, Ansteckungsrisiken und Ausgangsbeschränkungen qualitativ-empirische Forschung in medizinischen Forschungsfeldern durchgeführt werden kann, besonders, wenn sich Arbeitsalltage durch die Pandemie erheblich veränderten haben. Abschließend stellen wir erste Ergebnisse unserer Analyse des empirischen Materials vor und zeigen die Verwobenheiten zwischen der individuellen, institutionellen und strukturellen Ebene im Gesundheitswesen (vgl. TEZCAN-GÜNTEKIN 2020). Hier schließt auch die Frage an, welche Diskriminie-

rungen und Herausforderungen trans*- und/oder altersspezifisch sind und welche nicht (vgl. MEDINA, MAHOWALD, SANTOS & GURBERG 2021; HÄDICKE & WIESEMANN 2021). Geschlechtsidentität/trans* im Gesundheitswesen ist ein sehr umkämpftes Feld, vor allem was medizinische Deutungshoheiten angeht. Durch die Literaturdichte und die internationalen Verweise auf sozial- und gesundheitswissenschaftliche Studien möchten wir die Aufmerksamkeit auf die Leerstellen und blinden Flecken innerhalb der deutschsprachigen Forschungslandschaft lenken. In der Entwicklung von Maßnahmen zum Abbau von Mehrfachdiskriminierung dürfen die internationalen Vergleiche nicht unberücksichtigt bleiben. Auch die trans*-Communities selbst haben Wissen und Strategien produziert, die es im Sinne von partizipativer Gesundheitsforschung zu integrieren gilt. Das Spannungsfeld der Wissensaufbereitung als Interventionsform erstreckt sich demnach zwischen Wissenschaft, Politik und Aktivismus.

Das Forschungsdesign des Projekts TRANS*KIDS

Der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Forschungsverbund *TRANS*KIDS* ist ein Projekt zur Förderung eines nicht-diskriminierenden Umgangs mit jungen trans*-Kindern und -Jugendlichen durch patient*innenorientierte Schulungs-, Lehr- und Weiterbildungsmaßnahmen im Gesundheitswesen.⁴ Das heißt, das generierte Wissen wird aufbereitet, zitierbar gemacht und in didaktische, visuell-gestützte Vermittlungskonzepte und Repräsentationsformen übersetzt (vgl. KNECHT 2013; GAJEK 2014). Fallbeispiele und Vignetten werden darüber hinaus mit Ansätzen des *Blended Learning* und des Forschenden Lernen verknüpft, um einzelne Arbeitswelten zu explizieren (vgl. DÍAZ, MARUCA, GONZALEZ, STOCKMANN, HOYT & BLACKWELL 2017; MCCAIVE, APTAKER, HARTMANN & ZUCCONI 2019).

Das Verbundprojekt ist dreigeteilt: Das Teilprojekt an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster erhebt sowohl qualitative als auch quantitative Daten. Mithilfe von leitfadengestützten Interviews und Fragebögen wurden trans*-Kinder, -Jugendliche und deren Sorgeberechtigten befragt sowie Fokusgruppen durch-

geführt, um die Ergebnisse zu evaluieren und zu diskutieren (vgl. BROKMEIER, MUCHA, ROMER & FÖCKER 2022; MUCHA, BROKMEIER, RAREY, ROMER & FÖCKER 2022; MUCHA, BROKMEIER, RAREY, ROMER & FÖCKER o. A.). Das Teilprojekt am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Georg-August-Universität Göttingen hat mittels leitfadengestützter Interviews medizinische Fachexpert*innen befragt (zum Beispiel Kinderärzt*innen, Psycholog*innen, Endokrinolog*innen etc.) (vgl. WIESEMANN 2020). Das hier im Fokus des Beitrages stehende Teilprojekt der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg (HAW), das während der Covid-19-Pandemie im Herbst 2021 startete, hat die Gruppe der professionell Pflegenden sowie den Bereich des (medizinischen) Verwaltungspersonals, also zum Beispiel *Office Nurses*, medizinische Fachangestellte und Arzthelfer*innen im Fokus. Diese Berufsgruppen führen in der alltäglichen Pflege, Betreuung und Versorgung vermehrt Interaktions- und Kommunikationsformen mit trans*-Kindern und -Jugendlichen durch, weniger im Sinne einer Diagnosestellung, sondern in Form einer Beziehungsgestaltung (vgl. ROSA, CARVALHO, PEREIRA, ROCHA, NEVES, ROSA 2019 & THUMM 2022). Aufgrund der teilweise sehr körpernahen Arbeitserfahrungen besitzen diese Arbeitskulturen spezifisches Expert*innen- und Erfahrungswissen, das sich in Arbeitsroutinen manifestiert, gleichzeitig jedoch auf Situationen verweist, welche diskriminierend wirken können (vgl. SCHNEIDER & WÖHLKE 2022; SCHORRLEPP 2022). Das Teilprojekt nutzt einen empirisch-ethischen und medizinanthropologischen Ansatz, um sich diesen Ambivalenzen anzunähern (vgl. VAN DER DONK, VAN LANEN & WRIGHT 2014; siehe auch ZUNNER 2012; WÖHLKE & SCHICKTANZ 2019). Es knüpft damit auch an philosophisch-reflexive, medizinische, psychologische und rechtswissenschaftliche Studien an (vgl. AMELUNG 2019 und die Beiträge in APPENROTH & VARELA 2019).

Eine transensible Pflege von Kindern und Jugendlichen, so unser Ausgangspunkt, beinhaltet eine Reflexion über internalisierte und externalisierte Normen, medizinische und psychologische Wissensbestände sowie die kritische Einordnung von gesellschaftlichen Regelsystemen. Doch wie wirkt sich eine (Un-)Ordnung des bis-

herigen Regelwerkes auf den kompetenten Umgang geschlechts- und diversitätssensibler Pflege aus, die in Krisenzeiten wie die Covid-19-Pandemie besonders eingefordert ist (vgl. KEEPNEWS 2011; KELLETT & FITTON 2017; SHERMAN, MCDOWELL, CLARK, BALTHAZAR, KLEPPER & BOWER 2021)? Wir fragen demnach nach den (un)sichtbaren Werteverständnissen, die als Hindernis einer wertschätzenden Pflege im Sinne des Pflegekodex der *International Council of Nurses* (ICN) präsent sind, an dem sich institutionelle Setzungen und Rahmungen orientieren und die zu stigmatisierendem, diskriminierendem und herausforderndem Situationen führen können (vgl. AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA) 2018).⁵ SABINE WÖHLKE und ERIK SCHNEIDER (2022) verweisen in ihrem Beitrag auf die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ von 2020, dass die Pflegefach und -weiterbildung die Würde und die Einzigartigkeit des Menschen in ihre theoretisch-konzeptionelle Grundsätze integriert hat. In der Praxis ist dies aber noch nicht vollständig umgesetzt, gerade wenn es um die Akzeptanz von Geschlechtsidentitäten geht. Sie unterscheiden auf der theoretischen Ebene vier Dimensionen von einem transsensiblen Pflegehandeln: regelgeleitetes, situativ-beurteilendes Handeln, reflektierendes und aktiv-ethisches Handeln. Des Weiteren monieren sie die Lücke zwischen alltagspraktischem Handeln auf Stationen in Kliniken oder in Ärzt*innenpraxen und ihrem Arbeitsethos. Sie sind häufig nicht deckungsgleich und bedingen Abwägungs- und Aushandlungsprozesse über Umgangsweisen.

Nicht nur die Pandemiesituation, auch der Blick auf bereits bestehendes Lehr- und Praxisliteratur für die Pflegeberufe und medizinische Fach- und Verwaltungsangestellte zeigt Lücken und fehlende Wissensressourcen auf (vgl. MERRYFEATHER & BRUCE 2014): Diversität, der Pluralismus an Lebenswelten, Geschlechterentwürfen und Identitätsvorstellungen werden überwiegend mit den Zugehörigkeiten und Zuschreibungskategorien Ethnizität und Religion verbunden. Aufbereitetes Praxis- und Erfahrungswissen zu Geschlechtsidentität in Pflege- und medizinischen Verwaltungskontexten fehlt meistens oder wurde bisher nur punktuell ausgearbeitet (vgl. ALEGRIA 2011; BEAGEN & GOLDBERG 2012; CICERO & PERRY 2015; AMERICAN ACADEMY OF

PEDIATRICS 2018). Auch in den Ausbildungsplänen und Curricula stellt das Thema Geschlechtsidentität wie zum Beispiel trans* nach wie vor ein Desiderat dar (vgl. FIDELINDO & BERNSTEIN 2012; FIDELINDO, BROWN, JONES 2013; MCDOWELL & BOWER 2016; VOSS 2021; BÖHM & VOSS 2022 a/b). Veränderungen in den Wissensstrukturen, Vermittlungsformen und -strategien lassen sich erst in den letzten Jahren erkennen. Es lässt sich daher festhalten, dass die Wissensaufbereitung personen- und ortsabhängig und nicht systematisch oder gar nachhaltig in Bildungsinstitutionen erfolgt (vgl. NAKOMM 2022). Ferner bleibt fraglich, welche Konzepte von Transidentität und Transkulturalität in der Benennung, in der Beschreibung und im Verständnis der geschlechtsspezifischen Erfahrungswerte und Identitätskonstruktionen verwendet werden, wie trans* zu bestehenden Geschlechtsbinaritäten und zu *non-binary/agender* in Beziehung gesetzt und Geschlechtsidentität und sexuelle/romantische Orientierung fälschlicherweise synonym verwendet werden (für eine kulturanthropologische Einordnung vgl. HESS 1999). Vor allem Letzteres wird in antigenderistischen und populistischen Argumentationen aufgegriffen, um Abwehrhaltungen, Grenzziehungen und Distanzierungen zu erzeugen und Akteur*innen politisch zu mobilisieren (zum Einstieg siehe NÄSER-LATHER 2019).

Forschen unter Covid-19. Wechselwirkungen, Konflikte, Spannungsfelder

Um die Perspektive von Pflegefachkräften und medizinischen Fach- und Verwaltungsangestellten auf den Umgang mit trans*-Kindern und -Jugendlichen in Ärzt*innenpraxen, auf Stationen und in Klinikkontexten zu explorieren, nutzen wir ein qualitatives, sozialempririsches Forschungsdesign. In den Jahren 2021 und 2022 führten wir fünfzehn semistrukturierte Interviews mittels Videotelefonie (Zoom) mit einer durchschnittlichen Dauer zwischen 45 und 90 Minuten durch. Die Gespräche geben Rückschlüsse über spezifische Erfahrungen innerhalb der Arbeitskulturen und ihren Umgang mit minderjährigen trans*-Patient*innen.

Als unser Teilprojekt im September 2021 startete, arbeiteten die anderen beiden Teilprojekte bereits seit mehr als zwei Jahren. Das vorhandene

ne Netzwerk an Kooperationspartner*innen wie beispielsweise die trans*-Communities half uns beim Feldeinstieg. Zu reflektieren gilt, dass die unterschiedlichen Akteur*innen aus Wissenschaft, Aktivismus, Bildungspolitik und Vermittlungsarbeit, deren Rollen teilweise verschwimmen, verschiedene Meinungen, Haltungen und Interessen vertreten, die sich wiederum auf Prioritäten, Ressourcenverteilung und Schwerpunktsetzungen auswirken. So werden trans*-Kindern und -Jugendlichen verschiedene Dimensionen von Verletzlichkeit/-barkeit und Selbstbestimmung zugeschrieben, die teilweise auch gegeneinander abgewogen werden. Wir identifizierten in unserem Forschungsfeld Rollenüberlagerungen: aktivistische Wissenschaftler*innen und forschende Aktivist*innen aus den Bereichen der sozialen, sexualwissenschaftlichen bzw. -pädagogischen und queer-feministischen Arbeit. Die von uns untersuchten Berufsgruppen wurden in den sozialstaatlichen Unterstützungsmaßnahmen zum Abbau von Diskriminierungen und Stigmatisierungen von trans*-Personen bisher vernachlässigt. Pflegende, Betreuende und Versorgende besitzen einen großen berufsbio-graphischen Wissensfundus über mögliche Risiken und Gefahren, gerade auch, weil sie tagtäglich in einer (körpernahen) Kommunikation und Interaktion mit trans*-Patient*innen stehen. Außerdem erfahren wir etwas über Momente der Überforderung und der Irritation.

Unseren Interviewaufruf streuten wir über projektinterne Netzwerke. Vorausgegangen war die Teilnahme an Netzwerktreffen und Workshops mit Kooperationspartner*innen der trans*-Community-Vertretungen sowie an digital durchgeführten regionalen Gesundheitsnetzwerktreffen, in denen wir unser Forschungsprojekt vorstellen durften. Gemeinsam mit den trans*-Communities entwickelten und evaluierten wir den Interviewleitfaden. Durch erste Pretest-Interviews (Pilotierung) mit Pflegenden erhielten wir Rückmeldungen zu den Interviewfragen und einen ersten Eindruck über die Verwobenheit individueller Betreuungsverständnisse, stationärer Arbeitsroutinen, struktureller Hindernisse und institutioneller Setzungen (Klinikrichtlinien, Rechtsprechungen oder Krankenkassen).

Die Akteur*innen meldeten sich auf den Interviewaufruf, weil sie in ihren alltäglichen

Arbeitssituationen Kontakt mit trans*-Kindern und -Jugendlichen haben und diese Erfahrung teilen wollten. Doch welche Hintergründe haben unsere Interviewpartner*innen? Das Sample des Teilprojektes besteht aus insgesamt 15 Interviews, sechs Interviews mit Pflegefachkräften einer Station für Innere Medizin, aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, aus der Kinderpoliklinik bzw. der Kindernotaufnahme sowie aus dem Bereich von transspezifischen Sprechstunden. Des Weiteren konnten fünf Interviews mit medizinischen Fachangestellten aus einer (kinder)endokrinologischen Praxis, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sowie der Kardiologie geführt werden. Hinzu kommen vier Gespräche mit Akteur*innen aus der Verwaltung von einer kinder-, jugendpsychiatrischen und klinischen Praxis, aus der Logopädie sowie der Kunsttherapie. Die Akteur*innen unterscheiden sich vom Alter (von Anfang zwanzig bis über sechzig Jahre), der Berufserfahrung (von unter fünf bis über dreißig Jahre), dem Standort (in ganz Deutschland verteilt, großstädtische und ländliche Regionen) und Geschlecht (männlich, weiblich, divers). Religiöse, *race*/ethnische, sexuelle, ableistisch oder klassenspezifische Hintergründe und Herkunft wurden nicht abgefragt, da unser Teilprojekt nicht das Ziel einer Sozialstrukturanalyse, sondern eine empirisch-ethische bzw. medizinanthropologische Analyse im Sinne einer Dekonstruktion von Bedeutungszuschreibungen, Wirklichkeitsformen und Alltage verfolgt (vgl. BECK 2007: 33, für einen ersten Einstieg siehe die Beiträge in BECK, NIEWÖHNER & KEHL 2008 und BECK, NIEWÖHNER & SØRENSEN 2012).⁶ Wie bereits erwähnt, waren eine persönliche Ansprache der Berufsgruppen oder Feldforschungen durch die Pandemie nur bedingt möglich. Gleichzeitig führte die Pandemie auch dazu, dass Menschen mit wenig Technikerfahrung bereit dazu waren, ein (virtuelles) Telefoninterview wahrzunehmen. Das bedeutete jedoch meistens, die Interviews außerhalb ihrer Arbeitszeit von zu Hause aus zu führen. Uns wurde deutlich, dass das Forschen zu Diskriminierungen in medizinischen Feldern einen gewissen Grad an Vertrauen voraussetzt, gerade weil die soziale Kontrolle innerhalb der Berufsgruppen sehr hoch zu sein scheint. Gleichzeitig erfordert die Forschung ein

hohes Maß an Flexibilität, zum einen aufgrund der sensiblen Thematik und zum anderen aufgrund der begrenzten Erreichbarkeit der Interviewpartner*innen. Gleichzeitig eröffneten sich durch die digitalen Infrastrukturen wie Video(Telefonie) die Möglichkeit, Gesprächspartner*innen über räumliche Grenzen hinweg zu befragen. Hier schließt die Frage an, wer solche Infrastrukturen bedienen kann, da es Einfluss auf das Sampling hat.

Wir verfolgten sowohl eine *Top-down*-Perspektive über Ärzt*innen und Klinikleitungen als auch eine *Bottom-up*-Perspektive über Community-Vertretungen und (aktivistische) Netzwerke, um Interviewpartner*innen zu rekrutieren. Der Rücklauf war trotz der gezielten Ansprachen von Ärzt*innen, Klinikleitungen und Community-Vertretungen und einer monetären Aufwandsentschädigung eher gering. Die Abgeschlossenheit des Forschungsfeldes zeigte sich daher bereits in der frühen Forschungsphase der Rekrutierung und auch daran, wie die Arbeitswirklichkeiten von Pflegenden und (medizinischen) Fachangestellten aussehen und sich während des Pandemiegeschehens verstärkten. Unsere eigene Positionalität im Forschungsfeld wurde uns deshalb bereits sehr früh vor Augen geführt, die eher von Distanz geprägt war als durch Nähe, obwohl Sabine Wöhlke selbst examinierte Pflegefachkraft ist und über 15 Jahre in diesem Bereich tätig war (vgl. HORNSCHIEDT 2016). Aufgrund der Mehrbelastung durch die Pandemie verschoben sich die Kapazitäten und Prioritäten von im Gesundheitssystem Tätigen. Augenmerk wurde auf die Stabilisierung der gesundheitsspezifischen und medizinischen Infrastrukturen gelegt, weniger auf die Wahrnehmung von wissenschaftlichen Interviewanfragen. Die Zurückhaltung, sich als Gesprächspartner*in zu melden, hängt sicherlich auch damit zusammen, dass das Reflektieren über Diskriminierung von trans*-Kindern und -Jugendlichen innerhalb der eigenen Fachcommunity ein sensibles Thema darstellt, da es auf eigene und fremde Defizite hinweisen bzw. die Gespräche dies potenziell beinhalten könnte. Gruppenzugehörigkeiten und das Berufsverständnis spielten daher ebenso eine Rolle.

Die skizzierten Einschränkungen (Pandemie, Projektdauer, finanzielle und zeitliche Ressourcen) haben deshalb Auswirkungen darauf, dass

unser Forschungsprozess nur semi-partizipativ gestaltet werden kann. Sicherlich liegt dies auch an Antragslogiken, die im Projektverlauf wenig Gestaltungsspielraum für spätere Anpassungen zulassen, obwohl die empirische Realität in kollaborativen Arbeitsprozessen oftmals Veränderungen im Forschungsdesign einfordert. Der Projektantrag beinhaltet demnach zwar eine gewisse Offenheit gegenüber den Ergebnissen, allerdings müssen Governancefragen, Zuständigkeiten und die Reichweite des Mitspracherechtes bereits in der Konzeptionalisierung festgelegt werden, was ein Hindernis für spätere Modifizierungen darstellt.

Alle Interviews wurden transkribiert und zum jetzigen Zeitpunkt mithilfe der Software MAXQDA inhaltsanalytisch und theoriegeleitet ausgewertet (vgl. MAYRING 2022). Alle Daten wurden pseudonymisiert. Wir arbeiten mit Aliasnamen. Für das Forschungsprojekt liegt ein Ethikvotum der Universitätsmedizin Göttingen vor (2020-162-f-S). Neben der Frage nach der Forschungsethik problematisierten wir ebenso das Forschungsdatenmanagement. So stehen wir vor der Herausforderung, eine große Menge an Tonaufnahmen und Transkriptionen nachhaltig zu sichern, die Zugänge zu regulieren und zu verhindern, dass unbefugte Akteur*innen diese nutzen bzw. Persönlichkeitsprofile rekonstruieren können. Ein längerfristiges Ziel könnte darüber hinaus sein, die Interviews angemessen aufzubereiten und beispielsweise mit Communities zu vergemeinschaften oder die Methode der Fokusgruppe zu nutzen, um die Ergebnisse status- und professionsübergreifend zu diskutieren und zu evaluieren. Denn in der Recherche wurde deutlich, dass eine Vielzahl von Forschungsprojekten zu Transidentität und Diskriminierungen im Gesundheitswesen existieren, diese jedoch spezifische Zielgruppen haben: trans*-Kinder und -Jugendliche selbst, Peergroups, medizinische „Expert*innen“, Sorgeberechtigte usw. Zukünftig könnte eine Verknüpfung der verschiedenen Ergebnisse angestrebt werden.

Des Weiteren gilt es, die Selbst- und Fremdregulierungen der Gesprächspartner*innen zu berücksichtigen: Das Medium Interview ist keine neutrale Form der Erzählung, sondern durch eine zeitliche und örtliche Rahmung, narrative Strukturen und Auslassungen gekennzeichnet.

Erfahrungen und Erinnerungen wurden vergessen, verschwiegen oder umgedeutet, gerade auch wenn es um Diskriminierungsformen im eigenen sozialen Nahbereich und in Arbeitskontexten geht. So betonten einige Gesprächspartner*innen zu Beginn des Gesprächs mit Nachdruck, dass sie nicht diskriminieren würden. Dies kann als ein Hinweis für eine fehlende Akzeptanz einer mangelnden Fehlerkultur innerhalb ihrer Profession, als Verweis auf die alltagsmoralische Aufladung des Diskriminierungsbegriffes sowie auf Statusunterschiede im Feld gedeutet werden (vgl. VON DOBENECK & ZINN-THOMAS 2014): Denn einige Gesprächspartner*innen wünschten sich in den Gesprächen eine Rückmeldung über die wissenschaftliche „Verwertbarkeit“ ihrer Äußerungen. Auch wenn wir betonten, dass uns ihre lebensweltlichen Perspektiven interessierten, war die Macht des Repräsentationsraumes „Universität“ und ihre Praktiken der Wissens- und Wahrheitsproduktion in den Wahrnehmungen omnipräsent. Um den moralischen Vorwurf zu umgehen, näherten wir uns in den Interviews den herausfordernden Situationen innerhalb der Institutionen und Strukturen an, um Handlungsoptionen und -alternativen zu diskutieren und um potenzielle Risiken für eine unbewusste Herabsetzung und Herabwürdigung zu identifizieren.

Diskriminierungen und Stigmatisierungen. Erste Einblicke in die Projektergebnisse

Uns interessieren das Zusammenwirken und die Verflechtungen der individuellen, institutionellen und strukturellen Dimensionen von Diskriminierungen im Arbeitshandeln. Wir fragten

1. nach dem individuellen Pflege-, Betreuungs- und Selbstverständnis,
2. nach biografischen Arbeitserfahrungen und Wissensbeständen (vgl. CARABEZ, PELLEGRINI, MANKOVITZ, ELIASON & DARIOTIS 2015; BROWN, KELLER, BROWNFIELD & LEE 2017) und
3. nach der Rolle der lokalen Versorgungsinfrastrukturen, institutionellen Setzungen und strukturellen Rahmenbedingungen (Gesetze und Bürokratie), zu denen auch die Informations- und Wissensweitergabe innerhalb des Teams und der Institution zählen sowie

die Einbindung von trans*-Kindern und -Jugendlichen in Pflege, Betreuung und Versorgung gehört. Weiterhin wird der Stellenwert des sozialen Netzwerkes deutlich, in das die Pflegenden, (medizinischen) Verwaltungsangestellte, die trans*-Kinder und -Jugendliche und ihre Sorgeberechtigten eingebettet sind.

Eine Bestandsaufnahme der Arbeitsbedingungen in der Pflege und in der (medizinischen) Verwaltung offenbart eine Diskrepanz zwischen den sozial-orientierten Ansprüchen als Pflegenden, Betreuenden und Versorgenden und der Arbeitsrealität, die sich primär durch Missstände auszeichnet und meist ein Gegenpol zu vermittelten Idealzuständen bildet. Diese Diskrepanz, so eine Interpretation, fungiert als Hindernis einer zugewandten und wertschätzenden Pflege. Geschlechtsidentität wird demnach als Zusatzbelastung wahrgenommen, obwohl die beschriebene Pflege- und Versorgungshaltung in den Grundsätzen der Tätigkeit eingeschrieben ist bzw. bereits in den Leitlinien der Berufsgruppen präsent ist. Berücksichtigt werden sollten daher die körperliche und mentale Arbeitsbelastung auf der individuellen Ebene, die strengen Zeitregime, der Schichtdienst, der Fachkräftemangel durch vakante Stellen und Krankheitsausfälle, Macht-hierarchien und Abhängigkeitsverhältnisse im Team auf der institutionellen Ebene sowie der Stellenschlüssel Patient*in-Pflegefachkraft und die Entlohnungsformen (Geld, Anerkennung und Respekt, Zeitausgleich) auf struktureller und gesellschaftspolitischer Ebene. Insbesondere der Personalmangel ist Gegenstand von politischen Interventionen und Entscheidungen (Tarifverträge, Anpassung des Ausbildungssystems des Stellenschlüssels und der Entlohnungsformen). Er stellt seit mehreren Jahren nicht mehr einen krisenhaften Ausnahmezustand dar, sondern ist „Normalität“ geworden auf Stationen, in Kliniken und Ärzt*innenpraxen. Ein Best-Practice-Beispiel, welches in den Interviews mehrfach benannt wurde, ist die *Charité* (Universitätsmedizin Berlin), welches mit Patient*innenführsprecher*innen, (soziale, psychologische und juristische) Beauftragte, Beratungs- und Anlaufstellen für Geschlechtervielfalt, Gleichstellung, Behinderung/chronische Erkrankungen, Antirassismus und -diskriminierung oder (sexualisierte)

Belästigung und Gewalt Handlungsmöglichkeiten und Zuständigkeiten geschaffen hat.

Im Folgenden stelle ich erste Ergebnisse unserer Analyse vor. Aufgrund der Begrenztheit dieses Beitrages erfolgt dies vor allem deskriptiv über Schwerpunktsetzungen. Es lassen sich bis dato vier relevante (Gegen-)Strategien von Diskriminierung, Herabsetzung und Herabwürdigung erkennen, die in der Arbeits- und Alltagspraxis in Erscheinung treten bzw. mehrfach von den Gesprächspartner*innen umschrieben wurden:

1. Das prägnanteste Konfliktfeld, welches in den Gesprächen benannt wurde, stellt das *Misgendering/Deadnaming* in der persönlichen Ansprache und in Schriftdokumenten während der Registrierung, der Behandlung, Pflege und Betreuung dar. Diese Konzepte bezeichnen die aktive aber auch die nicht intentionale, unreflektierte Anrede von trans*-Kindern und -Jugendlichen mit dem bei Geburt zugewiesenen Namen. Gleichzeitig berichten einige Interviewpartner*innen davon, wie sie der Selbstbestimmung von Geschlechtsidentität gerecht werden können, in dem sie zum Beispiel auf den analogen Aktendeckeln oder in den digitalen Infrastrukturen die selbstgewählten Namen ergänzen, auch wenn dies aufgrund der Abrechnungslogiken über die Krankenkassen offiziell nicht erlaubt ist. Mehr noch, einige Interviewpartner*innen entwickelten Strategien wie das gemeinsame Basteln von Türschildern oder Bettzetteln, um sowohl die cis-identen als auch die trans*-Kinder und -Jugendlichen auf die Wirkmächtigkeit von Sprache und ihre wirklichkeitskreierenden Effekte hinzuweisen. Hindernisse stellen teilweise die Vermischung von manuellen und digitalisierten Arbeitsprozessen oder der Brandschutz dar, wenn beispielsweise keine Türschilder angebracht werden dürfen oder das Mobiliar keine Bettzettel zulässt.
2. Des Weiteren wurden in den Gesprächen transunsensible und transablehnende Haltungen, Meinungen sowie psycho(patho)logisierende Deutungen des Verhaltens von trans*-Kindern und -Jugendlichen angesprochen, die im Arbeitsalltag präsent sind.⁷ So berichten einige Interviewpartner*innen von informellen

Gesprächen auf den Fluren, bei Übergaben oder in den Stationszimmern, in denen Kolleg*innen abwertend gesprochen oder das äußere Erscheinungsbild von trans*-Kindern und - Jugendlichen während der sozialen, psychologischen und biologischen Transition kommentiert wurde. Diese Praktiken wurden als diskriminierend gewertet. Außerdem wurde vereinzelt über Witze und die fehlende Differenzierung darüber gesprochen, welche Bedürfnisse und Zuschreibungskategorien in der pflegerischen und verwaltungsspezifischen Interaktion und Kommunikation mit minderjährigen trans*-Patient*innen überhaupt relevant sind. So wurden Diagnose und Geschlechtsidentität in eine konkrete Kausalitätskette gebracht und den trans*-Kindern und - Jugendlichen, dadurch soziale und psychologische Defizite zugesprochen und sie dadurch entmündigt. Diese Dimension steht symptomatisch für die gesellschaftspolitischen Debatten um Geschlechtsidentität und „Kindeswohl“, gerade auch wenn es um die Frage nach Selbst- und Fremdverständnis geht, wenn zum Beispiel das Kind-Sein dem Trans-Sein gegenüber gestellt oder sie in ihrer Relevanz und Dringlichkeit gegeneinander abgewogen werden (vgl. VROUENRAETS, HARTMAN, HEIN, DE VRIES & MOLEWIJK 2020; HÄDICKE 2022; HÄDICKE, FÖCKER, ROMER & WIESEMANN 2022). Dies trifft meist bei biomedizinischen Geschlechtsangleichungen zu, zum Beispiel die Nutzung von Hormonen, das Abwägen von Konsequenzen und die Zuweisung von spezifischen Rollen (trans*-Person, Kind usw.; vgl. GERRITSE, HARTMAN, ANTONIDES, WENSING-KRUGER, DE VRIES & MOLEWIJK 2018). Diese Argumentation bietet die Gefahr für eine Diskriminierung und Stigmatisierung, gerade weil trans*-Kinder und -Jugendliche dadurch nicht ernst genommen werden bzw. ihren Selbstverständnissen nicht Glauben geschenkt werden.

3. Viele der Interviewpartner*innen waren überzeugt davon, dass sie und ihr Team trans*-Kinder und Jugendliche in ihrem Arbeitsalltag nicht diskriminieren und werteten dies teilweise als einen moralischen Vorwurf, der konträr zu ihrem sozial-orientierten Verständnis als Pflegefachkraft und Verwaltungsangestell-

te*r stand und ihre Vorstellungen von Kollegialität angriff. Wir unterstellen den Akteur*innen in der Pflege, Versorgung und Betreuung nicht, dass sie vermehrt diskriminieren. Viel mehr stellen sich hier Fragen nach unbewussten und nicht intentionalen Herabwürdigungen, Stigmatisierungen und Diskriminierungen (zum Konzept des Unconscious Bias und Transidentität siehe MORRIS, COOPER, RAMESH, TABATABAI, ARCURY, SHINN, IM, JUAREZ & MATTHEWS-JUAREZ 2019). In den Gesprächen wurden Unsicherheiten und Irritationen im Arbeitsalltag umschrieben, die Diskriminierungen bedingen können. Verstärkt werden diese Dynamiken u. a. von einem mangelnden Wissen über Transidentität. In den Schulungsmaßnahmen gilt es daher, das biografische Erfahrungswissen der Berufsgruppe zu stärken und dieses als eine Wissensressource für eine kommunikative Verantwortungübernahme zu nutzen, gerade auch, um etwaige Unsicherheiten produktiv für eine Sensibilisierung zu nutzen.

Ferner wird in den Gesprächen der Stellenwert des medizinischen Wissens bzw. der medizinischen Deutungshoheiten deutlich. Die Aushandlungen in Ärzt*innenpraxen und auf Stationen in Kliniken bedingen Loyalitätskonflikte, symbolische Kämpfe, Aushandlungen des sozialen Status und Machthierarchien zwischen Ärzt*innen, Angestellten in einem Team sowie den trans*-Patient*innen.

Darüber hinaus spielen die räumlichen Arrangements innerhalb der Stationen und Praxen eine Rolle wie zum Beispiel Toiletten, Warte- und Behandlungszimmer, Zugänge zu Räumen als auch wer welche Rolle innerhalb des Teams übernimmt, gerade auch bei körperlichen Untersuchungen wie das Vermessen von Körpergrößen und Gewicht oder Blutabnahmen.

4. Einige Interviewpartner*innen betonen Gegenstrategien. Sie führten beispielsweise aus, wie sie Diskriminierungen aktiv vorbeugen und entgegenwirken, zum Beispiel, indem sie Risiken und Gefahren von Diskriminierung in spezifischen Betreuungspraktiken und -situationen abwägen. Das heißt, die Interviewpartner*innen artikulierten in den Gesprächen Selbstverständnisse als Lots*innen/

Wissensvermittler*innen und Advokat*innen innerhalb eines Teams auf Station bzw. stationsübergreifend innerhalb der klinischen Institution. Mehr noch, einige Gesprächspartner*innen betonten, wie sie sich Wissen über trans*-Identität in Blogs, Online-Foren, in Podcasts und anderen Sozialen Medien angelesen und anschließend selbstständig vermittelt haben. Dieses Wissen ist jedoch nicht wertneutral, sondern bedarf einer Quellenkritik und der kritischen Einordnung des jeweiligen Mediums und ihrer Formen der Wissensproduktion, -aufbereitung und -rezeption. Deshalb ist aufbereitetes Praxiswissen nach wissenschaftlichen Kriterien, wie wir es generieren werden, umso wichtiger.

Die Interviewpartner*innen wünschten sich Bildungsangebote und Wissensressourcen wie Handzettel, Broschüren und Vermittlungen, um das Thema trans* nachhaltig in ihren Institutionen zu verankern (zum Potenzial siehe OBEDIN-MALIVER, GOLDSMITH, STEWART, WHITE, TRAN, BRENNAN, WELLS, FETTERMAN, GARCIA & LUNN 2011). Es sind gerade diese Form der Wissensvermittlung in den pflegerischen und verwaltungsorientierten Berufsfeldern, die Wissen der heterogenen Zielgruppe gerecht aufbereiten, über Fallbeispiele erklären sowie Handlungsorientierungen und Diskussionsgrundlagen schaffen. Während der Pandemie wurden die arbeits- und tätigkeitsspezifischen Ressourcen auf die Aufrechterhaltung der gesundheitlichen Infrastrukturen gelenkt. Formen der Wissensaneignung durch Schulungen und Weiterbildungen, also konkrete Bildungsangebote, wurden untergeordnet und fielen aus.

In der Diskussion und Evaluation der Ergebnisse wurden erste Widerstände deutlich: Zum einen wurde bejaht, die Individualität von Patient*innen anzuerkennen und ihr gerecht zu werden, zum anderen wurden Bedenken geäußert, die Kommunikations- und Interaktionsformen in der Arbeitsrealität und in den Arbeitsroutinen umsetzen zu können. Dies weist zum einen darauf hin, zu vermitteln, dass eine Tätigkeit im Gesundheitswesen ohne eine Fehlerkultur nur bedingt möglich ist, zum anderen, dass Diskriminierungskonzepte meist moralisch aufgeladen

sind, gerade wenn es Transidentität und minderjährige Personen betrifft.

Des Weiteren dürfen die trans*-Communities nicht außer Acht gelassen werden, wenn es um die Wissensvermittlung geht. Sie sind sehr kleinteilig organisiert, je nach Stadt, Region oder Bundesland. Eine Immersion als Forscher*innen war uns daher nur bedingt möglich. So existieren unterschiedliche Ansprechpartner*innen, die je nach Bedarf in medizinischen, psychologischen/therapeutischen, juristischen und sozialen Belangen zuständig sind. Die Netzwerkbildung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland dienen meist der Sichtbarmachung, einer kollektiven Vernetzung und Unterstützung. Sie besitzen unterschiedliche Zielgruppen: trans*-Kinder und -Jugendliche, Erwachsene, Akteur*innen aus dem Gesundheitswesen oder andere Berufsverbände sowie Sorgeberechtigte. Sie bieten Verweisberatungen an und bündeln Anlaufstellen auf ihren Homepages oder positionieren sich zum aktuellen Zeitgeschehen. Zum anderen fungieren sie als soziale Kontrollinstanz innerhalb der Netzwerke und regulieren Zugänge. Ihr Wissen ist produktive Ressource für politische Entscheidungen und Interventionen. Auch für uns haben diese Wissensnetzwerke einen hohen Stellenwert. Unser Ziel, Schulungsmaßnahmen zu entwickeln, knüpft an die Beratungssituationen an. Dies setzt voraus, das generierte Wissen anwendbar zu machen.

Die Netzwerke wirken, so merkten wir es während unserer Forschung, jedoch in sich geschlossen. Sie sind „geschützte Räume“. Auch die Einstellung gegenüber dem Wissenschaftssystem fällt teilweise skeptisch aus, da häufig über sie, aber nicht mit ihnen gesprochen wurde. Diese Haltung der Gruppierungen ist historisch bedingt. Im Forschungsfeld um Geschlechtsidentitäten betrifft dies vor allem die Psycho(patho)logisierung und Medikalisierung von Transidentität.

Sichtbarmachen, eingreifen, verändern? Ausblick

Wir haben zu zeigen versucht, wie wir unter Pandemiebedingungen sozial-empirisch geforscht haben, welche Herausforderungen, Potenziale und Grenzen die Rekrutierung von und die Gespräche mit Pflegenden und medizinischen Fach-

und Verwaltungsangestellten mit sich brachte und wie erste Ergebnisse einzuordnen sind. Es lässt sich festhalten, dass sowohl die Tätigkeitsbereiche in der professionellen Pflege, Betreuung und Versorgung auf Stationen in Kliniken und in Ärzt*innenpraxen als auch Transidentität sensibel sind und Eigenlogiken folgen. Die globale Covid-19-Pandemie verstärkte die Arbeitsbelastungen der Pflegenden und medizinischen Fach- und Verwaltungsangestellten im und Zugänge für trans*-Kinder und -Jugendliche zum Gesundheitssystem massiv und zeigte Leerstellen und blinde Flecken in der Forschungspraxis und in der Sichtbarmachung von Diskriminierungen im Gesundheitswesen.⁸

Das Hamburger Teilprojekt lenkt den Blick auf trans*-Kinder und -Jugendliche und individuelle, institutionelle und strukturelle Diskriminierungs- und Stigmatisierungsrisiken in der Gesundheitsversorgung. Sie stellen eine vulnerable Gruppe dar, die sich im Netzwerk zwischen Sorgeberechtigten, Betroffenen- und Communityvertretungen sowie medizinischem Personal positionieren und behaupten müssen. Gleichzeitig sind die Berufsfelder im Gesundheitswesen selbst durch Be- und Überlastungen gekennzeichnet und bedürfen politischer Entscheidungen und Interventionen.

Die von uns herausgearbeiteten Dimensionen zeigen, wie den trans*-Kindern und -Jugendlichen Selbstbestimmung und Handlungsmacht abgesprochen wird, wie ihnen jedoch gleichzeitig eine Schutzbedürftigkeit zugeschrieben wird, die es nicht in Frage zu stellen gilt.

In diesen Bewertungen spielen daher sowohl die Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsverständnisse eine Rolle als auch der Anspruch, den Patient*innen mit einem wertschätzenden und individualisierten Umgangsformen entgegenzutreten. Rechtsprechungen und institutionelle Arbeitsabläufe regulieren darüber hinaus individuelle Entscheidungs- und Betreuungsmöglichkeiten.

Weitere Forschung ist notwendig, um die intersektionalen Verflechtungen zu ergründen, die auf trans*-Kinder und -Jugendliche im Gesundheitssystem einwirken und teilweise eine Verstärkung von Diskriminierung und Stigmatisierung begründen. Dies betrifft daher eine geschlechtssensible, barrierearme und inkludierende

dierende Pflege und medizinische Verwaltung. Unsere Interviewpartner*innen wünschen mehr Orientierung zum Beispiel durch einen Leitfaden oder Handlungsempfehlung für diesen speziellen Versorgungsbereich, der andererseits einen von vielen weiteren speziellen Pflegesettings darstellt, die es in einer pluralistischen Gesellschaft zu berücksichtigen gilt (siehe auch NIEDER, STRAUSS 2016; LANDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN RHEINLAND PFALZ E. V. 2018; SCHUBERT 2021; ÄRZTEZEITUNG 2022).

Wir können als cis-Personen nicht die Sprecher*innenpositionen für trans*-Kinder und -Jugendlichen einnehmen oder gar suggerieren, dass ihre Erfahrungswerte kollektiviert werden können. Als Forscher*innen verstehen wir uns daher teilweise als „Allies“, welche die privilegierte Position des Forschungsprojektes nutzen, um die Lebensrealitäten im Gesundheitssystem diskriminierter Akteur*innengruppen sichtbar zu machen – sowohl die trans*-Kinder und -Jugendlichen als auch die Pflegefachkräfte und medizinischen Fach- und Verwaltungsangestellten. Jedoch formulieren wir keine Forderungen auf der (partei-)politischen Ebene wie es beispielsweise die Communities oder Aktivist*innen tun. Im Sinne eines diskriminierungsfreien Gesellschaftsverständnisses bestärkt unser Projekt einen transsensiblen Umgang in Gesundheitsberufen, angestoßen durch Bildungs- und Vermittlungsangebote.

Unser Teilprojekt hat demnach den Anspruch ein Problemfeld, Konflikte und Aushandlungsprozesse nachzuzeichnen, Werte-, Normen- und Moralverständnisse zu hinterfragen und weitere Fragen aufzuwerfen. Es kann daher nur ein erster Schritt in der systematischen Aufbereitung von Wissen über Gesundheitssystem und Geschlechtsidentität sein und einen Perspektivwechsel anstoßen. Hier schließen weitere *Dsiderata* an: Wie sehen die Arbeitswelten von trans*-Pflegefachkräften und (medizinischen) Verwaltungsangestellten auf Klinikstationen in der Bundesrepublik Deutschland aus und wie im (inter)nationalen Vergleich und wie können *Best-Practice*-Beispiele aussehen, die sowohl trans*-Kinder und -Jugendliche als Patient*innen in den Blick nehmen, aber auch trans*-Mitarbeitende in Gesundheitsberufen und ihre Bedürfnisse in Klinikkontexten berücksichtigt?

In den kommenden Monaten entwickeln wir das Schulungs-, Weiterbildungs- und Lehrmaterial und erproben dies in verschiedenen Workshopkontexten u. a. in Münster und Göttingen. Darüber hinaus werden die Ergebnisse aller Teilprojekte zusammengeführt.

Anmerkungen

1 Wir verstehen Geschlecht als soziale und kulturelle Konstruktion und differenzieren zwischen Geschlechtsidentität, -ausdruck, sexueller und romantischer Orientierung sowie die körperlichen Eigenschaften/Bedingungen. Zum einen wollen wir betonen, dass auch innerhalb der Biologie die Zweigeschlechtlichkeit in Frage gestellt wird, zum anderen das Geschlechterbeziehungen und -ordnungen Gewalt, Unrechtserfahrungen und Ausbeutungsverhältnisse bedingen.

2 Der Beitrag basiert auf einem Vortrag beim 19. Arbeitstreffen des Netzwerks Gesundheit und Kultur in der volkskundlichen Forschung der Deutschen Gesellschaft für Empirische Kulturwissenschaft (DGEKW) „Die Ruhe nach dem Sturm? Medikalisierte Alltage in Zeiten der Covid-19-Pandemie“ am 07. Juli 2022 (digital).

3 Die Bezeichnung trans* soll die Mehrdimensionalität und Vielschichtigkeit von Selbstverständnissen betonen. Sie schließt Bezeichnungen wie transgeschlechtlich/transident/ transsexuell/transgender mit ein. Die Bezeichnung fungiert als Selbstdefinition und -zuschreibung.

4 Die Pflege, Betreuung und Gesundheitsversorgung von trans*-Patient*innen ist teilweise auf lokaler, regionaler, nationaler und globaler Ebene reguliert. So existieren zum Beispiel die *World Professionell Association for Transgender Health (WPATH)* oder Empfehlungen wie *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconfirming People* oder das *Policy Paper Gesundheit des Bundesverband Trans**.

5 Verbundprojekt TRANS*KIDS. URL: <https://trans-kids-studie.de/ueber-uns/> (zuletzt aufgerufen am 23.08.2022).

6 Der große und sehr wichtige Bereich der nicht-institutionalisierten Pflege und Fürsorge wird hier ausgeklammert (für eine kulturwissenschaftliche Perspektive vgl. SEECK 2021).

7 Wir sprechen von „Transfeindlichkeit“ und nicht von „Transphobie“, da dieser Begriff auf eine Psycho(patho)logisierung von Geschlechtsidentität hinweist. Außerdem möchten wir auf die Vielschichtigkeit des Betroffenenbegriffes hinweisen, weil das Konzept zum einen dominante pejorative Bedeutungsdimensionen besitzt, die in der Alltagssprache präsent sind und zum anderen auf die Diskurse über aktive und passive Einflüsse auf Geschlechtsidentität verweist, die aufgrund der Begrenztheit dieses Beitrages nicht diskutiert werden können.

8 Die kulturanthropologische Perspektive auf professionelle Praktiken der Pflege, Betreuung und (Gesundheits-)Versorgung ist ein Ansatz, der sich bereits in den

1970er Jahren herausgebildet hat, natürlich unter den damaligen Bedingungen der akademischen Wissensproduktion und im Sinne der damaligen Fachlogiken und Arbeitsweisen (für einen Einstieg vgl. LEININGER 1970, 1978. Für gegenwärtige Perspektivierungen vgl. WÖHLKE & BENDIX 2017).

Literatur

- ALEGRIA, CHRISTINE ARAMBURU 2011. Transgender identity and health care. Implications for psychosocial and physical evaluation. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 23, 4: 175–182.
- AMELUNG, TILL RANDOLF 2019. Mehr Gesundheit für trans*-Menschen. Wo ist Handlungsbedarf? In NASS, ALEXANDER; RENTZSCH, SILVIA; RÖDENBECK, JOHANNA; DEINBECK, MONIKA & HARTMANN, MELANIE (Hg) *Empowerment und Selbstwirksamkeit von trans* und intergeschlechtlichen Menschen. Geschlechtliche Vielfalt (er)leben. Band II*. Gießen: Psychozial-Verlag: 81–91.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS 2018. Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. Policy Paper. *Pediatrics* 142,4. <https://publications.aap.org/pediatrics/article/142/4/e20182162/37381/Ensuring-Comprehensive-Care-and-Support-for> [26.08.2022].
- AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA) 2018. The nurse's role in addressing discrimination: protecting and promoting inclusive strategies in practice settings, policy, and advocacy. Position Statement. <https://www.nursingworld.org/~4ab207/globalassets/practiceandpolicy/nursing-excellence/ana-position-statements/social-causes-and-health-care/the-nurses-role-in-addressing-discrimination.pdf> [26.08.2022].
- APPENROTH, MAX NICOLAI & VARELA, MARÍA DO MAR CASTRO (Hg) 2019. *Trans & Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung*. Bielefeld: Transcript.
- BEAGEN, BRENDA & GOLDBERG, LISA 2012. Nurses' Work With LGBTQ Patients. „They're Just Like Everybody Else, So What's the Difference?“ *The Canadian Journal of Nursing Research* 44, 3: 44–63.
- BECK, STEFAN 2007. Medicalizing Culture(s) or Culturalizing Medicine(s)? In BURRI, REGULA VALERIE & DUMIT, JOE (Hg) *Medicine as Culture. Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life*. London: Routledge: 17–33.
- BECK, STEFAN; NIEWÖHNER, JÖRG & KEHL, CHRISTOPH (Hg) 2008. *Wie geht Kultur unter die Haut? Emergente Praxen an der Schnittstelle von Medizin, Lebens- und Sozialwissenschaft*. Bielefeld: Transcript.
- BECK, STEFAN; NIEWÖHNER, JÖRG & SØRENSEN, ESTRID (Hg) 2012. *Science and Technology Studies. Eine sozialanthropologische Einführung*. Bielefeld: Transcript.
- BÖHM, MAIKA & VOSS, HEINZ-JÜRGEN 2022a. Zur Thematisierung von Trans- und Intergeschlechtlichkeit in medizinisch-therapeutischen, gesundheitsbezogenen und pädagogischen Studiengängen und Berufsausbildungen. *Zeitschrift für Sexualforschung* 35: 5–19.
- BROKMEIER, TINA; MUCHA, SANDRA; ROMER, GEORG & FÖCKER, MANUEL 2022. Trans*-Jugendliche und junge Erwachsene im Gesundheitswesen. Eine qualitative Studie über Erfahrungen, Herausforderungen und Wünsche. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 7: o. A. BROWN, CHRIS; KELLER, CHAD; BROWNFIELD, JENNA M. & LEE, REBEKAH 2017. Predicting Trans-Inclusive Attitudes of Undergraduate Nursing Students. *The Journal of Nursing Education* 56, 11: 660–669.
- CARABEZ, REBECCA; PELLEGRINI, MARION; MANKOVITZ, ANDREA; ELIASON, MICHELE J. & DARIOTIS, WEI MIN 2015. Nursing students' perceptions of their knowledge of lesbian, gay, bisexual, and transgender issues: effectiveness of a multi-purpose assignment in a public health nursing class. *The Journal of Nursing Education* 54: 50–53.
- CICERO, ETHAN C. & PERRY BLACK, BETH 2015. „I Was a Spectacle ... A Freak Show at the Circus“. A Transgender Person's ED Experience and Implications for Nursing Practice. *Journal of Emergency Nursing* 42: 25–30. DEUTSCHER BUNDESTAG 2022. Zu den Auswirkungen der Coronapandemie auf queere Personen. Studien und weitere Veröffentlichungen. Dokumentation. <https://www.bundestag.de/resource/blob/893004/d21396a0adee-af58f0ddf2bd7b9af00c/WD-9-017-22-Problem-Barrierefreiheit-pdf-data.pdf> [26.08.2022].
- DÍAZ, DESIREE; MARUCA, ANETTE T.; GONZALEZ, LAURA; STOCKMANN, CHERILL; HOYT, ERICA & BLACKWELL, CHRISTOPHER W. 2017. Simulation Design: Addressing Care of a Transgender Patient. *Clinical Simulation in Nursing* 13, 9: 452–459.
- DU MONT, JANICE; KOSA, SARAH DAISY; SOLOMON, SHIRLEY & MACDONALD, SHEILA 2019. Assessment of nurses' competence to care for sexually assaulted trans persons: a survey of Ontario's Sexual Assault/Domestic Violence Treatment Centres. *BMJ Open* 9, 5. <https://bmjopen.bmj.com/content/9/5/e023880> [26.08.2022].
- EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS 2014. Being trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data. Luxembourg: Publications Office of the European Union. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-being-trans-eu-comparative-0_en.pdf [26.08.2022].
- FIDELINDO, A. LIM & BERNSTEIN, ILYA 2012. Promoting awareness of LGBT issues in aging in a baccalaureate nursing program. *Nursing Education Perspectives* 33, 3: 170–175.
- FIDELINDO, A. LIM; BROWN JR., DONALD V. & JONES, HENRIETTA 2013. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health. Fundamentals for Nursing Education. *Journal of Nursing Education* 52, 4: 198–203.
- GAJEK, ESTHER 2014. Lernen vom Feld. In BISCHOFF, CHRISTINE; OEHME-JÜNGLING KAROLINE & LEIMGRUBER, WALTER (Hg) *Methoden der Kulturanthropologie*. Bern: Haupt: 53–69.
- GERRITSE, KARL; HARTMAN, LAURA; ANTONIDES, MARTE F.; WENSING-KRUGER, ANNELIJN & DE VRIES, ANNELOU L. C. & MOLEWIJK, BERT C. 2018. Moral challenges in transgender care. A thematic analysis based of a focused ethnography. *Archives of Sexual Behavior* 47, 8: 2319–2333.

- GÜLDENRING, ANNETTE 2015. Zur Rolle der Medizin und aktuellen Trans*-Transgesundheitsversorgung in Deutschland. In SAUER, ARN THORBE & BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (Hg) *Gutachten. Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeiten. Band I. Bericht*. Berlin: BMFSFJ: 31–41.
- HÄDICKE, MAXIMILIANE & WIESEMANN, CLAUDIA 2021. Was kann das Konzept der Diskriminierung für die Medizinethik leisten? Eine Analyse. *Ethik in der Medizin* 33, 3: 369–386.
- HÄDICKE, MAXIMILIANE 2022. Von Kinderrechten, sozialen Gruppenzugehörigkeiten und Diskriminierungsrisiken in der Medizin. *Frühe Kindheit* 22, 2: 28–34.
- HÄDICKE, MAXIMILIANE; FÖCKER, MANUEL; ROMER, GEORG & WIESEMANN, CLAUDIA 2022. Healthcare Professionals' Conflicts when Treating Transgender Youth. Is It Necessary to Prioritize Protection Over Respect? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, o. A.: o. A.
- HARAWAY, DONNA 1995. Situiertes Wissen. Die Wissenschaftsfrage im Feminismus und das Privileg einer partialen Perspektive. In DIES. (Hg): *Die Neuerfindung der Natur. Primaten, Cyborgs und Frauen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp: 73–97.
- HESS, SABINE 1999. Gender- und Transkulturalitätskonzepte. *Anthropologist: Kulturanthropologisches Journal* 7: 5–54.
- HOPF, CHRISTEL 2019. Qualitative Interviews. Ein Überblick. In FLICK, UWE; VON KARDORFF, ERNST & STEINKE, INES (Hg) *Qualitative Sozialforschung*. Ein Handbuch. 13. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt: 349–360.
- HORNSCHIEDT, LANN 2016. „ABER WIE SOLL ICH DAS DENN MACHEN? INTERDEPENDENKEND FORSCHEN. Methodologische und methodische Handlungsvorschläge.“ In *AK FORSCHUNGSHANDELN (Hg) Interdependenzen! Wie Positionierung und Intersektionalität forschend gestalten?* w_orten & meer: Maintal: 194–214.
- HUNTER, JESSICA; BUTLER, CATHERINE & COOPER, KATE 2021. Gender minority stress in trans and gender diverse adolescents and young people. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 26, 4: 1182–1195.
- JENNER, CHRISTOPHER O. 2010. Transsexual primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 22, 8: 403–408.
- KELLETT, PETER & FITTON, CHANTELE 2017. Supporting transvisibility and gender diversity in nursing practice and education. Embracing cultural safety. *Nursing Inquiry* 24, 1: o. A.
- KEEPNEWS, DAVID M 2011. Lesbian, gay, bisexual, and transgender health issues and nursing. Moving toward an agenda. *ANS. Advances in Nursing Science* 3, 2: 163–170.
- KNECHT, MICHI 2013. Nach Writing Culture, mit Actor-Network. Ethnografie/ Praxeografie in der Wissenschafts-, Medizin- und Technikforschung. In HESS, SABINE, MOSER, JOHANNES & SCHWERTL, MARIA (Hg) *Europäisch-ethnologisches Forschen. Neue Methoden und Konzepte*. Berlin: Reimer: 79–107.
- KRELL, CLAUDIA & OLDEMEIER, KERSTIN 2016. I am what I am. Erfahrungen von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans* und queeren Jugendlichen in Deutschland. *Gender* 2: 46–64.
- LANDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN RHEINLAND-PFALZ E. V. 2018. Pflege unterm Regenbogen. Über den Umgang mit homosexuellen, bisexuellen, transidenten und intersexuellen Menschen in der Kranken- und Altenpflege. https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Publikationen/Soziales/LZG_Pflege_unterm_Regenbogen_LSBTI_2018_web.pdf [26.08.2022].
- LEININGER, MADELEINE 1970. *Nursing and Anthropology. Two Worlds to Blend*. London: Wiley.
- 1978. *Transcultural Nursing. Concepts, Theories and Practices*. London: Wiley.
- LESBEN- UND SCHWULENVERBAND (LSVD) E. V. 2022. Corona. Auswirkungen auf Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans- und Intergeschlechtliche Menschen. <https://www.lsvd.de/de/ct/2067-Corona-Auswirkungen-auf-Lesben-Schwule-Bisexuelle-trans-und-intergeschlechtliche-Menschen> [01.09.2022].
- MAYRING, PHILIPP 2022. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 13. Auflage. Weinheim: Beltz.
- MCCAVE, EMILY L.; APTAKER, DENNIS; HARTMANN, KIMBERLY D. & ZUCCONI, REBECCA 2019. Promoting Affirmative Transgender Health Care Practice Within Hospitals. An IPE Standardized Patient Simulation for Graduate Health Care Learners. *MedEdPORTAL. The Journal of Teaching and Learning Resources* 13, 15. https://www.mededportal.org/doi/full/10.15766/mep_2374-8265.10861 [26.08.2022].
- MCDOWELL, ALEX & BOWER, KELLY M. 2016. Transgender Health Care for Nurses. An Innovative Approach to Diversifying Nursing Curricula to Address Health Inequities. *The Journal of Nursing Education* 55, 8: 476–479.
- MEDINA, CAROLINE; MAHOWALD, LINDSAY; SANTOS, THEE & GURBERG, SHARITA 2021. Protecting and Advancing health care for transgender adult communities. <https://www.americanprogress.org/article/protecting-advancing-health-care-transgender-adult-communities/> [26.08.2022].
- MERRYFEATHER, LYN & BRUCE, ANNE 2014. The Invisibility of Gender Diversity: Understanding Transgender and Transsexuality in Nursing Literature. *Nursing Forum. An Independent Voice for Nursing* 49, 2: 110–123.
- MORRIS, MATTHEW; COOPER, ROBERT L.; RAMESH, ARMANDLA; TABATABAI, MOHAMMAD; ARCURY, THOMAS A.; SHINN, MARYBETH; IM, WANSOO/ JUAREZ, PAUL & MATTHEWS-JUAREZ, PATRICIA 2019. Training to reduce LGBTQ-related bias among medical, nursing, and dental students and providers. A systematic review. *BMC Medical Education* 19, 1, 325. <https://bmcomeduc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-019-1727-3> [26.08.2022].
- MÖLLER, BIRGIT; GÜLDENRING ANNETTE; WIESEMANN, CLAUDIA & ROMER, GEORG 2018. Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter. Behandlung und Entwicklungsförderung im Spannungsfeld von gesellschaftlichen Kontroversen, Wertewandel und Kindeswohl. *Kinderanalyse* 26, 3: 228–263.
- MUCHA, SANDRA; BROKMEIER, TINA; RAREY, FRANZISKA; ROMER, GEORG & FÖCKER, MANUEL 2022 (eingereicht). Transidentität im Kindes- und Jugendalter. Herausforderungen

- in der Gesundheitsversorgung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* o. A.: o. A.
- 2022. Erfahrungen im Gesundheitswesen von Sorgeberechtigten eines Kindes oder Jugendlichen mit Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie: Eine qualitative Studie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 7: o. A.
- NÄSER-LATHER, MARION 2021. Von biologischen Tatsachen und komplementären Schöpfungswesen. Geschlechterwissen in ‚wissenschaftlicher‘ Kritik an den Gender Studies. In *Hamburger Journal für Kulturanthropologie (HJK)* 13: 470–180.
- NATIONALES MUSTERCURRICULUM KOMMUNIKATIVE KOMPETENZ IN DER PFLEGE (NAKOMM) o. A. „Trans* Personen in der Pflege.“ *Homepage Nakomm.ipp.uni-bremen.de*. <http://nakomm.ipp.uni-bremen.de/le/trans-personen-in-der-pflege-1-2/> [26.08.2022].
- NIEDER, TIMO O. & STRAUSS, BERNHARD 2016. Leitlinienentwicklung in der Transgender-Gesundheitsversorgung. Partizipative Ansätze zwischen Wunsch und Wirklichkeit. SCHOCHOW, MAXIMILIAN; GEHRMANN, SASKIA & STEGER, FLORIAN (Hg) *Inter* und Trans*identitäten. Ethische, soziale und juristische Aspekte*. Gießen: Psychosozial-Verlag: 349–364.
- ÄRZTEZEITUNG 2022. Schutz vor Diskriminierung. Hamburger Linke will Förderprogramm für queersensible Pflege. <https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Hamburger-Linke-will-Foerderprogramm-fuer-queer-sensible-Pflege-431375.html> [26.08.2022].
- OBEDIN-MALIVER, JUNO; GOLDSMITH, ELIZABETH S.; STEWART, LESLIE; WHITE, WILLIAM; TRAN, ERIC; BRENNAN, STEPHANIE; WELLS, MAGGIE; FETTERMAN, DAVID; GARCIA, GABRIEL & LUNN, MITCHELL R. 2011. Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *JAMA* 306, 9: 971–977.
- ROOD, BRIAN A.; REISNER, SARI L.; SURACE, FRANCISCO I.; PUCKETT, JAE A.; MARONEY, MEREDITH R. & PANTALONE, DAVID W. 2016. Expecting Rejection. Understanding the Minority Stress Experiences of Transgender and Gender-Nonconfirming Individuals. *Transgender Health* 1, 1: 151–164.
- ROSA, DANILO F.; CARVALHO, MARCOS V. D. F.; PEREIRA, NAYLA R.; ROCHA, NATALIA T.; NEVES, VANESSA R. & ROSA, ANDERSON D. S. 2019. Nursing Care for the transgender population. *Genders from the perspective of professional practice. Rev. Bras. Enferm.* 72, 1. <https://www.scielo.br/j/reben/a/J8GsdDH6ZKb96b8fdXQfbF/?format=html&lang=en> [26.08.2022].
- ROWE, DENISE; CHYE, YEOW & O'KEEFE, LOUISE C. 2019. Addressing transgender patients' barriers to access care. *The Nurse Practitioner* 44, 6: 30–38.
- SCHNEIDER, ERIK & WÖHLKE, SABINE 2022. Würde und Einzigartigkeit respektieren. *Pflegezeitschrift* 75: 48–51.
- SCHORRLEPP, MARCEL 2022. trans* Personen fühlen sich in Arztpraxen oft diskriminiert. *MMW. Fortschritte der Medizin* 164: 22–23.
- SCHUBERT, LEA 2021. Trans Senior_innen in der Pflege. Ein Leitfaden für Pflegekräfte. https://pflege-professionell.at/trans-senior_innen-in-der-pflege-ein-leitfaden-fuer-pflegekraefte [26.08.2022].
- SZÜCS, DARIA; KÖHLER, ANDREAS; HOLTHAUS, MIKA M.; GÜLDENRING, ANNETTE; BALK, LENA; MOTMANS, JOZ & NIEDER, TIMO O. 2021. Gesundheit und Gesundheitsversorgung von trans Personen während der Covid-19-Pandemie. Eine Online-Querschnittsstudie in deutschsprachigen Ländern. In *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 64, 11: 1452–1462.
- SEECK, FRANCIS 2021. *Care trans_ formieren. Eine ethnographische Studie zu trans und nicht-binärer Sorgearbeit*. Bielefeld: Transcript.
- SHERMAN, ATHENA D.; MCDOWELL, ALEX; CLARK, KRISTEN D.; BALTHAZAR, MONIQUE; KLEPPER, MEREDITH & BOWER, KELLY 2021. Transgender and gender diverse health education for future nurses. Students' knowledge and attitudes. *Nurse Education Today* 97, 104690. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8049084/> [26.08.2022].
- STUCKEY, HEATHER 2013. Three types of interviews. Qualitative research methods in social health: *Journal of Social Health and Diabetes* 1, 2: 56–59.
- TEZCAN-GÜNTEKIN, HÜRREM 2020. Diversität und Pflege. Zur Notwendigkeit einer intersektionalen Perspektive in der Pflege. In *BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG (BPB) (Hg): Pflege. Praxis – Geschichte – Politik*. Bonn: BpB: 250–265.
- TOOMEY, RUSSELL B. 2021. Advancing Research on Minority Stress and Resilience in Trans Children and Adolescents in the 21st Century. *Child Development Perspectives* 15, 2: 96–102.
- THUMM, DANIEL 2022. *Interaktion mit trans* Patient*innen. Die Pflegebeziehung diskriminierungsfrei gestalten*. Bachelorarbeit. Hamburg: Hochschule für Angewandte Wissenschaft (HAW).
- VAN DER DONK, CYRILLA; VAN LANEN, BAS & WRIGHT, MICHAEL T. 2014. *Praxisforschung im Sozial- und Gesundheitswesen*. Göttingen: Hogrefe.
- VON DOBENECK, FLORIAN & ZINN-THOMAS, SABINE. 2014. „Statusunterschiede im Forschungsprozess.“ In *BISCHOFF, CHRISTINE; OEHME-JÜNGLING KAROLINE & LEIMGRUBER, WALTER (Hg) Methoden der Kulturanthropologie*. Bern: Haupt: 86–101.
- VOSS, HEINZ-JÜRGEN 2021. *Verankerung der Wissens- und Kompetenzentwicklung zu den Themen Trans- und Intergeschlechtlichkeit in den Bildungslehrplänen und Curricula von Ausbildungs- und Studiengängen relevanter Sozial- und Gesundheitsberufe*. Policy Paper. Merseburg: Hochschule Merseburg.
- VOSS, HEINZ-JÜRGEN & BÖHM, MAIKA 2022b. Trans*- und Intergeschlechtlichkeit in der Ausbildung [fokussiert auf Pflege]. *Pflegezeitschrift* 6: 44–47.
- VROUENRAETS, LIEKE J. J. J.; HARTMAN, LAURA A.; HEIN, IRMA M.; DE VRIES, ANNELOU L. C. & MOLEWIJK, BERT A. C. 2020. Dealing with moral challenges in treatment of transgender children and adolescents. Evaluating the role of moral case deliberation. *Archives of Sexual Behavior* 49: 2619–2634.
- WEISS, ILKA CHRISTIN 2019. Umgang mit Trans* in der Pflege. In: *NASS, ALEXANDER; RENTZSCH, SILVIA; RÖDENBECK,*

- JOHANNA; DEINBECK, MONIKA & HARTMANN, MELANIE (Hg) *Empowerment und Selbstwirksamkeit von trans* und intergeschlechtlichen Menschen. Geschlechtliche Vielfalt (er)leben. Band II*. Gießen: Psychosozial-Verlag: 63–81.
- WIESEMANN, CLAUDIA 2020. Trans-Identität bei Kindern und Jugendlichen. *Medizinethische Grundsätze für individuelle Behandlungsentscheidungen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 69: 517–523.
- WÖHLKE, SABINE & WIESEMANN, CLAUDIA 2016. Moral distress im Pflegealltag und seine Bedeutung für die Implementierung von Advance Care Planning. *Pflegewissenschaft* 5–6, 18: 280–287.
- WÖHLKE, SABINE & BENDIX, REGINA 2017. PflegeKultur – Care-Culture. Einblicke in ein Lehrforschungsprojekt, dass Pflege(n) als kulturwissenschaftliche Perspektive beforstete. *Mabuse* 227, 42: 49–52.
- WÖHLKE, SABINE & SCHICKTANZ, SILKE 2019. Research ethics in empirical ethics studies: Case studies and commentaries. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics* 14, 5: 424–427.
- WRIGHT, MICHAEL T.; KILIAN, HOLGER & BRANDES, SVEN 2013. Praxisbasierte Evidenz in der Prävention und Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten. *Das Gesundheitswesen* 75, 6: 380–385.
- ZUNNER, BRIAN & GRACE, PAMELA J. 2012. The Ethical Nursing Care of Transgender Patients. *American Journal of Nursing* 112, 12: 61–64.



MANUEL BOLZ, M.A., hat Empirische Kulturwissenschaft (vorher: Volkskunde/Kultur-anthropologie) und Germanistik an der Universität Hamburg studiert. Er konnte bereits erste Berufserfahrung als studentische/wissenschaftliche Hilfskraft, Tutor, Lehrbeauftragter und studentischer Angestellter am Institut für Empirische Kulturwissenschaft und Germanistik an der Universität Hamburg sowie in der Stabsstelle Gleichstellung und im Zentrum Gender & Diversity (ZGD) sammeln. Er ist Projektassistent in der Veranstaltungsbetreuung und Vermittlung im Museum am Rothenbaum – Künste und Kulturen der Welt (MARKK) (Elternzeitvertretung) und nimmt in den Jahren 2022/23 ein Forschungsstipendium der Isa Lohmann-Siems Stiftung wahr (Thema: „KörperZeiten. Narrative, Praktiken und Medien“). Des Weiteren arbeitet(e) er als wissenschaftlicher Projektmitarbeiter für die Hamburger Behörde für Kultur und Medien (BKM), koordinierte dort die Workshopreihe zur Neu-Kontextualisierung und Dekolonisierung des weltweit größten Bismarck-Denkmal im Alten Elbpark in Hamburg sowie für das medizinanthropologische und empirisch-ethische Hamburger Teilprojekt des Verbundprojektes TRANS*KIDS.

Universität Hamburg, Institut für Empirische Kulturwissenschaft
Edmund-Siemers-Allee 1, ESA W, 20146 Hamburg
manuel.bolz@uni-hamburg.de



SABINE WÖHLKE, Prof. Dr., hat Kulturanthropologie/Europäische Ethnologie, Geschlechterforschung sowie Medienwissenschaften an der Georg-August-Universität Göttingen studiert. Ihre interdisziplinäre medizinanthropologische, medizinethische Dissertation entstand zum Thema: „Geschenkte Organe? Ethische und kulturelle Herausforderungen bei der familiären Lebendorganspende“ (2015 im Campus Verlag erschienen). Von 2008–2019 war Frau Wöhlke am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universitätsmedizin Göttingen als wissenschaftliche Mitarbeiterin beschäftigt. Zudem verfügt sie über eine 16-jährige Berufserfahrung als Krankenpflegerin einer interdisziplinären Intensivstation in der Universitätsklinik Göttingen. Bevor Frau Wöhlke an die HAW wechselte, war sie seit 2019 als Vertretungsprofessorin für den Bereich Pflege am Gesundheitscampus Göttingen tätig. Seit September 2020 ist sie Professorin für Gesundheitswissenschaften und Ethik am Department für Gesundheitswissenschaften der Fakultät Life Science. Sie leitet das Hamburger Teilprojekt des Verbundprojektes TRANS*KIDS.

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW)
Department Gesundheitswissenschaften
Ulmenliet 20, 21033 Hamburg
sabine.woehlke@haw-hamburg.de