



CLEMENTINE
KINDERHOSPITAL

Suizidalität und Geschlechtsinkongruenz

Florian Daxer

Leitender Oberarzt Kinder- und Jugendpsychosomatik

22.10.2025

1

Was bedeutet Haltung?



Haltung ist die innere Einstellung, mit der wir Menschen und Situationen begegnen.



Denken

Was ich über andere glaube
(Annahmen und Überzeugungen)



Fühlen

Wie ich mich dabei fühle



Handeln

Wie ich mich verhalte und reagiere

2

Haltung



- Allgemeine Haltung: Wie stehe ich grundsätzlich zu dem Thema?
- Haltung gegenüber Kindern/Jugendlichen: Welche Rolle schreibe ich Kindern/Jugendlichen in dem Prozess zu? (UN KRK, Medizin-Ethik)
- Haltung gegenüber Eltern/Sorgeberechtigten: Welche Rolle schreibe ich Eltern in dem Prozess zu?
- Fachliche Haltung: Wie gehe ich in der Arbeit mit dem Thema um?
- Einstellung zu somatischen Behandlungen: Wie positioniere ich mich? (schwarz-weiß vs. individuelle Betrachtungsweise, persönliche Grenzen)

3

Was bedeutet Heteronormativität?



Die meisten Menschen gehen – oft unbewusst – davon aus, dass es nur zwei Geschlechter (männlich und weiblich) gibt und dass sich Menschen gegenseitig zwischen diesen beiden Geschlechtern anziehen (also „männlich liebt weiblich“ und umgekehrt).

Diese Sichtweise wird oft als „normal“ betrachtet – sie prägt Sprache, Kleidung, Schule, Familie, Medizin und Medien.

Menschen, die nicht in diese „Norm“ passen, erleben häufig:

- Unverständnis oder Ablehnung
- Druck, sich anzupassen
- das Gefühl, „falsch“ zu sein

Heteronormative Erwartungen können dazu führen, dass ein junger Mensch seine Identität versteckt oder sich schämt – was wiederum das Risiko für psychische Belastung und Suizidgedanken erhöht.

4

Hätten Sie's gewusst?



Cis Mann/Frau
Trans Mann/Frau
Pansexuell/-romantisch
Genderfluid
Nonbinary/nichtbinär
Genderqueer



5

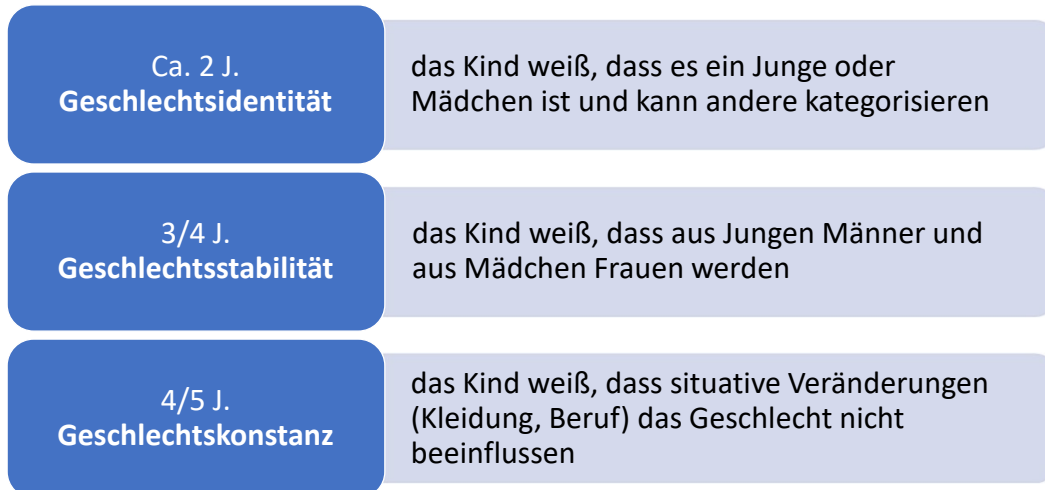
Was ist Geschlechtsidentität?



- Subjektive Überzeugung, welchem Geschlecht eine Person angehört.
- Geschlechtsverständnis bildet sich im Vorschulalter heraus.
- Ist kein reines Konstrukt unserer Gesellschaft, sondern auch biologisch bedingt.
- Stimmt nicht immer mit dem anatomischen Geschlecht überein.
- Es gibt mehr als nur männlich/weiblich (Kontinuum statt Dichotomie).

6

Wann entwickelt sich Geschlechtsverständnis?



Quelle: Lohaus und Vierhaus, 2015

7

Paradigmenwechsel Trans*



- Analog zur historischen Entwicklung bei der Homosexualität
- Abkehr von „Perversion“ und „Persönlichkeitsstörung“
- Normvariante menschlicher Entwicklung
- Akzeptanz der Nicht-Beeinflussbarkeit transidenter Entwicklungen
- Assoziierte Psychopathologie wird weitgehend als reaktiv erworben verstanden
- Bei rechtzeitiger fachgerechter Begleitung wird die psychische Gesundheitsprognose vergleichbar zum Bevölkerungsdurchschnitt angenommen

8

Wording



Transsexualität

Transsexualismus

Geschlechtsidentitätsstörung

Geschlechtsumwandlung

Transidentität

Geschlechtsdysphorie

Geschlechtsinkongruenz

Geschlechtsangleichung

Femininisierende/maskulinisierende Behandlung/Operation

9

Häufigkeit



- Daten Gesundheitssystem 0,02 – 0,1%
- Repräsentative Umfragen Erwachsene 0,3 – 0,5% (TGD 0,3 – 4,5%)
- Repräsentative Umfragen Jugendliche 1,2 – 2,7% (TGD 2,5 – 8,4%)

Geschlechtsinkongruentes Empfinden und (Wunsch nach) soziale(r) Transition nicht gleichzusetzen mit Wunsch nach somatomedizinischen Transitionsschritten

Quelle: WPATH Standards of Care V8; Coleman et al 2022

10

Wie erklärt sich die Zunahme der Fallzahlen



- Unterschätzung in früheren Studien
- Gesellschaftspolitische Veränderungen (Sichtbarkeit, Akzeptanz, Entstigmatisierung)
- Bessere Informationsmöglichkeiten
- Verbesselter Zugang zu qualifizierter Gesundheitsversorgung
- Adoleszenzentwicklung (?)

11

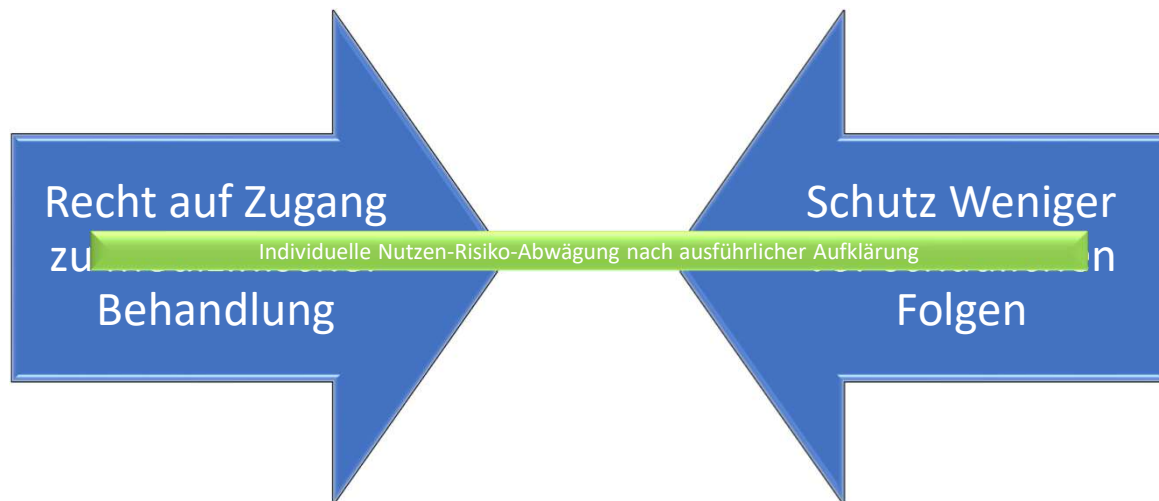
Detransition



- Seltenes Phänomen: 4% der Trans*-Personen, die ein Hormonbehandlung begonnen haben, 1,3% der Trans*-Personen, die bereits geschlechtsangleichende OP's hinter sich hatten (Turban et al, 2021)
- Betrifft derzeit v.a. Transitionen im Erwachsenenalter: bei 75% erste somatische Transitionsbehandlung im Alter > 18 Jahre (Vandenbussche, 2021)
- Ist vielfältig (bzgl. Zeitpunkt, Ursache, „regret“, ...)

12

Detransition

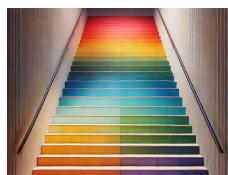


13

Coming-out

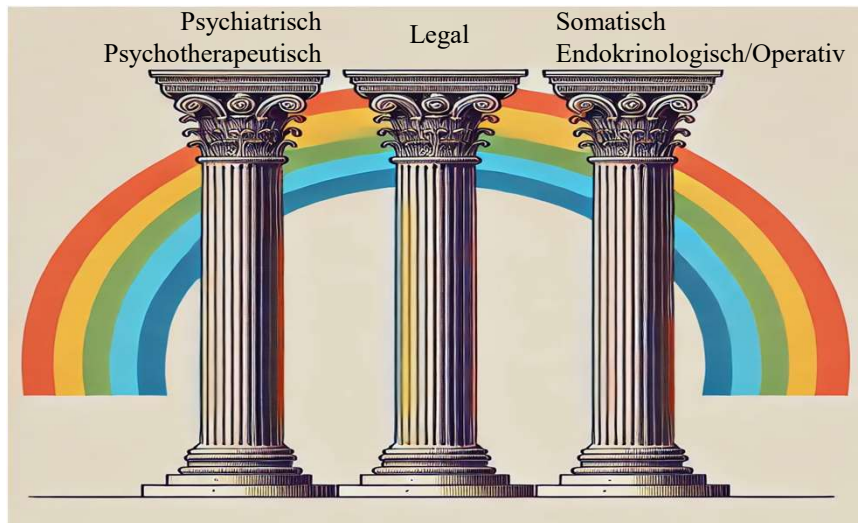


- Entwicklung der GI (abh. von Einstellung der Bezugspersonen, sozialem Rollenbild, Umfeld,...)
- Geschlechtsdysphorie
- Information zum Thema Transidentität (zufällig, Recherche)
- Inneres Coming-out (schnelle Identifikation $\leftarrow \rightarrow$ prozesshafte Identifikation, Ablehnung, nicht-auf-sich-beziehen)
- Äußeres Coming-out in den verschiedenen Lebensbereichen (Monate bis Jahre später, meist erst nach langer Reflexion und bei hoher Sicherheit)
- Sich-erproben in der empfundenen Geschlechtsrolle



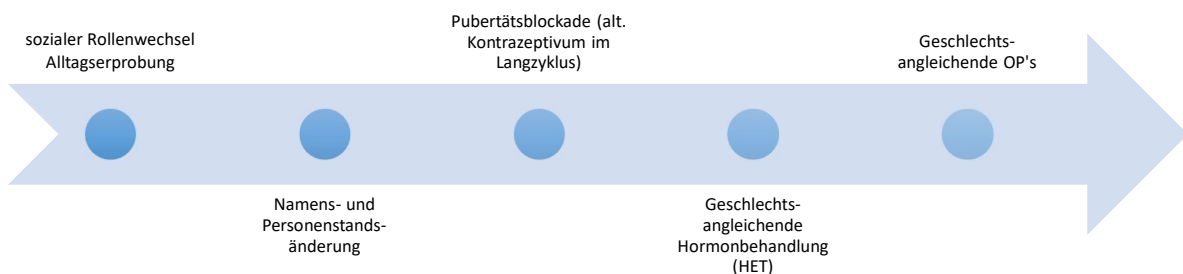
14

Trans*Gesundheitsversorgung



15

Möglichkeiten der Geschlechtsangleichung



16

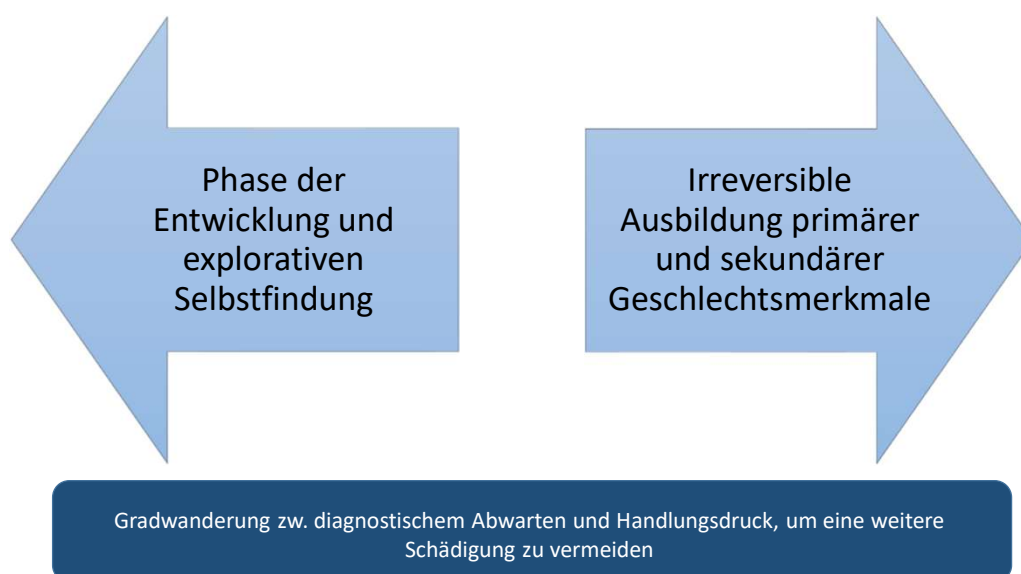
Risiken behandeln vs nicht-behandeln



Behandeln bedeutet Reduktion von Leidensdruck, Verminderung des Risikos der Entwicklung schwerer Psychopathologien (z.B. Depression, Ängste, Suizidalität), geringere Einschränkungen in der Alltagserprobung und Verhinderung körperlicher Veränderungen, die nicht rückgängig zu machen sind. Es besteht gleichzeitig die Gefahr einer zu frühen Behandlung, die später bereut wird und ebenfalls zu Leid führen kann. Einige Risiken sind wissenschaftlich noch nicht ausreichend untersucht, um sie abschließend beurteilen zu können.

17

GD im Jugendalter



18

Individuelle Alltagserprobung

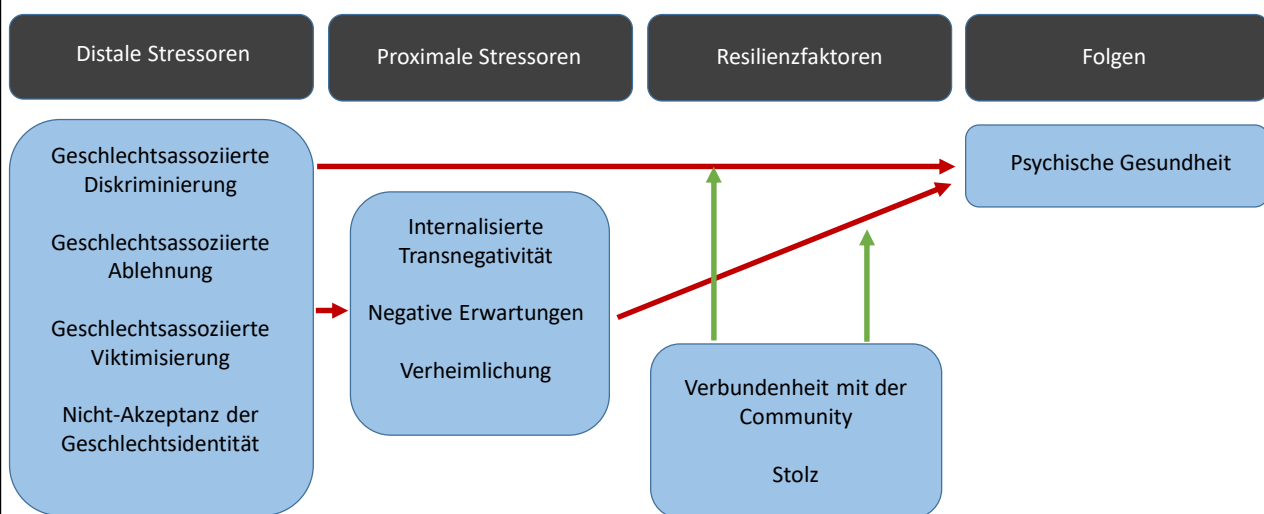


- Zeitlich anhaltend (ca. 12 Monate)
- Möglichst in allen Lebensbereichen (Schule/Familie/Jugendhilfe/Freundeskreis/Gesundheitssystem)
- Mit psychiatrischer/psychotherapeutischer Begleitung (ergebnisoffen, keine Therapie der GI)
- Gewählter Vorname und gewünschte Personalpronomen
- Benötigt keine rechtlichen Schritte
- Erfahrungen im Zielgeschlechts sammeln, Rollenverständnis und Erwartungen prüfen und ggf. korrigieren
- Nicht erzwungene Anpassung an das gesellschaftlich erwartete Geschlechtsrollenbild
- Entscheidend, bevor irreversible Maßnahmen erfolgen (z.B. geschlechtsangleichende Hormontherapie)



19

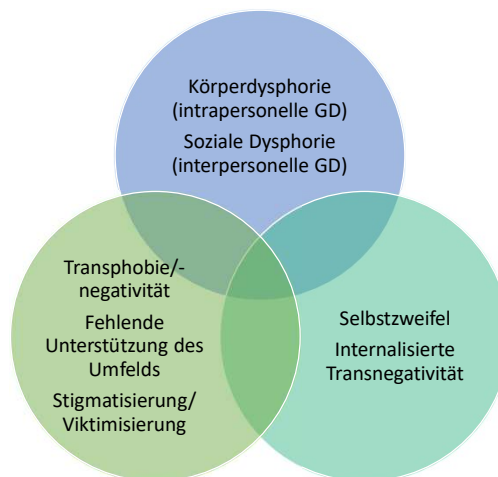
Minoritätenstressmodell



Quelle: nach Hendricks et al 2012

20

Erhöhtes Risiko für Psychopathologie



21

Körperdysphorie

Trans* männlich

- Sichtbarkeit und Bewegung der Brust („flache Brust“)
- Abbinden der Brust
- Probleme bei der Körperhygiene
- Stimmlage
- Kein Schwimmen mehr (Urlaub)
- Menstruation „falsch“ und extrem belastend
- Körperbild („weibliche Rundungen“)
- Keine Ejakulation

Trans* weiblich

- Belastung durch Virilisierung (Bart, Stimme, Körperbehaarung, Gesicht, Körperproportionen, Adamsapfel)
- Probleme bei der Körperhygiene
- Z.T. exzessive Haarentfernung (Gesichts-/Körperbehaarung)
- Abbinden des Penis („tucken“)
- Kein Schwimmen mehr
- Leiden unter männlichem Phänotyp (FFS)
- Keine Menstruation/SSW

22

Hilfsmittel trans Männer



- Binder/Tape
- Packer
- Penis-Hoden-Epithesen

23

Hilfsmittel trans Frauen



- Tucking-Unterwäsche
- Push-Up-BH, Brust-Prothesen, Breast-Plate
- Perücken

24

Internalisierte Transnegativität



...bedeutet, dass eine trans*, nicht-binäre oder geschlechtsdiverse Person die negativen Einstellungen oder Vorurteile der Gesellschaft über trans Menschen selbst übernimmt und auf sich anwendet.

Sie entsteht nicht von allein – sondern durch Diskriminierung, Ausgrenzung und fehlende Akzeptanz im Umfeld.

Wie zeigt sich das?

- Man schämt sich für das eigene Geschlecht oder versucht, es zu verstecken.
- Man denkt, man sei „nicht richtig“ oder „zu kompliziert“.
- Man hat Angst, anderen von sich zu erzählen.
- Man glaubt, man sei weniger Wert als andere.

Internalisierte Transnegativität kann das Selbstwertgefühl stark beeinträchtigen und das Risiko für Depressionen, Angst und/oder Suizidgedanken erhöhen.

25

Begleitende Psychopathologie



Geschlechtsdysphorie:

- Depressive Symptomatik
- (Soziale) Ängste
- Autistisch anmutende Symptomatik
- SVV/Suizidalität

Koinzident ist jede psychiatrische Erkrankung möglich!

26

Begleitende Psychopathologie



- Hohe psychiatrische Morbidität bei Jugendlichen mit GD
- Eher internalisierend (Angst u/od Depression bei 32-78%) als externalisierend
- Hinweise, dass keine erhöhte Psychopathologie bei familiärer Unterstützung
- Minoritäten-Stress-Modell
- Raten für Suizidalität und SVV vergleichbar mit KJP-Inanspruchnahme-population

Quelle: Mental Health of Transgender and Gender Diverse Youth; Wittling et al 2023

27

Alarmierende Zahlen



40-50% 20-30% 5x

Suizidgedanken
der geschlechts-
inkongruenten
Jugendlichen berichten
von Suizidgedanken (im
Vergleich zu 10–15% bei
cis Jugendlichen)

Suizidversuche
haben bereits
mindestens einen
Suizidversuch
unternommen

Erhöhtes Risiko
höher ist das Suizidrisiko
im Vergleich zur
Allgemeinbevölkerung
gleichen Alters

Quelle: Internationale Studien (u.a. Trevor Project, The Lancet Child & Adolescent Health, AWMF-Leitlinien)

28

Alltagserprobung – eine besonders vulnerable Phase



Warum ist diese Phase so kritisch?

- Hohe Sichtbarkeit und Angreifbarkeit
- Unsicherheit über Reaktionen des Umfelds
- Angst vor Ablehnung und Gewalt
- Gleichzeitig: Hoffnung auf Authentizität

Für Sie als Fachkraft:

In dieser Phase ist professionelle Begleitung und ein unterstützendes Umfeld besonders wichtig.

29

Risikofaktoren verstehen



Mehrere Faktoren können das Suizidrisiko bei geschlechtsinkongruenten Kindern und Jugendlichen erhöhen:

Ablehnung durch Familie

Fehlende Akzeptanz der Geschlechtsidentität durch Eltern oder Geschwister ist einer der stärksten Risikofaktoren. Jugendliche erleben existenzielle Einsamkeit.

Diskriminierung und Mobbing

In Schule, Ausbildung oder Freizeit: Verbale und körperliche Gewalt, Ausgrenzung und Stigmatisierung führen zu massiven psychischen Belastungen.

Soziale Isolation

Mangel an Peers mit ähnlichen Erfahrungen, fehlende sichere Räume und Rückzug aus sozialen Kontakten verstärken Gefühle der Hoffnungslosigkeit.

Körperdysphorie

Das starke Unbehagen mit dem eigenen Körper, besonders während der Pubertät, kann zu intensivem Leidensdruck und Verzweiflung führen.

Fehlende professionelle Unterstützung

Lange Wartezeiten für Beratung und Therapie, unzureichende Versorgungsstrukturen und Unsicherheit im Hilfesystem verschärfen die Krise.

30

Protektive Faktoren



Familiäre Akzeptanz

Studien zeigen: Akzeptierende Familien reduzieren das Suizidrisiko deutlich. Elternberatung ist entscheidend.



Zugang zu Peer-Gruppen

Austausch mit anderen geschlechtsinkongruenten Jugendlichen vermittelt: „Ich bin nicht allein.“ Selbsthilfegruppen und Online-Communities wirken schützend.



Sichere Räume schaffen

Schulen, Jugendeinrichtungen und Beratungsstellen, die Diskriminierung aktiv entgegenreten und Vielfalt wertschätzen.



Professionelle Begleitung

Frühzeitiger Zugang zu spezialisierter psychotherapeutischer und medizinischer Versorgung lindert Leidensdruck nachweislich und wirkt suizidpräventiv.

31

Warnsignale erkennen– Leitfaden für den Alltag



Als Fachkraft können Sie entscheidende Hinweise wahrnehmen. Achten Sie auf folgende Anzeichen:

→ Rückzug und Isolation

Plötzlicher Rückzug aus sozialen Aktivitäten, vermehrtes Fehlen in Schule oder Einrichtungen

→ Hoffnungslosigkeit äußern

Aussagen wie „Es wird nie besser“, „Ich halte das nicht mehr aus“ oder „Alle wären ohne mich besser dran“

→ Veränderte Stimmung

Anhaltende Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit, emotionale Taubheit oder plötzliche Ruhe nach langer Krise

→ Selbstverletzendes Verhalten

Ritzen, Verbrennen oder andere Formen selbstschädigenden Verhaltens als Bewältigungsversuch

→ Abschiedsverhalten

Verschenken wichtiger Gegenstände, Abschiedsbriefe schreiben, klare Suizidankündigungen

Wichtig: Sprechen Sie Ihre Sorgen direkt und einfühlsam an.
Das Ansprechen von Suizidgedanken erhöht NICHT das Risiko – es kann Leben retten.

32

ASQ (Ask Suicide Screening Questions)



„Ich möchte dir ein paar kurze Fragen stellen, um besser zu verstehen, wie es dir im Moment geht. Manche dieser Fragen sind sehr direkt, aber sie helfen uns, dich gut zu unterstützen.“

1.	Hast du in den letzten Wochen daran gedacht, dass du lieber tot wärst?
2.	Hast du in den letzten Wochen gedacht, es wäre besser, wenn du nicht mehr leben würdest oder dir selbst weh tust?
3.	Hast du in den letzten Wochen daran gedacht, dich umzubringen?
4.	Hast du jemals in deinem Leben versucht, dich umzubringen?
5.	Denkst du im Moment daran, dich umzubringen? (nur fragen, wenn zuvor eine Antwort „Ja“ war)

Auswertung:

- Positiver Screen: Eine oder mehrere Antworten auf Fragen 1–4 = „Ja“.
- Akute Gefahr: Frage 5 = „Ja“ → sofortige Sicherheitsabklärung / Krisenintervention.
- Negativer Screen: Alle Antworten „Nein“ → keine akute Suizidgedanken berichtet.

Quelle: <https://www.nimh.nih.gov/asq>

33

Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)



Always ask questions 1 and 2.		Past Month
1) Have you wished you were dead or wished you could go to sleep and not wake up?		Lebensmüde Gedanken?
2) Have you actually had any thoughts about killing yourself?		Suizidgedanken?
If YES to 2, ask questions 3, 4, 5 and 6. If NO to 2, skip to question 6.		
3) Have you been thinking about how you might do this?		Methode?
4) Have you had these thoughts and had some intention of acting on them?	High Risk	Durchführungstendenzen?
5) Have you started to work out or worked out the details of how to kill yourself? Did you intend to carry out this plan?	High Risk	Konkrete Planung?
Always Ask Question 6		Life-time Past 3 Months
6) Have you done anything, started to do anything, or prepared to do anything to end your life? Examples: Took pills, tried to shoot yourself, cut yourself, tried to hang yourself, took out pills but didn't swallow any, held a gun but changed your mind or it was grabbed from your hand, went to the roof but didn't jump, collected pills, obtained a gun, gave away valuables, wrote a will or suicide note, etc. If yes, was this within the past 3 months?	High Risk	Vorbereitungshandlungen?

If YES to 2 or 3, a mental health referral may be helpful. If the answer to 4, 5 or 6 is YES, get immediate evaluation: Call or text 988, reach out to a helping resource, or use QR codes for the app to find referrals. If you are helping someone else STAY WITH THEM until they can be evaluated.

Quelle: <https://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-srs/>

34

Diskriminierung in Institutionen



- Unsicherheiten bei Mitarbeitenden im Umgang mit trans* Personen als Risikofaktor für Diskriminierung
- Diskriminierung häufig nicht bewusst/intendiert sondern basiert auf unzureichendem Fachwissen bzw. fachlicher Unsicherheit
- Bereits kurze Schulungen sind wirksam (insbesondere in Aus- und Weiterbildung)

35

Allgemeine Hinweise



- Begegnung mit Aufmerksamkeit, Wertschätzung und respektvoller Sprache
- Vorurteilsfreie Kommunikation, ggf. „Wie soll ich dich/Sie ansprechen?“
- Ansprache mit gewünschtem Vornamen und Personalpronomen
- Bei Fehlern kurz entschuldigen und korrigieren
- Nicht nach dem Äußeren gehen
- Keine Fragen aus reiner Neugier (z.B. „Bist du denn schon operiert?“) oder Aussagen über Äußerlichkeiten („Der Pulli sieht aber nicht sehr männlich aus“)
- Negativerfahrungen ernst nehmen
- Kein Infragestellen der Geschlechtsidentität und sexuellen Orientierung. Identität ist keine Meinung
- Einen vertrauensvollen Rahmen schaffen
- Genaues Erklären von Untersuchungen/Maßnahmen und deren Zweck (körperl. Untersuchungen sind sehr schambesetzt)
- Keinen Druck aufbauen, kein Einfordern von Rechtfertigungen für den Wunsch nach geschlechtsangleichenden Maßnahmen

Quelle: Quelle: nach AWMF S3 Leitlinien Trans-Gesundheit und „Trans* in der ärztlichen Praxis“ www.liebesleben.de

36

Sozialberufe



Im direkten Kontakt

- Zuhören ohne Bewertung: „Erzähl mir, wie du dich fühlst“ statt „Bist du dir sicher?“
- Gefühle validieren: „Das klingt anstrengend“ „Ich verstehe, dass das schwer ist.“
- Sicherheitsgefühl herstellen: Jugendliche müssen wissen, dass sie ernst genommen und geschützt werden

Im Krisenfall/bei Suizidgedanken

Direkt und ruhig ansprechen:

- „Hast du manchmal Gedanken, dir etwas anzutun?“
- Keine Angst, das Thema zu „triggern“ – offenes Ansprechen senkt das Risiko.
- Nicht allein lassen – bei akuter Gefährdung immer weiterleiten: Krisendienst/Notarzt/Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Bei Unsicherheit Rücksprache mit Fachstellen

In Einrichtungen/Organisationen

Schutzkonzepte anpassen:

- Geschlechtsneutrale Toiletten, Einzelumkleiden
- Sensible Zimmerverteilung in Wohngruppen
- Fortbildungen und Team-Sensibilisierung fördern
- Diskriminierung aktiv ansprechen – Null-Toleranz-Haltung gegen queerfeindliche Sprüche.
- Kooperation mit Beratungsstellen aufbauen (z. B. Trans-Kinder-Netz, lokale queere Jugendzentren).

37

Schule als Schutzraum – was Lehrkräfte tun können



Im Alltag

- Privatsphäre schützen: Nur mit Zustimmung des Betroffenen über Geschlechtsidentität sprechen.
- Einschreiten bei Mobbing oder diskriminierenden Kommentaren – auch bei vermeintlichen „Scherzen“.
- Möglichst geschlechtsneutrale Sprache nutzen („Schüler*innen“, „alle in der Klasse“).
- Bei Sport, Toiletten, Umkleiden ggf. individuelle Lösungen suchen (z. B. Einzelkabine, flexible Regelungen).

Im Gespräch mit dem Kind/Jugendlichen

- Zuhören, nicht bewerten.
- Signal geben: „Ich nehme dich ernst und will dich unterstützen.“

Bei Sorgen um Suizid:

- Ruhig bleiben, direkt ansprechen („Hast du manchmal Gedanken, dir etwas anzutun?“).
- Nicht alleine lassen und an Fachkräfte/Krisendienste/Schulsozialarbeit weiterleiten.

Im Team/Kollegium

- Sensibilisierung anregen: Fortbildungen, Austausch mit Schulsozialarbeit oder Fachstellen.
- Einheitliche Haltung im Kollegium fördern (kein „Jede:r macht es anders“).
- Kooperation mit Eltern: offen, nicht konfrontativ; Ziel = Unterstützung des Kindes.

38

Was kann, darf, soll Schule...



Zur Situation transsexueller Kinder in der Schule vor der offiziellen (gerichtlichen) Vornamensänderung
Rechtsanwältin Maria Sabine Augstein

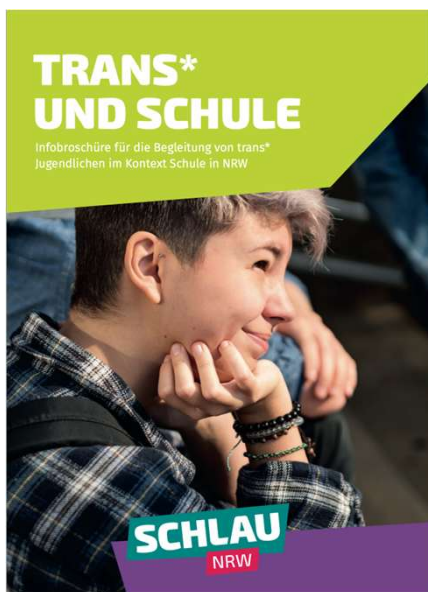
Zur Situation transsexueller Kinder in der Schule vor der offiziellen (gerichtlichen) Vornamensänderung

Dies ist eine äußerst schwierige Situation, denn rechtlich ist niemand verpflichtet, die Kinder schon mit dem neuen Namen anzusprechen, und schriftliche Unterlagen (insbesondere Zeugnisse) schon entsprechend der empfundenen Geschlechtsidentität auszustellen. Ich möchte in diesem Beitrag darlegen, dass dies rechtlich jedenfalls zulässig ist, dass keine Vorschriften dem entgegenstehen. Die transsexuelle Situation ist ohnehin eine äußerst schwierige, seelisch sehr belastende. Es ist äußerst hilfreich, wenn dann Erwachsene (Lehrer/innen) der neuen Situation Rechnung tragen und das transsexuelle Kind gemäß der empfundenen Geschlechtsidentität behandeln. Dies ist auch für den schulischen Erfolg sehr wesentlich.

Quelle: <https://www.trans-kinder-netz.de/files/pdf/Augstein%20Maerz%202013.pdf>

39

Was kann, darf, soll Schule...



40

Pflegeberufe/MFA



Im Gespräch

- Neutral und ruhig reagieren, auch wenn Unsicherheit besteht
- Nicht pathologisieren: Vermeiden Sie Formulierungen wie „noch nicht sicher, was Sie sind“

Bei Belastung/Krisen:

- Ernst nehmen („Das klingt sehr belastend für Sie.“)
- Nachfragen („Haben Sie manchmal Gedanken, dass Sie nicht mehr leben wollen?“)
- Weiterleiten: Ärzt:in/Krisendienst/Psychiatrie einschalten

Im Team/in der Einrichtung

- Klare Namens- und Pronomenregelung im Dokumentationssystem
- Sensibilisierung im Team: respektvolle Sprache, kein Lachen oder Tuscheln
- Ruhe bewahren bei Fehlern: Korrektur und Entschuldigung sind besser als Schweigen

41

Kommunikation mit Familie



Eltern erleben häufig Verunsicherung, Angst oder Trauer – das ernst nehmen.

Diskrepanz zw. dem Stand des Kindes/Jugendlichen und dem der Eltern offen ansprechen. Verständnis für beide Seiten äußern.

Keine Konfrontation („Sie müssen das akzeptieren!“), sondern Information, Empathie und Begleitung.

Ziel: Familie bleibt unterstützend – auch bei Unsicherheit.

Empfehlung: Elternberatung bei spezialisierten Fachstellen anregen.

42

SBGG



Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrags (Selbstbestimmungsgesetz)

- Einheitliche Regelung für transgeschlechtliche sowie nichtbinäre und intergeschlechtliche Personen
- Jede Person kann unabhängig vom Alter den Namen und Geschlechtseintrag auf dem Standesamt ändern
- Erklärung → 3 Monate Bedenkzeit → Änderung → 1 Jahr Sperrfrist (nicht für Minderjährige)
- Das Gesetz regelt keine somatomedizinischen Behandlungen

Quelle: www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/gesetze/gesetz-ueber-die-selbstbestimmung-in-bezug-auf-den-geschlechtseintrag-sbgg--224546

43

Zum Mitnehmen...



- Geschlechtsinkongruenz ist keine Modeerscheinung und keine Krankheit.
- Ein Suizidrisiko entsteht durch Ablehnung, Ausgrenzung und fehlende Unterstützung.
- Die Unterstützung durch Familie, Schule und Fachpersonen ist der stärkste Schutzfaktor gegen Suizidalität.
- Je früher geschlechtsinkongruente Kinder und Jugendliche Unterstützung erhalten, desto besser die psychische Gesundheitsprognose.
- Wertschätzung, Sprache und Haltung sind entscheidende Schutzfaktoren.
- Fachkräfte können lebensrettende Beziehungen aufbauen – oft reicht das Gefühl: „Hier darf ich ich sein.“
- Akzeptanz schafft Vertrauen schafft Sicherheit
- Alltagserprobung unterstützen und ermöglichen

Unsicherheit ist erlaubt, Sie müssen keine Expert:innen sein – Respekt und Offenheit sind wichtiger als Perfektion.
Nachfragen, ggf. entschuldigen und immer weiter dazulernen

44

Literatur

