MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Die Herausforderungen von Transgenderpersonen im luxemburgischen Gesundheitssystem

verfasst von | submitted by

Charline Martine Phile Hansen B.A.

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Arts (MA)

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt | Degree programme code as it appears on the student record sheet:	UA 066 824
Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree programme as it appears on the student record sheet:	Masterstudium Politikwissenschaft
Betreut von | Supervisor:	Mag. Dr. Magdalena Eitenberger BA MA

Abstract

Die vorliegende Masterarbeit untersucht strukturelle Barrieren und Ausschlussmechanismen im luxemburgischen Gesundheitssystem im Kontext transspezifischer Versorgung. Ausgangspunkt ist das analytische Paradox einer „strukturellen Unsichtbarkeit trotz individueller Sichtbarkeit“. Obwohl Transpersonen zunehmend gesellschaftlich sichtbar sind, bleiben ihre spezifischen Bedürfnisse institutionell weitgehend unberücksichtigt.

Ziel der Arbeit ist es, diese strukturelle Unsichtbarkeit empirisch zu erfassen, kritisch zu analysieren und theoretisch zu kontextualisieren. Methodisch basiert die Untersuchung auf einer qualitativen Studie mit Interviews, deren Auswertung sich an der Grounded Theory Methodologie nach Strauss und Corbin orientiert, ergänzt um reflexive und konstruktivistische Elemente.

Die Analyse zeigt, dass medizinische, administrative und politische Strukturen transspezifische Versorgung systematisch erschweren. Zentrale Befunde betreffen unter anderem die normativen Anforderungen an Sichtbarkeit, das Gatekeeping durch psychiatrische Gutachten, die Fragmentierung institutioneller Zuständigkeiten sowie intersektionale Ausschlussmechanismen, insbesondere für migrantische oder ältere Transpersonen.

Die Diskussion erfolgt im Lichte biopolitischer, intersektionaler und stigmatheoretischer Perspektiven und verdeutlicht, dass strukturelle Unsichtbarkeit kein zufälliges Versäumnis, sondern ein wirkmächtiges Steuerungsprinzip ist. Sichtbarkeit wird zur Bedingung für Versorgung, jedoch ohne die strukturelle Absicherung, die diese Versorgung garantieren könnte.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass eine gerechte transspezifische Gesundheitsversorgung nicht nur symbolische Anerkennung, sondern verbindliche politische Verantwortung, interdisziplinäre Zusammenarbeit und strukturelle Reformen erfordert.

Inhaltsverzeichnis

Abstract ... 1

Abkürzungsverzeichnis ... 4

1. Einleitung ... 5

2. Hintergründe zur Thematik ... 8

2.1. Das luxemburgische Gesundheitssystem ... 8

2.2. Transgesundheit: Diskriminierung, Unsichtbarkeit und Vulnerabilität ... 9

3. Forschungsstand ... 13

4. Theoretische Einbettung ... 16

4.1. Biopolitik ... 17

4.2. Intersektionaler Ansatz ... 19

4.3. Stigmatheorie ... 22

5. Methodisches Vorgehen ... 25

5.1. Datenerhebung ... 26

5.2. Datenauswertung ... 30

5.3. Reflexion der Forscherin ... 33

5.4. Ethische Aspekte ... 34

5.5. Limitationen ... 35

6. Ergebnisse ... 36

6.1 Kernkategorie: Strukturelle Unsichtbarkeit trotz individueller Sichtbarkeit ... 36

6.2 Kategorienbildung ... 39

6.2.1 Zugangshürden zur Gesundheitsversorgung ... 39

6.2.2 Bürokratische Prozesse ... 42

6.2.3 Psychiatrische Anforderungen ... 45

6.2.4 Politische Verantwortung ... 49

6.2.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit ... 51

6.2.6 Kritik an normativer Versorgung ... 53

6.2.7 Pandemiebedingte Versorgungslücken ... 54

6.2.8 Psychische Belastungen ... 55

6.2.9 Soziale Beziehungen ... 57

6.2.10 Altersspezifische Aspekte ... 59

6.2.11 Stigmatisierungserfahrungen ... 60

6.2.12 Chirurgische Versorgung ... 61

6.2.13 Kostenübernahme & finanzielle Barrieren ... 63

6.2.14 Informationsdefizit bei medizinischem Fachpersonal ... 66

6.2.15 Informationsversorgung ... 68

6.2.16 Migrationshintergrund ... 72

7 Diskussion 74

7.1 Biopolitische Einbettung der empirischen Ergebnisse 75

7.2 Stigmatheoretische Analyse der Versorgungsrealität 76

7.3 Intersektionale Perspektive der Ergebnisse 77

7.4 Strukturelle Ambivalenz 79

8 Handlungsempfehlungen 81

9 Fazit und Ausblick 83

Literatur 87

Wissenschaftliche Literatur 87

Fachliteratur und Policy-Berichte 89

Methodentexte 90

Anhang 91

Interviewleitfäden 91

Interview-Leitfaden für Expert*innen: 91

Interview-Leitfaden für Psychiaterin: 92

Interview-Leitfaden für Betroffene: 93

Übersicht über die interviewten Personen *..... 94*

Kategoriensystem *..... 95*

Abkürzungsverzeichnis

1. **CNS**: Caisse Nationale de Santé
2. **COVID-19**: Coronavirus Disease 2019
3. **EGMR**: Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte
4. **EHIS**: European Health Interview Survey
5. **EMRK**: Europäische Menschenrechtskonvention
6. **EU**: Europäische Union
7. **GTM**: Grounded Theory Methodologie
8. **HBSC**: Health Behaviour in School-aged Children
9. **ICD-11**: International Classification of Diseases, 11th Revision
10. **ILGA**: International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association
11. **ITGL**: Intersex Transgender Luxembourg
12. **LGBTQ+:** Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer/ Questioning und weitere Personen
13. **MA**: Masterarbeit
14. **OP**: Operation
15. **TGEU**: Transgender Europe
16. **WHO**: World Health Organization

1. Einleitung

Die gesundheitliche Versorgung von Transgenderpersonen hat in den letzten Jahren sowohl in wissenschaftlichen als auch gesundheitspolitischen Diskursen an Sichtbarkeit gewonnen. Internationale Entwicklungen, wie die Umklassifizierung von Transidentität im ICD-11-Katalog der Weltgesundheitsorganisation (WHO, n.d.), markieren einen wichtigen Schritt in Richtung Entpathologisierung und rechtlicher Anerkennung geschlechtlicher Vielfalt. Dennoch bleibt die tatsächliche Versorgungspraxis vielerorts deutlich hinter diesen normativen Fortschritten zurück. Strukturelle Hürden, institutionelle Unsichtbarkeit und das Fehlen transspezifischer Angebote erschweren weiterhin den Zugang zu einer diskriminierungsfreien, bedarfsgerechten medizinischen Versorgung (Falck & Bränström, 2023)

Luxemburg stellt in diesem Kontext ein aufschlussreiches Fallbeispiel dar. Auf dem Papier gilt das Land als progressiv: Laut der Rainbow Map 2024 von ILGA-Europe belegt Luxemburg mit einem Wert von 70,04 % den siebten Platz unter 49 europäischen Staaten (ILGA-Europe, 2024). Bewertet werden hier vor allem rechtliche Aspekte wie Antidiskriminierungsgesetze oder die Möglichkeit zur selbstbestimmten Änderung des Geschlechtseintrags. Diese symbolische Gleichstellung jedoch kontrastiert mit einer Praxis, die nach wie vor erhebliche strukturelle Defizite aufweist. So verweist der plan d'action national LGBTI (2018) explizit auf Lücken in der transspezifischen Versorgung, darunter das Fehlen verpflichtender Weiterbildungen, zentraler Anlaufstellen und einer einheitlichen gesundheitspolitischen Strategie. Dadurch sind viele Transpersonen gezwungen, Behandlungen im Ausland in Anspruch zu nehmen oder sich auf informelle Unterstützungsnetzwerke zu stützen.

Diese Diskrepanz zwischen rechtlicher Anerkennung und faktischer Versorgung ist kein ausschließlich luxemburgisches Phänomen. Auch internationale Studien dokumentieren systematisch auftretende Hürden: lange Wartezeiten, Gatekeeping-Strukturen, mangelnde transbezogene Fachkenntnisse, pathologisierende Zugangslogiken und institutionalisierte Formen von Stigmatisierung gehören vielerorts zum Versorgungsalltag (Falck & Bränström, 2023; White Hughto et al., 2015; Zeeman et al., 2019). Was jedoch bislang fehlt, ist eine kontextspezifische, empirisch fundierte Untersuchung für Luxemburg, die diese Problemlagen aus der Perspektive der Betroffenen beleuchtet.

An dieser Stelle setzt die vorliegende Arbeit an. Sie widmet sich der Forschungslücke zwischen normativer Gleichstellung und institutioneller Realität im Bereich transspezifischer

Gesundheitsversorgung und fragt danach, wie Transgenderpersonen in Luxemburg die medizinische Versorgung erleben, welche strukturellen Barrieren sie dabei identifizieren und wie diese im größeren gesellschaftlichen, politischen und theoretischen Zusammenhang zu interpretieren sind. Darüber hinaus wird auch die Sichtweise professioneller Akteur*innen berücksichtigt, um institutionelle Dynamiken und Verantwortungsstrukturen umfassender zu erfassen.

Die Relevanz der Fragestellung ergibt sich aus mehreren Ebenen. Erstens ist eine bedarfsorientierte, diskriminierungssensible Gesundheitsversorgung zentraler Bestandteil menschenrechtlicher Standards. Zweitens existiert auf wissenschaftlicher Ebene ein deutlicher Mangel an lokal verankerten Studien, die die Lebensrealitäten von Transpersonen nicht nur beschreiben, sondern systematisch in bestehende Macht- und Wissensverhältnisse einordnen. Drittens können die Erkenntnisse dieser Arbeit konkrete Impulse für politische Maßnahmen, professionelle Weiterbildungen und strukturelle Reformen liefern.

Methodisch basiert die Untersuchung auf einem qualitativen Forschungsdesign, das sich an der Grounded Theory Methodologie nach Strauss und Corbin (1994) orientiert. Durch die Offenheit dieses Ansatzes war es möglich, theoriegenerierend zentrale Kategorien aus dem empirischen Material zu entwickeln und soziale Prozesse induktiv zu rekonstruieren. Gleichzeitig wurde die Methode im Sinne eines konstruktivistischen Verständnisses (Charmaz, 2014) erweitert, das reflexive Elemente sowie die Einbindung theoretischer Konzepte als kontextualisierende Vergleichsperspektiven zulässt. Die Interviews mit Transpersonen und Expert*innen bilden die zentrale empirische Grundlage der Arbeit.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden zehn leitfadengestützte, halbstrukturierte Einzelinterviews durchgeführt, davon sechs mit betroffenen Transgenderpersonen und vier mit Expert*innen aus den Bereichen Medizin und Psychiatrie. Die Gespräche fanden zwischen Januar und März 2025 statt und wurden je nach Präferenz der Teilnehmenden in Präsenz, telefonisch oder via Videokonferenz durchgeführt. Aufgrund der sprachlichen Vielfalt Luxemburgs wurden die Interviews in Deutsch, Luxemburgisch und Englisch geführt und anschließend transkribiert. Die Auswertung folgte dem systematischen Kodierprozess der Grounded Theory Methodologie und wurde unter Verwendung der qualitativen Analyse-Software MAXQDA24 umgesetzt. Ziel war es, zentrale Kategorien theoriegenerierend aus dem empirischen Material herauszuarbeiten und soziale Prozesse induktiv zu rekonstruieren.

Ziel der Analyse war es nicht nur, individuelle Erfahrungen sichtbar zu machen, sondern auch deren institutionelle Rahmung kritisch zu hinterfragen. Dabei wurde insbesondere auf jene Prozesse geachtet, die Transidentitäten regulieren, klassifizieren oder ausschließen, sei es durch bürokratische Verfahren, medizinische Standards oder politische Nicht-Zuständigkeit. Die Ergebnisse der Analyse zeigen, dass strukturelle Unsichtbarkeit kein Zufallsprodukt ist, sondern Ausdruck systemischer Logiken, in denen Transpersonen zwar formal anerkannt, aber faktisch marginalisiert bleiben.

Aufbauend auf diesen Überlegungen gliedert sich die Arbeit in neun Kapitel. Kapitel 2 gibt einen Überblick über die gesellschaftlichen, politischen und rechtlichen Hintergründe transspezifischer Gesundheitsversorgung in Luxemburg und verortet das Thema konzeptionell im Kontext von Diskriminierung, Sichtbarkeit und Vulnerabilität. Kapitel 3 stellt den aktuellen Forschungsstand dar, mit besonderem Fokus auf internationale Vergleichsstudien sowie länderspezifische Daten. Kapitel 4 entfaltet die theoretische Rahmung der Arbeit und erläutert die zentralen Konzepte: Biopolitik, Intersektionalität und Stigma. Diese dienen im weiteren Verlauf als interpretative Perspektiven zur Kontextualisierung der empirischen Befunde. Kapitel 5 beschreibt das methodische Vorgehen, die Auswahl der Interviewpartner*innen, den Prozess der Datenaufbereitung und -auswertung sowie die ethischen Überlegungen und Grenzen des Forschungsdesigns.

Die empirischen Ergebnisse werden in Kapitel 6 dargestellt. Ausgangspunkt bildet die aus dem Material generierte Kernkategorie „strukturelle Unsichtbarkeit trotz individueller Sichtbarkeit“, an der sich weitere Subkategorien orientieren, darunter Zugangshürden, psychiatrische Anforderungen, bürokratische Prozesse, finanzielle Barrieren, fehlende interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie stigmatisierende Erfahrungen. Kapitel 7 diskutiert die Ergebnisse im Lichte der zuvor eingeführten theoretischen Konzepte und arbeitet die strukturellen, normativen und politischen Implikationen heraus. In Kapitel 8 werden konkrete Handlungsempfehlungen formuliert, die auf strukturelle Reformen im Gesundheitswesen sowie auf politische und bildungspolitische Veränderungen zielen. Kapitel 9 schließt die Arbeit mit einem zusammenfassenden Fazit sowie einem Ausblick auf zukünftige Forschungsbedarfe und gesellschaftliche Entwicklungsmöglichkeiten ab.

2. Hintergründe zur Thematik

Dieses Kapitel liefert zunächst einen Überblick über die Struktur und Funktionsweise des luxemburgischen Gesundheitssystems. Im Anschluss werden zentrale Begriffe wie Diskriminierung, Unsichtbarkeit und Vulnerabilität eingeführt und in den Kontext der transspezifischen Gesundheitsversorgung eingeordnet.

2.1. Das luxemburgische Gesundheitssystem

Das luxemburgische Gesundheitssystem basiert auf dem Modell einer obligatorischen gesetzlichen Krankenversicherung, die universellen Zugang zur Gesundheitsversorgung garantieren soll (Rausch et al., 2024). Fast die gesamte Bevölkerung ist über die Caisse Nationale de Santé (CNS) versichert, die neben der Krankenversicherung auch die Pflegeversicherung verwaltet (ebd.).

Die Finanzierung des Systems erfolgt durch einkommensabhängige Beiträge von Arbeitgeber*innen, Arbeitnehmer*innen und staatliche Zuschüsse. 2021 wurden etwa 86% der gesamten Gesundheitsausgaben aus öffentlichen Quellen gedeckt (Rausch et al., 2024). Der Anteil der privaten Zuzahlungen lag bei nur 8,7%, was im europäischen Vergleich einen sehr niedrigen Wert darstellt und auf eine grundsätzlich hohe finanzielle Absicherung hinweist (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2023).

Luxemburg gehört zu den Ländern mit den höchsten Gesundheitsausgaben innerhalb der Europäischen Union. Gleichzeitig liegt der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandprodukt mit 5,7% deutlich unter dem EU-Durchschnitt, ein Effekt, der auf die hohe Wirtschaftsleistung des Landes zurückzuführen ist (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2023).

Die Versorgung wird im ambulanten Bereich überwiegend durch private Praxen sichergestellt, während Krankenhäuser stärker reguliert sind (Rausch et al., 2024).

Luxemburg verfügt zwar über eine breite Leistungsabdeckung, allerdings sind bestimmte spezialisierte Angebote, etwa im Bereich transspezifischer Gesundheitsversorgung, nur begrenzt vorhanden, Zudem besteht eine strukturelle Abhängigkeit von medizinischem Personal aus dem Ausland. Etwa 36% der Versicherten sind Grenzgänger*innen, die

überwiegend im Ausland wohnen, was zusätzliche Komplexitäten für die Koordination der Versorgung schafft (Rausch et al., 2024).

Die Covid-19-Pandemie hat Schwächen im luxemburgischen Gesundheitssystem verdeutlicht, insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung und der sektorübergreifenden Kooperation (OECD & European Observatory on Health Systems and Policies, 2023). Diese Herausforderungen betreffen auch vulnerable Gruppen wie Transgenderpersonen, die auf spezialisierte, koordinierte und diskriminierungssensible Gesundheitsangebote angewiesen sind.

Obwohl Luxemburg formell universellen Zugang zur Gesundheitsversorgung garantiert, weisen nationale Analysen darauf hin, dass administrative Barrieren, fehlende zentrale Anlaufstellen sowie sie Voraussetzung psychiatrischer Gutachten weiterhin faktische Zugangshürden für bestimmte Gruppen darstellen (Rausch et al., 2024). Diese Strukturmerkmale sind insbesondere relevant für die transspezifische Versorgung, die nicht nur medizinische Leistungen umfasst, sondern auch rechtliche, psychologische und soziale Begleitstrukturen erfordert.

2.2. Transgesundheit: Diskriminierung, Unsichtbarkeit und Vulnerabilität

Die gesundheitliche Versorgung von Transgenderpersonen ist kein rein medizinisches Thema, sondern tief eingebettet in gesellschaftliche Machtverhältnisse, politische Strukturen und kulturelle Normen (Zeeman et al., 2019). Um die Herausforderungen, denen Transpersonen im luxemburgischen Gesundheitssystem begegnen analysieren zu können, ist eine sorgfältige begriffliche und konzeptionelle Verortung notwendig. Drei analytische Leitbegriffe stehen dabei im Zentrum: Diskriminierung, Unsichtbarkeit und Vulnerabilität. Diese Konzepte sind nicht isoliert zu betrachten, sondern bilden ein verflochtenes Gefüge struktureller Benachteiligung, das in aktuellen politischen und institutionellen Rahmenbedingungen sichtbar wird (Link & Phelan, 2006).

Der Begriff Diskriminierung wird in relevanten europäischen Studien, wie etwa dem Bericht zur Umsetzung der LGBTQ+-Gleichstellungsstrategie der EU (Eisele & European Parliament. Directorate General for Parliamentary Research Services., 2023), als mehrdimensionales und strukturelles Phänomen verstanden. Diskriminierung zeigt sich nicht nur in persönlichen

Interaktionen, sondern auch in institutionellen Routinen und gesetzlichen Rahmenbedingungen, etwa im Bildungswesen, auf dem Arbeitsmarkt oder eben im Gesundheitssystem. Besonders hervorzuheben ist die intersektionale Dimension. So erfahren Transpersonen mit Migrationshintergrund, rassifizierte LGBTQ+-Personen oder queere Menschen mit Behinderung mehrfach diskriminierende Erfahrungen, die sich gegenseitig verstärken (Zeeman et al., 2019).

Unsichtbarkeit stellt eine weitere zentrale Herausforderung dar. Sie beschreibt die systematische Nichterfassung und Nichtanerkennung geschlechtlicher Vielfalt, etwa in Rechtsvorschriften, statistischen Erhebungen oder Gesundheitspolitiken. Gerade trans, nicht-binäre und intergeschlechtliche Personen werden häufig nicht als eigenständige Kategorien berücksichtigt, was zu einer strukturellen Unsichtbarkeit führt (Eisele, Katharina & European Parliament. Directorate General for Parliamentary Research Services., 2023). Diese Abwesenheit in offiziellen Daten ist kein Zufall, sondern Ausdruck einer biopolitischen Ordnung, in der nur bestimmte Körper und Identitäten als gesellschaftlich relevant gelten, zumeist jene, die den binären und heteronormativen Vorstellungen von Geschlecht entsprechen (Rabinow & Rose, 2006).

Auch das Konzept der Vulnerabilität spielt im Diskurs um Transgesundheit eine bedeutende Rolle. Es verweist auf die erhöhte Verletzlichkeit bestimmter Personengruppen gegenüber Gewalt, sozialem Ausschluss und institutioneller Benachteiligung. Dabei entsteht diese Vulnerabilität nicht aus der bloßen Zugehörigkeit zu einer bestimmten Identitätsgruppe, sondern aus dem Zusammenspiel individueller Lebenslagen mit strukturellen Barrieren und gesellschaftlicher Marginalisierung (Eisele & European Parliament. Directorate General for Parliamentary Research Services., 2023). Vulnerabilität wird in dieser Arbeit daher als relationales Konzept verstanden, das sowohl soziale als auch politische Rahmenbedingungen mitdenkt.

Eine differenzierte Begriffsverwendung ist im Diskurs um geschlechtliche Vielfalt unerlässlich. Zahlreiche Studien betonen, dass Sprache nicht als neutrales Werkzeug verstanden werden kann, sondern als Ausdruck und Träger gesellschaftlicher Machtstrukturen fungiert. So zeigen Franzen und Sauer (2010) in ihrer Expertise zur Benachteiligung von Transpersonen in Deutschland, wie sprachliche und strukturelle Ausschlüsse institutionell verankert sind. Stryker et al. (2008) diskutieren in ihrer Analyse der Begriffsgenese von „Transgender“ die politische Dimension von Begriffswahl und deren Auswirkungen auf Anerkennung und

Unsichtbarmachung. Auch Zeeman et al. (2019) verdeutlichen in ihrem europäischen Review zu LGBTQ+-Gesundheitsungleichheiten, dass fehlende sprachliche Sichtbarkeit mit ungleichen Gleichheitschancen und institutioneller Marginalisierung verknüpft ist. Der Begriff „Trans“* mit Asterisk hat sich in diesem Zusammenhang als inklusiver Oberbegriff etabliert. Er umfasst eine Vielzahl an Identitäten, darunter Transfrauen, Transmänner, nicht-binäre und genderfluide Personen. Der Asterisk symbolisiert Offenheit und Vielfalt und verweist auf die Heterogenität transgeschlechtlicher Lebensrealitäten (Franzen & Sauer, 2010).

Diese sprachliche Vielfalt spiegelt sich auch in den historischen und politischen Kontexten der Begriffsentwicklung wider. Der Begriff „Transgender“ wurde in den 1970er Jahren von Virginia Prince eingeführt, um eine Lebensweise jenseits pathologisierender Zuschreibungen zu benennen (Stryker et al., 2008). Eine inklusive und kontextbewusste Forschungspraxis muss sich auch mit Fragen von Definitionsmacht und sprachlicher Repräsentation auseinandersetzen, besonders im Rahmen qualitativer Forschung, wo Selbstbezeichnungen nicht nur respektiert, sondern auch analytisch ernst genommen werden sollten (Zeeman et al., 2019).

Die gesundheitliche Versorgung von Transpersonen ist eng verbunden mit Fragen gesellschaftlicher Anerkennung, normativer Erwartungen und institutioneller Zugänge. Während manche Transpersonen medizinische Maßnahmen wie Hormontherapien oder geschlechtsangleichende Operationen in Anspruch nehmen, entscheiden sich andere bewusst gegen solche Eingriffe. Wiederum andere leben jenseits binärer Geschlechterlogiken. Diese Vielfalt an Lebensentwürfen steht häufig im Spannungsverhältnis zu normativen Anforderungen innerhalb des Gesundheitssystems, etwa der Verpflichtung zur psychiatrischen Begutachtung oder der Forderung nach „Real-Life-Erfahrungen“, den Alltag im Zielgeschlecht zu leben, als Voraussetzung für medizinische Eingriffe (Richter et al., 2025; Safer et al., 2016; Zeeman et al., 2019)(TGEU, 2024).

Die Caisse Nationale de Santé (CNS) ist die staatliche Trägerinstitution der gesetzlichen Krankenversicherung in Luxemburg. Als öffentlich-rechtliche Körperschaft untersteht sie dem Ministerium für soziale Sicherheit und spielt eine zentrale Rolle in der Organisation und Finanzierung der medizinischen Versorgung. Zu ihren Hauptaufgaben gehören die Erstattung von Gesundheitsleistungen, die Regelung medizinischer Standards, die Verwaltung von Versicherungsbeiträgen sowie die Bewertung und Genehmigung bestimmter Behandlungsmaßnahmen (CNS, o.D.).

Medizinische Maßnahmen im Zusammenhang mit geschlechtlicher Angleichung, etwa Hormontherapien oder operative Eingriffe, unterliegen dabei spezifischen Regelungen. Für bestimmte Leistungen ist eine ärztliche oder psychiatrische Indikation erforderlich, in einigen Fällen zusätzlich eine Genehmigung durch den contrôle médical der CNS. Diese medizinisch-administrativen Prüfverfahren machen deutlich, dass die CNS nicht nur eine finanzielle Instanz ist, sondern auch eine strukturprägende Rolle im Zugang zu Gesundheitsleistungen einnimmt.

Internationale Rahmenwerke setzen hier wichtige Impulse: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat mit der Einführung der ICD-11 einen entscheidenden Schritt zur Entpathologisierung transgeschlechtlicher Identitäten unternommen. Die bisherige Klassifizierung von Transidentität als psychische Störung wurde durch den Begriff „Gender Incongruence“ ersetzt, der nun im Bereich der sexuellen Gesundheit verortet ist (TGEU, 2024). Dieser Perspektivwechsel rückt das Recht auf Selbstbestimmung und eine bedarfsorientierte Versorgung in den Vordergrund. Dennoch zeigt sich in der Praxis eine Kluft zwischen internationalen Empfehlungen und nationalstaatlicher Umsetzung, auch in Luxemburg.

Insgesamt verdeutlicht die Auseinandersetzung mit diesen Konzepten und Rahmenbedingungen, dass Transgesundheit nicht isoliert betrachtet werden kann, sondern als politisch und gesellschaftlich umkämpftes Feld verstanden werden muss. Die folgenden Kapitel bauen auf dieser konzeptionellen Fundierung auf, um die konkreten Herausforderungen für Transgenderpersonen im luxemburgischen Gesundheitssystem differenziert herauszuarbeiten.

Aufbauend auf diesen konzeptionellen Grundlagen rückt das folgende Kapitel den aktuellen Forschungsstand zur gesundheitlichen Versorgung von Transgenderpersonen in den Mittelpunkt. Ziel ist es, zentrale empirische Erkenntnisse zusammenzuführen, bestehende Forschungslücken zu identifizieren und den spezifischen Kontext Luxemburgs im internationalen Vergleich einzuordnen. Dabei wird insbesondere auf transspezifische Versorgungsrealitäten, strukturelle Barrieren und die institutionelle Sichtbarkeit geschlechtlicher Vielfalt eingegangen.

3. Forschungsstand

In der internationalen Forschung, insbesondere im deutschsprachigen Raum und den USA, ist gut dokumentiert, dass Transgenderpersonen im Gesundheitssystem struktureller Diskriminierung ausgesetzt sind (Richter et al., 2025; Safer et al., 2016; Zeeman et al., 2019). Diese zeigt sich in pathologisierenden Behandlungsansätzen, mangelnder Sensibilität von Fachpersonal, eingeschränkter Kostenübernahme sowie psychosozialen Belastungen (Richter et al., 2025).

Das partizipative Forschungsprojekt GeLebT* (Richter et al., 2025), gefördert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Deutschland, untersuchte die Lebensrealitäten von Transgenderpersonen in Deutschland anhand qualitativer Interviews und Fokusgruppen. Die Ergebnisse zeigten grundlegende Barrieren im Gesundheitswesen: ein Mangel an Fachwissen, die Notwendigkeit, Ärzt*innen selbst aufzuklären, und eine stigmatisierende Atmosphäre in medizinischen Kontexten führten zu Vermeidungsverhalten, Vertrauensverlust und Belastungserleben. Transpersonen entwickelten häufig eigene Strategien zur Gesundheitsförderung, etwa durch Community-Support, Selbstbildung und Resilienzaufbau, die jedoch soziale Ressourcen voraussetzen und bestehende Ungleichheiten reproduzieren (Richter et al., 2025).

Auch in pandemischen Krisenzeiten verschärft sich diese Situation. Die TransCareCovid-19-Studie (Szücs et al., 2021), eine Online-Querschnittstudie, welche in Deutschland, Österreich und der Schweiz durchgeführt wurde, untersuchte die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Gesundheitsversorgung von Transpersonen. Die Untersuchung basierte auf einer anonymen Online-Befragung, an der über 1.000 nicht-binäre Menschen und Transpersonen teilnahmen. Die Ergebnisse zeigen, dass Transpersonen während der Pandemie verstärkt von psychischen Erkrankungen betroffen waren. Über ein Drittel der Befragten berichtete von Einschränkungen bei medizinischer Behandlung. Diskriminierung bei COVID-19-Testungen und die Angst vor Misgendering führten dazu, dass medizinische Hilfe teils gar nicht erst in Anspruch genommen wurde. Die Ergebnisse zeigen, dass pandemiebedingte Einschränkungen bereits bestehende strukturelle Ausschlüsse deutlich sichtbar machten.

Safer et al. (2016) analysieren die Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit aus systemischer Perspektive. Fehlende Ausbildung transsensibler Inhalte im Medizinstudium, ein restriktives Versicherungssystem und institutionalisierte Gatekeeping-Praktiken führen dazu, dass viele

Transpersonen keine oder verspätete Versorgung erhalten. Streed et al. (2024) untersuchten in einer umfassenden Querschnittsstudie die Integration von LGBTQ+-relevanten Themen in die medizinische Ausbildung an US-amerikanischen und kanadischen Universitäten. Dabei zeigte sich, dass die mediane Unterrichtszeit für LGBTQ+-Gesundheitsinhalte von fünf Stunden im Jahr 2011 auf elf Stunden im Jahr 2022 gestiegen ist. Trotz dieser Fortschritte bleibt die Ausbildung weitgehend heterogen. Besonders Transthemen werden weiterhin unzureichend behandelt. Zudem berichten viele Fakultäten von einem Mangel an qualifizierten Lehrkräften und Lehrmaterialien. Die Studie verdeutlicht, dass strukturelle Defizite in der medizinischen Ausbildung weiterhin eine zentrale Barriere für eine diskriminierungsensible Versorgung von Transpersonen darstellen (Streed et al., 2024),

Auf europäischer Ebene zeigen Studien wie Zeeman et al. (2018) und Skuban et al. (2022), dass Transpersonen systematisch von Gesundheitsleistungen ausgeschlossen werden. Diskriminierende Erfahrungen führen dazu, dass viele Transpersonen notwendige medizinische Behandlungen vermeiden, selbst bei akuten Erkrankungen. Strukturelle Stigmatisierung, mangelnde Kommunikation mit dem Personal, hohe Kosten und nicht übernommene Behandlungen sind zentrale Zugangshindernisse. Besonders benachteiligt sind Transpersonen mit geringem Einkommen, in ländlichen Regionen oder mit intersektionalen Diskriminierungserfahrungen.

Skuban et al. (2022) untersuchten EGMR-Urteile und zeigten, dass in vielen europäischen Staaten grundlegende Rechte Transgenderpersonen vorenthalten bleiben, etwa durch Verweigerung medizinischer Leistungen oder Kostenübernahme. Selbst in Ländern mit formalen Schutzrechten bleiben diskriminierende Praktiken in Behörden und Gesundheitseinrichtungen bestehen. Besonders gravierend ist die anhaltende Pathologisierung. Selbst in modernen Versorgungssystemen sind psychologische Gutachten, stereotype Rollenerwartungen oder gar Sterilisationspflicht Voraussetzungen für medizinische Maßnahmen.

Die vergleichende Clusteranalyse von Kiely et al. (2024) identifiziert vier Typen trans-spezifischer Gesundheitssysteme in Europa. Von zentralisierten konservativen Systemen mit starkem Gatekeeping über reformistische Strukturen bis hin zu dezentralen, wenig koordinierten Modellen wie in Luxemburg. Gatekeeping durch medizinisches Personal, lange Wartezeiten und mangelnde Regulierung sind zentrale Hindernisse. Besonders problematisch

ist, dass in 15 EU-Staaten weiterhin eine medizinische Diagnose Voraussetzung für rechtliche Anerkennung oder medizinische Versorgung ist.

In Luxemburg zeigt sich ein ambivalentes Bild: Zwar existiert mit dem PAN LGBTI (2018) ein nationaler Aktionsplan mit gesundheitsbezogenen Zielen, doch zentrale Maßnahmen wurden laut Zwischenevaluation (Melzer & Geidel, 2024) nicht alle, oder nur teilweise umgesetzt. Besonders gravierend ist die fehlende empirische Datenlage. Die Integration von LGBTQ+-Aspekten in Ausbildung und Gesundheitsplanung ist elementar.

Die Stiftung Rosa Lëtzebuerg (2023) kritisiert besonders die anhaltende Pathologisierung durch psychiatrische Gutachten als Voraussetzung für medizinische Leistungen. Diese widerspricht internationalen Standards und verstärkt Stigma sowie institutionelle Machtasymmetrien. Die CNS verweist weiterhin auf psychiatrische Beurteilungen bei der Kostenübernahme.

Die Transgender Studies und intersektionale Ansätze betonen, dass Forschung nicht über, sondern mit Transpersonen erfolgen muss. Forschungsperspektiven, wie sie von Velasco (2021), Townsend & Clark (2022) oder Kiely et al. (2024) eingenommen werden, analysieren Diskriminierung nicht nur als individuelles Problem, sondern als Ausdruck struktureller Gewalt. Die Rolle der Psychiatrie, fehlende Anamneseinstrumente oder binäre Kategorisierungen wirken, wie die verschiedenen Forschungsperspektiven aufzeigen, als reproduktive Instanzen normativer Geschlechterverhältnisse (Kiely et al., 2024; Townsend & Clark, 2022; Velasco, 2022).

Velasco (2021) analysiert darüber hinaus Stigma als soziales Konstrukt und benennt zentrale Bedingungen wie asymmetrische Machtverhältnisse, gesellschaftliche Zuschreibungen und institutionelle Normen. Besonders die Pflegewissenschaft bleibt bislang weitgehend blind gegenüber der Situation von Transpersonen, ein Forschungsvakuum, das dringend geschlossen werden muss.

Die sogenannte "Gesundheitsmigration", also das Ausweichen von Transgenderpersonen in andere Länder oder Regionen, um angemessene Versorgung zu erhalten, ist eine direkte Folge unzureichender nationaler Strukturen. Lange Wartezeiten, etwa in Großbritannien (bis zu 2,5 Jahre), oder regionale Ungleichverteilung wie in Spanien ("Postleitzahlenlotterie") verschärfen diese Situation (Velasco, 2022). Luxemburg bildet hier keine Ausnahme. Fehlende spezialisierte Angebote führen dazu, dass viele Betroffene nach Belgien, Deutschland oder in die Niederlande ausweichen, mit hohen Kosten und organisatorischen Hürden.

Die bisherigen empirischen Befunde zeigen, dass Transpersonen weltweit, und auch in Luxemburg, nicht nur mit individuellen Hürden, sondern mit tief verwurzelten strukturellen Ausschlüssen konfrontiert sind. Auch wenn rechtliche Fortschritte in Teilbereichen zu verzeichnen sind, bleibt die tatsächliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen für trans und nicht-binäre Personen häufig durch institutionelle Barrieren, normative Erwartungen und soziale Ungleichheiten erschwert.

Um diese Dynamiken nicht nur zu beschreiben, sondern auch in ihren gesellschaftlichen Bedeutungen zu verstehen, stützt sich diese Arbeit auf ausgewählte theoretische Konzepte. Im folgenden Kapitel werden daher zentrale Theorien eingeführt, die den analytischen Rahmen der Untersuchung bilden und eine kontextualisierte Interpretation der Interviewdaten ermöglichen.

4. Theoretische Einbettung

Eine theoretische Verankerung ist unerlässlich, um soziale Zusammenhänge systematisch zu erfassen und tiefere Strukturen hinter dem Sichtbaren zu analysieren. Gerade bei der Untersuchung der gesundheitlichen Versorgung von Transgenderpersonen reicht es nicht aus, individuelle Erfahrungen isoliert zu betrachten. Vielmehr bedarf es theoretischer Perspektiven, die aufzeigen, wie diese Erfahrungen in gesellschaftliche Machtverhältnisse, Normen und Ausschlussprozesse eingebettet sind.

Diese Arbeit stützt sich auf drei zentrale theoretische Zugänge: Biopower, Intersektionalität und Stigma. Sie eröffnen unterschiedliche, aber sich ergänzende Blickwinkel auf die medizinische Versorgung und erlauben es, diese nicht nur als organisatorischen Rahmen, sondern als Ausdruck gesellschaftlicher Ordnungsmechanismen zu analysieren. Biopower verweist auf die Regulierung von Körpern und Lebensweisen durch Institutionen, Intersektionalität macht deutlich, wie sich verschiedene Diskriminierungsdimensionen überlagern und gegenseitig verstärken. Das Konzept des Stigmas lenkt den Blick auf soziale Praktiken, durch die Abwertung und Ausgrenzung im Alltag entstehen und fortwirken.

Die folgenden Abschnitte führen diese Konzepte ein, erläutern ihre theoretischen Grundlagen und zeigen auf, inwiefern sie zur Analyse der empirischen Daten dieser Arbeit beitragen.

4.1. Biopolitik

Ein zentraler theoretischer Zugang zur Analyse der strukturellen Herausforderungen, mit denen Transgenderpersonen im luxemburgischen Gesundheitssystem konfrontiert sind, ist das Konzept der Biopolitik. Michel Foucaults Überlegungen zur modernen Machtausübung markieren einen grundlegenden Wandel. Politische Macht zeigt sich nicht mehr primär im Recht zu töten, sondern in der Fähigkeit, Leben zu regulieren, zu gestalten und zu optimieren (Michel Foucault, 2019). In „La volonté de savoir“ (1976) beschreibt Foucault diesen Übergang von der Souveränitätsmacht zur Biomacht (biopower), die sowohl das individuelle als auch das kollektive Leben zum Gegenstand politischer Steuerung macht.

Foucault unterscheidet dabei zwei Dimensionen: die Anatomopolitik des individuellen Körpers, etwa durch Disziplinierung, Normierung und medizinische Kontrolle, und die Biopolitik der Bevölkerung, die sich auf die Verwaltung von Geburten, Krankheiten oder Mortalität bezieht (Foucault, 1976). Diese Form der Macht ist produktiv, nicht repressiv im klassischen Sinne. Sie erzeugt Wissen, setzt Normen und formt Subjektivitäten. Besonders im medizinischen Feld zeigt sich dies in standardisierten Diagnoseverfahren, Therapiepfaden und Klassifikationen, die definieren, was als gesund, normal oder behandlungsbedürftig gilt.

Rabinow und Rose (2006) greifen Foucaults Konzept auf und entwickeln es weiter. In „Biopower Today“ (2006) schlagen sie vor, Biopolitik als analytisches Instrument zu verstehen, das die Regulierung des Lebens auf verschiedenen Ebenen sichtbar macht. Sie beschreiben Biopolitik als ein Feld von mehr oder weniger rationalisierten Versuchen auf die vitalen Merkmale menschlicher Existenz einzuwirken (Rabinow & Rose, 2006). Durch wissenschaftliche Diskurse, politische Maßnahmen oder individuelle Selbsttechniken. Drei zentrale Elemente stehen dabei im Fokus: Wahrheitsdiskurse, Interventionen und Subjektivierungsprozesse.

Wahrheitsdiskurse erzeugen Deutungsmuster darüber, was als legitim, abweichend oder krank gilt. In der Medizin und Psychiatrie etwa werden bestimmte Formen von Transidentität als medizinisch anerkennenswert klassifiziert, während andere marginalisiert oder pathologisiert werden. Die Definitionsmacht über „richtige“ Identitäten liegt dabei nicht bei den Betroffenen, sondern in professionellen, oft staatlich gestützten Strukturen. Dies ist ein Ausdruck jener Macht-Wissens-Verhältnisse, die Foucault als zentral für moderne Gesellschaften beschreibt (Rabinow & Rose, 2006).

Interventionen wiederum erfolgen über staatliche oder quasistaatliche Instanzen wie Krankenkassen, medizinische Leitlinien oder Gesundheitsbehörden. Diese Maßnahmen, z.B. Zugangsvoraussetzungen für Hormonbehandlungen, psychiatrische Gutachten oder bürokratische Vorgaben für Operationen, wirken regulierend und selektiv. Auch wenn sie formal objektiv erscheinen, privilegieren sie bestimmte Lebensentwürfe und erschweren anderen den Zugang zur Versorgung (Rabinow & Rose, 2006).

Subjektivierungsprozesse schließlich betreffen die Art und Weise, wie Individuen sich selbst im Spiegel biopolitischer Normen wahrnehmen. Transgenderpersonen sehen sich häufig gezwungen, sich an medizinisch vorgegebene Narrative und Protokolle anzupassen, um die notwendige Versorgung zu erhalten. Die Entscheidung zur Transition wird dadurch zu einer Handlung, die nicht nur persönlich, sondern tief in institutionelle und gesellschaftliche Strukturen eingebettet ist. Rose (2001) spricht hier von „somatischer Individualität“, einem Selbstverständnis, das sich über den eigenen Körper und dessen medizinische Lesbarkeit konstituiert.

Biopolitische Steuerung beschränkt sich jedoch nicht auf staatliche Akteure. Vielmehr wirkt sie in einem Netzwerk aus Institutionen, Fachpersonen, NGOs und Betroffenenorganisationen (Rabinow & Rose, 2006). In Luxemburg, wo es keine zentralisierte transspezifische Gesundheitsversorgung gibt, nehmen intermediäre Akteure wie Rosa Lëtzebuerg oder Planning Familial eine entscheidende Rolle ein. Sie tragen dazu bei, medizinische Deutungen von Transidentitäten mitzugestalten, z.B. durch Beratung, Aufklärung oder politische Interessenvertretung (Melzer & Geidel, 2024).

Diese Formen biopolitischer Machtausübung sind ambivalent. Sie können den Zugang zu medizinischer Versorgung erleichtern und empowernd wirken, zugleich aber auch normative Raster festschreiben und damit exkludierend sein (Bracke et al., 2020). In den Interviews dieser Studie wird diese Ambivalenz deutlich, etwa wenn psychiatrische Gutachten als entwürdigend erlebt oder nicht-binäre Identitäten durch standardisierte Abläufe unsichtbar gemacht werden.

Diese Perspektive ist besonders relevant für die Untersuchung von Transgesundheit, die oft auf einem binären, heteronormativen Modell basiert. Die Vorstellung eines „richtigen“ Transseins, linear, eindeutig und medizinisch validierbar, führt dazu, dass nicht-binäre oder fluide Identitäten in institutionellen Abläufen kaum vorgesehen sind und häufig marginalisiert werden (Velasco, 2022).

In Verbindung mit Foucaults Konzept der Gouvernementalität zeigt sich zudem, wie tief biopolitische Steuerung in das Selbstverhältnis von Subjekten eingreift. Wie Peters in seinem Artikel „Foucault, biopolitics and the birth of neoliberalism“ (2007) beschreibt, wird Verantwortung für Gesundheit zunehmend, unter dem Vorzeichen von Freiheit, Wahlmöglichkeit und Eigenverantwortung, individualisiert. Van den Daele (2009) betont in seiner Analyse „Biopolitik, Biomacht und soziologische Analyse“, dass diese Formen der Selbstregierung nicht neutral sind, sondern tief in gesellschaftliche Machtverhältnisse eingebettet bleiben. Auch medizinische Regulierungen, die vermeintlich dem Schutz dienen, basieren auf normativen Vorstellungen darüber, welche Lebensformen als „würdig“ gelten, berücksichtigt zu werden.

Die klassische Biopolitik-Theorie stößt allerdings dort an ihre Grenzen, wo Machtverhältnisse entlang mehrerer Achsen, wie Geschlecht, Sexualität, Rassifizierung oder Klasse, ineinandergreifen. Intersektionale Erweiterungen, wie sie Bracke et al. (2020) in ihrem Beitrag „Racial states – gendered nations: On biopower, race, and sex formulieren, sind daher für diese Arbeit zentral. Bracke et al. kritisieren, dass Foucault Fragen der Sexualdifferenz und Rassifizierung weitgehend ausgeklammert hat. In ihrer Relektüre argumentieren sie, dass moderne Staaten durch biopolitische Praktiken geschlechtliche und rassische Homogenität produzieren. Geschlecht und „Rasse“ sind dabei nicht bloße Zusatzdimensionen, sondern zentrale Ordnungskategorien biopolitischer Macht (Bracke et al., 2020).

Daher greift die vorliegende Arbeit auch auf einen intersektionalen Analyseansatz zurück, um komplexe Überlagerungen sozialer Ungleichheiten sichtbar zu machen, die in klassischen biopolitischen Deutungsmustern oftmals unberücksichtigt bleiben.

4.2. Intersektionaler Ansatz

Ein umfassendes Verständnis der strukturellen Herausforderungen, mit denen Transgenderpersonen im luxemburgischen Gesundheitssystem konfrontiert sind, setzt eine Perspektive voraus, die die komplexe Verwobenheit sozialer Ungleichheiten sichtbar macht. Der intersektionale Ansatz bietet hierfür einen analytischen Rahmen, der es ermöglicht, multiple Diskriminierungsdimensionen in ihrer Verschränkung zu erfassen und damit die

Heterogenität der Lebensrealitäten von Transpersonen systematisch zu analysieren (Zeeman et al., 2019).

Begründet wurde das Konzept der Intersektionalität von der US-amerikanischen Juristin Kimberlé Crenshaw erstmals in einem Aufsatz aus dem Jahr 1989. In ihrer frühen Arbeit „Demarginalizing the Intersection of Race and Sex“ kritisierte sie, dass sowohl feministische als auch antirassistische Diskurse schwarze Frauen nur unzureichend repräsentierten, da sie sich jeweils nur auf eine Dimension von Diskriminierung bezogen (K. W. Crenshaw, 1989). In späteren Veröffentlichungen, etwa in „Mapping the Margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color.“ präzisierte Crenshaw ihre These, dass soziale Kategorien wie „race“ und „gender“ nicht isoliert wirken, sondern in spezifischen historischen und institutionellen Kontexten zusammenwirken, mit eigenständigen sozialen Konsequenzen. Die daraus resultierenden Exklusionsformen sind nicht bloß die Summe einzelner Diskriminierungen, sondern erzeugen qualitativ neue Ungleichheitsverhältnisse (K. Crenshaw, 2013).

Für Transgenderpersonen bedeutet dies, dass Diskriminierung nicht allein durch ihre Geschlechtsidentität erklärbar ist, sondern sich mit anderen sozialen Kategorien verschränkt. Der Zugang zu Gesundheitsleistungen etwa wird nicht nur durch medizinisches Wissen über Transidentität geprägt, sondern auch durch strukturelle Bedingungen wie sozioökonomische Lage, Migrationshintergrund, Bildungsniveau, Religion oder geografische Isolation. Zeeman et al. (2018) zeigen, dass insbesondere junge Transpersonen unter psychischen Belastungen leiden, wenn Altersdiskriminierung, geschlechtliche Marginalisierung und schulische Ausgrenzung zusammenwirken. In ländlichen Regionen oder bei prekären Lebensverhältnissen sind LGBTQ+-Personen zudem deutlich häufiger von inadäquater medizinischer Versorgung betroffen (ebd.). Auch ältere LGBTQ+-Personen stoßen auf spezifische Hürden, etwa in Form fehlender inklusiver Pflegeangebote oder sozialer Isolation im Alter. Studien belegen, dass in diesen Fällen soziale Netzwerke einen wichtigen Schutzfaktor darstellen (Fredriksen-Goldsen, 2011).

Eine besonders vulnerable Gruppe stellen LGBTQ+-Personen mit Flucht- oder Asylhintergrund dar. Viele dieser Personen haben bereits im Herkunftsland Gewalt, Verfolgung oder soziale Ausgrenzung erfahren und sehen sich auch in den Aufnahmeländern mit intersektionalen Diskriminierungsformen, wie institutionellen Rassismus, sprachliche Barrieren oder den Mangel an transkompetenter medizinischer Versorgung konfrontiert. (Zeeman et al., 2019).

Auch Ng (2016) betont, dass gesundheitliche Bedürfnisse niemals eindimensional erfasst werden dürfen, sondern stets unter Berücksichtigung rassifizierender, geschlechtlicher und sozialer Ungleichheiten zu analysieren sind. Gerade die Überschneidung von Rassismus und Transfeindlichkeit könne massive Auswirkungen auf Gesundheitsrisiken und den Zugang zur Versorgung haben.

Dennoch reagieren medizinische Institutionen bislang oft unzureichend auf die Notwendigkeit intersektionaler Perspektiven. Standardisierte Versorgungspfade und institutionelle Routinen orientieren sich vielfach an normativen Vorstellungen eines idealtypischen Patient*innenbildes, das der sozialen Realität vieler marginalisierter Gruppen nicht gerecht wird (Mayes, 2021). Dies führt zu struktureller Unterversorgung und mangelnder Sensibilität für die Diversität innerhalb der LGBTQ+-Community, etwa hinsichtlich Sprache, Herkunft, Religion oder ökonomischer Situation.

Einen differenzierten Beitrag zur Analyse solcher Ausschlüsse liefern Vaccaro und Koob (2019), die das Konzept der Mikroaggressionen auf medizinische Kontexte übertragen. Sie zeigen, dass Diskriminierung häufig nicht durch offene Feindseligkeit, sondern durch subtile, alltägliche Interaktionen erfolgt. Mikroaggressionen untergraben dabei langfristig das psychische Wohlbefinden und die soziale Positionierung betroffener Personen. Die Autor*innen unterscheiden dabei zwischen Microassaults, explizit feindliche Handlungen, Microinsults, unbewusste stereotype Bemerkungen und Microinvalidations, Leugnung oder Abwertung individueller Erfahrungen.

Besonders folgenreich sind strukturelle Mikroaggressionen, etwa in Form binärer Geschlechtskategorien in Formularen, fehlender geschlechtsneutraler Toiletten oder nicht inklusiver Pflegeangebote. Solche institutionell eingebetteten Ausschlüsse kommunizieren indirekt, dass bestimmte Identitäten nicht vorgesehen sind. Sie wirken nicht isoliert, sondern als Ausdruck hegemonialer Normsysteme wie Heteronormativität und Cisnormativität, die sich mit weiteren Machtachsen wie Rassismus, Ableismus oder Klassismus verschränken (Vaccaro & Koob, 2019). In ihrer Gesamtheit tragen diese Normsysteme zur Reproduktion struktureller Ungleichheit bei, auch im Gesundheitsbereich.

Die theoretischen Wurzeln der Intersektionalität reichen über Crenshaw hinaus in die feministischen, antirassistischen und queeren Bewegungen der 1970er- und 1980er-Jahre zurück. Texte wie das Combahee River Collective Statement (1977) oder Gayle Rubins Analyse des sex/gender-Systems (1975) forderten bereits früh eine Analyse, die unterschiedliche Unterdrückungsverhältnisse nicht getrennt voneinander denkt. Rubin etwa analysiert

Geschlecht, Sexualität und ökonomische Reproduktion als miteinander verwobene Machtachsen und argumentiert, dass Geschlechterordnungen tief in gesellschaftliche und kulturelle Systeme eingebettet sind. Auch Joan Scott (1986) setzte einen zentralen Impuls, indem sie in ihrem Aufsatz Gender: A Useful Category of Historical Analysis dafür plädierte, soziale Kategorien wie Klasse, Race, Gender und Sexualität in ihrer Wechselwirkung zu analysieren, ein Grundgedanke, der später im Konzept der Intersektionalität theoretisch weiterentwickelt wurde.

Vor dem Hintergrund dieser theoretischen Traditionen versteht sich die vorliegende Arbeit als intersektional informierte Analyse. Die vielfältigen Lebensrealitäten von Transgenderpersonen in Luxemburg lassen sich nur dann adäquat erfassen, wenn sie nicht allein entlang der Geschlechtsidentität, sondern in der Verschränkung mit weiteren sozialen Differenzlinien betrachtet werden. In einem kleinen, kulturell diversen Land wie Luxemburg überlagern sich soziale Ungleichheiten häufig mit Migrationsgeschichten, institutionellen Barrieren und ökonomischer Prekarität, für deren Analyse intersektionale Perspektiven also unverzichtbar sind.

Während der intersektionale Ansatz primär die strukturelle Verschränkung verschiedener Machtachsen fokussiert, lenkt die Stigmatheorie den Blick auf alltägliche soziale Prozesse der Abwertung und Ausgrenzung. Im folgenden Abschnitt wird daher das Stigma-Konzept als ergänzender theoretischer Zugang eingeführt, um die subjektiven Erfahrungen von Transgenderpersonen im Gesundheitssystem im Zusammenspiel mit normativen Erwartungen und sozialen Sanktionen analysieren zu können.

4.3. Stigmatheorie

Neben der biopolitischen und der intersektionalen Perspektive bietet die Stigmatheorie einen weiteren zentralen theoretischen Zugang zur Analyse gesundheitlicher Ungleichheiten und gesellschaftlicher Ausschlussmechanismen. Gerade im Hinblick auf die Erfahrungen von Transgenderpersonen im medizinischen Versorgungssystem eröffnet sie ein differenziertes Verständnis dafür, wie soziale Abwertung nicht nur individuell erlebt, sondern institutionell verankert und strukturell reproduziert wird.

Stigma beschreibt dabei keinen singulären Akt der Diskriminierung, sondern einen komplexen sozialen Prozess, durch den bestimmte Gruppen systematisch als „anders“ markiert, negativ

bewertet und infolgedessen gesellschaftlich entwertet werden (Falck & Bränström, 2023). Im Zentrum steht die soziale Konstruktion von Differenz, die nicht zufällig erfolgt, sondern durch gesellschaftliche Normen, Machtverhältnisse und institutionelle Rahmenbedingungen geprägt ist. Stigma wirkt daher nicht nur auf individueller Ebene, sondern entfaltet seine Wirkung gleichzeitig auf struktureller, interpersoneller und individueller Ebene in einem Wechselspiel, das insbesondere im Gesundheitssystem deutlich wird (ebd.).

Auf struktureller Ebene manifestiert sich Stigma in gesellschaftlichen Normen, rechtlichen Regelungen und institutionellen Praktiken, die bestimmte Identitäten systematisch benachteiligen. Ein zentrales Beispiel ist das Fortbestehen eines binären Geschlechtersystems, das Geschlecht ausschließlich anhand biologischer Merkmale definiert und dadurch Personen, deren Identität von dieser Norm abweicht, strukturell ausschließt (Link & Phelan, 2006). Diese Exklusion zeigt sich im medizinischen Kontext etwa in der Einstufung geschlechtsangleichender Maßnahmen als „nicht notwendig“ oder „kosmetisch“, was häufig zu einer Verweigerung der Kostenübernahme durch Krankenkassen führt (Hughto et al., 2015). Transgenderpersonen sind daher häufig gezwungen, medizinische Leistungen selbst zu finanzieren oder auf informelle, teils unsichere Alternativen auszuweichen, wie beispielsweise durch den Bezug nicht verschriebener Hormonpräparate oder Operationen im Ausland, mit entsprechend hohen gesundheitlichen Risiken.

Zudem fehlt es in vielen Gesundheitseinrichtungen an fachlich fundierter transspezifischer Ausbildung. Wie Zeeman et al. (2018) feststellen, ist die geringe transkompetente Sensibilisierung in der medizinischen Ausbildung Ausdruck struktureller Vernachlässigung. Diese Form struktureller Ignoranz reproduziert bestehende Barrieren im Zugang zur Versorgung und verstärkt das Gefühl von Ausgeschlossenheit.

Auf interpersoneller Ebene äußert sich Stigma in konkreten sozialen Interaktionen. Transpersonen erleben häufig verbale Herabwürdigungen, soziale Ablehnung, sexualisierte Gewalt oder körperliche Übergriffe, insbesondere dann, wenn ihre Geschlechtsidentität oder ihr Erscheinungsbild als normabweichend gelesen wird (Hughto et al., 2015). Eine US-amerikanische Studie zeigt, dass zwischen 33 % und 53 % der befragten Transpersonen aufgrund ihrer Geschlechtsidentität Opfer gewaltsamer Übergriffe wurden (ebd.). Auch familiäre Zurückweisung kann eine Form interpersoneller Stigmatisierung darstellen, von subtiler Distanzierung bis hin zu Obdachlosigkeit, insbesondere bei jungen Betroffenen (ebd.).

Im medizinischen Alltag zeigen sich interpersonelle Stigmaerfahrungen häufig in Form respektlosen Verhaltens durch Fachpersonal, durch bewusste oder unbeabsichtigte

Fehlansprachen, stereotype Zuschreibungen oder sogar die Verweigerung von Behandlungen. In einer groß angelegten Studie berichten 28 % der Transpersonen in den USA von Diskriminierung oder Belästigung durch medizinisches Personal (Hughto et al., 2015). Solche Erfahrungen wirken sich unmittelbar auf das Gesundheitsverhalten aus. Viele Betroffene vermeiden oder verzögern notwendige medizinische Konsultationen aus Angst vor weiterer Stigmatisierung. Dies verweist nicht nur auf individuelle Vorurteile, sondern auf tieferliegende institutionelle Versäumnisse.

Schließlich wirkt Stigma auf individueller Ebene über Prozesse der Internalisierung. Personen übernehmen die gesellschaftlich negativ besetzten Bilder über ihre Identität und entwickeln ein sogenanntes Selbst-Stigma (Falck & Bränström, 2023). Diese internalisierte Abwertung kann das Selbstwertgefühl, die Lebenszufriedenheit und die psychische Gesundheit nachhaltig beeinträchtigen. Viele Transpersonen entwickeln eine dauerhafte Erwartung von Zurückweisung oder Diskriminierung, die als chronischer Stressor wirkt und mit einer erhöhten Anfälligkeit für Depressionen, Angstzustände und Suizidalität einhergeht (ebd.). Das Minority-Stress-Modell liefert hierfür eine theoretische Grundlage, indem es den psychischen Druck, der durch gesellschaftliche Marginalisierung entsteht, als gesundheitsrelevanten Risikofaktor beschreibt (Zeeman et al., 2019).

Ein systematisches Verständnis dieser Dynamiken bieten Link und Phelan (2006), die mit ihrer Weiterentwicklung von Goffmans Klassiker Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity (2009) eine mehrdimensionale und machttheoretisch fundierte Konzeption von Stigma formulieren. Sie beschreiben Stigmatisierung als sozialen Prozess, der aus fünf zentralen Elementen besteht. Erstens erfolgt eine soziale Etikettierung, bei der bestimmte Merkmale, wie z.B. Geschlechtsidentität, Sexualität oder psychische Diagnosen, hervorgehoben und als sozial bedeutsam markiert werden. Zweitens wird diese Etikettierung mit negativen Stereotypen verknüpft. Drittens folgt eine Trennung zwischen „Wir“ und „den Anderen“, wodurch soziale Grenzen und Hierarchien stabilisiert werden. Viertens hat Stigma konkrete Auswirkungen auf die soziale Teilhabe, den Zugang zu Ressourcen und das Selbstbild betroffener Personen. Fünftens wird dieser gesamte Prozess durch Machtverhältnisse getragen. Nur durch die gesellschaftliche Autorität bestimmter Akteure können stigmatisierende Praktiken wirksam werden (Link & Phelan, 2006).

Dieser Fokus auf Macht unterscheidet den Ansatz von Link und Phelan (2006) deutlich von individualpsychologischen Konzepten. Stigma ist nicht bloß ein Ergebnis negativer Einstellungen, sondern ein Mechanismus der sozialen Kontrolle, der durch politische,

ökonomische und kulturelle Strukturen gestützt wird. Erst wenn Abwertung mit realen Konsequenzen wie Ressourcenentzug, institutionellen Barrieren oder politischer Unsichtbarkeit verbunden ist, entfaltet sie die Wirkung, die mit Stigma im engeren Sinne gemeint ist (Link & Phelan, 2006).

Die gesundheitlichen Folgen von Stigmatisierung sind dabei empirisch gut belegt. Stigmatisierte Gruppen leiden nicht nur häufiger unter psychischen Belastungen, sondern haben auch schlechteren Zugang zu medizinischer Versorgung, zeigen seltener gesundheitsförderndes Verhalten und werden in gesundheitspolitischen Diskursen oft nicht berücksichtigt (Hatzenbuehler et al., 2013). Auch transspezifische Gesundheitsbedarfe werden häufig nicht systematisch erfasst, weder in Forschung, noch in Ausbildung oder Versorgung. Diese systematische Unsichtbarkeit reproduziert nicht nur bestehende Ungleichheiten, sondern trägt aktiv zu ihrer Stabilisierung bei.

Die in diesem Kapitel dargestellten theoretischen Konzepte der Biopolitik, Intersektionalität und Stigmatheorie bieten eine analytische Linse, um komplexe Machtverhältnisse und Ausschlussprozesse im Kontext transspezifischer Gesundheitsversorgung zu erfassen. Zugleich steht die vorliegende Arbeit methodisch in der Tradition der Grounded Theory Methodologie, die eine theoriegenerierende Herangehensweise an empirisches Material verfolgt. Theorie und Empirie sind dabei nicht als getrennte Einheiten zu verstehen, sondern als wechselseitig aufeinander bezogene Prozesse. Die theoretischen Konzepte dienen als strukturierende Vergleichsperspektiven, ohne das Datenmaterial vorab zu determinieren. Das folgende Kapitel beschreibt das methodische Vorgehen, die Datenerhebung und den Auswertungsprozess im Detail.

5. Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Studie basiert auf einem qualitativen Forschungsansatz, der auf einem rekonstruktiven Verständnis sozialer Wirklichkeit beruht. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, wie Transgenderpersonen im luxemburgischen Gesundheitssystem strukturelle Herausforderungen erleben und wie Expert*innen diese bewerten. Ein Thema, das sich nicht durch standardisierte Erhebungsinstrumente erfassen lässt, sondern einer dichten Beschreibung

subjektiver Erfahrungen und institutioneller Praxen bedarf (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2022).

Qualitative Forschung ermöglicht es, verborgene Sinnstrukturen, implizite Normen und erfahrungsbasierte Deutungsmuster zu rekonstruieren (Strauss & Corbin, 1994; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2022). Die Entscheidung für diesen Zugang folgt dem Erkenntnisinteresse, gesellschaftliche Ausschlussmechanismen, individuelle Handlungsstrategien und gesundheitspolitische Strukturen aus Sicht der Betroffenen und beteiligten Fachpersonen zu erschließen.

Als methodologischer Rahmen wurde die Grounded Theory Methodologie (GTM) in der Tradition von Anselm Strauss und Juliet Corbin (1990, 1998) gewählt. Anders als in der klassischen Version nach Glaser (1978), bei der der Kodierprozess möglichst offen bleibt und Theorie aus der Datenanalyse emergiert, folgt der Ansatz nach Strauss & Corbin einem systematisch strukturierten Vorgehen, das aus offenem, axialem und selektivem Kodieren besteht. Diese Variante erlaubt eine besonders nachvollziehbare und theoriegeleitete Analyse, ohne jedoch das induktive Prinzip zu verlassen (vgl. Strübing, 2018).

Ziel war es nicht, bestehende Theorien zu überprüfen, sondern neue theoretische Kategorien aus dem Datenmaterial heraus zu entwickeln, welche die Versorgungsrealität von Transgenderpersonen im luxemburgischen Gesundheitssystem beschreibbar machen. Das Verhältnis zur Theorie blieb dabei offen und explorativ. Bestehende theoretische Konzepte wie Biopolitik, Stigma oder Intersektionalität, wurden nicht zur Hypothesenbildung, sondern zur sensitiven Kontextualisierung herangezogen.

5.1. Datenerhebung

Die Datenbasis bilden zehn leitfadengestützte, halbstrukturierte Einzelinterviews, durchgeführt zwischen Januar und März 2025. Es wurden sowohl betroffene Transgenderpersonen (n = 6) als auch Expert*innen aus Medizin und Psychiatrie (n = 4) interviewt. Die Gesprächsformate variierten zwischen Präsenz (3), Video (2) und Telefon (5), abhängig von Präferenzen, Verfügbarkeit und räumlichen Gegebenheiten.

Zur Erhebung diente ein offener, thematisch strukturierter Leitfaden, der im Verlauf der Forschung angepasst wurde (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2022). Die Fragen wurden bewusst offen formuliert, um den Interviewten Raum zur Entfaltung eigener Erfahrungen, Erzählungen

und Bewertungen zu geben. Je nach Gesprächsverlauf wurden spezifische Themen vertieft oder neue Aspekte explorativ aufgenommen. Die Interviews dauerten zwischen 30 und 80 Minuten.

Die Auswahl der Interviewpartner*innen orientierte sich am Prinzip des theoretischen Samplings (Strauss & Corbin, 1994). Nach den ersten Gesprächen wurden gezielt weitere Personen kontaktiert, deren Perspektiven geeignet erschienen, bereits entwickelte Konzepte zu differenzieren oder weiterzuentwickeln. Die Zusammensetzung der Stichprobe folgte keinem Repräsentativitätsanspruch, sondern zielte auf Diversität und konzeptuelle Dichte. Unter den betroffenen Personen befanden sich drei Transmänner, darunter zwei im Pflegebereich tätige Personen, sowie drei Transfrauen, darunter zwei über 50 Jahre alt, mit langjährigen Erfahrungen im Umgang mit medizinischen Institutionen. Die Gruppe der Expert*innen setzte sich zusammen aus einer Fachärztin für plastische Chirurgie, einem Urologen, einer Psychiaterin und einem Gynäkologen. Diese Fachrichtungen wurden gezielt ausgewählt, da sie jeweils zentrale Rollen in einem typischen medizinischen Transitionprozess einnehmen. Durch die Einbeziehung dieser Fachrichtungen konnten verschiedene Schnittstellen der transspezifischen Gesundheitsversorgung erfasst und aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet werden. Auf eine Befragung weiterer medizinischer Fachrichtungen, wie etwa Endokrinolog*innen oder Hausärzt*innen, wurde im Rahmen dieser Arbeit verzichtet. Eine breitere Abdeckung wäre durchaus wünschenswert, konnte jedoch aus Gründen des Umfangs und der Ressourcen nicht realisiert werden. Alle interviewten betroffenen Personen leben in Luxemburg, auch wenn drei der sechs Befragten einen Migrationshintergrund haben. Auch die befragten Fachpersonen sind im luxemburgischen Gesundheitssystem tätig und verfügen über eine mehrjährige Berufserfahrung in ihrem jeweiligen Fachgebiet und einer Ausbildung im Ausland.

Der Zugang zum Feld gestaltete sich differenziert. Die ersten Kontakte konnten über berufliche Netzwerke hergestellt werden, insbesondere über einen Gynäkologen, der als Vorsitzender der „Société Luxembourgeoise de Gynécologie et d'Obstétrique" tätig ist. Dieser vermittelte unter anderem den Kontakt zu einer Chirurgin mit Spezialisierung auf geschlechtsangleichende Eingriffe sowie zu einem Urologen. Über einen interviewten Transmann, auch vom Gynäkologen erstmal kontaktiert, entstanden zudem weiterführende Kontakte, unter anderem zu zwei älteren Transfrauen, von denen eine wiederum eine dritte Gesprächspartnerin vermittelte. Auch über Direktansprachen offen lebender Transpersonen konnten Teilnehmende gewonnen werden. Besonders wertvoll war, dass ein Gesprächspartner sehr aktiv in der

Community ist und weitere Kontakte vermittelte. Diese Form der partizipativen Rekrutierung trug maßgeblich zum Vertrauensaufbau bei.

Weniger erfolgreich verliefen Anfragen an bestimmte Organisationen und medizinische Fachpersonen, etwa an einen Psychiater und eine größere LGBTQ+-Struktur, die nicht auf Interviewanfragen reagierten. Diese Zurückhaltung wurde bewusst respektiert, da insbesondere Transpersonen oft als „Objekte“ der Forschung behandelt werden. Diese strukturelle Skepsis gegenüber Wissenschaft wurde als Teil des Forschungsfeldes reflektiert, ebenso wie die daraus resultierenden Herausforderungen im Zugang.

Die Durchführung der Interviews erfolgte in unterschiedlichen Formaten, abhängig von den individuellen Bedürfnissen und räumlich-zeitlichen Gegebenheiten. Insgesamt wurden drei Gespräche in Präsenz geführt, zwei über Videokonferenztools (Microsoft Teams) und fünf telefonisch. Diese flexible Handhabung trug wesentlich zur Vertrauensbildung und Offenheit der Gesprächssituation bei, insbesondere im Umgang mit einem sensiblen Forschungsthema. Die Interviews dauerten zwischen 30 und 80 Minuten. Vor jedem Gespräch erhielten die Teilnehmenden eine schriftliche Einverständniserklärung, die freiwillige Teilnahme, Anonymisierung und das jederzeitige Widerrufsrecht garantierte.

Aufgrund der sprachlichen Vielfalt in Luxemburg wurden die Interviews in der von den Gesprächspartner*innen bevorzugten Sprache geführt. Zwei Interviews auf Deutsch, 7 auf Luxemburgisch und eins auf Englisch. Diese Mehrsprachigkeit stellte einerseits eine Herausforderung für Transkription und Analyse dar, wurde aber als inkludierender Zugang bewusst beibehalten, um eine möglichst authentische Ausdrucksweise zu ermöglichen. Die Transkription erfolgte wortgetreu, bei fremdsprachigen Interviews wurde eine direkte, bedeutungstreue Übersetzung ins Deutsche vorgenommen. Besonderes Augenmerk lag auf der Bewahrung der semantischen Feinheiten und emotionalen Nuancen der Aussagen.

Die Interviews unterschieden sich teils deutlich im Gesprächsverhalten. Während einzelne Expert*innen bereits Interviewerfahrung hatten und strukturiert sowie thematisch fokussiert antworteten, ergaben sich bei anderen, insbesondere bei älteren betroffenen Personen biographisch orientierte, offene Erzählformate, in denen lange Übergänge, institutionelle Barrieren und emotionale Verarbeitungen im Mittelpunkt standen. Eine besondere Qualität der Gespräche zeigte sich dort, wo subjektive Betroffenheit und berufliche Erfahrung zusammentrafen, wie bei den beiden Transmännern im Gesundheitswesen. Diese

Doppelperspektive lieferte besonders dichte Beschreibungen institutioneller Praktiken, impliziter Ausschlüsse und normativer Erwartungen im medizinischen Alltag.

Im Verlauf der Erhebung wurde der Leitfaden mehrfach angepasst, um besser auf die Vielfalt der Lebensrealitäten reagieren zu können (Strübing, 2021). Dabei wurde bewusst darauf geachtet, die Erzählräume nicht zu früh zu begrenzen, sondern auch Abweichungen vom Themenfokus als potenziell erkenntnisträchtig zuzulassen.

Die Interviews wurden mit einem Smartphone aufgenommen, nachträglich transkribiert und vollständig anonymisiert. Persönliche Angaben, Namen sowie identifizierende Details wurden pseudonymisiert oder gelöscht. Die Datenqualität der Gespräche war insgesamt sehr hoch. Die Interviewten zeigten sich offen, interessiert und reflektiert. Viele verbanden mit ihrer Teilnahme die Hoffnung, einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation für Transgenderpersonen in Luxemburg leisten zu können.

Im Rahmen dieser Arbeit habe ich mich auch mit meiner eigenen Rolle als Forschende auseinandergesetzt. Als Politikwissenschaftsstudentin bringe ich einen sozialwissenschaftlichen Zugang mit, der sich auf die Analyse von institutionellen Strukturen und gesellschaftlichen Machtverhältnissen konzentriert. Ich selbst bin keine Transperson, was bedeutet, dass ich die Perspektiven der Interviewpartner*innen aus einer Außenperspektive erfasse. Dieses Bewusstsein für meine eigene Positionierung hat den gesamten Forschungsprozess begleitet.

Ziel war es, den Interviewten möglichst viel Raum für ihre individuellen Erfahrungen zu geben und die Gespräche offen zu gestalten. Dabei habe ich darauf geachtet, keine vorschnellen Deutungen vorzunehmen oder normative Vorstellungen unreflektiert einfließen zu lassen. Stattdessen stand die Erhebung und Analyse der subjektiven Erfahrungen im Vordergrund, um daraus Rückschlüsse auf strukturelle Bedingungen und Ausschlussmechanismen ziehen zu können.

Mir war bewusst, dass jede Forschungssituation auch von der eigenen Person beeinflusst wird, durch die Sprache, Fragestellungen oder implizite Erwartungen. Ich habe versucht, im Forschungsprozess so neutral und offen wie möglich zu bleiben, bin mir jedoch bewusst, dass vollständige Neutralität in sozialwissenschaftlicher Forschung nie vollständig erreichbar ist.

5.2. Datenauswertung

Die Auswertung des empirischen Materials orientierte sich an der Grounded Theory Methodologie in der Tradition von Strauss und Corbin (1994). Dieser Ansatz bietet ein systematisches, aber zugleich flexibles Analyseverfahren, das es ermöglicht, empirisch gewonnene Daten induktiv zu theoretisieren. Im Zentrum steht ein iterativer Kodierprozess, bestehend aus dem offenen, axialen und selektiven Kodieren, der durch das Prinzip der konstanten Vergleiche sowie durch kontinuierliche analytische Reflexion geprägt ist (Prainsack & Pot, 2021).

Die Transkripte der zehn geführten Interviews wurden vollständig in die qualitative Datenanalyse-Software MAXQDA24 importiert (VERBI Software, 2024). Die Nutzung dieser Software ermöglichte eine strukturierte und nachvollziehbare Kodierung sowie eine effiziente Verwaltung der Codes und Kategorien. Zwar wurden im engeren Sinne keine klassischen theoretischen Memos im Verlauf des Kodierens verfasst, jedoch wurden alle Kategorien und Codes in einer umfangreichen Codiertabelle dokumentiert, die neben einer Definition der Kategorie auch Beispielcodes sowie jeweils ein illustrierendes Zitat enthält. Diese Tabelle diente als zentrales Instrument zur Strukturierung, Reflexion und Weiterentwicklung des Kodiersystems.

In einem ersten Schritt erfolgte das offene Kodieren der Transkripte. Dieser Arbeitsschritt diente der initialen Strukturierung und Durchdringung des umfangreichen Interviewmaterials. Die Transkripte wurden zeilenweise analysiert, wobei bedeutungstragende Textstellen mit inhaltlich treffenden Codes versehen wurden. Ziel war es, zentrale Aussagen, Begriffe, Handlungen oder Wahrnehmungsmuster zu identifizieren, ohne dabei bereits theoretische Annahmen vorwegzunehmen.

Das offene Kodieren war dabei bewusst differenziert und niedrig aggregiert angelegt, um möglichst viele inhaltliche Nuancen sichtbar zu machen. Es entstanden in dieser Phase über 2800 codierte Satzteile, die in einer ersten Systematisierung nach Themenfeldern, Bedeutungskernen und Wiederholungshäufigkeit geordnet wurden. Diese Vielzahl an Codes stellte zunächst eine Herausforderung dar, ermöglichte jedoch eine breit gefächerte empirische Fundierung für die nachfolgende analytische Verdichtung.

Im Anschluss an das offene Kodieren erfolgte das axiale Kodieren, der systematische Versuch, zwischen den zunächst isolierten Codes strukturierte Beziehungen herzustellen. Zentrale

Fragen dieses Schritts lauteten: Unter welchen Bedingungen treten bestimmte Phänomene auf? Welche Kontexte spielen eine Rolle? Welche Handlungsstrategien, Reaktionen oder Konsequenzen lassen sich erkennen? (Prainsack & Pot, 2021).

Entlang der von Strauss und Corbin entwickelten Kodierparadigmen (Kausalbedingungen, Kontext, intervenierende Bedingungen, Handlungsstrategien, Konsequenzen) wurden übergeordnete Kategorien gebildet, in denen ähnliche Codes zusammengefasst und theoretisch verknüpft wurden. Die vorherige Vielzahl an Einzelcodes wurde in dieser Phase auf eine überschaubare, aber analytisch differenzierte Anzahl von Kategorien reduziert.

Zur analytischen Dokumentation dieser Phase wurde eine Kategorientabelle erstellt, die jeder Kategorie eine präzise Definition, die zugrundeliegenden Codes sowie ein repräsentatives Zitat zuordnet. Diese Tabelle diente sowohl der internen Reflexion als auch der Vorbereitung des Ergebnis- und Analyseteils. Obwohl keine formalen Memos verfasst wurden, ermöglichte die kontinuierliche Arbeit an dieser Tabelle eine schrittweise Verdichtung der Konzepte und eine explizite Auseinandersetzung mit dem jeweiligen theoretischen Gehalt der Kategorien.

In einem letzten Schritt, dem selektiven Kodieren, wurde das entstandene Kategoriensystem auf ein zentrales Phänomen hin fokussiert, das als Kernkategorie die übrigen Kategorien inhaltlich verbindet. Dieser Vorgang zielte darauf ab, aus den einzelnen Befunden ein kohärentes, gegenstandsbezogenes Theoriemodell zu entwickeln. Im Sinne der Grounded Theory wurde dabei nicht nach Kausalität im klassischen Sinne, sondern nach dynamischen Beziehungsgeflechten zwischen Akteur*innen, institutionellen Bedingungen, Diskursen und Handlungsstrategien gefragt.

Die Kernkategorie wurde nicht deduktiv gewählt, sondern ergab sich emergent aus dem Material. Sie wurde durch wiederkehrende Motive, Widersprüche, Spannungsverhältnisse und Interdependenzen zwischen verschiedenen Subkategorien konturiert. Die Ergebnisse dieses Kodierschritts werden im nächsten Kapitel ausführlich dargestellt.

Besonderes Augenmerk galt der theoretischen Sensibilität (Strauss & Corbin, 1994), also der Fähigkeit, auch implizite Bedeutungen, Widersprüche oder nicht direkt geäußerte Strukturen im Datenmaterial zu erkennen. Dieser Anspruch wurde durch das iterative Codieren, das ständige Vergleichen von Fällen sowie durch die bewusste Auseinandersetzung mit eigenen Vorannahmen methodisch realisiert.

Obwohl sich das methodische Vorgehen formal an der Grounded Theory Methodologie nach Strauss und Corbin (1994) orientierte, insbesondere in Bezug auf den Kodierprozess (offenes, axiales und selektives Kodieren), zeigte sich im Verlauf der Analyse eine zunehmende Nähe zu konstruktivistischen Ansätzen der Grounded Theory, wie sie etwa von Charmaz (2014) vertreten werden. Insbesondere die reflexive Haltung im Forschungsprozess, die Rolle der Forscherin sowie der Einsatz sensitiver theoretischer Konzepte zur Kontextualisierung der empirisch entwickelten Kategorien deuten auf eine methodische Öffnung hin. Die vorliegende Arbeit versteht sich daher als methodisch hybride Anwendung, die systematische Kategorienbildung mit interpretativer Tiefenschärfe und theoretischer Einbettung verbindet.

Die qualitative Datenanalyse-Software MAXQDA24 erwies sich, nach einem anfänglichen Lernprozess, als äußerst hilfreiches Werkzeug zur Durchführung und Dokumentation der Analyse. Neben der praktischen Organisation der Daten ermöglichte die Software die systematische Verknüpfung von Codes und Textstellen, die Visualisierung von Kategoriennetzwerken sowie die Generierung von Tabellen und Exportformaten zur Weiterarbeit. Durch die Funktionen der Software war es zudem möglich, analytische Entscheidungen transparent nachzuvollziehen, was insbesondere im Hinblick auf die methodische Nachvollziehbarkeit zentral ist.

Im Sinne der Grounded Theory ist der Forschungsprozess darauf ausgerichtet, eine **theoretische Sättigung** zu erreichen, also den Punkt, an dem neue Daten keine substanziell neuen Erkenntnisse mehr erbringen, sondern lediglich bereits bestehende Kategorien bestätigen oder vertiefen (Strauss & Corbin, 1994).

Im Verlauf der Analyse zeigte sich, dass wiederkehrende Muster und Phänomene deutlich identifizierbar wurden, insbesondere im Hinblick auf strukturelle Hürden, normative Erwartungen und individuelle Bewältigungsstrategien. Neue Interviews führten zunehmend zu einer Verdichtung vorhandener Kategorien, nicht aber zu deren grundlegender Erweiterung. Die auftretenden Fälle wiesen zwar individuelle Unterschiede auf, bestätigten jedoch zentrale Kategorien wie institutionelle Unsichtbarkeit, normatives Gatekeeping oder strategische Anpassungsleistungen.

Besonders die Einbeziehung einer Psychiaterin, die erst spät im Feldzugang gewonnen werden konnte, markierte einen analytisch wichtigen Punkt und konnte die Daten um eine entscheidende institutionelle Sicht zu ergänzen. Ab diesem Punkt wurden kaum noch neue relevante Aspekte generiert, was auf das Erreichen einer konzeptuellen Sättigung hindeutet.

Trotzdem bleibt die Einschätzung der Sättigung, wie in jeder qualitativen Studie, relativ zum Erkenntnisinteresse und zum Forschungskontext. Gerade bei komplexen, mehrdimensionalen Themen wie Transgesundheit besteht stets die Möglichkeit, dass neue Fallkonstellationen neue Impulse liefern könnten. Dennoch kann im Rahmen dieser Arbeit mit hoher Sicherheit von einer ausreichenden theoretischen Fundierung der Ergebnisse gesprochen werden.

5.3. Reflexion der Forscherin

Der Forschungsprozess war durch eine enge Verbindung von theoretischer Orientierung, methodischer Offenheit und praktischer Flexibilität geprägt. Bereits bei der Planung zeigte sich, dass der Zugang zu einem so sensiblen und teils marginalisierten Forschungsfeld wie der Gesundheitsversorgung von Transgenderpersonen in Luxemburg besondere Anforderungen stellte, sowohl im Hinblick auf Vertrauensbildung, sprachliche Sensibilität als auch auf die Rolle der Forschenden selbst.

Im Verlauf der Datenerhebung mussten mehrere geplante Interviews kurzfristig verschoben oder abgesagt werden. Dies erforderte eine hohe Anpassungsfähigkeit und Geduld in der Koordination und stellte auch die Bedeutung eines sensiblen Zeitmanagements im qualitativen Arbeiten heraus. Besonders wertvoll war das aktive Engagement einzelner Interviewpartner*innen, die bereit waren, weitere Kontakte zu vermitteln und die Forschung dadurch substanziell unterstützten.

Ein weiterer zentraler Aspekt der Reflexion betrifft die Rolle der Forscherin im Erhebungsprozess. Insbesondere bei Interviews mit betroffenen Personen war eine balancierte Gesprächsführung erforderlich. Einerseits, um Raum für emotionale, auch verletzliche Erfahrungen zu lassen, andererseits, um das Gespräch im Rahmen der Forschungsfrage zu halten. Diese Verantwortung im Forschungsprozess erforderte kontinuierliche Selbstbeobachtung und Sensibilität, etwa in Bezug auf Nachfragen, Pausen, oder die Gewichtung von Themen.

Die Auswertung des Materials war trotz klarer methodischer Orientierung nicht immer linear. Der Übergang zwischen offener und axialer Kodierung erwies sich als komplex, insbesondere bei der Reduktion der Vielzahl an Codes auf übergeordnete Kategorien. Anstelle klassischer Memos diente die Kategorientabelle als zentrales Reflexionsinstrument, mit dem theoretische

Entscheidungen dokumentiert und weiterentwickelt wurden. Im Laufe des Analyseprozesses wurde deutlich, dass viele inhaltliche Aspekte interdependent sind, was eine ständige Rückkopplung an bereits kodierte Materialien notwendig machte.

5.4. Ethische Aspekte

Ethische Aspekte nahmen im gesamten Forschungsprozess eine zentrale Rolle ein, insbesondere angesichts der Vulnerabilität der Zielgruppe sowie der gesellschaftspolitischen Brisanz des Themas. Alle Teilnehmenden wurden vorab umfassend informiert über die Ziele der Forschung, den Ablauf des Interviews, den Umgang mit sensiblen Daten, Anonymisierungsverfahren, sowie ihr jederzeitiges Recht, das Gespräch abzubrechen oder Fragen unbeantwortet zu lassen.

Die Teilnahme erfolgte ausschließlich auf Grundlage einer schriftlichen Einwilligungserklärung, die auch die Zustimmung zur Tonaufnahme und Transkription beinhaltete. Alle Daten wurden pseudonymisiert, potenziell identifizierbare Informationen entfernt oder verändert.

Während der Interviews wurde aktiv darauf geachtet, keine retraumatisierenden Situationen entstehen zu lassen. Die Gesprächsführung war bewusst offen und empathisch, gleichzeitig wurden emotionale Belastungsgrenzen respektiert. Die Teilnehmenden wurden vorab darauf hingewiesen, dass sie jederzeit pausieren oder das Gespräch abbrechen können.

Auch in der Darstellung der Ergebnisse wurde auf eine nicht-stigmatisierende Sprache geachtet. Die Vielfalt der Erfahrungen wurde bewusst sichtbar gemacht, ohne stereotype oder vereinheitlichende Zuschreibungen zu reproduzieren. Ebenso wurde auf eine differenzierte Darstellung von Fachpersonal geachtet, um die Interviews nicht zur Reproduktion eines binären Täter-Opfer-Schemas zu instrumentalisieren.

Nicht zuletzt wurde reflektiert, dass auch qualitative Forschung nie neutral ist. Die Auswahl der Interviewpartner*innen, der Fokus auf bestimmte Themen sowie die Interpretation der Daten sind eingebettet in gesellschaftliche Diskurse und verlangen eine ethisch-politische Reflexionsbereitschaft.

5.5. Limitationen

Trotz des breiten qualitativen Zugangs weist die vorliegende Studie auch methodische und strukturelle Begrenzungen auf, die in ihrer Tragweite offengelegt werden sollen.

Zunächst ist auf die Größe und Zusammensetzung des Samples hinzuweisen. Mit insgesamt zehn Interviews, davon sechs mit betroffenen Personen und vier mit Fachpersonen, wurde ein solider, aber kein erschöpfender Einblick in das Forschungsfeld ermöglicht. Bestimmte Gruppen, wie etwa nicht-binäre Personen, intergeschlechtliche Menschen oder Transpersonen mit Migrations- und Fluchterfahrung, konnten nur bedingt einbezogen werden, obwohl gerade ihre Perspektiven im Sinne einer intersektionalen Analyse hoch relevant wären.

Des Weiteren stellt die Sprachenvielfalt im luxemburgischen Kontext eine methodische Herausforderung dar. Auch wenn Interviews in der Wunschsprache der Teilnehmenden durchgeführt wurden, bestand die Notwendigkeit der Übersetzung ins Deutsche. Hierbei können, trotz größter Sorgfalt, semantische Verschiebungen oder Bedeutungsverluste nicht vollständig ausgeschlossen werden.

Ein weiterer Aspekt betrifft die Nicht-Verwendung klassischer Memos, wie sie in der Grounded Theory vorgesehen sind. Auch wenn analytische Entscheidungen durch andere Formen dokumentiert wurden, z. B. durch eine Kategorientabelle oder Notizen, ist es möglich, dass tieferliegende Theoriebildungspotenziale dadurch weniger systematisch ausgeschöpft wurden.

Schließlich muss auch der zeitliche Rahmen der Masterarbeit als Einschränkung genannt werden. Eine breitere Datenerhebung, eine vertiefte Partizipation der Community oder die Einbindung weiterer Methoden waren aus praktischen Gründen nicht realisierbar, wären aber im Rahmen einer größeren Studie denkbar und wünschenswert.

Die vorangegangenen theoretischen Überlegungen zu Biopolitik, Intersektionalität und Stigmatisierung bilden den konzeptionellen Rahmen für die Analyse der empirischen Daten. Sie erlauben es, individuelle Erfahrungen im luxemburgischen Gesundheitssystem nicht als isolierte Einzelfälle zu verstehen, sondern als Ausdruck strukturell verankerter Machtverhältnisse, normativer Ordnungssysteme und institutioneller Ausschlüsse. Auf dieser Grundlage folgt im nächsten Kapitel die Darstellung der zentralen empirischen Befunde, wie sie sich aus der Auswertung der geführten Interviews ergeben haben.

6. Ergebnisse

Die Auswertung der Interviews mit Transgenderpersonen und Expert*innen im luxemburgischen Gesundheitssystem macht deutlich, dass die Herausforderungen transspezifischer Gesundheitsversorgung weit über individuelle Erlebnisse hinausgehen. Im Mittelpunkt der Analyse steht eine zentrale Spannungsfigur, die sich durch nahezu alle Interviews zieht und als Kernkategorie der Untersuchung herausgearbeitet wurde: „Strukturelle Unsichtbarkeit trotz individueller Sichtbarkeit“. Diese Kategorie fasst das Paradox zusammen, dass Transpersonen in vielen Lebensbereichen zunehmend sichtbar und gesellschaftlich präsent sind, gleichzeitig jedoch auf institutioneller Ebene kaum berücksichtigt werden.

Die folgenden Abschnitte zeigen, wie sich diese strukturelle Unsichtbarkeit in verschiedenen Bereichen konkret äußert und welche Folgen sie für die Betroffenen hat. Kapitel 6.1 widmet sich zunächst der Beschreibung und Einordnung dieser Kernkategorie, bevor in den anschließenden Unterkapiteln (6.2 ff.) zentrale thematische Bereiche differenziert analysiert werden.

6.1 Kernkategorie: Strukturelle Unsichtbarkeit trotz individueller Sichtbarkeit

Im Zentrum der vorliegenden Analyse steht das Spannungsverhältnis einer „strukturellen Unsichtbarkeit trotz individueller Sichtbarkeit“. Diese Kernkategorie durchzieht nahezu alle Interviews und beschreibt ein zentrales Paradox im Erleben von Transgenderpersonen im luxemburgischen Gesundheitssystem. Während Betroffene auf individueller Ebene, etwa in persönlichen Beziehungen, in ihrem öffentlichen Auftreten oder im direkten Kontakt mit medizinischem Personal, sichtbar und zum Teil anerkannt sind, bleibt ihre Lebensrealität auf struktureller Ebene weitgehend nicht berücksichtigt, nicht benannt oder systematisch unerfasst.

Diese Unsichtbarkeit zeigt sich nicht nur in einer einzelnen Institution oder einem spezifischen Bereich, sondern durchzieht zahlreiche Ebenen des luxemburgischen Gesundheitssystems, von den rechtlichen Rahmenbedingungen über medizinisch-fachliche Zuständigkeiten, Ausbildungsstandards, administrative Prozesse bis hin zur gesellschaftlichen Repräsentation. Trotz individueller Unterstützung, beispielsweise durch engagierte Ärzt*innen oder familiäre Netzwerke, fehlt es an klaren Versorgungsstrukturen, gesetzlich verankerten Rechten und

institutionell gesichertem Zugang zu transspezifischer medizinischer Versorgung. So meinte ein Urologe:

> Ja, also was ich so mitbekomme, ist dass die Vorbereitung oder das Plateau das für Transgenderpersonen existieren sollte inexistent ist hier in Luxemburg. (Transkript MA 5 F, Pos. 12)

Die Interviews verdeutlichen, dass diese Unsichtbarkeit nicht bloß das Ergebnis mangelnder Aufmerksamkeit ist, sondern aktiv produziert wird. Durch fragmentierte Zuständigkeiten, fehlende Aus- und Weiterbildungsangebote, pathologisierende Diagnoseverfahren oder das Fehlen zentraler Informationsstellen. Transpersonen sehen sich dadurch gezwungen, sich immer wieder selbst sichtbar zu machen, sei es durch die Vermittlung eigenen medizinischen Wissens, durch das wiederholte Erklären ihrer Bedürfnisse oder durch das eigenständige Navigieren bürokratischer Prozesse. Diese Form individueller Sichtbarkeit kann zwar in bestimmten Situationen hilfreich sein, steht jedoch häufig im belastenden Kontrast zur strukturellen Nicht-Anerkennung. Viele berichten von Frustration, Erschöpfung und einem Gefühl wiederholter Exponierung. So sprachen betroffene Transgenderpersonen über ihre Erfahrungen mit institutioneller Unsichtbarkeit und die Notwendigkeit sich immer wieder selbst sichtbar zu machen:

> […] Eine kleine Klinik im CHL oder Krankenhaus Kirchberg eröffnen, zur Unterstützung nicht nur der Trans-Gesundheitsversorgung, sondern auch zu Fragen rund um Sexualität, Informationen anbieten, besonders für junge Leute. Momentan übernimmt das eine LGBTQ+-Organisation namens Centre Cigale, weil es offiziell nichts von der Regierung gibt. (Transkript MA 9 M, Pos. 30)

> Ja also man muss viel von sich aus immer wieder graben und immer wieder nachfragen und ja es ist einfach anstrengend. (Transkript MA 7 E, Pos. 20)

Auch medizinische und psychosoziale Fachpersonen bestätigen dieses institutionelle Vakuum. Die fehlende transspezifische Weiterbildung, unklare medizinische Kodierungsmöglichkeiten und die Abwesenheit koordinierter Anlaufstellen führen dazu, dass selbst engagierte Fachkräfte mit Unsicherheit und Improvisation arbeiten müssen. Eine systematische, strukturierte Versorgung existiert nicht. Vielmehr basiert sie auf Einzelengagement und persönlicher Motivation. In dieser Perspektive erscheint Unsichtbarkeit nicht als bloße Lücke, sondern als Ausdruck eines institutionellen Nicht-Wissens und eines fehlenden politischen Willens, transspezifische Bedarfe systematisch zu adressieren.

Diese Diskrepanz führt eben zu einer doppelten Belastung. Transpersonen werden als Individuen sichtbar gemacht oder machen sich selbst sichtbar, doch diese Sichtbarkeit bleibt folgenlos für die institutionellen Strukturen. Selbst bei Vorliegen medizinischer Indikationen oder fachärztlicher Empfehlungen müssen notwendige Maßnahmen wiederholt beantragt, begründet und verteidigt werden. Diese fehlende Kontinuität verweist auf ein grundlegendes Defizit institutioneller Responsivität und Anerkennung. So meinte eine betroffene Transgenderperson:

> Und bei uns ist es so, jedes mal wenn ich nach Deutschland bin für eine Operation, musste ich es wieder neu anfragen und die behalten auch keine Papiere da, denn ich musste immer wieder jeden einzelnen Bricht vom Psychiater, vom Endokrinologen, da hat man immer wieder jeden einzelnen Bericht mitschicken müssen, da man ansonsten einen Refus bekommen hat. (Transkript MA 2 J, Pos. 6)

Die Interviews machen deutlich, dass sich diese strukturelle Unsichtbarkeit in unterschiedlichen Formen zeigt, etwa durch fehlende Informationsangebote, unzureichende psychologische Begleitung, bürokratische Hürden bei der CNS, fragmentierte Zugänge zu Operationen oder das Fehlen einer zentralen Koordinierungsstelle. Die Betroffenen erleben sich nicht als „nicht vorhanden“, sondern vielmehr als immer wieder übersehen, nicht ernst genommen oder als „Sonderfall“ behandelt, trotz öffentlicher Präsenz und innerer Klarheit über die eigene Identität. So meinte beispielsweise eine betroffene Transgenderperson:

> Ja dann wird man schon irgendwie so, mehr ich sag jetzt nicht wie ein Alien behandelt aber doch irgendwie anders. Also man wird doch 50 mal gefragt geht es denn jetzt besser innerhalb von 5 Minuten. (Transkript MA 7 E, Pos. 6)

6.2 Kategorienbildung

Während Kapitel 6.1 die Kernkategorie in ihrer übergreifenden Bedeutung erläutert hat, widmet sich das folgende Kapitel der Darstellung der zentralen thematischen Hauptkategorien, mit einigen Subkategorien die im Rahmen der Analyse herausgearbeitet wurden. Diese Kategorien konkretisieren die strukturelle Unsichtbarkeit in unterschiedlichen Bereichen und zeigen, wie sie sich im medizinischen Alltag sowie im institutionellen Umgang mit Transgenderpersonen manifestiert. Sie bilden die analytische Grundlage für die differenzierte Darstellung der Interviewergebnisse in den nachfolgenden Unterkapiteln.

6.2.1 Zugangshürden zur Gesundheitsversorgung

Ein zentrales Thema, das sich durch alle Interviews zieht, sind die Hürden im Zugang zur medizinischen Versorgung von Transgenderpersonen in Luxemburg. Diese Barrieren äußern sich nicht in einer expliziten Ablehnung, sondern in Form von Verzögerungen, fehlender Transparenz und inadäquater Berücksichtigung individueller Bedürfnisse. Die Befragten beschreiben ein Gesundheitssystem, das formal zugänglich erscheint, in der konkreten Praxis jedoch durch vielfältige implizite Ausschlüsse gekennzeichnet ist.

Wartezeiten als implizites Gatekeeping

Als besonders belastend schildern viele Interviewte die langen Wartezeiten entlang des gesamten Transitionsprozesses, von der endokrinologischen Erstberatung über die psychologische Begleitung bis hin zu chirurgischen Eingriffen. Die einzelnen Wartephasen kumulieren sich zu einem langwierigen, häufig über Jahre gestreckten Ablauf, der als strukturelles Hindernis wahrgenommen wird. Eine betroffene Transgenderperson schildert:

> Weil du dann manchmal sechs Monate oder länger auf einen Termin warten musst, und dann musst du noch ein Jahr lang diesen Psychiater aufsuchen, um mit der Hormontherapie beginnen zu können. (MA 9 M, Pos. 6)

Die Wartezeit wird dabei nicht nur als organisatorische Herausforderung erlebt, sondern auch als psychisch belastende Verzögerung individuell getroffener Entscheidungen. Für viele wirkt sie wie ein indirekter Mechanismus des Gatekeepings. Die Leistungen existieren zwar auf dem Papier, bleiben aber durch Zeitbarrieren praktisch eingeschränkt zugänglich. Eine betroffene Transgenderperson bringt ihre Frustration deutlich zum Ausdruck:

> Und die Tatsache, dass man uns warten lässt, macht mich wahnsinnig. Es macht mich wahnsinnig. (MA 9 M, Pos. 37)

Hinzu kommen unklare Wartelisten, Aufnahmestopps und die Notwendigkeit persönlicher Netzwerke, um überhaupt Termine zu erhalten. Diese Bedingungen erzeugen ein Gefühl institutioneller Entkopplung. Transpersonen sehen sich nicht als Teil eines strukturell eingebetteten Versorgungsprozesses, sondern als Bittsteller*innen am Rand des Systems. Eine Transgenderperson betont:

> Wenn man sich die potenzielle Wartezeit vom Moment des Coming-outs bis zum eigentlichen Zugang zu den Hormonen ansieht, kann das Jahre dauern, ohne Übertreibung. (MA 9 M, Pos. 9)

Sprachliche Barrieren

Ein weiterer Aspekt, der den Zugang erschwert, betrifft die sprachliche Verständlichkeit innerhalb eines formal mehrsprachigen Systems. Während Luxemburgs Sprachenvielfalt theoretisch als Stärke gilt, berichten mehrere Interviewte von Unsicherheiten im Kontakt mit medizinischem Personal oder Verwaltungseinheiten. Besonders problematisch wird eine schwer verständliche Verwaltungssprache empfunden, sowie eine begrenzte Auswahl an Fachpersonen, die in der jeweils bevorzugten Sprache kommunizieren können. Eine betroffene Transgenderperson beschreibt es folgendermaßen:

> Für mich war es jetzt ok mit Französisch, aber nicht jeder versteht gleich gut. Und ja so ein Bürokratenfranzösisch, wo man die Hälfte auch anders verstehen kann, ja… (MA 7 E, Pos. 23)

In einigen Fällen führt diese sprachliche Unsicherheit sogar dazu, dass medizinische Eingriffe im Ausland geplant werden, nicht allein wegen der fachlichen Versorgung, sondern aus sprachlichen Gründen. So sprach eine betroffene Transgenderperson:

> Dann habe ich angefangen mich zu informieren in Kliniken für Operationen im Ausland [...] weil da im Vorfeld viele Gespräche geführt werden, die ganz persönlich sind, kam nur Deutschland, ein deutschsprachiges Land in Frage. (MA 6 A, Pos. 2)

Sprache fungiert hier nicht nur als Kommunikationsmittel, sondern auch als Zugangsbedingung zu einer vertrauensvollen und respektvollen Gesundheitsversorgung. Die Erfahrungen unterstreichen auch die Relevanz intersektionaler Faktoren wie Migrationshintergrund oder Mehrsprachigkeit (vgl. Kapitel 6.2.16), die Zugänge zusätzlich beeinflussen können.

Bürokratische Komplexität

Zahlreiche Interviewte berichten von komplexen, intransparenten bürokratischen Abläufen, etwa im Kontakt mit der CNS oder bei der Organisation medizinischer Leistungen im In- und Ausland. Obwohl viele dieser Aspekte im folgenden Kapitel 6.2.2 ausführlicher behandelt werden, zeigt sich bereits hier, wie eng Bürokratie und Zugang miteinander verknüpft sind. So berichtet eine betroffene Transgenderperson über ihre Erfahrungen:

> Und bei uns ist es so, jedes Mal wenn ich nach Deutschland bin für eine Operation, musste ich wieder von vorne anfangen. [...] Man musste immer wieder jeden einzelnen Bericht mitschicken, da man ansonsten eine Ablehnung bekommen hat. (MA 2 J, Pos. 6)

Diese administrativen Anforderungen werden als zeitintensiv, entmutigend und entmündigend beschrieben, besonders dort, wo medizinische Indikationen klar sind, die formale Genehmigung jedoch wiederholt infrage gestellt wird. Beispielsweise meinte eine betroffene Transgenderperson:

> Für jede Operation die ich mache muss ich einen neuen Kostenvoranschlag reinschicken und ja, das kostet nicht nur mich Geld, auch die Krankenkasse. Und Zeit. (MA 7 E, Pos. 6)

In solchen Fällen wirkt Bürokratie nicht als neutraler Verwaltungsprozess, sondern als Filter, der darüber entscheidet, welche Behandlungen zügig, verspätet oder gar nicht zugänglich sind. Diese Konstellation verweist auf die enge Verbindung von Zugangshürden, Bürokratie (Kap. 6.2.2) und politischer Verantwortung (Kap. 6.2.4).

Geografische Ungleichverteilung

Ein weniger beachteter, aber bedeutsamer Aspekt betrifft die ungleiche geografische Verteilung von Unterstützungs- und Versorgungsangeboten innerhalb Luxemburgs. Besonders Personen

aus ländlicheren oder nördlichen Regionen berichten von eingeschränkten Möglichkeiten, transspezifische Angebote wahrzunehmen, sei es wegen fehlender Mobilität, langer Anfahrtswege oder der zentralen Konzentration relevanter Stellen im Süden des Landes. So meinte eine junge Transgenderperson:

> Also es gibt ja CIGALE, es gibt Rosa Lëtzebuerg, aber es sind alles Sachen die im Süden vom Land stattfinden, ich komme aus dem Norden und damals ohne Auto und so, ja. (MA 2 J, Pos. 22)

Diese räumliche Disparität wird in den Interviews als reale Zugangsbarriere beschrieben. Sie betrifft nicht nur medizinische Angebote, sondern auch psychosoziale Unterstützungsstrukturen und zivilgesellschaftliche Anlaufstellen. Besonders für junge oder ökonomisch benachteiligte Personen ohne eigenes Fahrzeug stellt diese ungleiche Infrastruktur ein konkretes Hindernis dar, sich aktiv Unterstützung zu suchen.

Der Aspekt der geografischen Ungleichverteilung lässt sich inhaltlich mit den Kapiteln zu Migration (6.2.16), finanziellen Barrieren (6.2.13) und interdisziplinärer Zusammenarbeit (6.2.5) verschränken.

6.2.2 Bürokratische Prozesse

Ein zentrales Thema, das sich durch alle Interviews zieht, ist die Auseinandersetzung mit bürokratischen Anforderungen und institutionellen Abläufen im Rahmen des medizinischen Transitionsprozesses. Die Interviewten schildern vielfältige Erfahrungen mit Antragsverfahren, Formularpflichten, Attestierungen und Rückerstattungsprozessen, insbesondere im Kontakt mit der Caisse Nationale de Santé (CNS). Dabei wird weniger die Existenz bürokratischer Strukturen an sich kritisiert, sondern deren Intransparenz, fehlende Standardisierung und psychische Belastung.

Im Sinne der Kernkategorie (vgl. Kap. 6.1) zeigt sich hier eine institutionelle Praxis, die formale Zugänglichkeit zwar gewährleistet, die reale Nutzbarkeit aber durch Unsicherheit, wiederholte Hürden und mangelnde Sensibilität erheblich einschränkt.

Bürokratische Hürden

Viele der befragten Personen berichten von sich wiederholenden, mitunter widersprüchlichen Anforderungen in bürokratischen Verfahren, z.B. bei der Genehmigung medizinischer

Maßnahmen oder der Rückerstattung von Leistungen. Dabei wird besonders problematisch empfunden, dass Zuständigkeiten unklar, Formulare nicht standardisiert und Anforderungen teils spontan angepasst erscheinen. Eine betroffene Transgenderperson beschreibt:

> Das nimmt ja auch dem Patienten… also das hat dann doch etwas gedauert, ich denke, ich habe dann 3–4 Wochen gewartet, bis ich den Zettel hatte. Das war immer ein va et vient. Ich habe insgesamt da zwei Monate verloren – also insgesamt, weil die deutsche Bürokratie untereinander nicht die gleiche ist, jeder seine eigene Suppe kocht, und Luxemburg und Deutschland untereinander auch immer kompliziert ist. Ja, bei denen brauchen die diesen Zettel, bei denen muss das so dastehen, und dann haben die ihr Template, dann wird das so eingetragen. Die Deutschen hätten das aber gerne so und so – was man gestern gegessen hat, usw. Das ist wirklich ja frustrierend. (MA 7 E, Pos. 4)

Das bürokratische System wird dabei nicht als unterstützende Struktur wahrgenommen, sondern als ein undurchsichtiger Filter, der hohe Anforderungen an Wissen, sprachliche Sicherheit und psychische Stabilität stellt und somit besonders vulnerable Personen benachteiligt (vgl. auch Kapitel 6.2.1 und 6.2.13). So meint eine betroffene Transgenderperson:

> Und ich habe alles, die Gesetzestexte alles gelesen, ich muss beim ersten Anlauf gleich alles richtig machen. (MA 6 A, Pos. 12)

> Der meinte, das sei nur bei mir gewesen, dass das so gut geklappt hätte. Ich habe mich auch darauf vorbereitet, habe nichts verheimlicht, nichts versteckt. (MA 6 A, Pos. 8)

Diese Erfahrungen zeigen deutlich wer keine umfassende Eigenrecherche betreibt oder über relevante Ressourcen verfügt, riskiert Verzögerungen, Ablehnungen oder unnötige Wiederholungen. Bürokratie wird somit zu einer Form indirekten Gatekeepings, die sich mit anderen strukturellen Barrieren wie Sprache (6.2.1), Migration (6.2.16) und finanzieller Belastung (6.2.13) überschneidet.

Emotionale Belastung durch institutionelle Abläufe

Neben organisatorischen Hürden berichten die Interviewten auch von erheblichen psychischen Belastungen durch den Umgang mit administrativen Stellen. Wiederholte „Begründungspflichten“, das Einreichen sensibler Dokumente und die häufige Konfrontation

mit veralteten Daten, wie dem früheren Vornamen oder Geschlecht, werden als entwürdigend erlebt. Insbesondere dann, wenn sie in unpersönlichen oder automatisierten Kontexten erfolgen. Beispielsweise meinte eine betroffene Transgenderperson:

> D.h. verschiedene wussten nicht, in welche Kategorie sie mich stecken sollten, und da musste ich dann immer erklären, was läuft usw. (MA 2 J, Pos. 36)

In solchen Situationen kommt es zu einem strukturellen „administrativen Outing", das nicht nur eine praktische Hürde darstellt, sondern auch das Gefühl vermittelt, institutionell nicht anerkannt zu sein.

Hinzu kommt das Gefühl institutioneller Kontrolle, etwa wenn die Entscheidung über medizinische Maßnahmen an implizite Verhaltensanforderungen geknüpft ist, etwa, „brav" zu sein oder sich nicht zu „widersetzen". Diese Zuschreibungen verdeutlichen eine Asymmetrie, in der sich Betroffene nicht als selbstbestimmte Nutzer*innen, sondern als Objekte behördlicher Bewertung erleben. Weiterhin meinte die betroffene Transgenderperson:

> Zweitens war das noch ganz am Anfang, d.h. null Selbstsicherheit, und man macht einfach dann alles schön brav, weil du weißt, dass die Person entscheidet, ob man weitermachen kann oder nicht. (MA 2 J, Pos. 12)

Vorschläge zur Vereinfachung

Trotz aller Kritik zeigen viele Interviewpartner*innen auch konstruktive Perspektiven. Besonders häufig wird der Wunsch nach einer digitalen Plattform geäußert, die Informationen, Anträge und Rückerstattungen übersichtlich bündelt und standardisierte Abläufe ermöglicht. Eine betroffene Transgenderperson meinte:

> Es ist jetzt nicht so, dass es eine Website gibt von ihnen, einfach ein Guide, wo alles drinsteht, […] da hätte ich mir eine Anlaufstelle gewünscht. (MA 2 J, Pos. 22)

Auch die Idee europaweit einheitlicher Formulare oder Antragsprozesse wird mehrfach erwähnt.

Diese Vorschläge zeigen deutlich, dass Transpersonen über detailliertes Erfahrungswissen verfügen, das für die Gestaltung diskriminierungssensibler Strukturen genutzt werden könnte,

bislang jedoch institutionell kaum Berücksichtigung findet. Eine betroffene Transgenderperson kritisierte:

> Also ich kenne sicher so zwischen 15–20 Transleute, die hören uns nicht zu, wenn wir Sachen sagen. (MA 8 R, Pos. 16)

Außerdem hervorgehoben wird der Mangel an klar strukturierten Einstiegsinformationen. So beschreibt eine betroffene Transperson:

> Ich finde, es müsste irgendwie so eine, keine Ahnung, von jeder Misère gibt es irgendeine Broschüre, aber davon gibt es irgendwie nichts. Ich hätte mir gewünscht, es würde so eine Art Leitfaden geben: Was muss ich machen, was brauche ich alles? (MA 2 J, Pos. 22)

Die Forderung nach transparenter Kommunikation, digitaler Barrierefreiheit und der systematischen Einbindung von Betroffenenperspektiven verweist auf einen grundlegenden Wandel institutioneller Praxis. Weg von selektiver Verantwortungsdelegation hin zu einer partizipativen Gesundheitsverwaltung.

6.2.3 Psychiatrische Anforderungen

Ein zentrales Spannungsfeld innerhalb der medizinischen Versorgung von Transgenderpersonen in Luxemburg betrifft die Rolle psychiatrischer Begutachtung im Transitionsprozess. Während einige Interviewte psychologische Begleitung als hilfreich wahrnahmen, schildert die Mehrheit der Befragten die psychiatrische Einschätzung primär als institutionelle Zugangsvoraussetzung, unabhängig vom individuellen Bedarf. Die psychiatrische Bewertung wird folglich nicht als freiwilliges Unterstützungsangebot, sondern als formalisierte Hürde erlebt, die die Selbstbestimmung einschränkt und medizinische Maßnahmen verzögert.

Psychiatrische Betreuung als strukturelle Bedingung

In nahezu allen Interviews zeigt sich, dass psychiatrische Gutachten in Luxemburg als Voraussetzung für medizinische Eingriffe, insbesondere Hormontherapie und Operationen, eingefordert werden. Dabei steht nicht therapeutische Begleitung im Zentrum, sondern eine administrative Absicherung: Nur bei „positivem Gutachten“ kann der Transitionsprozess in der Regel fortgeführt werden. Eine betroffene Transgenderperson erläutert:

> Vor allem müssen wir einen Psychiater aufsuchen, nur um Zugang zur grundlegendsten Behandlung zu bekommen, nämlich der Hormontherapie. (MA 9 M, Pos. 5)

Diese Praxis wird vielfach als Ausdruck institutionellen Misstrauens gewertet: Transpersonen müssen ihre psychische Stabilität nachweisen, um überhaupt als behandlungswürdig zu gelten. Der psychiatrische Prozess wird somit weniger als Hilfe, sondern als Gatekeeping-Instrument erlebt. Die betroffene Person beschreibt weiter:

> Das ist ein Wort, das ich bisher noch nicht benutzt habe, und ich finde es sehr wichtig: Es ist Gatekeeping. Wir werden blockiert. (MA 9 M, Pos. 37)

Eine gesetzliche Verpflichtung zur psychiatrischen Begutachtung besteht in Luxemburg nicht. Vielmehr basiert die Anforderung auf internen Richtlinien der CNS, wie sie etwa in Anhang C der Leistungsrichtlinien festgelegt ist (vgl. Rosa Lëtzebuerg, 2023). Das bedeutet, dass die Einholung eines psychiatrischen Gutachtens faktisch Voraussetzung ist, rechtlich jedoch nicht kodifiziert ist. Diese Grauzone verstärkt das Gefühl von Unsicherheit und Abhängigkeit. Im Folgenden wird der Begriff „psychiatrische Beurteilungs- oder Begutachtungspflicht“ verwendet, um jene Praxis zu beschreiben, bei der medizinische Maßnahmen im Rahmen der Transition regelmäßig vom Vorliegen eines solchen Gutachtens abhängig gemacht werden, auch wenn diese Verpflichtung nicht gesetzlich verankert ist.

In Verbindung mit der Kernkategorie zeigt sich eine spezifische Form struktureller Unsichtbarkeit. Während die psychische Gesundheit Transpersonen sichtbar gemacht und überprüft wird, bleibt ihre individuelle Entscheidungskompetenz systematisch ausgeblendet.

Kritik an der Begutachtungspflicht

Die Verpflichtung zu psychiatrischer Begleitung wird von vielen Befragten nicht nur als formale Voraussetzung, sondern eben auch als psychisch belastender Prozess erlebt. Mehrfach wird von einem Gefühl der Entmündigung berichtet. Die eigene Geschlechtsidentität müsse immer wieder begründet, erklärt und damit indirekt legitimiert werden. Eine betroffene Transgenderperson kritisiert deutlich:

> Wir müssen ein volles Jahr lang von einem Psychiater beobachtet werden, bevor dieser entscheidet, dass wir bereit sind, Hormonbehandlungen zu erhalten. Das ist

> infantil, entmündigend und nimmt uns die Kontrolle über unsere eigenen Körper. (MA 9 M, Pos. 5)

Auch aus Sicht medizinischer Fachpersonen wird die Begutachtung als ein aufwendiger und voraussetzungsreicher Prozess beschrieben, der über den individuellen Wunsch hinausgeht. Ein befragter Gynäkologe schildert:

> Das ist ein relativ harter psychiatrischer Weg, der hinter sich gebracht werden muss, bis dann wirklich die Zertifizierung vom Psychiater kommt, dass dem Patienten tatsächlich auf psychiatrischer Basis in diese Richtung geholfen werden soll.“ (MA 3 P, Pos. 10).

Damit geht bei vielen Betroffenen das Empfinden einher, sich in einem strukturell verankerten Bewährungsprozess zu befinden, bei dem nicht das individuelle Wohl im Fokus steht, sondern die Übereinstimmung mit bestimmten normativen Erwartungen. Diese Dynamik verweist auf eine symbolische Kontrollfunktion psychiatrischer Gutachten. Sie sind Teil eines Systems, das nicht transparent kommuniziert wird, aber entscheidend über Behandlungsverläufe mitbestimmt, ein klassisches Merkmal institutioneller Intransparenz im Sinne struktureller Unsichtbarkeit.

Inkonsistenz im System

Zusätzlich zur grundsätzlichen Kritik beschreiben viele Interviewte eine uneinheitliche Praxis bei der Umsetzung psychiatrischer Anforderungen. Während einige von klaren Vorgaben sprechen, berichten andere von flexiblen Empfehlungen, je nach Fachperson. So meinte eine betroffene Transgenderperson:

> Es fing an mit psychiatrischer Begleittherapie, das ist eine der Bedingungen, das ist vorgeschrieben. Mindestens ein Jahr Begleittherapie. (MA 6 A, Pos. 14)

Dem widerspricht eine Psychiaterin:

> Das ist in Luxemburg eigentlich nicht erforderlich. Das muss nur von Psychiatern beschrieben werden, dass da keine andere psychische Erkrankung da ist. (MA 10 G, Pos. 12)

Diese Inkonsistenz erzeugt nicht nur Verunsicherung, sondern auch Ungleichheit. Der Zugang zu medizinischer Versorgung hängt stark davon ab, an welche Fachperson man gerät. Das System erscheint dadurch weniger als rechtsstaatlich geregelt, sondern als personenabhängige Verhandlungssache, eine Erfahrung, die sich mit anderen Kategorien wie interdisziplinärer

Zusammenarbeit (Kap. 6.2.5) oder Informationsversorgung (Kap. 6.2.15) überschneidet. Eine betroffene Transgenderperson berichtet:

> Mein Psychiater war relativ kooperativ, er meinte auch, ich sehe hier gar kein Problem bei dir [...] auf jeden Fall musste ich nicht jede Woche dahin laufen. (MA 7 E, Pos. 4)

Funktionalisierung psychiatrischer Gutachten

Einige Befragte haben Verständnis für ein solches Gutachten gezeigt, da es als Legitimation medizinischer Entscheidungen und dem Schutz vor juristischen Risiken dient, etwa bei möglichen späteren Klagen oder Rücktransitionen. Eine Psychiaterin erklärt:

> Und deswegen ist es so, dass man als Arzt sicher sein sollte, dass diese Person erstmal stabil ist [...] es kann auch passieren, dass die Ärzte verklagt wurden, weil die Person sagt: Ich habe das in einer Krise entschieden. (MA 10 G, Pos. 12)

Qualität und Verfügbarkeit psychiatrischer Versorgung

Neben der strukturellen Funktion äußern sich die Interviewten auch zur konkreten Qualität psychiatrischer Betreuung. Die Berichte reichen von positiven Erfahrungen mit engagierten Fachpersonen bis hin zu Frustration über mangelnde Kompetenz und fehlende Sensibilität. So beschreibt eine betroffene Person ihre Erfahrungen:

> Ok, manchmal, er ist 2 oder 3x in den Sitzungen ein bisschen eingenickt und generell weiß er, glaube ich, nicht von einer Session zur nächsten, worüber man gesprochen hat. (MA 8 R, Pos. 4)

Zudem zeigt sich ein Mangel an Fachkräften mit Expertise in transspezifischer Versorgung. Viele berichten von langen Wartezeiten, fehlender Wahlfreiheit und unpassenden Therapieansätzen. So meinte beispielsweise eine betroffene Transgenderperson:

> Viele Ärzte kennen sich mit der Thematik nicht aus, d.h. sie behandeln dich schon für andere Sachen, aber nicht was dann mit Transgender zu tun hat. Ehm d.h. die Auswahl ist ziemlich begrenzt und man ist halt gezwungen bei einem Arzt zu bleiben auch wenn man jetzt nicht so zufrieden ist. (Transkript MA 2 J, Pos. 12)

Zwar gibt es einzelne Fachpersonen, die durch Eigeninitiative oder Weiterbildung versuchen, diese Lücke zu schließen. Doch ihre Bemühungen können den strukturellen Mangel nicht kompensieren. Ein Aspekt, der sich auch in anderen Kategorien wie interdisziplinärer Zusammenarbeit (Kap. 6.2.5) und politischer Verantwortung (Kap. 6.2.4) widerspiegelt.

6.2.4 Politische Verantwortung

Ein zentrales Querschnittsthema der Interviews ist die Wahrnehmung politischer Untätigkeit im Bereich der transspezifischen Gesundheitsversorgung in Luxemburg. Die Interviewten berichten übereinstimmend, dass strukturelle Barrieren nicht nur auf organisatorische oder individuelle Faktoren zurückzuführen seien, sondern Ausdruck eines tieferliegenden politischen Versagens sind. Die in Kapitel 6.1 beschriebene strukturelle Unsichtbarkeit zeigt sich hier als Folge ausbleibender Steuerung, fehlender Verantwortung und mangelnder Priorisierung durch politische Entscheidungsträger*innen.

Politische Inaktivität

Viele Interviewte schildern das Gefühl, von der Politik systematisch übersehen zu werden. Transgesundheit erscheine als Randthema ohne strategische Verankerung in gesundheits- oder sozialpolitischen Agenden. Es fehle an Zuständigkeiten, gezielten Programmen oder ressortübergreifender Koordination. Anliegen würden häufig zwischen Institutionen, etwa der CNS, dem Gesundheitsministerium oder der Ärztekammer, hin und her verwiesen, ohne dass konkrete Maßnahmen folgten. Eine betroffene Transgenderperson betont:

> Es fehlt schlicht und einfach der politische Wille. Das ist der Kern der Sache. Politiker kümmern sich nicht genug. Wir sind einfach nicht wichtig genug oder eine zu kleine Community, um einen Unterschied zu machen. (MA 9 M, Pos. 22)

Diese Erfahrung erzeugt bei vielen ein Gefühl struktureller Enttäuschung. Die geringe politische Resonanz auf transspezifische Themen wird nicht als unbewusste Nachlässigkeit, sondern als Ausdruck einer systemischen Entwertung erlebt.

Fehlende Richtlinien

Ein wiederkehrender Kritikpunkt ist das Fehlen verbindlicher gesetzlicher Regelungen und standardisierter Richtlinien im medizinischen Bereich.

Die fehlende Kodierung geschlechtsangleichender Maßnahmen im nationalen Leistungskatalog der CNS sorgt für Unsicherheit auf Seiten von Fachpersonal wie auch Patient*innen. Ein Gynäkologe erklärt:

> Die CNS macht ihren Job. Das sind Anwender. Wenn da steht, das dürfen wir nicht, dann dürfen wir das nicht. Da muss ein Gesetz von höher kommen, was die Krankenkasse entlastet in der Entscheidungsfindung. (MA 3 P, Pos. 20)

Zwar wird die Änderung des Personenstandsgesetzes im Jahr 2018, *Loi du 10 août 2018 relative à la modification de la mention du sexe et du ou des prénoms à l'état civil et portant modification du Code civil* (Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg, 2018) als positiver Schritt anerkannt, doch herrscht Konsens darüber, dass diese Reform nicht ausreicht. Gerade im Bereich medizinischer Leistungen, ihrer Finanzierung und institutionellen Zuständigkeiten fehle es weiterhin an gesetzlich geregelten Standards.

Reformvorschläge

Viele Interviewte formulieren konkrete Reformvorschläge, etwa die Einrichtung eines interdisziplinären Kompetenzzentrums, in dem medizinische, psychologische und sozialrechtliche Leistungen gebündelt werden. Auch eine standardisierte Kostenübernahme, die Integration transspezifischer Themen in die medizinische Aus- und Fortbildung (vgl. Kap. 6.2.14), sowie die Schaffung klarer Leitlinien werden als zentrale Handlungsfelder benannt. So kritisiert ein Urologe:

> Es besteht kein standardisiertes Feld, wo X Leute automatisch miteinander Austausch durchführen, um da ein Feld zu schaffen, um Transgenderpersonen zu behandeln. (MA 5 F, Pos. 12)

Darüber hinaus wird die Notwendigkeit betont, politische Steuerungsinstrumente gezielt zur Bedarfsanalyse und Qualitätssicherung einzusetzen. Der befragte Urologe fordert weiter:

> Und das ist ein Aufruf, den ich an die Politik hätte und an die Instrumente, die von der Politik dirigiert und eingesetzt werden. Denn als erstes muss man erstmal kucken, was bei uns los ist, was läuft, was läuft nicht, und sich dann mit den Resultaten an die Mediziner wenden. (MA 5 F, Pos. 34)

Zentrale Forderungen betreffen außerdem die Finanzierung und politische Absicherung transspezifischer Leistungen, Themen, die eng mit Kapiteln zu Bürokratie (6.2.2), Kostenübernahme (6.2.13) und interdisziplinärer Zusammenarbeit (6.2.5) verknüpft sind. Der befragte Urologe merkt dazu an:

> Die Frage ist natürlich wieder: Ist der Arbeitgeber oder die CNS oder die Institution, die für die Finanzierung zuständig ist, bereit, dafür Geld auszugeben? Und das ist eine ganz andere Geschichte. (MA 5 F, Pos. 16)

Politische Unsichtbarkeit

Im Anschluss an die Kernkategorie dieser Arbeit wird deutlich: Strukturelle Unsichtbarkeit ist nicht nur das Ergebnis mangelnder Sichtbarkeit im Alltag, sondern Ausdruck eines systemischen Nicht-Handelns. Die fehlende politische Verbindlichkeit erzeugt nicht nur Unklarheit, sondern stabilisiert einen Status quo, in dem Transpersonen dauerhaft als Sonderfälle behandelt werden, ohne institutionelle Einbindung, ohne strukturelle Absicherung. Eine betroffene Transgenderperson bringt es auf den Punkt:

> Denn es gibt Ärzte, es gibt Patienten, es gibt das Geld – aber es gibt keinen politischen Willen. (MA 9 M, Pos. 20)

Dabei zeigen die Interviews, dass trans Personen keineswegs sprachlos oder passiv sind. Vielmehr verfügen sie über differenzierte Erfahrungen, Analysen und konkrete Reformvorschläge. Die Herausforderung liegt nicht in einem Mangel an Artikulation, sondern in der politischen Bereitschaft, diese Erkenntnisse ernst zu nehmen und umzusetzen.

6.2.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Ein zentrales strukturelles Defizit, das sich durch viele Interviews zieht, ist der Mangel an koordinierter, interdisziplinärer Zusammenarbeit im Kontext der transspezifischen Gesundheitsversorgung in Luxemburg. Zwar existieren medizinische, psychologische, sozialrechtliche und beratende Angebote, doch diese sind nur selten systematisch miteinander verbunden. Im Sinne der Kernkategorie zeigt sich, obwohl Transpersonen in unterschiedlichen Versorgungskontexten individuell sichtbar sind, bleibt ihre medizinische Begleitung als zusammenhängender Prozess strukturell unverbunden. Eine Form der Unsichtbarkeit, die durch fehlende Versorgungslogik bedingt ist.

Informelle Netzwerke zwischen Fachpersonen

Einige Interviewte berichten von positiven Erfahrungen mit vernetzten Fachpersonen, die im Einzelfall eine koordinierte Begleitung ermöglichten. Diese funktionierende Zusammenarbeit basierte jedoch nicht auf institutionellen Strukturen, sondern auf persönlichem Engagement und gewachsenen Beziehungen. Luxemburgs überschaubare Fachlandschaft kann hierbei unterstützend wirken, da informelle Kontakte vergleichsweise leicht gepflegt werden können. Ein befragter Gynäkologe berichtet:

> Wir haben hier den Vorteil vom kleinen Land. Das heißt, wir kennen uns fast alle untereinander und wir wissen, wer erstens eine Formation und zweitens den Willen von der Transgenderchirurgie hat. Und dann vernetzt man sich effektiv. Das läuft relativ gut. (MA 3 P, Pos. 22)

Allerdings sind diese Netzwerke nicht öffentlich zugänglich und stark personenabhängig. Wer nicht über die nötigen Kontakte verfügt, sei es als Patientin oder Behandlerin, bleibt häufig außen vor. Die Koordination ist damit nicht als systemische Leistung verfügbar, sondern ein Glücksfall, der von Zufällen und individuellen Initiativen abhängt. So erklärt die befragte plastische Chirurgin:

> Ich würde sagen, wir arbeiten relativ gut zusammen, aber was uns fehlt – ganz klar – das ist eine Assoziation. Also z. B. in Frankreich oder auch in Holland reden wir von multidisziplinären Teams. (MA 1 S, Pos. 21)

Dadurch fällt es meist den Betroffenen selbst zu, ihre Versorgung zu organisieren, Informationen weiterzuleiten und passende Anschlussstellen zu finden.

Bedeutung von Weiterleitungen

Ein zentraler Erfolgsfaktor ist die Bereitschaft einzelner Fachpersonen, aktiv weiterzuleiten und Verantwortung über die eigene Disziplin hinaus zu übernehmen. Wo gezielte Weitervermittlungen stattfinden, etwa zwischen Hausärzt*innen und Endokrinolog*innen, zwischen Psychotherapeut*innen oder chirurgischen Einrichtungen, erleben die Interviewten eine deutliche Entlastung. Die befragte plastische Chirurgin betont:

> Aber wir kennen uns, also wissen, wo wir wen hinschicken. Das ist ganz klar. Und wir können uns anrufen, wenn noch irgendwas ist. (MA 1 S, Pos. 21)

Wunsch nach Koordination

Nahezu alle Interviewten äußern den Wunsch nach strukturell abgesicherter Zusammenarbeit, in Form eines interdisziplinären Kompetenzzentrums oder digitaler Plattformen zur Koordination medizinischer, psychologischer und administrativer Leistungen. Solche Modelle werden nicht nur als effizienter, sondern auch als würdevoller wahrgenommen. Sie nehmen den Betroffenen die Last der Eigenorganisation ab und ermöglichen eine proaktive Begleitung durch das System selbst. Der befragte Gynäkologe formuliert es folgendermaßen:

> Ich denke, dass man versuchen müsste, das zu zentralisieren. Ganz klare Sache. Dass da die Leute, die gewillt sind auf dem Terrain, das zu machen – das richtig zu machen im Alltag – dass das nicht anders geht als zu zentralisieren. (MA 3 P, Pos. 24)

Dieser Wunsch ist eng mit Reformforderungen aus anderen Kategorien verknüpft, wie zur politischen Verantwortung (6.2.4), zu standardisierten Verfahren (6.2.13) und zur Fortbildung medizinischen Fachpersonals (6.2.14). Er unterstreicht, dass strukturelle Unsichtbarkeit nicht durch punktuelle Sichtbarkeit kompensiert werden kann, sondern institutionelle Antworten auf komplexe Versorgungsrealitäten erfordert.

6.2.6 Kritik an normativer Versorgung

Einige Interviewte äußern deutliche Kritik an der Standardisierung medizinischer Transitionspfade in Luxemburg. Die Versorgung erscheine oft als schematisiert und orientiere sich an normativen Annahmen darüber, wie eine Transition abzulaufen habe. Dabei blieben individuelle Unterschiede und Bedarfe weitgehend unberücksichtigt. So kritisiert eine betroffene Transgenderperson:

> Also ich hätte schon gerne, dass das Gesundheitssystem ein bisschen offener ist in Bezug auf die individuellen Bedürfnisse von Transpersonen. Also es erscheint mir schon, dass das System ist einfach Standard, eine Transperson braucht die Genitaloperation, den Brustaufbau das war’s, oder die Entnahme der Brust und die

> Phalloplastie bei den Transmännern und damit hat's sich. Das sind viele, viele Nuancen, die eigentlich von dem System hier komplett ignoriert werden. (MA 8 R, Pos. 8)

Diese Kritik betrifft sowohl operative Standardpfade als auch hormonelle Behandlungsschemata, die aus Sicht der Betroffenen zu wenig Raum für individuelle Anpassung lassen. So beschreibt die betroffene Person weiter:

> Also ich, für mich, das größte Problem mit der CNS ist die Einstellung: jede Transperson braucht Genitaloperation und Brust-OP und damit hat's sich, und das ist nicht so. (MA 8 R, Pos. 12)

> Also da gibt es genügend Evidence dafür, dass jede Person das eigentlich relativ individuell benötigt, damit die Levels dann im Blut, was untersucht wird, dass die passen und dass aber auch die Person sich gut fühlt. (MA 8 R, Pos. 4)

Diese Erfahrungen zeigen, dass strukturelle Unsichtbarkeit auch dort entsteht, wo nur eine bestimmte Vorstellung von Transidentität institutionell anerkannt wird, und individuelle Varianten aus dem Raster fallen.

6.2.7 Pandemiebedingte Versorgungslücken

Die Covid-19-Pandemie hatte spürbare Auswirkungen auf die medizinische und psychosoziale Versorgung von Transpersonen. Mehrere Interviewte berichten von Verzögerungen, Terminabsagen und einer allgemeinen Verlangsamung von Behandlungsprozessen. Ein interviewter Gynäkologe meint:

> Die Coronakrise hat alles verlangsamt, alles, auch das. Es war keine Ruhe für diese Diskussionen da, es war kein Geld für diese Diskussionen da. (MA 3 P, Pos. 35)

Neben praktischen Hürden berichten einige auch von sozialer Isolation, Unsicherheit und inneren Konflikten. Für einzelne Personen wurde die Pandemie sogar zum Auslöser einer intensiveren Auseinandersetzung mit der eigenen Identität. Eine betroffene Transgenderperson schildert:

> Corona hat einfach irgendwie einen Schalter umgelegt, dass ich mir dachte, ich kann einfach nicht mehr davor weglaufen. (MA 7 E, Pos. 2)

Gleichzeitig führten die neuen Bedingungen auch zu alternativen Wegen der Informationsbeschaffung und Hilfe. Eine weitere betroffene Person ergänzt:

> Dann habe ich mich informiert über Selbsthilfegruppen […] die danach durch Covid über Teams online waren […] und da habe ich mir so schnell es ging einen Termin bei einer Psychiaterin genommen. (MA 6 A, Pos. 2)

Die Pandemie wirkt damit in den Interviews sowohl als Hemmnis wie auch, in Einzelfällen, als Katalysator persönlicher Prozesse.

6.2.8 Psychische Belastungen

Die Interviews zeigen eindrücklich, dass der Transitionsprozess für viele Transpersonen mit erheblichen psychischen und emotionalen Belastungen verbunden ist. Diese resultieren nicht primär aus der Geschlechtsidentität selbst, sondern aus der Konfrontation mit strukturellen Barrieren, fehlender Anerkennung und gesellschaftlichem Druck.

Genderdysphorie

Mehrere Interviewte berichten davon, bereits früh ein Gefühl der Fremdheit im eigenen Körper wahrgenommen zu haben, jedoch oft ohne Sprache, Vorbilder oder gesellschaftliche Begriffe, um diese Erfahrung einordnen zu können. So meinte eine betroffene Person:

> Hatte aber auch demnach nicht gemerkt, dass ich im falschen Körper geboren war, weil ich auch nicht damit konfrontiert war. (MA 7 E, Pos. 2)

Das Ausbleiben von trans-spezifischen Deutungsmustern führte häufig zu Verdrängung und Anpassung an gesellschaftliche Erwartungen. So beschreiben betroffene Transgenderpersonen ihre Erfahrungen;

> Trotz meiner Unzufriedenheit in der Pubertät habe ich angefangen, mich zu benehmen wie meine männlichen Schulfreunde, und das hat auch geklappt. (MA 6 A, Pos. 2)

> Habe versucht das Ganze zu verdrängen und das Gegenteil 2019 – und eben dann ging’s nicht mehr. (MA 8 R, Pos. 2)

Genderdysphorie wird dabei nicht nur als innerer Konflikt, sondern als Folge gesellschaftlicher Unsichtbarkeit verstanden.

Psychische Belastung durch strukturelle Hürden

Auch nach dem Coming-out setzt sich die emotionale Belastung vielfach fort, insbesondere durch Wartezeiten, bürokratische Anforderungen, Gutachtenpflichten und Unsicherheit über den weiteren Verlauf. Viele schildern Zustände von Erschöpfung, Depression oder Angst, die durch das System selbst erzeugt oder verschärft werden. So sagte eine betroffene Transgenderperson:

> Es ist wirklich anstrengend, weil es belastet einen ja schon, wenn man den Weg geht, weil man nicht in dem Körper geboren wurde, wie man das gerne gehabt hätte – und dann muss man immer wieder kämpfen, sich immer wieder erklären. (MA 7 E, Pos. 18)

Gleichzeitig berichten einige, dass medizinische Maßnahmen, etwa Hormontherapie oder Operationen, stabilisierend auf das psychische Wohlbefinden wirken können. Eine betroffene Person betont:

> Glaub mir, Hormone können für unsere psychische Gesundheit einen riesigen Unterschied machen, allein schon, weil sie beginnen, unsere Körper zu verändern. (MA 9 M, Pos. 37)

Coming-out als emotionaler Wendepunkt

Trotz der Belastungen beschreiben viele ihr Coming-out als tiefen emotionalen Einschnitt, verbunden mit Befreiung, Selbstbestimmung und dem Beginn eines neuen Lebensabschnitts. Eine betroffene Transgenderperson erinnert sich:

> Aber dieses eine Mal habe ich den Mund wirklich aufbekommen, habe ihr gesagt, wie ich mich fühle [...] das war dann bis dahin das schönste Erlebnis in meinem ganzen Leben. (MA 6 A, Pos. 2)

> So wie sich das gehört, und so bin ich glücklich und zufrieden. Und ich bin mir das jeden Tag bewusst, ich habe mein Lebensziel erreicht. (MA 6 A, Pos. 2)

Die Berichte verdeutlichen, dass psychische Stabilität durch eine affirmierende Transition nicht nur möglich, sondern oft essenziell ist, sofern sie nicht durch strukturelle Hürden untergraben wird.

Emotionale Reaktionen auf Barrieren

Viele Interviewte reagieren emotional auf die systemischen Hürden, denen sie im Alltag begegnen, mit Wut, Frustration, Angst oder Resignation. So berichten betroffene Transgenderpersonen:

> Und die Tatsache, dass man uns warten lässt, macht mich wahnsinnig. Es macht mich wahnsinnig, ich bin so wütend. (MA 9 M, Pos. 37)

> Ich hatte Angst, jemand würde sagen, das stimmt nicht, du lügst. [...] Und ja, man fühlt sich unsicher. (MA 2 J, Pos. 23)

Die emotionale Belastung resultiert hier weniger aus der Identität selbst, sondern aus der ständigen Infragestellung durch ein System, das strukturell nicht auf die Lebensrealitäten von Transgenderpersonen eingestellt ist.

6.2.9 Soziale Beziehungen

Soziale Beziehungen spielen im Transitionsprozess eine zentrale Rolle. Sie können stabilisieren, entlasten oder im Gegenteil auch belasten. Die Interviews zeigen, dass familiäre Unterstützung, partnerschaftliche Nähe und Akzeptanz im sozialen Umfeld entscheidend zum psychischen Wohlbefinden beitragen. Gleichzeitig wird deutlich, dass soziale Dynamiken selten systematisch mitgedacht oder institutionell begleitet werden.

Familiäre Unterstützung

Viele Interviewte berichten von stabiler familiärer und partnerschaftlicher Unterstützung. Diese wirkt als emotionale Ressource, die hilft, strukturelle Hürden und gesellschaftliche Herausforderungen zu bewältigen. Die Rolle von Partner*innen, Eltern oder Geschwistern wird dabei besonders hervorgehoben. So meinte eine betroffene Person:

> Meine gesamte Familie lebt in Portugal, sie waren in jedem Fall sehr unterstützend, sodass es ohnehin in Ordnung gewesen wäre. (MA 9 M, Pos. 33)

Gleichzeitig wird diese Unterstützung als Glücksfall beschrieben, und nicht als Selbstverständlichkeit. Fehlt ein unterstützendes soziales Umfeld, sind viele auf sich allein

gestellt, auch in medizinisch belastenden Situationen wie postoperativen Phasen im Ausland. Eine betroffene Person zeigt sich dankbar für die familiäre Unterstützung:

> Und ich habe großes Glück, dass meine Schwester mitkommt – sie hat sich freiwillig gemeldet, mich zu unterstützen. Aber es gibt Menschen, die nicht die Möglichkeit haben, eine Verwandte oder einen Freund mitzunehmen. […] Denn nicht jeder hat so viel Glück wie ich. (MA 9 M, Pos. 21)

Gesellschaftliche Erwartungen

Mit der Transition verändern sich nicht nur Körper und Dokumente, sondern auch soziale Rollen. Viele berichten davon, dass sich ihre Position im sozialen Gefüge verschiebt, etwa im Familienalltag, im Freundeskreis oder am Arbeitsplatz. So reflektiert eine betroffene Person:

> Ich bin nicht so wie meine Tochter oder meine Frau im Kleidungsstil, aber trotzdem haben wir sehr viele Überschneidungen, und das ist schon ein bisschen ungewohnt für sie, plötzlich vom Papa irgendwelche Kleidervorschläge zu bekommen, ja das ist halt so. (MA 8 R, Pos. 2)

Die Auseinandersetzung mit neuen oder sich wandelnden Rollen ist häufig nicht konfliktfrei. Es fehlen gesellschaftlich etablierte Narrative für die Verortung von Transpersonen in elterlichen, partnerschaftlichen oder beruflichen Kontexten. Besonders herausfordernd ist es, wenn äußere Zuschreibungen im Widerspruch zum eigenen Selbstbild stehen. So meinte die betroffene Person weiter:

> Die sehen mich auch als Mann an, trotz Kleidung, trotz dem Äußerlichen, und das hilft natürlich nicht. Also das ist schon – an manchen Tagen verkrafte ich das, dann passiert das zweimal, dreimal und das macht mir nichts. Und an anderen Tagen, da passiert das einmal und dann wirft mich das um. (MA 8 R, Pos. 6)

Diese Aussagen zeigen, dass individuelle Sichtbarkeit keine Garantie für soziale Anerkennung ist. Die soziale Realität von Transpersonen bleibt in vielen Kontexten brüchig. Nicht aufgrund mangelnder Identität, sondern weil gesellschaftliche und institutionelle Strukturen ihre sozialen Beziehungen nicht mitdenken.

6.2.10 Altersspezifische Aspekte

Die Interviews zeigen, dass Alter und Lebensphase den Transitionsprozess maßgeblich beeinflussen, sowohl im Hinblick auf Versorgungspfade als auch auf das individuelle Erleben. Während junge Transpersonen oft von zunehmender gesellschaftlicher Offenheit profitieren, fehlen ihnen häufig Ressourcen, Netzwerke oder langfristige Stabilität. Ältere Transpersonen hingegen erleben sich vielfach als „nicht vorgesehen“ im System. Ihre Bedürfnisse werden medizinisch, sozial und politisch kaum mitgedacht.

Spezifische Bedürfnisse

Ein wiederkehrendes Motiv ist das Gefühl, mit fortgeschrittenem Alter nicht in bestehende Versorgungslogiken zu passen. Viele schildern, dass ihre Bedürfnisse, etwa nach nicht-invasiven Maßnahmen, altersgerechter Hormontherapie oder affirmativer Begleitung, nicht berücksichtigt werden. Eine ältere Transfrau stellt fest:

> Dass da die Bedürfnisse sehr unterschiedlich sind, individuell sehr stark von dem Alter abhängen. (MA 8 R, Pos. 8)

> Und man könnte hier vielleicht schon argumentieren Gleichberechtigung, bei einer Transfrau, die erst später die Transition macht und sie schon eine männliche Glatze hat, dass man da vielleicht schon etwas machen könnte. (MA 8 R, Pos. 4)

In den Erzählungen wird deutlich, dass insbesondere für ältere Transfrauen Aspekte wie Gesichtshaarentfernung, Stimmtraining oder Alltagstauglichkeit relevanter sind als Operationen. Das bestehende System ist jedoch stark auf chirurgische Eingriffe und normative Transitionspfade ausgerichtet. Dies führt zu einem Ausschluss ganzer Gruppen.

Verschiedene Lebensphasen

Alter beeinflusst nicht nur den körperlichen Umgang mit Hormontherapie oder Operationsrisiken, sondern auch die emotionale und soziale Perspektive auf Transition. Biografische Erfahrungen, Partnerschaften, Elternrollen und berufliche Situationen prägen die medizinischen Entscheidungen älterer Personen maßgeblich. So schildert eine betroffene Transfrau:

> Für mich einer der größten Probleme ist mein Bartwuchs. […] Ich bin nicht jetzt so 100 % jetzt, dass ich jetzt unbedingt Genitaloperationen haben will und jetzt unbedingt Brustaufbau haben will. Natürlich wäre es sehr schön, aber das ist jetzt nicht meine Priorität. Und da bin ich eigentlich wie sehr viele ältere, speziell Transfrauen, wo das nicht unbedingt sein muss. […] Ich habe immer auch irgendwo meine Ehefrau noch im Kopf. Das ist auch immer noch ein weiterer Schritt in unserer Beziehung, wo ich fürchte, dass sich danach was ändert. (MA 8 R, Pos. 4)

Die strukturelle Unsichtbarkeit älterer Transpersonen liegt nicht nur im Fehlen spezifischer Angebote, sondern in einer impliziten Altersnorm. Transition gilt vielfach als Projekt junger Menschen. Damit geraten ältere Personen aus dem Fokus, obwohl ihre Perspektiven ebenso komplex, dringlich und berechtigt sind.

6.2.11 Stigmatisierungserfahrungen

In den Interviews wird deutlich, dass Stigmatisierungserfahrungen für viele Transpersonen nach wie vor zum Alltag gehören, auch wenn diese nicht immer in Form offener Diskriminierung auftreten. Vielmehr zeigt sich Stigma häufig als subtile Ablehnung, Vorurteil oder distanzierte Irritation, sei es im Kontakt mit medizinischem Personal, in öffentlichen Einrichtungen oder im gesellschaftlichen Diskurs. Die strukturelle Unsichtbarkeit, wie sie in dieser Arbeit zentral thematisiert wird, geht oft mit einer symbolischen Abwertung einher. So beschreibt eine betroffene Person eine konkrete Situation:

> Da haben sie mich als Herr angeredet, aber es war so: Ah ok. Also nicht 'Ah okay, sorry, wusste ich nicht', sondern: 'Ah ok'. Ja, es war negativ. Und wenn ich jetzt immer dahin gehe, habe ich Herzklopfen vor Wut. Ich weiß, dass ich einen Stempel auf der Stirn habe, und ja. (MA 7 E, Pos. 8)

Für einige bedeutet die Sichtbarkeit als trans Person ein erhöhtes Risiko, stigmatisiert oder reduziert zu werden, gerade in medizinischen Kontexten, in denen der Körper zentral ist. Die betroffene Person meint beispielsweise:

> Der Vorteil bei mir ist, dass man mir meine Geschlechtsumwandlung nicht gleich ansieht. Das ist bei anderen leider oft so, dass man das sieht, und dann haben die Leute gleich einen Stempel wieder bestätigt. (MA 7 E, Pos. 27)

Auch normierende Erwartungen, etwa in Bezug auf Geschlechterrollen oder sexuelle Promiskuität, werden von mehreren Interviewten kritisiert. Diese Zuschreibungen sind nicht immer bewusst feindselig, wirken jedoch stigmatisierend. Eine betroffene Transgenderperson berichtet folgende Situation:

> Dann fragte sie mich, als sie das Rezept vorbereitete, ob ich auf Geschlechtskrankheiten getestet werden wolle, denn, naja, weil ich trans bin, muss das ja bedeuten, dass ich promiskuitiv bin. Das war das letzte Mal, dass ich sie gesehen habe – aus offensichtlichen Gründen. (MA 9 M, Pos. 14)

Neben individuellen Erfahrungen wird auch auf gesellschaftliche und politische Entwicklungen hingewiesen. Dabei werden sowohl rechtspopulistische Tendenzen als auch die pauschale Vereinnahmung von Transpersonen durch mediale Diskurse kritisch reflektiert. Die interviewte Psychiaterin meinte folgendes dazu:

> Aber in der Gesellschaft kann man auch auf die Politik schauen, dass es einen Rechtsruck gibt und die Menschen eher skeptisch und ängstlich sind, […] und einfach dass das Wissen nicht da ist. Und dass die dann Angst haben, durch Netflix, dass die beeinflusst werden und solche Sachen. Es fehlt Aufklärung. (MA 10 G, Pos. 32)

Der Wunsch nach respektvollem Umgang, ehrlicher Kommunikation und struktureller Aufklärung zieht sich als roter Faden durch viele Aussagen.

6.2.12 Chirurgische Versorgung

Ein zentrales Thema vieler Interviews ist die unzureichende chirurgische Versorgung im Rahmen der Transition in Luxemburg. Die strukturellen Defizite führen dazu, dass Betroffene häufig auf Operationen im Ausland ausweichen müssen. Die Entscheidung für einen Eingriff wird dadurch weniger von persönlicher Präferenz oder medizinischer Notwendigkeit bestimmt, sondern durch externe, systemische Rahmenbedingungen mitgesteuert. Die in dieser Arbeit zentrale Kernkategorie der strukturellen Unsichtbarkeit zeigt sich hier besonders deutlich: Die Bedürfnisse der Betroffenen sind sichtbar, aber institutionell nicht mitgedacht.

Fehlende chirurgische Angebote in Luxemburg

Interviewte berichteten davon, dass insbesondere bei komplexeren Eingriffen wie Phalloplastien, Vaginoplastien oder Facial Feminization Surgery auf spezialisierte Kliniken im Ausland ausgewichen werden muss. So meinten betroffene Transgenderpersonen:

> Dann habe ich angefangen mich zu informieren in Kliniken für Operationen im Ausland, weil hier macht keiner das. (MA 6 A, Pos. 2)

> Aber in Luxemburg haben wir eben keine Operationen, weil die Nachfrage nicht da ist. Wir sind so klein, wir kommen nicht an gegen die anderen Länder. (MA 7 E, Pos. 8)

Die Verlagerung ins Ausland bringt zusätzliche Belastungen mit sich. Sprachliche Barrieren, Unsicherheiten über die Kostenübernahme, aufwändige Kommunikation mit der CNS oder Probleme bei der Nachsorge werden als regelmäßig wiederkehrende Herausforderungen beschrieben. Die befragte Psychiaterin äußert ihre Bedenken folgendermaßen:

> Jemand meinte, der würde nach Thailand gehen. Ich meine, ich bin eher – im Ausland weiß man ja nicht, was passiert. Und wenn Komplikationen sind, ist es noch schwieriger. (MA 10 G, Pos. 43)

Belastungen und Risiken von Ausland-OPs

Ein zentraler Punkt ist also die fehlende Nachsorge bei Komplikationen. Einige Interviewte berichten, dass nach einem Eingriff im Ausland in Luxemburg keine geeignete Nachbetreuung möglich war, weil das nötige Fachwissen fehlt oder Ärzt*innen sich nicht zuständig fühlen. So schildert eine betroffene Transfrau:

> Das einzige Problem ist wirklich, es hat auch bei einer einmal ein Problem gegeben, die hatte die Operation in München, war dann zuhause hier in Luxemburg, hat dann Blutungen gehabt, bekam in Lux keinen Termin mit jemandem, der irgendwie wusste, was er machen konnte, und musste dann so schnell wie möglich wieder nach München. (MA 8 R, Pos. 12)

Diese Situationen verdeutlichen, dass selbst formell gedeckte Leistungen praktisch unzureichend verfügbar sind, wenn die medizinische Kette nicht zu Ende gedacht wird.

Organisatorische Aspekte

Ergänzend zu den medizinischen Aspekten berichten viele Interviewte von organisatorischen Schwierigkeiten. Undurchsichtige Formulare, fehlende Informationen zur Kostenübernahme und fehlende Standardisierung im europäischen Raum. So beschreibt eine plastische Chirurgin die mangelnde Klarheit bei der CNS:

> Aber da gibt es tatsächlich mittlerweile Leute auf der CNS, die die Patienten dann zu mir schicken, obwohl sie – also sie wissen gar nicht, dass eigentlich noch eine ganze Reihe Sachen noch gar nicht übernommen werden.
> (MA 1 S, Pos. 27)

Auch betroffene Personen kritisieren organisatorische Aspekte:

> Das ist eine statische Webseite, und diese Dinge ändern sich nicht einmal so oft, man könnte also einfach eine Seite erstellen und sie dort lassen, und das würde ausreichen.
> (MA 9 M, Pos. 20)

> Man weiß, ich habe eigentlich alles, und doch reicht es nicht, weil es eigentlich kein europäisches Formular gibt, was überall angewendet wird.
> (MA 7 E, Pos. 4)

Diese Aussagen verdeutlichen, dass die Entscheidung für eine chirurgische Maßnahme in ein System eingebettet ist, das Versorgung formal ermöglicht, sie aber praktisch durch Intransparenz und Bürokratie erschwert. Die strukturelle Unsichtbarkeit zeigt sich hier in einer lückenhaften Organisation, die medizinische Eingriffe nicht als Teil eines kontinuierlichen und begleiteten Prozesses behandelt.

6.2.13 Kostenübernahme & finanzielle Barrieren

Die medizinische Transition von Transpersonen ist nicht nur durch medizinische und psychologische Herausforderungen geprägt, sondern auch durch finanzielle Hürden, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung erheblich beeinflussen. Im Rahmen der Interviews wurde deutlich, dass finanzielle Aspekte für viele Betroffene eine zentrale Belastung darstellen, sei es durch unklare Rückerstattungsregelungen, notwendige Vorleistungen oder durch Leistungen, die nicht oder nur teilweise übernommen werden. Diese ökonomischen Barrieren blockieren den Zugang nicht direkt, erschweren ihn jedoch deutlich und treffen vor allem jene, die über keine ausreichenden finanziellen Ressourcen verfügen.

Individuelle finanzielle Belastung

Zahlreiche Interviewte berichten von erheblichen privaten Kosten im Rahmen ihrer Transition, darunter Hormontherapien, chirurgische Eingriffe, psychologische Betreuung, aber auch Fahrt- und Unterkunftskosten, etwa bei Operationen im Ausland (vgl. Kapitel 6.2.12). Hinzu kommen identitätsrelevante, aber nicht als medizinisch klassifizierte Maßnahmen wie Bartentfernung, Perücken oder Stimmtraining, die meist selbst bezahlt werden müssen. Eine betroffene Transfrau erklärt:

> Und ich weiß nicht, wie ich das ohne die Hilfe der Krankenkasse mache. Das ist genau das gleiche wie mit der Bartentfernung, ich hatte das jetzt probiert – ein Treatment in Luxemburg: 200 € für 20 Min. Das kann ich mir einfach nicht alle 6 Wochen leisten. (MA 8 R, Pos. 4)

In einigen Fällen führten finanzielle Hürden zu Verzögerungen oder zum vollständigen Verzicht auf medizinische Schritte, was nicht nur zu gesundheitlichen Nachteilen führt, sondern auch psychisch belastend ist (vgl. Kapitel 6.2.8 Psychische Belastungen). Eine weitere Transperson berichtet:

> Dauert auch teilweise einfach massiv lang, um Geld zurückzubekommen. […] Das dauert teilweise 6 Monate, wo ich mir sage: ja ok. (MA 7 E, Pos. 23)

Fehlende oder unklare Kostenübernahme

Besondere Kritik äußerten viele Interviewte an der Einstufung bestimmter Maßnahmen als „kosmetisch“, wie beispielsweise Haarentfernung oder Facial Feminization Surgery. Diese Klassifikation steht im deutlichen Widerspruch zur Bedeutung, die diesen Maßnahmen für das psychische Wohlbefinden und soziale „Passing“ zukommt (vgl. Kapitel 6.2.6 Kritik an normativer Versorgung). Eine betroffene Transfrau sagt:

> Für mich einer der größten Probleme ist mein Bartwuchs. (MA 8 R, Pos. 4)

Erfahrungen mit der CNS

Die Erfahrungen mit der Caisse Nationale de Santé (CNS), der zentralen Krankenkasse Luxemburgs, waren unter den Interviewten sehr unterschiedlich. Während einige von unkomplizierten Rückerstattungsprozessen berichteten, wie beispielsweise folgende betroffene Person:

> Von der Krankenkasse her war es relativ unkompliziert. (MA 7 E, Pos. 4)

‚schilderten andere langwierige Verfahren, fehlende Kommunikation und unklare Zuständigkeiten. So meint eine weitere betroffene Person:

> Und da habe ich mit der CNS gekämpft, damit ich die Kosten bekomme, und die bekam ich nicht. (MA 8 R, Pos. 4)

Diese Berichte zeigen, dass administrative Prozesse häufig nicht auf die Lebensrealität von Transpersonen eingestellt sind. Ein Muster, das unter anderem auch in Kapitel 6.2.2 Bürokratische Prozesse deutlich wurde. Das System reagiert nicht aktiv auf transspezifische Bedürfnisse, sondern überträgt die Verantwortung für Klarheit und Vollständigkeit der Unterlagen an die Antragstellenden.

Forderung nach finanzieller Gleichbehandlung

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen formulieren viele Interviewte klare Forderungen: die vollständige Kostenübernahme aller relevanten Maßnahmen, transparente Kriterien für Rückerstattung sowie die Anerkennung transspezifischer Bedürfnisse als medizinisch notwendig. Auch die Ineffizienz mancher Anforderungen, wie verpflichtende psychologische Gutachten, wird infrage gestellt, nicht zuletzt aus gesundheitsökonomischer Perspektive. Eine betroffene Transfrau macht deutlich:

> Außerdem würde die Abschaffung der Psychiaterpflicht der Regierung Tausende Euro sparen, denn jede Sitzung kostet 200 €, davon werden 85 bis 90 % erstattet. […] die wir nicht brauchen und die unser Leben nur verschlechtern. (MA 9 M, Pos. 30)

Diese Forderungen lassen sich als Appell an politische und institutionelle Verantwortung lesen. Nur wenn das System ökonomische Barrieren abbaut und transspezifische Bedürfnisse

strukturell mitdenkt, kann von echter Gleichbehandlung die Rede sein. Die finanzielle Dimension ist damit nicht nur ein Randaspekt, sondern Ausdruck einer tiefen strukturellen Schieflage, die formale Sichtbarkeit ohne materielle Teilhabe ermöglicht und so Ungleichheit reproduziert.

6.2.14 Informationsdefizit bei medizinischem Fachpersonal

Ein wiederkehrendes Thema in nahezu allen geführten Interviews betrifft die unzureichende fachliche Vorbereitung und Sensibilisierung medizinischer Fachkräfte im Umgang mit Transgenderpersonen. Dieses Defizit betrifft verschiedene Berufsgruppen, von Hausärzt*innen über Pflegepersonal bis hin zu Spezialist*innen in Psychiatrie, Endokrinologie oder plastischer Chirurgie. Strukturelle Unsichtbarkeit zeigt sich hier nicht in expliziter Ablehnung, sondern in der fehlenden systematischen Vermittlung transspezifischer Inhalte in Ausbildung, Weiterbildung und Praxis. Das hat spürbare Folgen für die gesundheitliche Versorgung und das emotionale Wohlbefinden der Betroffenen.

Fehlinformationen

Zahlreiche Interviewte berichten, dass grundlegende Kenntnisse über transspezifische Gesundheitsbedürfnisse oft fehlen oder mit Missverständnissen behaftet sind. Unsicherheiten bestehen etwa im Bereich der Hormontherapie, Diagnosestellung oder postoperativer Nachsorge. Dies führt nicht nur zu inadäquaten Empfehlungen, sondern kann auch konkrete gesundheitliche Risiken erzeugen. So schildert eine betroffene Person:

> Ich habe die Geschichten über Hausärzte gehört, die einfach nicht wissen, wie sie mit Transpersonen umgehen sollen. […] Auch Endokrinologen fehlt es an Informationen.
> (MA 9 M, Pos. 14)

Diese Defizite sind wieder weniger individuelles Versagen als Ausdruck eines strukturellen Problems. Transgesundheit ist in vielen medizinischen Curricula bislang kaum verankert. Wie bereits im Kapitel 6.2.5 (Interdisziplinäre Zusammenarbeit) deutlich wurde, hängt qualifizierte Versorgung oft vom Zufall individueller Erfahrung oder Weiterbildung ab. Der interviewte Urologe beschreibt:

> Aber was jetzt das Patientengut von Transgender angeht […] sind das eben punktuell eigene Erfahrungen, die Leute mitbringen aus dem Ausland […]. (MA 5 F, Pos. 14)

Kommunikationsprobleme

Neben fehlendem Fachwissen berichten viele Interviewte von belastenden Situationen im Kontakt mit Ärzt*innen, bei denen Unsicherheiten in der Ansprache, Misgendering oder wiederholte Outings als psychisch kräftezehrend empfunden werden. Auch wenn diese Erfahrungen häufig nicht aus böser Absicht resultieren, haben sie dennoch negative Auswirkungen auf Vertrauen und Gesundheitsverhalten. So sagt beispielsweise eine betroffene Person:

> Auch wenn Transsexualität immer mehr besprochen wird, ist es trotzdem immer peinlich, weil man nicht weiß, wie die Person dahinter reagiert […]. (MA 7 E, Pos. 6)

> Als ob man sich nackt vor jemanden stellen müsste. Ich bin immer froh, wenn ich nicht zu einem neuen Arzt muss. (MA 7 E, Pos. 6)

In Verbindung mit Kapitel 6.2.8 (Psychische Belastungen) wird deutlich, dass diese alltäglichen Unsicherheiten kumulativ wirken und zu Rückzug, Misstrauen oder Vermeidung führen können, was letztlich die gesundheitliche Versorgung unterminiert.

Weiterbildungsbedarf

Einige Interviewte berichten von positiven Erfahrungen mit Fachpersonen, die sich aktiv mit transspezifischen Themen auseinandergesetzt haben, meist aus eigenem Antrieb. Es wird deutlich, dass solche Fortbildungsinitiativen auf individueller Motivation beruhen und institutionell kaum gestützt werden. So meinte die plastische Chirurgin:

> Es ist kein Teil der plastischen Chirurgie, der automatisch bei uns im Cursus […] in Europa ist. […] Wenn man das machen will, muss man […] zu einem spezifischen Service gehen […]. (MA 1 S, Pos. 3)

Der Mangel an verpflichtenden oder systematisch angebotenen Schulungen führt zu einer extrem ungleichen Versorgungsrealität. Wie bereits im Kapitel 6.2.13 (Kostenübernahme)

beschrieben wurde, sind es häufig gut informierte Einzelpersonen, die den Zugang überhaupt erst ermöglichen.

Arzt-Patient*innen-Verhältnis

Die beschriebenen Defizite wirken sich unmittelbar auf das Arzt-Patient*innen-Verhältnis aus. Viele Interviewte berichten, dass sie sich in medizinischen Settings nicht sicher fühlten, relevante Informationen zurückhielten oder sich wiederholt rechtfertigen mussten. Dieses Misstrauen ist häufig Ergebnis realer negativer Erfahrungen und keine übertriebene Vorsicht.

Gleichzeitig werden positive Beispiele genannt, in denen Respekt, Offenheit und Sensibilität zu einem deutlich besseren Versorgungserleben führten. So beschreiben betroffene Transgenderpersonen ihre positiven Erfahrungen:

> Und sie hat das aber gut gemacht. Sie hat einfach Familie S gerufen […] dann war das nicht so peinlich für mich. (MA 7 E, Pos. 6)

> Wie gesagt, ich hatte Glück mit meiner neuen Hausärztin und meiner Endokrinologin. Sie sind großartig, also kann ich mich da nicht beschweren. (MA 9 M, Pos. 18)

> Ich kenne sie nicht, aber ich finde das sehr gut von ihr, dass sie da sofort darauf reagiert hat und eine Schulung gemacht hat in dem Bereich. (MA 8 R, Pos. 8)

Diese Aussagen machen deutlich, dass die Qualität der medizinischen Versorgung in hohem Maße vom Wissen und der Haltung der einzelnen Fachperson abhängt. Der Mangel an systematischer Sichtbarkeit von Transgesundheit in medizinischen Ausbildungen verstärkt die strukturelle Unsichtbarkeit, wie sie in vielen anderen Kapiteln, etwa zu Chirurgischer Versorgung, Psychiatrischen Anforderungen oder Politischer Verantwortung, bereits beschrieben wurde.

6.2.15 Informationsversorgung

Ein zentrales Moment struktureller Unsichtbarkeit im luxemburgischen Gesundheitssystem stellt das Informationsdefizit dar, mit dem viele Transpersonen im Verlauf ihrer Transition konfrontiert sind. Der Zugang zu verständlichen, verlässlichen und niedrigschwelligen

Informationen ist eine Grundvoraussetzung für informierte Entscheidungen und einen gelingenden Versorgungsprozess. Dennoch berichten nahezu alle Interviewten von erheblichen Schwierigkeiten in der Informationsbeschaffung. Die Unsichtbarkeit liegt dabei nicht im völligen Fehlen von Informationen, sondern in ihrer Unübersichtlichkeit, Intransparenz und Unverbindlichkeit. Ein systemisches Defizit, das Betroffene auf individuelle Strategien zurückwirft und institutionelle Verantwortung ausblendet.

Formelle Informationsquellen

Einzelne Interviewpartner*innen berichten von hilfreichen Erfahrungen mit engagierten Fachpersonen oder Organisationen wie Cigale oder dem Familienzentrum. Diese Quellen sind jedoch meist personenabhängig und auf spezifische Kontexte begrenzt. Strukturelle Verankerung, wie sie etwa in einem koordinierten Gesundheitspfad denkbar wäre (vgl. Kapitel 6.2.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit), fehlt weitgehend. So meinte eine betroffene Person:

> Wie gesagt, es gibt auch in Luxemburg von der ITGL, die machen solche Events, und das sind aber häufig die gleichen Personen anwesend […] und relativ wenig andere.
> (MA 8 R, Pos. 8)

Vor allem außerhalb urbaner Zentren oder etablierter Netzwerke fehlen Zugänge zu solchen Angeboten, was auch mit regionalen Ungleichheiten im Versorgungszugang zusammenhängt (vgl. Kapitel 6.2.1 Geografische Hürden).

Informelle Netzwerke

Deutlich häufiger berichten Interviewte, dass sie relevante Informationen vor allem über andere Transpersonen, soziale Medien oder Community-Plattformen erhalten haben. Diese informellen Netzwerke bieten eine zentrale Orientierungshilfe, wo institutionelle Kanäle versagen. Betroffene Personen beschreiben die informelle Weitergabe von Informationen folgendermaßen:

> Alle meine Informationen habe ich über andere Transpersonen bekommen.
> (MA 2 J, Pos. 22)

> So dass meistens vom Mund ans Ohr von Transgendern selbst weitergetragen wird […].
> (MA 3 P, Pos. 4)

Diese informellen Strukturen haben jedoch Grenzen. Sie sind nicht immer aktuell, nicht barrierefrei und beruhen auf subjektivem Erfahrungswissen. Besonders problematisch ist, dass sie eine institutionelle Lücke füllen müssen, obwohl sie nicht für diese Funktion ausgestattet sind. Dieser Aspekt, wird auch im Kapitel 6.2.14 Informationsdefizite bei medizinischem Fachpersonal sichtbar. So bemerkt eine betroffene Transgenderperson:

> Die fragt mich auch, was ich zu bestimmten Problemen sagen würde, damit sie das an ihre Patienten weitergibt. (MA 8 R, Pos. 6)

Selbstorganisierte Informationsbeschaffung

Viele Interviewte berichten von umfangreicher Eigenrecherche, z.B. über Foren, Websites oder Netzwerke. Diese Form der Informationsbeschaffung wird teils als Ausdruck von Selbstermächtigung, teils aber als erhebliche Belastung erlebt. Sie setzt Zeit, Sprache, Recherchekompetenz und Vorwissen voraus, Ressourcen, die nicht allen gleichermaßen zur Verfügung stehen. Betroffene Transgenderpersonen beschreiben die Informationsbeschaffung wie folgt:

> Ja, also man muss viel von sich aus immer wieder graben und immer wieder nachfragen, und ja, es ist einfach anstrengend. (MA 7 E, Pos. 20)

> Dann muss man selbst für sich herausfinden, was man glauben soll und was nicht […]. (MA 4 L, Pos. 32)

Diese individualisierte Informationsverantwortung trägt zur Reproduktion von Ungleichheiten bei. Sie betrifft insbesondere Personen mit Migrationshintergrund oder geringeren sprachlichen Ressourcen (vgl. Kapitel 6.2.16 Migration).

Fehlende Plattformen

Viele Interviewte kritisieren das Fehlen einer zentralen, verlässlichen und benutzerfreundlichen Informationsplattform. Bestehende institutionelle Webseiten, etwa der CNS oder des

Gesundheitsministeriums, sind entweder schwer auffindbar, in schwer verständlicher Sprache oder veraltet. So kritisieren betroffene Transgenderpersonen:

> Es gibt nicht eine einzige Seite auf einer ministerialen Website mit Informationen darüber […], nichts. (MA 9 M, Pos. 20)

> Die Dokumente der CNS sind hauptsächlich auf Französisch […]. Ich habe mehrmals das gesucht und dann meine Kolleginnen gefragt. (MA 8 R, Pos. 10)

Diese Erfahrungen verweisen auf ein tiefer liegendes Muster von Intransparenz, das auch im Kapitel 6.2.2 Bürokratische Prozesse deutlich wird. Formale Strukturen existieren, sind aber praktisch kaum zugänglich.

Informationsbarrieren als Ausdruck struktureller Unsichtbarkeit

Die strukturelle Unsichtbarkeit zeigt sich hier besonders subtil. Sie besteht nicht im expliziten Ausschluss, sondern im Fehlen systematisierter, klar zugänglicher Information. Die Folge ist ein doppelt unsichtbares System. Eines, das Betroffene nicht aktiv verweigert, aber auch nicht aktiv begleitet. So berichten betroffene Transgenderpersonen:

> Das ist so schon so, wenn man eine informierte Transperson ist, dann versteht man eigentlich mehr als viele im System […]. (MA 8 R, Pos. 16)

> Selbst Endokrinologen verfolgen die aktuelle Forschung nicht […] Es ist die Community, die sich gegenseitig unterstützt. (MA 9 M, Pos. 16)

Auch ein interviewter Urologe meint:

> Wenn sie jetzt nicht durch Ratschläge an jemanden geraten, der sich auskennt, können sie sich ganz schnell hier verloren fühlen. (MA 5 F, Pos. 36)

Die Interviews machen deutlich, dass Information keine bloße Ergänzung zur Versorgung ist, sondern eine Voraussetzung für Teilhabe. Ihr Fehlen oder ihre Intransparenz sind keine Nebensächlichkeiten, sondern Ausdruck einer institutionellen Ordnung, in der Transpersonen zwar sichtbar werden sollen, aber nicht systematisch mitgedacht sind.

6.2.16 Migrationshintergrund

Drei interviewte Personen bringen einen Migrationshintergrund mit, jedoch unter sehr unterschiedlichen Voraussetzungen. Eine Person, die in Luxemburg aufgewachsen ist, beschreibt eine hohe Zufriedenheit mit dem luxemburgischen Gesundheitssystem und bewertet viele Herausforderungen als „Kritik auf hohem Niveau“. Diese Einschätzung hebt sich deutlich von Erfahrungen anderer ab. So erklärt die betroffene Person:

> Wir, Luxemburg allgemein, beschweren uns viel zu sehr über Sachen die in andern Ländern undenkbar sind. (Transkript MA 4 L, Pos. 56)

Vergleichende Perspektiven auf Versorgungssysteme

Besonders deutlich werden Unterschiede am Beispiel einer Person mit österreichischer Staatsbürgerschaft, die explizit die dort geltenden Anforderungen wie den verpflichtenden „Real-Life-Test“ betont, eine Bedingung, die in Luxemburg nicht existiert. Solche Aussagen verdeutlichen, wie stark nationale Regelwerke die Selbstbestimmung von Transpersonen beeinflussen können. Luxemburg wird in diesem Zusammenhang als vergleichsweise zugänglich erlebt, auch wenn strukturelle Barrieren bestehen. So berichtet die betroffene Person:

> Und in Österreich brauchte ich ein Gutachten von einem Psychiater plus der musste bestätigen, dass ich ein oder zwei Jahre den reallife Test gemacht habe, den es in Luxemburg nicht gibt. Und das hat er mir auch ohne Probleme gemacht. (Transkript MA 8 R, Pos. 4)

Für ausländische Transpersonen stellt sich oft die Frage, ob medizinische Leistungen im Herkunftsland oder in Luxemburg in Anspruch genommen werden. Unterschiedliche rechtliche Grundlagen, Anerkennungsverfahren und Kostenübernahmen beeinflussen diese Entscheidung maßgeblich. Migrationserfahrung wird somit zu einem relevanten Faktor in der individuellen Gesundheitsstrategie, sei es als Ressource oder als zusätzliche Herausforderung.

Aus den Hauptkategorien heraus zeigt sich also, dass strukturelle Unsichtbarkeit als zentrales Moment die medizinische Versorgung und den institutionellen Umgang mit Transpersonen in Luxemburg prägt. Während einzelne Angebote formal existieren und die Sichtbarkeit von

Transpersonen prinzipiell gegeben ist, ergeben sich in der praktischen Umsetzung erhebliche Defizite, insbesondere in Form von Wartezeiten, bürokratischen Hürden und unzureichender interdisziplinärer Koordination. Die Kategorien verdeutlichen zudem, dass diese Unsichtbarkeit nicht nur administrative oder organisatorische Aspekte betrifft, sondern auch sprachliche Barrieren, finanzielle Belastungen und normative Vorstellungen umfasst, die medizinische Versorgungspfade strukturieren und einschränken.
Die Analyse macht deutlich, dass diese verschiedenen Formen der Unsichtbarkeit eng miteinander verwoben sind. Bürokratische Anforderungen stehen im engen Zusammenhang mit politischen Entscheidungen, psychiatrischen Begutachtungen oder finanziellen Barrieren. Im Ergebnis entsteht so ein System, das formal offen ist, aber praktisch nur unter erheblichem individuellen Aufwand zugänglich wird. Die strukturelle Unsichtbarkeit resultiert daher nicht aus der vollständigen Abwesenheit von Sichtbarkeit, sondern vielmehr aus ihrer inkonsequenten institutionellen Berücksichtigung.

Dabei offenbart sich auch ein Spannungsfeld zwischen den Perspektiven betroffener Personen und des Fachpersonals. In vielen Bereichen, etwa bei der Wahrnehmung langer Wartezeiten oder fehlender politischer Steuerung, äußerten sich beide Gruppen ähnlich kritisch. So benennt ein Gynäkologe etwa die Notwendigkeit politischer Richtlinien, die „die Krankenkasse entlastet in der Entscheidungsfindung“ (MA 3 P, Pos. 20), was die Einschätzung betroffener Personen spiegelt, die das System als strukturell überfordernd und intransparent erleben.

Gleichzeitig treten in bestimmten Bereichen Differenzen auf, etwa in der Bewertung psychiatrischer Anforderungen oder bürokratischer Abläufe. Während Fachpersonen, vor allem eine befragte Psychiaterin, Gutachten als notwendig und als formale Absicherung interpretieren, schildern viele Betroffene diesen Prozess als entmündigend und als Ausdruck strukturellen Misstrauens. Auch bei der Einschätzung administrativer Prozesse unterscheiden sich die Perspektiven. Fachpersonen sehen in bürokratischen Abläufen vor allem technische Hürden, während Betroffene sie als wiederholte Zumutungen und psychische Belastungen erleben. Diese Unterschiede mindern jedoch nicht die vielen gemeinsamen Wahrnehmungen, die sich in den Interviews zu strukturellen Defiziten zeigen. Vielmehr verdeutlichen sie, dass ähnliche Problemlagen aus den jeweiligen Rollen und Erfahrungen der Beteiligten heraus auf unterschiedliche Weise interpretiert und bewertet werden. Die Interviews zeigen dabei klar, dass Sichtbarkeit allein nicht genügt. Es braucht institutionelle Strukturen, die diese unterschiedlichen Perspektiven gezielt miteinander in Dialog bringen und anerkennen. Nur auf diese Weise kann eine Versorgung geschaffen werden, die nicht nur formale Gleichheit garantiert, sondern auch reale, diskriminierungsfreie Teilhabe ermöglicht.

Diese Ergebnisse bilden die Grundlage für die folgende Diskussion, in der die empirischen Befunde kritisch reflektiert, theoretisch eingeordnet und hinsichtlich ihrer Bedeutung für Politik und Praxis weiter vertieft werden

7 Diskussion

Im Rahmen dieser Arbeit wurde das luxemburgische Gesundheitssystem im Hinblick auf die Versorgung von Transgenderpersonen kritisch analysiert und dabei zentrale strukturelle Barrieren sichtbar gemacht, die trotz individueller Sichtbarkeit systematische Unsichtbarkeit reproduzieren. Diese zeigt sich entlang mehrerer Dimensionen, nämlich institutioneller Zugangshürden, bürokratischer Komplexität, psychiatrischer Gatekeeping-Praktiken, fehlender politischer Verantwortung sowie mangelnder interdisziplinärer Koordination.

Die empirischen Ergebnisse bestätigen nicht nur zentrale Befunde internationaler Forschung r(Richter et al., 2025; Safer et al., 2016; Zeeman et al., 2019), sondern erweitern diese um kontextspezifische Aspekte wie sprachlich-bürokratische Barrieren in einem mehrsprachigen Kleinstaat. Insbesondere die Rolle impliziter Ausschlussmechanismen, etwa durch Wartezeiten oder komplexe Antragsverfahren, erhält in dieser Studie ein besonderes analytisches Gewicht.

Die theoretische Rahmung durch Biopolitik (Michel Foucault, 1976; Rabinow & Rose, 2006), Intersektionalität (K. Crenshaw, 2013) und Stigmatheorie (Link & Phelan, 2006) hat sich als besonders tragfähig erwiesen, um die Verflechtung von Macht, Normativität und institutioneller Praxis sichtbar zu machen. Die Diskussion gliedert sich entlang dieser drei Zugänge und analysiert strukturelle Unsichtbarkeit als ein vielschichtiges, institutionell verankertes Phänomen, das sich auf der Ebene von Wissen, Normen und politischen Strukturen manifestiert.

Die folgenden theoretischen Überlegungen verstehen sich nicht als nachträgliche Erklärung der Daten, sondern als kontextualisierende Perspektiven, die bestimmte empirisch entwickelte Kategorien, etwa zur Ambivalenz von Sichtbarkeit oder institutioneller Verantwortung, vertiefend einordnen.

7.1 Biopolitische Einbettung der empirischen Ergebnisse

Im Lichte biopolitischer Theorie lässt sich die Gesundheitsversorgung für Transgenderpersonen als ein Feld verstehen, in dem Körper, Identität und Lebensführung durch administrative, medizinische und politische Regime reguliert werden. Transkörper erscheinen nicht als neutrale biologische Gegebenheiten, sondern als Effekte normierender Wahrheitsdiskurse, Klassifikationen und institutioneller Strukturen, die darüber entscheiden, was als „legitimes" Transsein gilt (Rabinow & Rose, 2006).

Die psychiatrische Begutachtungspflicht verdeutlicht diese Logik exemplarisch. Zugang zu medizinischer Versorgung erfordert die Bestätigung eines fremdbestimmten Wahrheitsanspruchs. Entsprechend handelt es sich bei der sogenannten „Fremddiagnose" nicht um neutrale Begutachtung, sondern um ein Machtinstrument, das biopolitische Steuerung mit Subjektivierungsprozessen verknüpft (Rabinow & Rose, 2006).

Gerade im luxemburgischen Kontext zeigt sich dies etwa daran, dass psychiatrische Gutachten nicht nur formale Voraussetzungen sind, sondern stark davon abhängen, bei welchen Fachpersonen man sie einholt. Betroffene berichten, dass manche Psychiater*innen restriktiver vorgehen, andere großzügiger. Das bedeutet, dass sich der „fremdbestimmte Wahrheitsanspruch" (Rabinow & Rose, 2006) in Luxemburg stark personalisiert. Nicht allein die Institution entscheidet, sondern auch die individuelle Haltung einzelner Fachpersonen wird zum Zugangskriterium.

Besonders wirksam, wenn auch subtil, ist die biopolitische Macht in Form institutioneller Inaktivität. Die mangelnde chirurgische Infrastruktur im Inland, die fragmentierte Zuständigkeit zwischen Behörden und die Intransparenz von Rückerstattungsverfahren, z. B. bei der CNS, sind keine bloßen Verwaltungsprobleme. Vielmehr erzeugt gerade das strategische Nicht-Handeln strukturelle Ausschlüsse, ohne offen exkludierend zu sein.

Auch die Subjektivierungsebene tritt deutlich hervor. Die Interviewten schildern, wie sie gezwungen sind, nicht nur ihre eigene Versorgung zu organisieren, sondern sich selbst im Sinne „richtiger" Transidentitäten zu präsentieren, inklusive normgerechter Übergänge, emotionaler Stabilität und bürokratischer Anpassungsfähigkeit. Diese „somatische Selbstregierung" (Rose, 2001) zeigt die individualisierte Verantwortung im biopolitischen Regime, die strukturelle Unterstützung weitgehend ersetzt.

Hierbei zeigt sich auch wie biopolitische Normierungen stark binär geprägt bleiben. Bracke et al. (2020) heben hervor, dass moderne Staaten geschlechtliche Homogenität biopolitisch herstellen, wodurch nicht-binäre und fluide Identitäten oft unsichtbar bleiben. Die durchgeführten Interviews zeigen hier konkret, dass nicht-binäre Personen sich oft aus pragmatischen Gründen einem binären Transitionsnarrativ anpassen, um Zugang zu Leistungen zu erhalten.

Die Analyse macht deutlich, dass Biopolitik eine doppelte Ambivalenz erzeugt. Einerseits ermöglicht sie medizinische Versorgung und symbolische Anerkennung, andererseits normiert sie Lebensverläufe und zementiert strukturelle Ausschlüsse. Sichtbarkeit wird nicht als Schutz, sondern als Zugangsbedingung verhandelt, im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und institutioneller Kontrolle.

7.2 Stigmatheoretische Analyse der Versorgungsrealität

Stigmatisierung stellt neben biopolitischen Steuerungsmechanismen einen zentralen analytischen Zugang dar, um die Erfahrungen von Transpersonen im medizinischen Kontext zu verstehen. Auf Basis der Theorie von Link und Phelan (2006) lässt sich Stigma als ein sozial konstruiertes Machtverhältnis fassen, das institutionell verankert und kulturell vermittelt ist.

Auf struktureller Ebene zeigen sich diese Prozesse in der binären Normativität medizinischer Klassifikationen, fehlender transspezifischer Weiterbildung von Fachpersonal und in der problematischen Einordnung zentraler Versorgungsleistungen, wie Haarentfernung oder Stimmtraining, als „kosmetisch“. Diese vermeintlich neutralen Entscheidungen reproduzieren implizit das Bild von Transidentität als Abweichung vom Normalfall.

Die durchgeführten Interviews zeigen, dass z.B. Stimmtherapien, die international häufig anerkannt werden, hier oft nicht übernommen werden. Betroffene mussten sich zudem bei Anträgen mehrfach erklären, warum bestimmte Maßnahmen für ihr psychisches Wohlbefinden notwendig sind. Damit wird Stigma institutionell verfestigt, weil Versorgung nicht an Bedürfnisse, sondern an normativen Einschätzungen hängt.

Interpersonell berichten Interviewte von respektlosem Verhalten, Unsicherheiten im Umgang und regelmäßigem Misgendering. Solche Erfahrungen sind keine Einzelfälle, sondern Ausdruck systemischer Sensibilisierungslücken, die sich im ärztlichen Alltag niederschlagen.

Die daraus resultierenden Strategien der Betroffenen, z.B. selektive Offenheit, Praxisvermeidung oder emotionale Abschottung, sind Symptome einer dauerhaften Stigmaerfahrung. Alle befragten Personen berichten, dass selbst große staatliche Einrichtungen in Luxemburg, etwa Krankenhäuser, keine Schulungen zum Umgang mit Transgenderpersonen anbieten, so dass Personal vielfach unvorbereitet ist, was dann die Wahrscheinlichkeit von Misgendering und Fehlansprachen natürlich erhöht. Das verstärkt die institutionelle Unsichtbarkeit.

Auf individueller Ebene führt das ständige Sichtbar-Sein-Müssen zu einer psychischen Belastung, die von chronischer Rechtfertigung, internalisiertem Stigma und depressiven Phasen geprägt ist. Das Konzept des „Minority Stress“ (Zeeman et al., 2019) hilft dabei, diese Belastungen nicht als individuelles Scheitern, sondern als systemisch erzeugten Gesundheitsfaktor zu verstehen.

Stigma wirkt dabei als zyklischer Prozess. Institutionelle Ignoranz begünstigt interpersonelle Unsicherheit, die wiederum zu psychischer Belastung führt. Sichtbarkeit, so zeigt sich, schützt nicht vor Stigma, vielmehr fungiert sie in einem unvorbereiteten System oft als Projektionsfläche normativer Zuschreibungen.

7.3 Intersektionale Perspektive der Ergebnisse

Die in dieser Arbeit herausgearbeitete strukturelle Unsichtbarkeit von Transgenderpersonen im luxemburgischen Gesundheitssystem ist keineswegs homogen, sondern entfaltet sich entlang unterschiedlicher sozialer Differenzachsen. Eine intersektionale Perspektive erlaubt es, diese Mehrdimensionalität analytisch zu erfassen und zu zeigen, wie sich Diskriminierungsformen überlagern, gegenseitig verstärken und neue Ausschlussdynamiken erzeugen (Crenshaw, 2013).

Die Interviews zeigen klar, dass Transpersonen, die zusätzlich von weiteren gesellschaftlichen Marginalisierungen betroffen sind, beispielsweise durch Migrationsgeschichte, ökonomische Prekarität, sprachliche Barrieren oder hohes Alter, das Gesundheitssystem nicht nur als nicht-integrierend, sondern in Teilen als aktiv exkludierend erleben. Dabei handelt es sich nicht um zufällige „Sonderfälle“, sondern um systematische Effekte institutioneller Blindstellen, die gerade dort besonders wirksam werden, wo multiple Differenzkategorien aufeinandertreffen.

Sowohl Transgenderpersonen mit Migrationshintergrund, als auch luxemburgische Betroffene berichteten in den Interviews von sprachlichen Barrieren, dadurch dass die Behördenkommunikation oft nur auf Französisch erfolgt.

So berichten migrantische Transpersonen wiederholt von Unsicherheiten im Umgang mit Behörden, von nicht barrierefreien Formularen, fehlenden Dolmetschdiensten und einem Gefühl permanenter institutioneller Fremdheit. Diese Phänomene lassen sich als strukturelle Mikroaggressionen (Vaccaro & Koob, 2019) verstehen: Es handelt sich nicht um offene Diskriminierung, sondern um eine Akkumulation scheinbar banaler Routinen, die in ihrer Summe Ausschlüsse erzeugen und dabei oft unbeabsichtigt oder „neutral“ erscheinen. Die Ironie liegt darin, dass gerade sprachliche Mehrsprachigkeit, die Luxemburg sonst als Standortvorteil präsentiert, in der transspezifischen Versorgung zur zusätzlichen Hürde wird.

Ein weiteres Beispiel intersektionaler Unsichtbarkeit betrifft ältere Transpersonen. Die Interviews belegen, dass ihre spezifischen Bedürfnisse, wie altersgerechte Hormontherapien, psychosoziale Unterstützung oder körperlich schonende Eingriffe, im Versorgungssystem kaum bis gar nicht mitgedacht werden. Implizit herrscht die Annahme, Transition sei ein Anliegen junger, gut vernetzter Personen mit hoher Mobilität. Diese Norm erzeugt ein implizites Alterslimit, das sich nicht nur in Versorgungslücken, sondern auch in gesellschaftlicher De-Legitimierung äußert. Wenn ältere Transpersonen „aus dem Raster“ fallen, dann nicht aufgrund individueller Merkmale, sondern weil das Raster selbst normativ verengt ist.

Zudem zeigt sich, dass ökonomische Ressourcen eine entscheidende Filterfunktion für Teilhabe an Versorgung darstellen. Personen ohne stabile finanzielle Mittel können sich weder langwierige Verfahren leisten noch zusätzlich notwendige Angebote, wie etwa nicht erstattungsfähige Behandlungen, Reisen ins Ausland oder private psychologische Unterstützung. Diese Klassenaspekte werden im öffentlichen Diskurs zur Transgesundheit häufig ausgeblendet und durch eine identitätspolitische Rhetorik ersetzt, die symbolische Anerkennung über reale Zugänge stellt.

Die Interviews verdeutlichen damit, dass Versorgungsstrukturen häufig auf ein idealisiertes Bild von Transpersonenzugeschnitten sind, nämlich jung, sprachkompetent, bildungsnah, psychisch stabil, cisnormativ lesbar. Alle Abweichungen von diesem Bild führen zu institutioneller Irritation und letztlich zu Ausschlüssen. Dass diese Strukturen nicht zufällig entstanden sind, sondern Ergebnis von Politik, Prioritätensetzung und Wissensordnungen sind, unterstreicht den machtanalytischen Wert der intersektionalen Perspektive.

Insgesamt zeigt sich, dass Intersektionale Unsichtbarkeit nicht das Ergebnis eines Mangels an Daten oder Aufmerksamkeit ist, sondern Ausdruck tief verwurzelter Strukturmechanismen, die durch additive Kategorien nicht erklärbar sind. Nur eine konsequent relationale und machtkritische Analyse kann diese Dynamiken sichtbar machen und darauf aufbauend gerechte Versorgungspfade entwickeln, die Vielfalt nicht als Problem, sondern als Ausgangspunkt begreifen.

7.4 Strukturelle Ambivalenz

Ein zentrales Ergebnis dieser Arbeit besteht in der Einsicht, dass Sichtbarkeit für Transpersonen im luxemburgischen Gesundheitssystem eine paradoxe Wirkung entfaltet. Einerseits fungiert sie als Zugangsvoraussetzung, etwa durch Coming-out, Offenlegung der Identität oder Einfügen in etablierte Transitionsnarrative. Andererseits wird sie zur dauerhaften Belastung, verbunden mit institutioneller Kontrolle, performativem Druck und wiederholter Rechtfertigung.

Die Interviewten berichten übereinstimmend, dass medizinische Versorgung oft nur dann zugänglich ist, wenn Transidentität konform zu erwarteten Mustern dargestellt wird, eben stabil, nachvollziehbar, psychiatrisch bestätigt. Damit wird Sichtbarkeit nicht als Schutzraum verstanden, sondern als institutionell überwachte Leistung, die in normativen Raster eingeschrieben ist. In dieser Hinsicht wird sie zum Kriterium für Anerkennung, aber auch zur Bedingung für Disziplinierung.

Sichtbarkeit fungiert nicht nur als Mittel zur Anerkennung, sondern zugleich als Mechanismus der Selbstregulierung und Kontrolle. Transpersonen werden nicht einfach „gesehen“, sondern müssen sich auf eine Weise sichtbar machen, die mit bestehenden medizinischen Deutungsmustern kompatibel ist. Dieses Spannungsverhältnis verweist auf eine Form biopolitischer Anerkennung, die immer auch Ausschluss produziert.

Zugleich darf das emanzipatorische Potenzial von Sichtbarkeit nicht unterschätzt werden. Viele Interviewte beschreiben das Coming-out, körperliche Veränderungen oder affirmierende soziale Reaktionen als zutiefst entlastend. Diese Erfahrungen markieren Momente des Empowerments, allerdings unter der Voraussetzung, dass Sichtbarkeit nicht in institutionelle Degradierung umschlägt, sondern mit struktureller Anerkennung gekoppelt ist.

Gerade hier wird jedoch die Diskrepanz deutlich. Das System signalisiert Offenheit und Gleichbehandlung, bleibt aber in seinen Prozessen tief normativ. Sichtbarkeit wird dann zur Falle, in der Betroffene zugleich exponiert und kontrolliert, anerkannt und ausgeschlossen werden. Es handelt sich um eine strukturelle Ambivalenz, die weder durch individuelle Strategien noch durch symbolische Inklusion aufgelöst werden kann.

Die empirischen Daten lassen erkennen, dass die Herausforderungen in der transspezifischen Gesundheitsversorgung in Luxemburg nicht primär auf Einzelfehlern oder fehlender Sensibilisierung beruhen, sondern Ausdruck einer institutionell verankerten Verantwortungslosigkeit sind. Trotz rechtlicher Fortschritte und symbolischer Gleichstellung bleibt die operative Realität durchlässig, unkoordiniert und normativ verengt.

Viele Interviewte berichten von einer auffälligen Diskrepanz zwischen politischer Rhetorik und faktischer Praxis. Zwar existieren gesetzliche Regelungen zur Anerkennung von Geschlecht oder rechtliche Gleichstellung, doch werden zentrale Versorgungsfragen nicht politisch koordiniert. Diese Leerstelle lässt sich als eine Form institutionalisierten Wegsehens verstehen, das sich in fehlenden Leitlinien, nicht anerkannten Leistungen und fragmentierten Zuständigkeiten niederschlägt.

Besonders deutlich wird dies im Bereich der chirurgischen Versorgung. Die Notwendigkeit, Eingriffe im Ausland durchführen zu lassen, wird nicht als Mangel begriffen, sondern als institutionalisierter Normalzustand. Luxemburg lagert damit Verantwortung für transspezifische Gesundheitsversorgung stillschweigend an andere Länder aus, ohne begleitende Strukturen für Information, Koordination oder Nachsorge zu etablieren. Diese Praxis ist nicht nur medizinisch defizitär, sondern politisch hoch problematisch.

Auch das Verhalten von Einrichtungen wie der CNS wird von den Interviewten als intransparent, formalistisch und willkürlich erlebt. Die wiederholte Notwendigkeit, sich zu rechtfertigen, Dokumente nachzureichen oder wechselnden Sachbearbeiter*innen gegenüber zu „outen“, führt nicht nur zu administrativem Stress, sondern stellt eine Reproduktion institutioneller Entwertung dar. Besonders perfide wirkt dabei der Verweis auf fehlende Kodierungen, ein technischer Mangel, der reale Existenzen betrifft.

Die empirischen Ergebnisse lassen sich als Ausdruck einer Politik der Verantwortungsverweigerung verstehen. Statt aktiv zu steuern, wird passiv selektiert, durch Nicht-Entscheidung, Formalismus und die Externalisierung von Versorgung. Damit ist

strukturelle Unsichtbarkeit nicht bloß ein Defizit, sondern das Ergebnis spezifischer politischer Rationalitäten. Sie entsteht nicht aus Unwissen, sondern aus priorisierter Untätigkeit.

Zugleich zeigen die Interviewten ein hohes Maß an Eigeninitiative und differenzierte Verbesserungsvorschläge wie interdisziplinäre Kompetenzzentren, zentrale Informationsplattformen, transparente Rückerstattungsverfahren, verpflichtende Fortbildungsmodule. Diese Vorschläge sind praxisnah, realistisch und aus Betroffenenerfahrung abgeleitet. Ihre bislang ausbleibende Umsetzung ist ein weiterer Beleg für die politische Marginalisierung trans Lebensrealitäten.

8 Handlungsempfehlungen

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen deutlich, dass Transgenderpersonen im luxemburgischen Gesundheitssystem nicht nur mit individuellen Hürden konfrontiert sind, sondern systematisch von institutionellen Strukturen ausgeschlossen werden. Diese strukturelle Unsichtbarkeit äußert sich in fragmentierten Versorgungswegen, mangelnder interdisziplinärer Zusammenarbeit, intransparenten Verwaltungsprozessen sowie einer weitreichenden politischen Zurückhaltung gegenüber transspezifischen Anliegen. Auf Basis der geführten Interviews (z.B. MA 3 P, MA 5 F, MA 1 S, MA 9 M, MA 2 J, MA 8 R) und gestützt durch einschlägige Fachliteratur (vgl. Rosa Lëtzebuerg, 2023; Warner & Mehta, 2021) lassen sich konkrete Handlungsempfehlungen formulieren, die auf eine nachhaltige und menschenrechtsbasierte Umgestaltung des Systems abzielen.

Zahlreiche Befragte (z.B. MA 3 P, MA 5 F, MA 1 S, MA 9 M, MA 2 J) äußerten den Wunsch nach einer zentralen, staatlich legitimierten Anlaufstelle, die medizinische, psychologische und administrative Fragen im Kontext der Transition bündelt. Ein interdisziplinäres Kompetenzzentrum könnte Transparenz schaffen, die derzeitige Fragmentierung auflösen und eine koordinierte Versorgung ermöglichen. Eine solche Einrichtung müsste mit ausreichend Ressourcen ausgestattet und eng mit zivilgesellschaftlichen Organisationen wie Rosa Lëtzebuerg oder Intersex & Transgender Luxembourg vernetzt sein. Neben ihrer medizinisch-therapeutischen Funktion sollte sie auch beratend, bildungspolitisch und wissenschaftlich arbeiten, etwa durch die Entwicklung von Schulungsmaterialien, die Förderung transspezifischer Forschung oder die Ausarbeitung affirmativer Versorgungsleitlinien.

Ein zentrales Hindernis für eine angemessene Versorgung besteht im nach wie vor unzureichenden Wissensstand vieler Fachpersonen. Sowohl die Interviews (z.B. MA 1 S) als auch aktuelle Studien (Warner & Mehta, 2021) belegen, dass Transpatient*innen häufig als Ausnahmefall betrachtet werden. Um dem strukturell entgegenzuwirken, ist die verbindliche Integration trans- und interspezifischer Inhalte in medizinischen, pflegerischen und psychologischen Ausbildungen unabdingbar. Solche Inhalte sollten nicht als fakultative Zusatzausbildung, sondern als integraler Bestandteil jedes gesundheitsbezogenen Curriculums verankert sein. Ergänzend braucht es regelmäßige Fortbildungsangebote für praktizierende Fachkräfte, damit Transgenderpersonen im Gesundheitssystem nicht länger als Abweichung, sondern als selbstverständlicher Teil einer diversen Patient*innenschaft wahrgenommen werden.

Auch die Rolle psychiatrischer Gutachten im Transitionsprozess wurde von vielen Interviewten (z.B. MA 9 M, MA 8 R) kritisch bewertet. Die derzeitige Praxis, psychiatrische oder psychologische Stellungnahmen als Voraussetzung für medizinische Maßnahmen zu verlangen, wird von den meisten Betroffenen als entmündigend, normativ und belastend erlebt. Eine Reform dieser Vorgehensweise ist dringend geboten. Psychiatrische Unterstützung sollte grundsätzlich freiwillig und bedarfsorientiert angeboten werden. Die CNS sollte hierfür klare Leitlinien entwickeln, die den Fokus psychiatrischer Fachpersonen vom kontrollierenden Prüfauftrag hin zu einer unterstützenden Begleitung verschieben (z.B. MA 3 P, MA 6 E).

Ein weiteres strukturelles Problem betrifft die unklare Rückerstattungspraxis für medizinisch notwendige Leistungen wie Laserhaarentfernung, Stimmtraining oder bestimmte chirurgische Eingriffe. Die gegenwärtige Intransparenz führt nicht nur zu finanzieller Belastung, sondern auch zu institutionellem Misstrauen. Entscheidend ist dabei, dass medizinische Notwendigkeit nicht auf Grundlage binärer oder kosmetischer Kriterien, sondern an der Lebensrealität von Transgenderpersonen orientiert beurteilt wird. Die vollständige Kostenübernahme, inklusive vorbereitender, begleitender und nachsorgender Maßnahmen, ist eine grundlegende Voraussetzung für gesundheitliche Gleichstellung.

Wie sowohl die Interviewdaten (z.B. MA 3 P, MA 1 S) als auch die Literatur zeigen (vgl. Warner & Mehta, 2021), vermeiden viele Transgenderpersonen medizinische Einrichtungen aus Angst vor Misgendering, Unverständnis oder subtilem Ausschluss. Selbst wenn keine offene Diskriminierung vorliegt, führen diese antizipierten Erfahrungen zu einem ausgeprägten Rückzug aus dem Gesundheitssystem. Dieser Effekt ist Ausdruck einer tief verankerten Diskriminierungserwartung und verweist auf ein institutionelles Klima der Unsicherheit. Um

dieser Form indirekter Ausgrenzung zu begegnen, genügt es nicht, Fachwissen zu vermitteln, es bedarf einer systematischen Sensibilisierung des gesamten Personals, einschließlich Verwaltung, Empfang und Pflege. Verbindliche Awareness-Schulungen sowie eine inklusiv gestaltete Kommunikation, etwa durch die Möglichkeit frei wählbarer Pronomen in Formularen, sensible Sprache und niederschwellige Beschwerdewege, sind essenziell, um nachhaltige Veränderungen zu bewirken.

Ein erheblicher Teil der Belastung ergibt sich zudem aus bürokratischer Komplexität, mangelnder Kommunikation und unklaren Zuständigkeiten. Die wiederholte Notwendigkeit, identitätsbezogene Dokumente einzureichen, sich ständig neu zu erklären und mit wechselnden Ansprechpartner*innen zu interagieren, wird von vielen (z.B. MA 4 E, MA 2 J) als institutionalisiertes Misstrauen empfunden. Zur Entlastung der Betroffenen wäre die Entwicklung einer digitalen Plattform sinnvoll, die alle transspezifischen Anträge, Rückerstattungen und Informationsangebote zentral bündelt. Solche Strukturen sollten barrierefrei, mehrsprachig und klar strukturiert sein. Eine digitale Fallverfolgung könnte zusätzlich Transparenz und Verlässlichkeit schaffen.

Schließlich zeigen die inhaltlichen Überschneidungen zwischen dieser Arbeit und den Forderungen der Luxembourg Pride 2024, dass sich die Herausforderungen von Transgenderpersonen nicht auf den Gesundheitssektor beschränken, sondern gesamtgesellschaftliche Reformprozesse erfordern. Besonders dringlich sind in diesem Zusammenhang die Abschaffung unnötiger Geschlechtseinträge auf amtlichen Dokumenten, ein umfassendes Verbot von Konversionstherapien mit rechtlicher Absicherung der Betroffenen, ein Bereich, in dem Luxemburg laut dem ILGA-Europe Annual Review 2023 bislang „keinen Fortschritt“ erzielt hat, während zivilgesellschaftliche Organisationen weiterhin auf ein Verbot dieser schädlichen Praktiken drängen (ILGA-Europe, 2023). Auch die Sicherstellung informierter Zustimmung bei medizinischen Maßnahmen an Minderjährigen sowie der Ausbau von LGBTQ+ Expertise in polizeilichen und administrativen Strukturen sind notwendig (z.B. MA 10 G, MA 7 E, MA 1 S, MA 2 J). Weiter bedarf auch das Familien- und Adoptionsrecht einer Reform, um die rechtliche Gleichstellung geschlechtlich und familiär vielfältiger Lebensformen endlich sicherzustellen.

9 Fazit und Ausblick

Die vorliegende Masterarbeit widmete sich der Untersuchung der strukturellen Bedingungen transspezifischer Gesundheitsversorgung in Luxemburg. Im Mittelpunkt stand das Spannungsverhältnis zwischen individueller Sichtbarkeit und struktureller Unsichtbarkeit. Während Transgenderpersonen zunehmend gesellschaftlich präsent und rechtlich anerkannt sind, bleiben ihre spezifischen gesundheitlichen Bedarfe im institutionellen Gefüge häufig marginalisiert. Ziel der Arbeit war es, die Mechanismen dieser Unsichtbarmachung herauszuarbeiten, ihre Wirkweise im medizinischen, administrativen und politischen Kontext zu analysieren und daraus praxisnahe wie theoretisch fundierte Konsequenzen abzuleiten.

Die zentralen Ergebnisse der Arbeit machen deutlich, dass strukturelle Unsichtbarkeit nicht bloß durch das Fehlen von Angeboten entsteht, sondern aktiv durch institutionelle Routinen, normierende Wissensordnungen und politische Nicht-Zuständigkeit erzeugt wird. Diese Unsichtbarkeit manifestiert sich in Form von bürokratischer Intransparenz, psychiatrischen Kontrollmechanismen, fehlender curricularer Verankerung transbezogener Inhalte und einer weitgehenden Externalisierung zentraler Versorgungsbereiche, z.B. durch die Auslagerung chirurgischer Maßnahmen ins Ausland. Sichtbarkeit wird dabei weniger als Schutzmechanismus, sondern vielmehr als konditioniertes Leistungskriterium verstanden. Wer sichtbar sein will, muss sich sichtbar machen, nämlich in normgerechter, administrativ verwertbarer Weise.

Besonders deutlich wurde auch die intersektionale Dimension dieser strukturellen Exklusion. Die Verschränkung von Transidentität mit weiteren sozialen Kategorien wie Alter, Migrationshintergrund oder sozioökonomischem Status führt zu komplexen Mehrfachdiskriminierungen. Die Interviews zeigen, dass gerade diese Mehrdimensionalität institutionell kaum berücksichtigt wird. Versorgungssysteme orientieren sich an idealisierten, vereinfachten Nutzer*innenbildern, während komplexere Lebensrealitäten „durch das Raster“ fallen. Diese Erkenntnis unterstreicht die Notwendigkeit, nicht nur Transgenderpersonen pauschal als marginalisiert zu begreifen, sondern Differenzierungen innerhalb dieser Gruppe systematisch mitzudenken.

Die theoretische Rahmung der Arbeit durch Konzepte der Biopolitik, der Stigmatheorie und der Intersektionalität erwies sich als besonders interessant. Biopolitische Steuerungsmechanismen konnten in Form von Gatekeeping-Prozessen, normativen Sichtbarkeitsanforderungen und individualisierter Verantwortungszuschreibung sichtbar gemacht werden. Die Stigmatheorie half zu verstehen, wie Diskriminierung nicht nur auf individueller, sondern auf institutioneller Ebene wirkt, nämlich in Form symbolischer Ordnungen, klassifizierender Abläufe und

unsichtbarer Normalitätsannahmen. Die intersektionale Perspektive machte schließlich deutlich, dass strukturelle Unsichtbarkeit nicht alle Transpersonen gleichermaßen betrifft, sondern sich entlang sozialer Differenzlinien unterschiedlich auswirkt. Die Verbindung dieser drei Ansätze ermöglichte eine komplexe, machtkritische Analyse, die institutionelle Ausschlüsse nicht als Defizite, sondern als Ergebnisse aktiver Ordnungslogiken sichtbar macht.

Methodisch zeigte sich der gewählte Zugang über qualitative Interviews und eine theoriegenerierende Auswertung auf Basis der Grounded Theory als tragfähig. Die Orientierung an Strauss und Corbin ermöglichte eine systematische Kategorienbildung, während reflexive Elemente in der Tradition Charmaz' dazu beitrugen, subjektive Bedeutungszuschreibungen ernst zu nehmen und nicht hinter abstrakten Modellen zu verstecken. Die methodische Offenheit der Grounded Theory erwies sich insbesondere bei der Arbeit mit einer heterogenen Interviewgruppe als Vorteil, da sie keine starren Hypothesen vorgibt, sondern der Komplexität sozialer Realitäten gerecht wird.

Gleichwohl müssen die Ergebnisse im Licht bestimmter Begrenzungen gelesen werden. Die Fallzahl ist aufgrund des qualitativen Designs begrenzt und kann keine repräsentativen Aussagen über die Gesamtheit trans Personen in Luxemburg treffen. Zudem liegt der Fokus stark auf Erfahrungen im institutionellen Gesundheitssystem. Außerinstitutionelle oder informelle Versorgungswege konnten nur am Rande berücksichtigt werden. Auch mögliche Unterschiede zwischen urbanen und ländlichen Regionen, zwischen verschiedenen Sprachgruppen oder zwischen Transmaskulinität und Transfeminität konnten aufgrund der Stichprobenzusammensetzung nicht systematisch analysiert werden. Diese Aspekte könnten in weiterführenden Studien gezielt untersucht werden.

Aus den Ergebnissen dieser Arbeit ergeben sich eine Reihe von Implikationen, die sowohl politisch als auch institutionell adressiert werden müssen. Die Herstellung gesundheitlicher Gleichstellung erfordert nicht nur neue Angebote, sondern ein grundsätzliches Umdenken im Verständnis von Gesundheit und Versorgung. Transidentität darf nicht länger als Sonderfall oder Ausnahme gelten, sondern muss als selbstverständlicher Teil einer diversen Gesellschaft in allen gesundheitsbezogenen Strukturen verankert sein. Das bedeutet konkret: verbindliche curriculare Inhalte in der Aus- und Weiterbildung, klare Zuständigkeiten und Standards in der Rückerstattungspraxis, digitale Transparenzsysteme, barrierefreie Kommunikationswege sowie eine Stärkung interdisziplinärer Kompetenzzentren, die eng mit zivilgesellschaftlichen Organisationen kooperieren.

Auch politisch sind gezielte Maßnahmen erforderlich. Die Verantwortung für transspezifische Gesundheit darf nicht länger durch Zuständigkeitsdiffusion, symbolische Gesten oder strategisches Nicht-Handeln umgangen werden. Die Forderungen der Luxembourg Pride 2024, wie der Ausbau von LGBTQ+ Expertise in Behörden, die Reform des Familienrechts oder das Verbot von Konversionstherapien – zeigen, dass es bereits konkrete Vorschläge für strukturelle Veränderungen gibt. Was fehlt, ist nicht Wissen, sondern politischer Wille.

Für die wissenschaftliche Forschung bedeutet dies, dass eine weitere Vertiefung intersektionaler, transdisziplinärer und partizipativer Ansätze notwendig ist. Besonders lohnend wäre ein vergleichender Blick auf andere Länder mit alternativen Versorgungsmodellen sowie auf konkrete Interventionsprojekte, die auf lokale Kontexte übertragbar sind. Auch die Einbindung Transforschender und die Zusammenarbeit mit Community-Strukturen sollte weiter gestärkt werden, um Forschung nicht nur über, sondern mit Transgenderpersonen zu betreiben.

Diese Arbeit soll einen Beitrag dazu leisten, Transgendergesundheit nicht länger als Nischenthema zu behandeln, sondern als gesellschaftliches Strukturproblem zu verstehen. Die strukturelle Unsichtbarkeit von Transpersonen ist kein Zufall, sondern Ausdruck machtvoller Ordnungen, die benannt, analysiert und verändert werden müssen. Sichtbarkeit ist ein Anfang. Aber erst durch strukturelle Anerkennung wird sie zu Teilhabe.

Literatur

Wissenschaftliche Literatur

Charmaz, K. (2014). Grounded Theory in Global Perspective: Reviews by International Researchers. *Qualitative Inquiry*, *20*(9), 1074–1084. https://doi.org/10.1177/1077800414545235

Crenshaw, K. W. (1989). *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167

Crenshaw, K. (2013). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, *43*(6), 1241. https://doi.org/10.2307/1229039

Falck, F., & Bränström, R. (2023). The significance of structural stigma towards transgender people in health care encounters across Europe: Health care access, gender identity disclosure, and discrimination in health care as a function of national legislation and public attitudes. *BMC Public Health*, *23*(1). https://doi.org/10.1186/s12889-023-15856-9

Foucault, M. (1976). *La volonté de savoir*. *Gallimard*

Foucault, M. (2019). *Histoire de la sexualité vol. 1, La volonté de savoir*. Publications de la Sorbonne.

Fredriksen-Goldsen, K. I. (2011). Resilience and Disparities among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults. *Public Policy & Aging Report*, *21*(3), 3–7. https://doi.org/10.1093/ppar/21.3.3

Hatzenbuehler, M. L., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *American Journal of Public Health*, *103*(5), 813–821. https://doi.org/10.2105/ajph.2012.301069

Kiely, E., Millet, N., Baron, A., Kreukels, B. P. C., & Doyle, D. M. (2024). Unequal geographies of gender-affirming care: A comparative typology of trans-specific healthcare systems across Europe. *Social Science & Medicine*, *356*, 117145. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117145

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *The Lancet*, *367*(9509), 528–529. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(06)68184-1

Mayes, C. (2021). Race, Reproduction, and Biopolitics: A Review Essay. *Journal of Bioethical Inquiry*, *18*(1), 99–107. https://doi.org/10.1007/s11673-020-10071-2

Rabinow, P., & Rose, N. (2006). Biopower Today. *BioSocieties*, *1*(2), 195–217. https://doi.org/10.1017/s1745855206040014

Richter, M. T., Fütty, T. J., Trautwein, R., Lankenau, L., Rupp, K., & Hampel, A. (2025). Gesundheitsförderung in Lebenswelten von trans* Menschen. *Prävention und Gesundheitsförderung*. https://doi.org/10.1007/s11553-025-01202-x

Rose, N. (2001). The Politics of Life Itself. *Theory, Culture & Society*, *18*(6), 1–30. https://doi.org/10.1177/02632760122052020

Safer, J. D., Coleman, E., Feldman, J., Garofalo, R., Hembree, W., Radix, A., & Sevelius, J. (2016). Barriers to healthcare for transgender individuals. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes & Obesity*, *23*(2), 168–171. https://doi.org/10.1097/med.0000000000000227

Streed, C. G., Michals, A., Quinn, E., Davis, J. A., Blume, K., Dalke, K. B., Fetterman, D., Garcia, G., Goldsmith, E., Greene, R. E., Halem, J., Hedian, H. F., Moring, I., Navarra, M., Potter, J., Siegel, J., White, W., Lunn, M. R., & Obedin-Maliver, J. (2024). Sexual and gender minority content in undergraduate medical education in the United States and Canada: Current state and changes since 2011. *BMC Medical Education*, *24*(1). https://doi.org/10.1186/s12909-024-05469-0

Stryker, S., Currah, P., & Moore, L. J. (2008). Introduction: Trans-, Trans, or Transgender? *WSQ: Women's Studies Quarterly*, *36*(3–4), 11–22. https://doi.org/10.1353/wsq.0.0112

Szücs, D., Köhler, A., Holthaus, M. M., Güldenring, A., Balk, L., Motmans, J., & Nieder, T. O. (2021). Gesundheit und Gesundheitsversorgung von trans Personen während der COVID-19-Pandemie: Eine Online-Querschnittstudie in deutschsprachigen Ländern. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, *64*(11), 1452–1462. https://doi.org/10.1007/s00103-021-03432-8

Townsend, M., & Clark, D. B. A. (2022). Universal gender screening: A simple strategy to enhance primary care for transgender and gender diverse people. *Family Practice*, *39*(5), 985–987. https://doi.org/10.1093/fampra/cmab176

Vaccaro, A., & Koob, R. M. (2019). A Critical and Intersectional Model of LGBTQ Microaggressions: Toward a More Comprehensive Understanding. *Journal of Homosexuality*, *66*(10), 1317–1344. https://doi.org/10.1080/00918369.2018.1539583

Velasco, R. A. F. (2022). Stigma among transgender and gender-diverse people accessing healthcare: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *78*(3), 698–708. https://doi.org/10.1111/jan.15040

Warner, D. M., & Mehta, A. H. (2021). Identifying and Addressing Barriers to Transgender Healthcare: Where We Are and What We Need to Do About It. *Journal of General Internal Medicine*, *36*(11), 3559–3561. https://doi.org/10.1007/s11606-021-07001-2

White Hughto, J. M., Reisner, S. L., & Pachankis, J. E. (2015). Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Social Science & Medicine*, *147*, 222–231. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.11.010

Zeeman, L., Sherriff, N., Browne, K., McGlynn, N., Mirandola, M., Gios, L., Davis, R., Sanchez-Lambert, J., Aujean, S., Pinto, N., Farinella, F., Donisi, V., Niedźwiedzka-Stadnik, M., Rosińska, M., Pierson, A., Amaddeo, F., Health4LGBTI Network, Taibjee, R., Toskin, I., … De Sutter, P. (2019). A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. *European Journal of Public Health*, *29*(5), 974–980. https://doi.org/10.1093/eurpub/cky226

Fachliteratur und Policy-Berichte

Eisele, K & European Parliament. Directorate General for Parliamentary Research Services. (2023). *The EU LGBTIQ equality strategy 2020-2025: Implementation overview.* Publications Office. https://data.europa.eu/doi/10.2861/521478

Franzen, J. & Sauer, A. (2010). *Benachteiligung von Trans*Personen: Eine interdisziplinäre Analyse struktureller Diskriminierung*. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/expertise_benachteiligung_von_trans_personen.pdf

Melzer, A. & Geidel, B. (2024). *Nationaler Aktionsplan PAN LGBTI - Zwischenevaluation-*. Ministerium für Familie, Integration und die Großregion. https://gouvernement.lu/dam-assets/documents/actualites/2024/04/16-backes-pan-lgbti/abschlussbericht-zwischenenvaluation-pan-lgbti-1402024.pdf

OECD & European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Luxembourg: Country Health Profile 2023*. OECD. https://doi.org/10.1787/3cf98074-en

Rausch K., European Observatory on Health Systems and Policies, Goetzinger C., Lorcy A., & Durvy B. (2024). *Luxembourg Health System Summary 2024*. World Health Organization. Regional Office for Europe. https://policycommons.net/artifacts/17953893/luxembourg/18849988/

Rosa Lëtzebuerg. (2023). *Forderung an die CSV und DP: Die Prioritäten der queeren Community für das nächste Koalitionsabkommen*. Rosa Lëtzebuerg. https://gouvernement.lu/dam-assets/documents/dossier/formation-gouvernement-2023/notes-au-formateur/r/RosaLetzebuerg_note.pdf

Methodentexte

Prainsack, B., & Pot, M. (2021). *Qualitative und interpretative Methoden in der Politikwissenschaft*. facultas. https://doi.org/10.36198/9783838555843

Strauss, A. & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology: An overview. In *Handbook of Qualitative Research*.

Strübing, J. (2021). *Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils*. Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-24425-5

VERBI Software. (2024). *MAXQDA24* (Version 2024) [Software]. VERBI Software.

Anhang

Interviewleitfäden

Im Folgenden sind drei verwendete halbstrukturierte Interviewleitfäden dokumentiert. Sie dienten als Grundlage für die Durchführung der qualitativen Interviews mit Fachpersonen sowie mit betroffenen Transpersonen. Die Leitfäden wurden im Verlauf der Forschung punktuell angepasst, ohne die inhaltlichen Schwerpunkte zu verändern.

Interview-Leitfaden für Expert*innen:

1. Um anzufangen, können Sie sich bitte kurz vorstellen und mir erzählen was Sie beruflich machen und wie Sie mit Transgenderpersonen arbeiten?
2. Wie oft behandeln Sie Transgenderpersonen in Ihrer Praxis?
3. Wegen was kommen Transgenderpersonen hauptsächlich zu Ihnen? Also was sind die häufigsten Anfragen und Eingriffe?
4. Wie läuft in der Regel so ein ganzer Prozess ab, also von der ersten Beratung, über OP, und danach?
5. Wie erleben Sie die Kommunikation mit Transgenderpersonen? Gibt es typische Fragen die immer gestellt werden oder Unsicherheiten die häufiger vorkommen?
6. Wie finden Sie ist das medizinische Personal hier in Luxemburg auf die Bedürfnisse von Transgenderpersonen vorbereitet?
7. Was können Sie mir zur gesetzlichen Lage sagen? Gibt es da irgendwelche Hürden die eine adäquate Behandlung erschweren?
8. Wie gut arbeiten die verschiedenen medizinischen Fachrichtungen hier in Luxemburg zusammen wenn es um die Behandlung und Unterstützung von Transgenderpersonen geht?
9. Wenn Sie etwas ändern könnten am Gesundheitssystem, was wäre das, natürlich bezüglich Transgenderpersonen.
10. Zum Schluss, was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Herausforderungen für Sie und für Ihre Patient*innen?
11. Gibt es noch etwas was Sie wichtig finden, was wir noch nicht angesprochen haben, was Sie gerne thematisieren würden?

Interview-Leitfaden für Psychiaterin:

1. Um anzufangen könnten Sie sich bitte kurz vorstellen und mir erzählen was Sie beruflich machen und wie Sie mit Transgenderpersonen arbeiten?
2. Wie häufig behandeln Sie Transgenderpatient*innen in Ihrer Praxis?
3. Mit welchen Anliegen kommen Transgenderpatient*innen am häufigsten zu Ihnen?
4. Gibt es in Luxemburg spezielle Weiterbildungen oder ähnliches für Psychiater*innen, bezüglich Transgenderthemen?
5. Wie läuft in Luxemburg in der Regel ein Transitionsprozess ab von Anfang bis Ende? Also welche psychischen Gutachten sind z.B. erforderlich?
6. Was ist Ihre Meinung zu der Voraussetzung eines psychiatrischen Gutachtens für die Hormontherapie?
7. Wie lange dauert es in der Regel von der ersten Konsultation bis zum Beginn einer Hormontherapie?
8. Gibt es aus Ihrer Sicht genug offizielle Informationen für Transgenderpersonen zur medizinischen Transition?
9. Ist das medizinische Personal Ihrer Meinung nach gut genug auf die Bedürfnisse von Transpersonen vorbereitet?
10. Wie gut funktioniert die Zusammenarbeit zwischen Psychiater*innen, Endokrinolog*innen, plastischen Chirurg*innen und anderen Fachrichtungen?
11. Gibt es in Luxemburg ausreichend spezialisierte Fachkräfte für die medizinische Betreuung von Transgenderpersonen?
12. Was können Sie mir zur gesetzlichen Lage sagen? Gibt es da irgendwelche Hürden die eine adäquate Behandlung erschweren?
13. Wie gut unterstützt die CNS aktuell Transgenderpersonen bei medizinischen Maßnahmen?
14. Wie nehmen Sie die gesellschaftliche Akzeptanz von Transgenderpersonen in Luxemburg wahr?
15. Was würden Sie gerne am aktuellen Gesundheitssystem ändern?
16. Noch einmal zum Abschluss, was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Herausforderungen für Sie selbst und Ihre Patient*innen?
17. Möchten Sie noch etwas ergänzen, das wir bisher nicht angesprochen haben?

Interview-Leitfaden für Betroffene:

1. Um zu beginnen: Könnten Sie mir etwas über sich und Ihre persönliche Geschichte erzählen, wenn Sie möchten?
2. Wie würden Sie Ihre Erfahrungen mit dem luxemburgischen Gesundheitssystem beschreiben?
3. Noch andere medizinischen Leistungen? Keine OPs? Und wie waren Ihre Erfahrungen damit? Nicht Priorität – Bartentfernung, Hormontherapie, facial feminisation
4. Wie haben Sie die Kommunikation mit den Ärzt*innen und insgesamt mit dem medizinischen Fachpersonal erlebt? (Also wurden Pronomen, Namen usw. respektiert?)
5. Haben Sie das Gefühl, dass das Gesundheitspersonal ausreichend über das Thema Transgendergesundheit informiert ist?
6. Wie gut betreut und verstanden haben Sie sich insgesamt gefühlt?
7. Gab es Situationen, in denen es für Sie schwieriger war, Zugang zu bestimmten Informationen oder Leistungen zu bekommen?
8. Wie waren Ihre Erfahrungen mit der CNS?
9. Finden Sie, dass jetzt ausreichend über die verschiedenen Leistungen und Angebote informiert wird?
10. Was funktioniert Ihrer Meinung nach gut im aktuellen Gesundheitssystem hier in Luxemburg?
11. Welche Veränderungen würden Sie sich wünschen?
12. Wie würde für Sie eine ideale Betreuung aussehen?
13. Wie beeinflusst, Ihrer Meinung nach, die gesellschaftliche Haltung Ihre Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem? (Also hatten Sie bereits mit Stigmata oder Vorurteilen zu kämpfen?)
14. Gibt es sonst noch etwas das Sie gerne ansprechen möchten, das wir bisher noch nicht thematisiert haben?

Übersicht über die interviewten Personen

Interviewte Person	Rolle im Forschungskontext	Relevante Merkmale / Kontext
S	Plastische Chirurgin, Expertin	Weiterbildung im Bereich Transchirurgie in Amsterdam, tätig in Luxemburg, Erfahrung mit Transpersonen, Kritik an fehlenden Codes für Genitaloperationen
J	Transmann, betroffen	27 Jahre, im Pflegebereich tätig, med. Versorgung in Lux und De, wünscht sich eine zentrale Anlaufstelle, lebt im Norden Luxemburgs
P	Gynäkologe, Chirurg, Präsident der lux. Gynäkologengesellschaft Experte	Mehr Erfahrung mit Transmännern, will stärkere Strukturierung und eine zentrale Versorgung
L	Transmann, betroffen	Ehemalige Ausbildung im Gesundheitswesen, psychosoziale Belastungen, Migrationshintergrund
F	Urologe, Experte	Ausbildung in Deutschland, seit einigen Jahren in Lux tätig, Nachsorge bei geschlechtsangleichenden Operationen
A	Transfrau, betroffene	Späte Transition, viel Eigeninitiative, positive Erfahrungen mit der CNS
E	Transmann, betroffen	Stark engagiert, im öffentlichen Dienst
R	Transfrau, betroffen	Späte Transition, Hürden bei Haarentfernung, Stimmtraining etc, österreichische Staatsbürgerschaft
M	Transfrau, betroffen	NGO-Gründerin, späte Transition, Migrationshintergrund, starke Kritik am GS
G	Psychiaterin	Weiterbildung im Ausland, betont Wichtigkeit einer betreuten Transition

Kategoriensystem

Das folgende Kategoriensystem fasst die im Rahmen der thematischen Analyse identifizierten Haupt- und Subkategorien zusammen. Es basiert auf der detaillierten Codierung der Interviewtranskripte und diente als analytische Grundlage für die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse.

Hauptkategorie	Beschreibung	Subkategorien	Beispielcodes	Zitate
Zugangshürden zur Gesundheitsversorgung	Diese Kategorie umfasst strukturelle und institutionelle Barrieren, die den Zugang zu medizinischer Versorgung für Transgenderpersonen erschweren. Dazu zählen lange Wartezeiten, sprachliche Hürden, bürokratische Komplexität sowie geografische Ungleichverteilungen, die sich besonders in ländlichen Regionen zeigen. Solche Hindernisse	- Wartezeiten als implizites Gatekeeping - Sprachbarrieren - Bürokratische Komplexität - Geografische Ungleichverteilung	- lange Wartezeiten für Termine - mehrere Wartezeiten - Sprachbarriere - schwer verständliche Verwaltungssprache - Diskriminierung durch Sprache - Bürokratische Barrieren - Angst vor bürokratischem Scheitern - Mobilitätsproblem - geografische Ungleichheit	Weil du dann manchmal sechs Monate oder länger auf einen Termin warten musst, und dann musst du noch ein Jahr lang diesen Psychiater aufsuchen, um mit der Hormontherapie beginnen zu können. (MA 9 M, Pos. 6) Für mich war es jetzt ok mit Französisch, aber nicht jeder versteht

	wirken als implizites Gatekeeping, indem sie notwendige medizinische Schritte verzögern, erschweren oder für bestimmte Gruppen faktisch unzugänglich machen.			gleich gut. Und ja so ein Bürokratenfranzösisch, wo man die Hälfte auch anders verstehen kann, ja… (MA 7 E, Pos. 23) Für jede Operation die ich mache muss ich einen neuen Kostenvoranschlag reinschicken und ja, das kostet nicht nur mich Geld, auch die Krankenkasse. Und Zeit. (MA 7 E, Pos. 6) Also es gibt ja CIGALE, es gibt Rosa Lëtzebuerg, aber es sind alles Sachen die im Süden vom Land stattfinden, ich

				komme aus dem Norden und damals ohne Auto und so, ja. (MA 2 J, Pos. 22)
Bürokratische Prozesse	Beschreibt Hürden und Belastungen durch kompliziert e Verwaltungs abläufe sowie den Wunsch nach einfacheren und klareren Prozessen.	- Bürokratisc he Hürden - Emotionale Belastung durch institutione lle Abläufe - Vorschläge zur Vereinfach ung	- Angst vor bürokratis chem Scheitern - lästiger bürokratis cher Aufwand vor OP - Wunsch nach bürokratis cher Unterstütz ung - Vereinfach ung durch europäisch es Formular	Und ich habe alles, die Gesetzestexte alles gelesen, ich muss beim ersten Anlauf gleich alles richtig machen. (MA 6 A, Pos. 12) Zweitens war das noch ganz am Anfang, d.h. null Selbstsicherheit , und man macht einfach dann alles schön brav, weil du weißt, dass die Person entscheidet, ob man weitermachen kann oder nicht. (MA 2 J, Pos. 12) Es ist jetzt nicht so, dass es eine Website gibt von ihnen, einfach ein Guide, wo alles drinsteht, […] da hätte ich mir eine Anlaufstelle gewünscht.

				(MA 2 J, Pos. 22)
Psychiatrische Voraussetzungen	Erfasst die Rolle psychiatrischer Gutachten als Voraussetzung für medizinische Maßnahmen, die Kritik daran sowie Widersprüche und Qualitätsfragen in der psychiatrischen Versorgung.	- Psychiatrische Betreuung als strukturelle Bedingung - Kritik an der Begutachtungspflicht - Inkonsistenz im System - Funktionalisierung psychiatrischer Gutachten - Qualität der Versorgung	- psychische Betreuung als Voraussetzung für Transition - psychologisches Gutachten als Voraussetzung für OP - psychiatrische Betreuungsvoraussetzung hat negative Auswirkung auf Betroffene - psychiatrische Betreuung empfohlen - psychiatrische Betreuung keine Pflicht - Ausschluss psychischer Krankheit - Betreuung von Psychiater ohne Expertise - bekommt vom Psychiater was sie braucht	Vor allem müssen wir einen Psychiater aufsuchen, nur um Zugang zur grundlegendsten Behandlung zu bekommen, nämlich der Hormontherapie. (MA 9 M, Pos. 5) Das ist infantil, entmündigend und nimmt uns die Kontrolle über unsere eigenen Körper. (MA 9 M, Pos. 5) Das ist in Luxemburg eigentlich nicht erforderlich. Das muss nur von Psychiatern beschrieben werden, dass da keine andere psychische Erkrankung da ist. (MA 10 G, Pos. 12)
Politische Verantwortung	Bezieht sich auf das Fehlen	- Politische Inaktivität	- Vernachlässigung von der Politik	Es fehlt schlicht und einfach der politische Wille.

	politischer Maßnahmen, mangelnde gesetzliche Regelungen, fehlende Standards und den wahrgenommenen politischen Stillstand, ergänzt durch konkrete Reformvorschläge.	- Fehlende Richtlinien - Reformvorschläge - Politische Unsichtbarkeit	- Gefühl politischer Unsicherheit - Wertschätzung politischer Unterstützung - Abhängigkeit von der Politik - globales Forschungsdefizit zu Transthemen - Gesundheitsministerium in Verantwortung	Das ist der Kern der Sache. Politiker kümmern sich nicht genug. Wir sind einfach nicht wichtig genug oder eine zu kleine Community, um einen Unterschied zu machen. (MA 9 M, Pos. 22) Die CNS macht ihren Job. Das sind Anwender. Wenn da steht, das dürfen wir nicht, dann dürfen wir das nicht. Da muss ein Gesetz von höher kommen, was die Krankenkasse entlastet in der Entscheidungsfindung. (MA 3 P, Pos. 20) Es besteht kein standardisiertes Feld, wo X Leute automatisch miteinander Austausch durchführen, um da ein Feld zu schaffen, um Transgenderpersonen zu behandeln. (MA 5 F, Pos. 12) Denn es gibt Ärzte, es gibt

				Patienten, es gibt das Geld – aber es gibt keinen politischen Willen. (MA 9 M, Pos. 20)
Interdisziplinäre Zusammenarbeit	Betrifft die informellen Netzwerke zwischen Fachpersonen, den Austausch über spezialisierte Kontakte und den Wunsch nach besser koordinierter, institutionalisierter Zusammenarbeit.	- Informelle Netzwerke zwischen Fachpersonen - Bedeutung von Weiterleitung - Wunsch nach Koordination	- Appell zur institutionellen Zusammenarbeit - Netzwerk aus vereinzelten spezialisierten Fachpersonen - direkte Erreichbarkeit zwischen Kollegen - persönliche Beziehungen zwischen Kollegen - gezielte Weiterleitung	Wir haben hier den Vorteil vom kleinen Land. Das heißt, wir kennen uns fast alle untereinander und wir wissen, wer erstens eine Formation und zweitens den Willen von der Transgenderchirurgie hat. Und dann vernetzt man sich effektiv. Das läuft relativ gut. (MA 3 P, Pos. 22) Aber wir kennen uns, also wissen, wo wir wen hinschicken. Das ist ganz klar. Und wir können uns anrufen, wenn noch irgendwas ist. (MA 1 S, Pos. 21) Ich denke, dass man versuchen müsste, das zu zentralisieren. Ganz klare Sache. Dass da die Leute, die gewillt sind auf dem Terrain,

				das zu machen – das richtig zu machen im Alltag – dass das nicht anders geht als zu zentralisieren. (MA 3 P, Pos. 24)
Kritik an normativer Versorgung	Betrifft die Kritik an standardisierten, normativen Versorgungspfaden, die individuelle Bedürfnisse und differenzierte Verläufe oft ignorieren.	- Kritik an standardisierter Hormontherapie	- Kritik an standardisierter Versorgung - psychische Nebenwirkungen der standardisierten Hormontherapie	Also ich hätte schon gerne, dass das Gesundheitssystem ein bisschen offener ist in Bezug auf die individuellen Bedürfnisse von Transpersonen. Also es erscheint mir schon, dass das System ist einfach Standard, eine Transperson braucht die Genitaloperation, den Brustaufbau das war's, oder die Entnahme der Brust und die Phalloplastie bei den Transmännern und damit hat's sich. Das sind viele, viele Nuancen, die eigentlich von dem System hier komplett ignoriert werden. (MA 8 R, Pos. 8)
Pandemiebedingte Versorgungslücken	Beschreibt die pandemiebedingten Verzögerun	- Auswirkungen der Pandemie	- Pandemie als Katalysator psychische	Die Coronakrise hat alles verlangsamt, alles, auch das.

	gen, Erschwernisse und psychischen Belastungen, die zu zusätzlichen Versorgungslücken geführt haben.		r Belastung - allgemein erschwerter Zugang durch Pandemie - online Selbsthilfegruppe durch Pandemie - Pandemie als Wendepunkt	Es war keine Ruhe für diese Diskussionen da, es war kein Geld für diese Diskussionen da. (MA 3 P, Pos. 35)
Psychische Belastungen	Erfasst emotionale Belastungen, die durch Genderdysphorie, strukturelle Barrieren und die Herausforderungen des Coming-outs entstehen.	- Genderdysphorie - Psychische Belastung durch strukturelle Hürden - Coming-out als emotionaler Wendepunkt - Emotionale Reaktionen auf Barrieren	- keine Konfrontation mit Genderdysphorie - frühe Anzeichen der Genderdysphorie - Frustration über ineffiziente Prozesse - Zusammenhang zwischen mentaler Gesundheit und Barrieren - Transition als befreiender Wendepunkt - Relevanz von persönlichem Coming-out	Glaub mir, Hormone können für unsere psychische Gesundheit einen riesigen Unterschied machen, allein schon, weil sie beginnen, unsere Körper zu verändern. (MA 9 M, Pos. 37) Hatte aber auch demnach nicht gemerkt, dass ich im falschen Körper geboren war, weil ich auch nicht damit konfrontiert war. (MA 7 E, Pos. 2) So wie sich das gehört, und so bin ich glücklich und zufrieden. Und ich bin mir das

				jeden Tag bewusst, ich habe mein Lebensziel erreicht. (MA 6 A, Pos. 2) Ich hatte Angst, jemand würde sagen, das stimmt nicht, du lügst. [...] Und ja, man fühlt sich unsicher. (MA 2 J, Pos. 23)
Soziale Beziehungen	Bezieht sich auf familiäre und gesellschaftliche Dynamiken, die Unterstützung, Erwartungen und Anpassungsdruck in der Transition prägen.	- Familiäre Unterstützung - Gesellschaftliche Erwartungen	- Familie als Anker in schlimmsten zeiten - Unterstützung von Frau trotz Belastung - Vorurteile und Ängste in der Gesellschaft - Hoffnung sozialer Anerkennung durch Anpassen des Äußeren	Meine gesamte Familie lebt in Portugal, sie waren in jedem Fall sehr unterstützend, sodass es ohnehin in Ordnung gewesen wäre. (MA 9 M, Pos. 33) Ich bin nicht so wie meine Tochter oder meine Frau im Kleidungsstil, aber trotzdem haben wir sehr viele Überschneidungen, und das ist schon ein bisschen ungewohnt für sie, plötzlich vom Papa irgendwelche Kleidervorschläge zu bekommen, ja das ist halt so. (MA 8 R, Pos. 2)

Altersspezifische Aspekte	Beschreibt unterschiedliche Bedürfnisse und Prioritäten in der Transition je nach Lebensalter sowie altersbedingte Herausforderungen, die oft unzureichend berücksichtigt werden.	- Spezifische Bedürfnisse - Verschiedene Lebensphasen	- Altersabhängige Transitionsbedürfnisse - geringe körperliche Veränderungen bei älteren Transgendern - Bartwuchs als großes Problem - keine Berücksichtigung der Bedürfnisse der älteren Transfrauen	Dass da die Bedürfnisse sehr unterschiedlich sind, individuell sehr stark von dem Alter abhängen. (MA 8 R, Pos. 8) Für mich einer der größten Probleme ist mein Bartwuchs. […] Ich bin nicht jetzt so 100 % jetzt, dass ich jetzt unbedingt Genitaloperationen haben will und jetzt unbedingt Brustaufbau haben will. Natürlich wäre es sehr schön, aber das ist jetzt nicht meine Priorität. Und da bin ich eigentlich wie sehr viele ältere, speziell Transfrauen, wo das nicht unbedingt sein muss. […] Ich habe immer auch irgendwo meine Ehefrau noch im Kopf. Das ist auch immer noch ein weiterer Schritt in unserer Beziehung, wo ich fürchte, dass sich danach was ändert.

				(MA 8 R, Pos. 4)
Stigmatisierungserfahrungen	Erfasst Situationen, in denen Transpersonen aufgrund ihrer sichtbaren Identität diskriminiert, falsch eingeschätzt oder sozial abgewertet werden, sowohl im Alltag als auch im medizinischen Kontext.	- Stigmatisierung	- sichtbare Transidentität führt oft zu Stigma - Arztwechsel wegen Diskriminierung - Ignoranz über Transthema	Der Vorteil bei mir ist, dass man mir meine Geschlechtsumwandlung nicht gleich ansieht. Das ist bei anderen leider oft so, dass man das sieht, und dann haben die Leute gleich einen Stempel wieder bestätigt. (MA 7 E, Pos. 27) Dann fragte sie mich, als sie das Rezept vorbereitete, ob ich auf Geschlechtskrankheiten getestet werden wolle, denn, naja, weil ich trans bin, muss das ja bedeuten, dass ich promiskuitiv bin. Das war das letzte Mal, dass ich sie gesehen habe – aus offensichtlichen Gründen. (MA 9 M, Pos. 14)
Chirurgische Versorgung	Beschreibt die fehlenden operativen Angebote in Luxemburg, die organisatorischen und finanziellen	- Fehlende chirurgische Angebote in Luxemburg - Belastungen und Risiken von	- Viel Papierkram - digitale Lösung zwischen Ländern - Notwendigkeit Operation	Aber in Luxemburg haben wir eben keine Operationen, weil die Nachfrage nicht da

	Belastungen durch Eingriffe im Ausland sowie die damit verbundenen Risiken und Herausforderungen.	Auslands-OP - Organisatorische Aspekte	im Ausland - Komplikationsrisiko im Ausland - sehr hohe Operationskosten	ist. Wir sind so klein, wir kommen nicht an gegen die anderen Länder. (MA 7 E, Pos. 8) Aber da gibt es tatsächlich mittlerweile Leute auf der CNS, die die Patienten dann zu mir schicken, obwohl sie – also sie wissen gar nicht, dass eigentlich noch eine ganze Reihe Sachen noch gar nicht übernommen werden. (MA 1 S, Pos. 27)
Kostenübernahme und finanzielle Barrieren	Bezieht sich auf die individuellen finanziellen Belastungen durch nicht übernommene oder unklare Kosten, die Erfahrungen mit der CNS sowie die Forderung nach transparenter und fairer finanzieller	- Individuelle finanzielle Belastung - Fehlende oder unklare Kostenübernahme - Erfahrungen mit der CNS - Forderung nach finanzieller Gleichbehandlung	- fehlende Kostenübernahme für Zentrale Bedürfnisse - unvollständige Kostenerstattung - kein Problem mit Kostenerstattung - positive Erfahrung mit der CNS - große Erleichteru	Dauert auch teilweise einfach massiv lang, um Geld zurückzubekommen. […] Das dauert teilweise 6 Monate, wo ich mir sage: ja ok. (MA 7 E, Pos. 23) Für mich einer der größten Probleme ist mein Bartwuchs. (MA 8 R, Pos. 4)

	Unterstützung.		ng über positive Erfahrung mit CNS - CNS ist freundlich aber uninformiert - Unklarheit über Zuständigkeit bei CNS - Sparen durch Abschaffung der Psychiaterpflicht - Ökonomischer Vorteil an inländischen OPs	Von der Krankenkasse her war es relativ unkompliziert. (MA 7 E, Pos. 4) Außerdem würde die Abschaffung der Psychiaterpflicht der Regierung Tausende Euro sparen, denn jede Sitzung kostet 200 €, davon werden 85 bis 90 % erstattet. […] die wir nicht brauchen und die unser Leben nur verschlechtern. (MA 9 M, Pos. 30)
Informationsdefizit bei medizinischem Fachpersonal	Umfasst Wissenslücken, Unsicherheiten und Fehlinformationen im Umgang mit transspezifischen Themen, die das Arzt-Patient*inne	- Fehlinformationen - Kommunikationsprobleme - Weiterbildungsbedarf - Arzt-Patient*innen-Verhältnis	- Komplikationen für OP durch Falschinformationen - informierter als Fachkräfte - Unsicherheit bei neuen Ärzten - Unsicherheit über	Ich habe die Geschichten über Hausärzte gehört, die einfach nicht wissen, wie sie mit Transpersonen

	n-Verhältnis belasten, sowie den klar geäußerten Weiterbildungsbedarf im medizinischen Bereich.		Reaktion des med. Personals - Forderung nach Weiterbildung - fehlende Unterstützung der Arbeitgeber zur Weiterbildung - gute med. Versorgung ist Glückssache	umgehen sollen. […] Auch Endokrinologen fehlt es an Informationen. (MA 9 M, Pos. 14) Auch wenn Transsexualität immer mehr besprochen wird, ist es trotzdem immer peinlich, weil man nicht weiß, wie die Person dahinter reagiert […]. (MA 7 E, Pos. 6) Es ist kein Teil der plastischen Chirurgie, der automatisch bei uns im Cursus […] in Europa ist. […] Wenn man das machen will, muss man […] zu einem

				spezifischen Service gehen […]. (MA 1 S, Pos. 3) Wie gesagt, ich hatte Glück mit meiner neuen Hausärztin und meiner Endokrinologin. Sie sind großartig, also kann ich mich da nicht beschweren. (MA 9 M, Pos. 18)
Informationsversorgung	Beschreibt, wie Betroffene Informationen über Versorgung, Rechte und Optionen überwiegend selbstständig beschaffen müssen, oft über informelle Netzwerke, weil offizielle, leicht zugängliche Plattformen oder	- Formelle Informationsquellen - Informelle Netzwerke - Selbstorganisierte Informationsbeschaffung - Fehlende Plattformen - Informationsbarrieren als Ausdruck struktureller Unsichtbarkeit	- Informationen der Ärzte als Orientierung - Organisationen als Informationsquelle - informelle Informationsnetzwerke zwischen Transgendern - Mundpropaganda - Informationen durch Erfahrungen bekannter Transpersonen - Selbstverantwortung in der Informationsbeschaffung	Wie gesagt, es gibt auch in Luxemburg von der ITGL, die machen solche Events, und das sind aber häufig die gleichen Personen anwesend […] und relativ wenig andere. (MA 8 R, Pos. 8) Alle meine Informationen habe ich über andere Transpersonen bekommen. (MA 2 J, Pos. 22)

	zentrale Informationsstellen fehlen.		- Notwendigkeit eigenständiger Informationsbeschaffung - gezielte Informationssuche - keine online Informationen - Informationsdefizit - Informationsdefizit durch Werbeverbot - Infos vorhanden aber erschwerter Zugang - Vergleich mit erhältlichen Informationen über andere Themen	Ja, also man muss viel von sich aus immer wieder graben und immer wieder nachfragen, und ja, es ist einfach anstrengend. (MA 7 E, Pos. 20) Es gibt nicht eine einzige Seite auf einer ministerialen Website mit Informationen darüber […], nichts. (MA 9 M, Pos. 20) Wenn sie jetzt nicht durch Ratschläge an jemanden geraten, der sich auskennt, können sie sich ganz schnell hier verloren fühlen. (MA 5 F, Pos. 36)
Migrationshintergrund	Bezieht sich auf spezifische Erfahrungen von Transpersonen mit Migrationsgeschichte, die oft unterschiedliche Versorgungs- und Rechtskontexte vergleichen und damit	- Migrationshintergund - Vergleichende Perspektiven auf Versorgungssysteme	- österreichische Staatsbürgerschaft - Migrationshintergrund	Und in Österreich brauchte ich ein Gutachten von einem Psychiater plus der musste bestätigen, dass ich ein oder zwei Jahre den reallife Test gemacht habe, den es in Luxemburg nicht gibt. Und das hat er mir auch ohne Probleme

	sowohl zusätzliche Hürden als auch privilegierte Perspektive n benennen.			gemacht. (Transkript MA 8 R, Pos. 4) Wir, Luxemburg allgemein, beschweren uns viel zu sehr über Sachen die in andern Ländern undenkbar sind. (Transkript MA 4 L, Pos. 56)