

Broschüre zum Forschungsprojekt

SEXUELLE GESUNDHEIT UND HIV/STI IN TRANS UND NICHT-BINÄREN COMMUNITYS



Impressum

© Deutsche Aidshilfe e.V.
Wilhelmstraße 138, 10963 Berlin
Tel: 030 69 00 87-0
www.aidshilfe.de
dah@aidshilfe.de

1. Auflage, 2023
DAH-Bestellnr: 025200

Herausgeberin: Deutsche Aidshilfe (DAH)
Autor*innen: Jonas Hamm, Uwe Koppe, Kathleen Pöge, Chris Spurgat
Sensitivity Readings: Naim* Balikavlayan und Maike-Sophie Mittelstädt
Lektorat: Jo Koppe
Design, Layout und Satz: Zanko Loreck
Illustrationen: Tomka Weiß
Druck: LASERLINE GmbH, Scheringstraße 1, 13355 Berlin

Zitiervorschlag: Deutsche Aidshilfe und Robert Koch-Institut (2023).
Broschüre zum Forschungsprojekt „Sexuelle Gesundheit und HIV/STI
in trans und nicht-binären Communitys“. Berlin

„Sexuelle Gesundheit und HIV/STI in trans und nicht-binären
Communitys“ ist ein Kooperationsprojekt von der Deutschen Aidshilfe (DAH)
und dem Robert Koch-Institut (RKI).

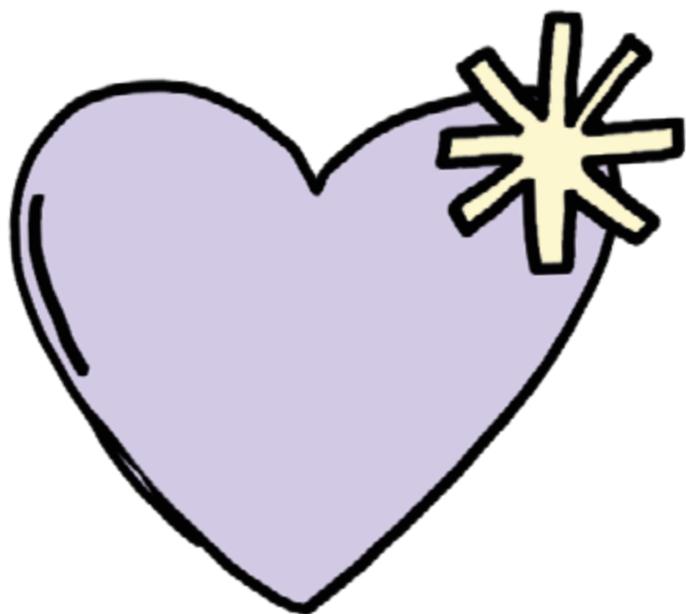


Das Projekt und diese Broschüre wurden gefördert aus
Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)
auf Grundlage eines Beschlusses des Deutschen
Bundestages.

Diese Broschüre stellt die wichtigsten Ergebnisse des Forschungsprojektes
zusammen und gibt Empfehlungen ab. Der vollständige Forschungsbericht
ist unter <https://www.rki.de/> und unter der DOI: 10.25646/11221 zu finden.

Spenden für die DAH: Deutsche Aidshilfe e.V.
IBAN: DE27 1005 0000 0220 2202 20
BIC: BELADEV3333

Sie können die DAH auch unterstützen, indem Sie Fördermitglied werden.
Nähere Informationen dazu finden Sie unter www.aidshilfe.de.
Die DAH ist als gemeinnützig und besonders förderungswürdig anerkannt.
Spenden und Fördermitgliedschaftsbeiträge sind daher steuerabzugsfähig.



VORWORT

Liebe Interessierte,

welche Bedarfe bestehen in trans und nicht-binären Communitys hinsichtlich sexueller Gesundheit? Wie kann der Zugang zu HIV/STI-Beratung und Tests verbessert werden? Dies sind Fragen, die das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Forschungsprojekt „Sexuelle Gesundheit und HIV/STI in trans und nicht-binären Communitys“ in den letzten zweieinhalb Jahren untersucht hat.

Diese Studie hat wichtige wissenschaftliche Erkenntnisse zur sexuellen Gesundheit in trans und nicht-binären Communitys und speziell zur HIV/STI-Prävention und -versorgung geliefert. Die Erkenntnisse bilden damit einen wichtigen Baustein zur evidenzbasierten Entwicklung und Stärkung einer diskriminierungsfreieren, bedarfsgerechten HIV/STI-Prävention und Versorgung von trans und nicht-binären Menschen. Damit haben wir eine Zielsetzung der BIS 2030-Strategie erfüllt, auf nationaler Ebene zielgruppenspezifische Bedarfe zu ermitteln.

Wichtige Ergebnisse des Forschungsprojekts finden sich zum Beispiel innerhalb der Lebenssituationen von trans und nicht-binären Menschen, die dort Diskriminierung und Marginalisierung ausgesetzt sind. Dies spiegelt sich auch beim Zugang zur HIV/STI-Prävention und Versorgung wider.

Im Rahmen des Forschungsprojekts wurde der partizipative Ansatz gewählt, der die deutsche HIV-Prävention so erfolgreich gemacht hat: Staat, zivilgesellschaftliche Organisationen und die Communitys haben eng zusammengearbeitet. Während das Robert Koch-Institut mit einer groß angelegten Befragung erstmals belastbare Daten zum Thema liefert (quantitative Forschung), hat die Deutsche Aidshilfe mit Interviews und Gesprächen (qualitative Forschung) tiefere Einblicke in Lebenssituationen und Bedarfe ermöglicht. Die Forschenden gehörten dabei teilweise selbst den beforschten Communitys an.

Mit den hier zusammengeführten Empfehlungen werden daneben das im Aktionsplan „Queer leben“ der Bundesregierung festgehaltene Ziel der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von LSBTIQ* und die dazugehörige Maßnahme zur Verbesserung der HIV/STI-Prävention, ihre Behandlung und die Förderung sexueller Gesundheit flankiert und konkretisiert. Das Forschungsprojekt leistet damit auch einen wichtigen Beitrag für die Umsetzung des Aktionsplans „Queer leben“ der Bundesregierung.

Ich danke den Forschenden, den Communitys und allen, die zu diesem Bericht beigetragen haben, für ihren Einsatz und ihr Engagement für dieses wichtige Thema.

Sabine Dittmar, MdB
Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister
für Gesundheit

DANKESCHÖN!

Wir möchten uns bei allen, die uns und dieses Projekt unterstützt haben, ganz herzlich bedanken. Ohne die Offenheit und die Mitgestaltung vieler trans und/oder nicht-binärer Personen hätte dieses communitybasierte und partizipative Forschungsprojekt nicht umgesetzt werden können.

Wir möchten den ausgeschiedenen Projektmitarbeiter*innen Alexander Hahne und Ewwe Meron Barf für ihren Einsatz bei der Konzeption und Gestaltung des qualitativen Studienteils danken.

Für die konsequente Begleitung, die Expertise und das unermüdliche kritische und konstruktive Feedback möchten wir uns auch bei dem Projektbeirat aus Vertreter*innen der Community und Wissenschaft bedanken: Robin Saalfeld, Né Fink, Silvia Rentzsch, Mine Wenzel, Max Nicolai Appenroth, Teo Schlögl, Manuel Ricardo Garcia, Richard Lemke, Christoph Schuler und Binod Mahanty. Zudem möchten wir uns bei Mine Wenzel für den Workshop zu Transmisogynie bedanken sowie bei Silke Klumb, Viviane Bremer und allen beteiligten Kolleg*innen in DAH und RKI für die engagierte Projektbegleitung.

Wir möchten uns auch bei allen Mitgliedern der TASG Study Group bedanken, die bei der Entwicklung und Durchführung der Studie wichtigen Input und Feedback geleistet haben: Max Nicolai Appenroth, Golsan Davoudi, Hannah Engelmann-Gith, Né Fink, Alexander Hahne, Richard Lemke, Kuem-Song Plassmann, Silvia Rentzsch, Robin Saalfeld, Teo Schlögl, Manuel Ricardo Garcia, Christoph Schuler und Mine Wenzel.

Wir möchten uns bei den 59 Teilnehmer*innen des qualitativen Teilprojektes bedanken. Dank euch haben wir eine Fülle und Dichte an Daten generiert, die den ersten Grundpfeiler für die vorliegenden Ergebnisse darstellen. Für die Offenheit und Ehrlichkeit bei sehr persönlichen und intimen Themen möchten wir uns ganz herzlich bedanken bei:

Ji, Yu, Ricardo, Ahmet, Shiwon, Alex, Leon, Yäðikka/Jessica, Baran, Joy, Yoli, Neo, Vera, Aiden, Margot, Kläuschen, Elliot, Tonks, Sascha, Peter, Daniel, Kim, Jenny, Glühbirne, Martha, stu, dmnd, Hubi, Kompass, Orange, Paz, S, Wolke, anonym, Isay, Fynn, Marvin, Ypsilon, Mio, Aaron, Orlando, Luciano, Jay, Jonah, Guido, Kai, Charly, Lelo, Neo, Vik, SweetOrchid, hval, El Havana, Vanessa, Lucas, Noah (alle Namen sind Pseudonyme).

Der zweite Grundpfeiler für die Ergebnisse und die daraus abgeleiteten Empfehlungen sind die Daten der Online-Befragung. Wir möchten uns ebenso herzlich bei allen Personen aus den Communitys bedanken, die den Fragebogen ausgefüllt haben und somit einen wichtigen Beitrag dazu geleistet haben, dass wir erstmals quantitative Daten zur sexuellen Gesundheit von trans und/oder nicht-binären Menschen in Deutschland erheben konnten.

Das qualitative Teilprojekt hatte mit Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voß eine wissenschaftliche Begleitung. Auch dafür, für die Expertise und Unterstützung, möchten wir uns bedanken.

Ohne die finanzielle Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit wäre die Umsetzung dieses Projektes nicht möglich gewesen. Wir bedanken uns für die kompetente Begleitung des Projekts.

INHALT

Vorwort	4
Dankeschön!.....	6
1 EINLEITUNG	13
2 DIE PARTIZIPATIVE STUDIE – EIN ÜBERBLICK	15
2.1 Qualitativer Projektteil.....	16
2.2 Quantitativer Projektteil	17
2.3 Partizipative Forschung	18
3 ERGEBNISSE	21
3.1 Beschreibung der Communitys	23
3.1.1 Geschlechtliche Identitäten und sexuelle Orientierungen.....	23
3.1.2 Soziodemographische Daten.....	26
3.1.3 Transitionsprozesse.....	27
3.2 Sexuelle Gesundheit.....	43
3.2.1 Körper und Sprache	43
3.2.2 Körperzufriedenheit.....	45
3.2.3 Gelebte Sexualität und sexuelle Zufriedenheit.....	46
3.2.4 Selbstbestimmung und (un-)sichere Rahmenbedingungen	48
3.3 Prävalenzen und Schutz vor HIV/STI	51
3.3.1 Prävalenzen	51
3.3.2 Wissen zu sexueller Gesundheit.....	52
3.3.3 Schutzstrategien	56

3.4 Psychosoziale Einflussfaktoren.....	60
3.4.1 Psychische Gesundheit.....	60
3.4.2 Empowermentfaktoren.....	62
3.4.3 Belastungsfaktoren.....	65
3.5 Beratung, Testung und Versorgung.....	70
3.5.1 Nutzung von und Barrieren der Inanspruchnahme von HIV/STI-Beratung.....	70
3.5.2 Negative Versorgungserfahrungen.....	74
3.5.3 Positive Versorgungserfahrungen.....	84
3.5.4 Weitere Bedarfe aus Sicht der Teilnehmer*innen.....	86
4 EMPFEHLUNGEN.....	89
Empfehlungen für die Beratung zur sexuellen Gesundheit und zu HIV/STI.....	90
Empfehlungen zur Entwicklung von Aidshilfen & Beratungsstellen (freie Träger, ÖGD und Andere).....	94
Empfehlungen zur Entwicklung des Gesundheitssystems.....	97
Empfehlungen zur Entwicklung und Förderung von trans und nicht-binären Communitys, anderer Fachbereiche und der Gesamtgesellschaft.....	100
Community-Strukturen.....	100
Sexualpädagogik.....	100
Weitere Fachlandschaft.....	101
Gesamtgesellschaft.....	102





Begriffe und Schreibweisen

Es gibt viele und sehr unterschiedlich verwendete Begriffe zum Thema Geschlecht. In dieser Studie verwenden wir den Begriff „geschlechtliche Identität“, um das geschlechtliche Selbstverständnis, die geschlechtliche Selbstbezeichnung und/oder das Geschlecht einer Person zu benennen. Menschen benutzen unterschiedliche Begriffe, um ihre geschlechtliche Identität zu bezeichnen. Wir haben uns in der Studie darauf geeinigt, die Begriffe **„trans“** und **„nicht-binär“** zu verwenden. Als trans und nicht-binär verstehen wir Menschen, die sich nicht oder nur teilweise mit dem bei ihrer Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren. Menschen bezeichnen sich z.B. als „trans“, „trans*“, „nicht-binär“, „nonbinary“, „genderfluid“, „trans* weiblich“, „Frau“, „(Trans)Mann“ oder „transmaskulin nicht-binär“. Wir wissen, dass nicht alle Teilnehmer*innen die Begriffe trans und nicht-binär für sich als richtig empfinden oder für sich verwenden würden. Wir haben uns aber auf diese Beispielbegriffe geeinigt, weil sie in den Communitys häufig verwendet werden und wir im Text nicht die ganze Bandbreite an verwendeten Begriffen benennen können.

Wenn wir von den Communitys sprechen, verwenden wir **„trans und nicht-binär“**. Da sich aber Personen individuell als trans oder als nicht-binär oder auch als beides verorten können, verwendet wird die Formulierung **„trans und/oder nicht-binär“**, wenn wir von Personen sprechen.

Im deutschen Kontext wird oft die Schreibweise „trans*“ mit Sternchen verwendet. Das Sternchen wurde in den 90er Jahren eingeführt, um verschiedene geschlechtliche Selbstverortungen (z.B. „transsexuell“ und „transgender“) in einem Überbegriff zusammenzufassen und damit auch unterschiedliche Communitys zu einer gemeinsamen Interessensgemeinschaft zusammenzuschließen. Im internationalen Raum hat sich die Schreibweise „trans“ ohne Sternchen etabliert und auch im deutschsprachigen Kontext mehren sich die Stimmen dafür, dass der Begriff „trans“ per se schon ein inklusiver Überbegriff ist und daher kein Sternchen benötigt. Wir haben uns aus diesen Gründen für die Schreibweise ohne Sternchen entschieden.

1 EINLEITUNG

Personen aus trans und nicht-binären Communitys haben in vielen Regionen der Welt eine erhöhte Vulnerabilität für HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (STI). In Deutschland fehlten bislang Daten zur sexuellen Gesundheit von trans und nicht-binären Menschen im Allgemeinen und zur Häufigkeit von HIV und weiteren STIs im Besonderen. Diese Informationen sind jedoch wichtige Bausteine, um daraus Anforderungen an Prävention und Versorgung ableiten zu können.

Die Projektteams der Deutschen Aidshilfe (DAH) und des Robert Koch-Instituts (RKI) haben diese Fragestellungen von Oktober 2020 bis April 2023 untersucht, um die bestehenden Forschungslücken zu verringern und Empfehlungen abzuleiten. Unser Ziel war es, Faktoren und Maßnahmen zu identifizieren, die zur Verbesserung der sexuellen Gesundheit, der HIV/STI-Prävention sowie der medizinischen Versorgung von trans und/oder nicht-binären Personen beitragen. Vertreter*innen und Aktivist*innen aus trans und nicht-binären Communitys waren an der Studie von der Konzeption bis zur Auswertung partizipativ beteiligt. Finanziert wurde die Studie vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Das Forschungsprojekt bestand aus einem qualitativen Teil mit Fokusgruppen und Interviews, der von der DAH durchgeführt wurde, und aus einer Online-Befragung des RKI, in der erstmals quantitative Daten für Deutschland zu diesem Thema erhoben und ausgewertet wurden.

Im quantitativen Teil haben wir unter anderem Informationen dazu erhoben, in welchem Ausmaß Personen aus trans und nicht-binären Communitys von HIV und STIs betroffen sind, welche Faktoren bei Se-

xualität und sexuellen Risiken eine Rolle spielen und welche Erfahrungen und Bedarfe im Kontext von Sexualität und HIV/STI-Prävention, Beratung und Versorgung bestehen. Im qualitativen Teil haben wir Daten zur Sprache bezüglich Sexualität und Körper, zu Einflussfaktoren auf die sexuelle Gesundheit, zu unterstützenden Aspekten für ein positives Selbstbild sowie zu Hindernissen in der Inanspruchnahme von Testangeboten erhoben.

Aus den gemeinsamen Ergebnissen haben wir Empfehlungen abgeleitet, die wir in einem Workshop mit Community-Vertreter*innen und Mitgliedern des Projektbeirats diskutiert haben. Aus diesen Diskussionen sind wichtige Punkte in die Überarbeitung der Empfehlungen mit eingeflossen.

Diese Broschüre richtet sich an Menschen, die im Bereich der sexuellen Gesundheit arbeiten, an trans und nicht-binäre Personen und an alle anderen, die an der Verbesserung der sexuellen Gesundheit von trans und nicht-binären Communitys interessiert sind. Wir stellen zunächst unser methodisches und partizipatives Vorgehen dar. Im Anschluss präsentieren wir die wichtigsten Ergebnisse beider Projektteile. Diese stellen die Grundlage für die Empfehlungen im letzten Teil dieser Broschüre dar.

Die vorliegende Broschüre ist eine leicht verständliche Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse und den daraus resultierenden Empfehlungen, die im ausführlicheren „Forschungsbericht zum Projekt ‘Sexuelle Gesundheit und HIV/STI in trans und nicht-binären Communitys‘“ detailliert nachgelesen werden können. Dieser ist unter der DOI 10.25646/11221 zu finden. Die Broschüre kann unter <https://www.aids-hilfe.de/shop> heruntergeladen sowie als Printausgabe kostenlos bestellt werden (solange der Vorrat reicht).

2 DIE PARTIZIPATIVE STUDIE – EIN ÜBERBLICK

Partizipative Forschung heißt, *mit* den zu beforschenden Communitys zu forschen statt *über* sie. Was wir in den einzelnen Projektteilen dabei gemacht und wie wir diese Partizipation konkret umgesetzt haben, beschreiben wir in den folgenden Abschnitten (detaillierte Angaben zur Methodik siehe Forschungsbericht).

Black, Indigenous, People of Color (BIPoC)



BIPoC steht als Akronym für Black, Indigenous und People of Color. BIPoC ist eine internationale Selbstbezeichnung von Personengruppen, die in der jeweiligen Gesellschaft, in der sie leben, Rassifizierung erfahren bzw. rassistisch markiert werden. Auch wenn sich nicht alle rassifizierten Personengruppen damit identifizieren, gilt dieses Akronym doch für viele als eine Selbstbezeichnung. Sie ist Ausdruck von Emanzipation, Selbststärkung und Solidarität. Das Akronym beschreibt nicht die Hautfarben der Personen, sondern ihre gesellschaftliche Positionierung und ihre gemeinsamen und doch auch unterschiedlichen Erfahrungen von Rassismus. Es beschreibt die Art, wie sie in der Dominanzgesellschaft gelesen, markiert und letztendlich rassifiziert werden.

Außerdem gibt es Personengruppen, für die die Bezeichnung BIPoC nicht passend ist, die jedoch als „Migrant*innen“ markiert werden ohne selbst jemals real migriert zu sein.

2.1 Qualitativer Projektteil

Im qualitativen Projektteil haben wir insgesamt acht Workshops (à 90 min, 4 Stunden, ein Tag oder ein Wochenende) und vier Einzelinterviews durchgeführt. Vier der Workshops waren für spezifische Teilgruppen der trans und nicht-binären Communitys konzipiert: trans und nicht-binäre Black, Indigenous, People of Color (BIPOC); „Transitionsältere“, deren Coming-out mindestens sechs Jahre zurücklag; junge Menschen zwischen 16 und 24 Jahren sowie Angehörige sexueller Subkulturen. Außerdem gab es eine Präsenzveranstaltung, die für alle trans und nicht-binären Menschen offen war und zwei 90-minütige Online-Workshops für diejenigen Teilnehmer*innen, die vollständig anonym bleiben wollten. Um auch die fachlich-professionellen Perspektiven einzubinden, haben wir ein Expert*innen-Gruppeninterview mit trans und nicht-binären Menschen, die im Feld der sexuellen Gesundheit arbeiten, durchgeführt. Die vier Einzelinterviews haben wir mit trans Frauen und nicht-binären AMAB-Personen („assigned male at birth“, d.h. Personen, denen bei Geburt das männliche Geschlecht zugeschrieben wurde) geführt, da in unseren Workshops trans Männer und nicht-binäre AFAB-Personen („assigned female at birth“, d.h. Personen, denen bei Geburt das weibliche Geschlecht zugeschrieben wurde) überrepräsentiert waren. Insgesamt haben 59 Personen am qualitativen Projektteil teilgenommen. Bei den Workshops gab es mündlichen Austausch in Fokusgruppen sowie schriftliche und schriftlich-grafische Methoden. Zum Beispiel haben die Teilnehmer*innen einen lebensgroßen Körperumriss von sich selbst gezeichnet und mit ihren eigenen, selbstgewählten Begriffen beschriftet und sie haben „Zeitstrahle“ zu ihrer sexuellen Biografie erstellt. Die auditiv aufgezeichneten Fokusgruppen und Interviews sowie die schriftlich-grafischen Arbeitsergebnisse wurden digital verschriftlicht und vollständig anonymisiert. Das damit entstandene Datenmaterial ha-

ben wir mithilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz¹ ausgewertet. Das Ethikvotum für den qualitativen Studienteil erteilte die Alice-Salomon-Hochschule Berlin.

2.2 Quantitativer Projektteil

Der partizipativ erarbeitete Fragebogen mit 132 Fragen enthielt zentrale Aspekte zur sexuellen Gesundheit von trans und nicht-binären Menschen. Dabei ging es um Sexualität und mögliche sexuelle Risiken, Präventionswissen und -verhalten, die Inanspruchnahme von und Erfahrungen mit HIV/STI-Beratung und Tests sowie bisherige HIV/STI-Diagnosen. Wir haben Fragen zur geschlechtlichen Identität, zur Soziodemographie (z.B. Alter, Bildung, Wohnort), Transition, psychischen Gesundheit und zu Diskriminierungserfahrungen mit aufgenommen. Dafür haben wir sowohl auf standardisierte, also bereits bestehende Fragesets zurückgegriffen, als auch neue Fragen partizipativ gemeinsam mit Community-Vertreter*innen entwickelt. Der Fragebogen stand in insgesamt acht Sprachen zur Verfügung: Deutsch, Englisch, Französisch, Spanisch, Türkisch, Arabisch, Russisch und Farsi. Teilnehmen durften alle Menschen, die sich im trans und/oder nicht-binären Spektrum verorten, mindestens 18 Jahre alt sind und in Deutschland leben.

Beworben haben wir die Studie über Community-Organisationen und Projektbeiratsmitglieder sowie über verschiedene Beratungsstellen, Fachgesellschaften und HIV-Schwerpunktpraxen. Die Bewerbung erfolgte mithilfe von Informationsschreibern, über soziale Medien, E-Mail-Verteiler und Visitenkarten mit QR-Code. Ein Tweet des RKI erhielt sehr viel Aufmerksamkeit (insgesamt 26.000 Reaktionen) und

.....
 1 Kuckartz, Udo (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Auflage. Weinheim; Basel: Beltz Juventa

löste viele ablehnende und negative Reaktionen zu trans und nicht-binären Menschen aus, die dazu aufriefen, die Studie zu manipulieren, also teilzunehmen und dabei unwahre Angaben zu machen. Es gab jedoch zum anderen auch viele unterstützende Reaktionen mit dem Aufruf an trans und nicht-binäre Personen, die Studie zu unterstützen und teilzunehmen. Aufgrund der Manipulationsversuche mussten wir die Daten sorgfältig prüfen und eine umfangreiche Datenbereinigung durchführen. Nach der Datenbereinigung verblieben 3.077 ausgefüllte Fragebögen im Datensatz, welche die Grundlage der hier dargestellten Ergebnisse bilden. Die Daten wurden deskriptiv ausgewertet. Das Datenschutzvotum erteilte die Datenschutzbeauftragte des RKI, das Ethikvotum die Ärztekammer Berlin.

2.3 Partizipative Forschung

In allen Phasen des Projektes haben Community-Mitglieder partizipiert. Vertreter*innen aus trans und nicht-binären Communitys konzipierten zusammen mit Vertreter*innen der DAH und des RKI das Projekt. Dieses wurde außerdem über die gesamte Laufzeit von einem Projektbeirat begleitet, der sich ebenfalls aus Vertreter*innen der trans und nicht-binären Communitys und der wissenschaftlichen Community (und häufig beides in Personalunion) zusammensetzte. Im qualitativen Teilprojekt bestand das Projektteam selbst aus trans und nicht-binären Personen. Im quantitativen Projektteil wurde zu Fragen, für die es eine Erfahrungsperspektive brauchte, der Austausch mit Community-Vertreter*innen gesucht. Während des gesamten Projektverlaufs wurde die Studie anhand des partizipativen Feedbacks angepasst und auch teilweise neu konzipiert.

Den Online-Fragebogen entwickelten wir in fünf Workshops und zwei Online-Komentierungen zusammen mit Community-Vertreter*innen. Damit stellten wir sicher, dass wir mit unseren Fragen die vielfältigen Lebensrealitäten von trans und nicht-binären Menschen in ihrer Verwobenheit mit weiteren Zugehörigkeiten bzw. Identifikationen (z.B. BIPoC) und Diskriminierungserfahrungen (z.B. Rassifizierung) erfassen können und eine sensible Sprache verwenden. Eigens für die Studie wurden die Fragen zur geschlechtlichen Identität, Transition, Anforderungen an HIV/STI-Beratungs- und Testeinrichtungen und zu möglichen Diskriminierungserfahrungen partizipativ erstellt. Die Übersetzungen des Fragebogens wurden von Übersetzungsagenturen angefertigt und anschließend von Community-Expert*innen überprüft und korrigiert. Bevor der Fragebogen online ging, testeten Community-Mitglieder den gesamten Fragebogen nochmals und gaben Rückmeldungen (Pre-Test).

Wichtig für die Befragung war, dass es die Möglichkeit gab, Fragen zu überspringen und die Befragung zu pausieren. Warum wir bestimmte Fragen stellen und wie wir Begriffe und Bezeichnungen verwenden, haben wir in jedem Abschnitt des Fragebogens erklärt. Zudem sollte der Fragebogen auch offene Antwort- und Kommentarmöglichkeiten enthalten, um Feedback sowie Berichte über individuelle Erfahrungen zu ermöglichen.

Die Workshops zur qualitativen Datenerhebung, die sich an spezifische Teil-Communitys richteten, wurden von „Teilnehmer*innen mit Mehrverantwortung“ aus den jeweiligen Teil-Communitys begleitet. Diese stellten zum einen eine direkte Verbindung in die Teil-Communitys her und bewarben z.B. das Projekt in ihren Netzwerken, zum anderen berieten sie auch das Projektteam mit ihrer jeweiligen Expertise, um in den Workshops ein möglichst sensibles,

diskriminierungsarmes und auf die jeweilige Gruppe angepasstes Setting zu schaffen.

Unsere Empfehlungen für die Versorgungslandschaft sowie die Gesamtgesellschaft (siehe Kapitel 4) haben wir aus unseren Ergebnissen abgeleitet und im Anschluss in einem eintägigen Auswertungsworkshop mit Community-Vertreter*innen diskutiert und daraufhin nochmals überarbeitet.

In der partizipativen Arbeit war uns ein wertschätzender Umgang mit allen Beteiligten, die Möglichkeit von Kritik und Feedback-Schleifen sowie eine Honorierung der geleisteten Arbeit und eine Verknüpfung von Empowerment und Datenerhebung wichtig. Weiterhin wollten wir nicht nur die Community beforschen, sondern die Teilnehmer*innen sollten auch selbst vom Forschungsprozess profitieren. So haben wir in der Online-Befragung auch Wissen über HIV/STI und deren Prävention vermittelt. In der Entwicklung der Workshops für den qualitativen Teil wurde die qualitative Datenerhebung mit sexueller Empowerment- und Bildungsarbeit verknüpft. Darüber hinaus haben wir in beiden Projektteilen für jeden Workshop und jedes Beiratstreffen Aufwandsentschädigungen an die Community-Vertreter*innen gezahlt, um die geleistete Arbeit und die eingebrachte Expertise zu honorieren.

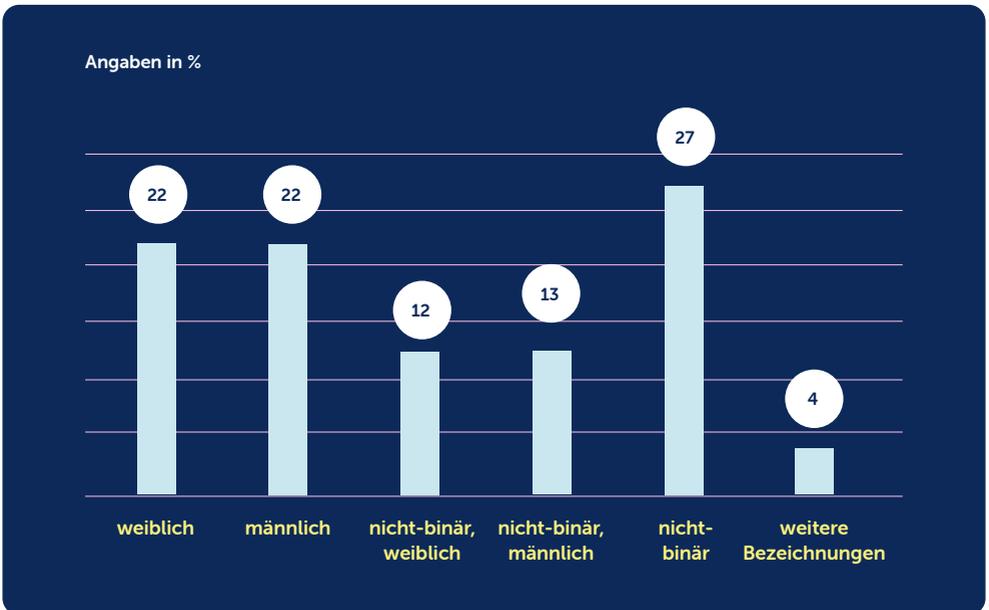
3 ERGEBNISSE

Im Folgenden präsentieren wir die wichtigsten Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Datenerhebungen. Aussagen, die Prozentangaben enthalten, beziehen sich immer auf die quantitative Erhebung. Wir haben zur besseren Lesbarkeit die meisten Prozentangaben in der Broschüre auf- oder abgerundet. Nicht alle Online-Befragten haben alle Fragen beantwortet, so dass sich die angegebenen Prozentwerte auf unterschiedliche Gesamtmengen an Teilnehmer*innen beziehen. Die wissenschaftlich exakten Angaben sind in unserem Forschungsbericht zum Projekt nachzulesen. Verknüpfungen zwischen zwei Variablen im Rahmen der Auswertungen stellen zunächst eine Assoziation dar und können nicht automatisch als kausale Zusammenhänge interpretiert werden. Die Zitate stammen von Teilnehmer*innen der qualitativen Teilstudie. Die dort angegebenen Namen sind Pseudonyme, die die Teilnehmer*innen selbst wählen konnten.

Wir beginnen den Ergebnisteil mit der Beschreibung der Communitys. Anschließend präsentieren wir unsere Ergebnisse zur sexuellen Gesundheit in trans und nicht-binären Communitys. Danach gehen wir auf die Prävalenzen von HIV/STI-Infektionen sowie auf deren Prävention und in einem weiteren Abschnitt auf psychosoziale Einflussfaktoren ein. Abschließend präsentieren wir die Ergebnisse bezüglich der Versorgung, Beratung und Testung zu HIV/STI-Infektionen.

Zusätzlich zu den Freitextangaben zur geschlechtlichen Identität wurden die Teilnehmer*innen gebeten, sich zu einem von fünf Spektren geschlechtlicher Identitäten zuzuordnen. Diese Angaben ermöglichten im Anschluss die quantitativen Analysen (siehe Abbildung 2). Wenn sich die befragte Person nicht auf einem dieser Spektren verorten konnte bzw. wollte, konnte sie angeben, dass sie andere Bezeichnungen nutze, sich aber grundsätzlich dem Oberbegriff trans und/oder nicht-binär zuordne.

Abbildung 2: Spektren geschlechtlicher Identitäten



Während im quantitativen Teilprojekt die Frage nach der sexuellen Orientierung im Rahmen der partizipativen Entwicklung des Fragebogens nicht mit aufgenommen wurde, wurde sie im qualitativen Teil erfasst. Auch diese ist vielfältig (siehe Abbildung 3).

queer (Außenwahrnehmung heteroflexibel)

pansexuell

lesbisch/polysexuell (pan ist mir zu weitreichend)

homosexuell

Asexualität heterosexuell

homosexuell/schwul/androsexuell/queer

queer

bunt, zu bestimmten Charakteren hingezogen, unabhängig vom Geschlecht
demisexuell (auf dem asexuellen Spektrum)

homo
diamoric_pan
bisexuell/queer

bisexual

asexuell

bi/pan (aktuell trifft es "questioning" ganz gut)

omni

bi

lesbisch (?)

bisexuell

pan

überwiegend männlich gelesene Menschen
Homosexualität

bi, ggfs. pan

hetero

schwul

Abbildung 3: Sexuelle Orientierungen der Teilnehmer*innen des qualitativen Studienteils

3.2.2 Soziodemographische Daten

Knapp 61% der Teilnehmer*innen waren zum Befragungszeitpunkt 18-29 Jahre alt, gefolgt von den Altersgruppen 30-39 Jahre (25%), 40-49 Jahre (9%) und 50 Jahre und älter (5%).

Etwa die Hälfte der Befragten verfügte über kein (6%) oder ein geringes monatliches Einkommen bis 1.000€ (45%), gefolgt von 29%, die zwischen 1.001 und 2.000€ monatlich zur Verfügung hatten und 13% der Befragten mit einem Einkommen zwischen 2.001 und 3.000€. Etwa 70% der Befragten gaben an, mit ihrem verfügbaren Einkommen relativ gut bis sehr gut zurechtzukommen, wohingegen knapp ein Drittel der Befragten ihr Zurechtkommen mit ihrem Einkommen als relativ schlecht bis sehr schlecht einschätzte.

Die Lebensrealitäten von trans und nicht-binären Menschen sind nicht nur durch ihre geschlechtliche Identität geprägt, sondern werden zusätzlich durch weitere soziale Verortungen und deren Verwobenheit beeinflusst (z.B. sexuelle Orientierung; Alter; chronische Erkrankungen; körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen/-behinderungen; Herkunft, Staatsangehörigkeit, Hautfarbe; Religion; soziale Herkunft). Das Zusammenwirken von verschiedenen Zugehörigkeiten und Zuschreibungen und den damit verbundenen Privilegien bzw. Benachteiligungen und Diskriminierungen wird als Intersektionalität beschrieben. 20% der Befragten gaben an, jemals eine Form von Rassismus erfahren zu haben, von Antisemitismuserfahrungen berichteten 3% und von Altersdiskriminierung 41% der Befragten. Über Diskriminierungserfahrungen im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen sowie Behinderung/Beeinträchtigung im sexuellen Kontext wurden von 15% der Befragten berichtet.

3.2.3 Transitionsprozesse

Transitionsprozesse sind zentral für die Gesundheit vieler trans und nicht-binärer Menschen. Hier beschreiben wir zunächst, welche Transitionsprozesse die Teilnehmer*innen in Anspruch genommen haben. Im Anschluss beschreiben wir psychosoziale Aspekte von Transitionsprozessen.

Transition



Transition bezeichnet einen Prozess der Geschlechtsangleichung, um das ‚gelebte Geschlecht‘ und das eigene Erscheinungsbild (engl. gender expression) mehr mit der Geschlechtsidentität in Einklang zu bringen. Wenn Menschen einen Leidensdruck darüber empfinden, dass der eigene Körper oder einzelne Aspekte davon nicht mit der Geschlechtsidentität übereinstimmen, spricht man von Geschlechtsdysphorie. Transitionen können verschiedene Lebensbereiche berühren. Die gängige Unterteilung ist, von medizinischer, rechtlicher und sozialer Transition zu sprechen. Die Vorstellung, dass eine Transition nur vollständig ist bzw. überhaupt vorgenommen wurde, wenn sie mit einer genitalangleichenden Operation (GAOP) endet, entspricht nicht der gelebten Vielfalt der Transitionswege. Viele trans Personen nehmen nur einzelne medizinische Maßnahmen in Anspruch, um im Alltag in ihrer geschlechtlichen Identität anerkannt zu werden (z.B. Hormontherapie und/oder Bartepilation bei trans Frauen oder Hormontherapie und/oder Mastektomie bei trans Männern) und ziehen eine Genitalangleichung nicht in Betracht. Für andere trans Personen ist eine Genitalangleichung essentiell, um sich in ihrem Körper wohlfühlen zu können. Manche nicht-binäre Personen suchen nach Wegen, ihre Nicht-Binarität sozial, rechtlich und/oder körperlich nach außen sichtbar zu machen, also eine spezifisch nicht-binäre Transition zu gestalten (z.B. durch Microdosing von Hormonen). →

Es ist wichtig zu verstehen, dass die Identität einer Person als trans und/oder nicht-binär nicht mit ihren Transitions-Entscheidungen gleichzusetzen ist oder korrespondieren muss. Nicht jede trans Person strebt eine Transition an und nicht alle Transitionen verlaufen nach dem gleichen Muster. Nicht jede nicht-binäre Person entscheidet sich, ihre Nicht-Binarität nach außen auszudrücken. Nicht auf jedes Coming-out folgt der Beginn einer Transition. Manche Menschen de-transitionieren bzw. re-transitionieren auch und wechseln nach einiger Zeit zurück in ihre ursprüngliche cis-geschlechtliche Rolle.

Die Ergebnisse der Online-Befragung zeigen, wie divers Transitionsprozesse sind und dass es keinen vorgefertigten Transitionsweg innerhalb der Geschlechterspektren gibt. Im Median (siehe Erklärbox) begannen sich die Teilnehmer*innen mit 15 Jahren ihrer geschlechtlichen Identität bewusst zu werden und im Median war der Bewusstwerdungsprozess mit 19 Jahren abgeschlossen. Dieser dauerte im Median drei Jahre. 91% der Befragten hatten zum Zeitpunkt der Befragung bereits einer anderen Person ihre geschlechtliche Identität mitgeteilt (äußeres Coming-out). Die Befragten waren zum Zeitpunkt des äußeren Coming-outs im Median 21 Jahre alt. Die meisten (88%) gaben an, dass es in ihrem Leben eine oder mehrere Phasen gab, in denen sie versucht haben, im ihnen bei Geburt zugeschriebenen Geschlecht zu leben. Mit 54% gab etwa die Hälfte der Befragten an, zum Zeitpunkt der Befragung in ihrem Alltag entsprechend ihrer geschlechtlichen Identität zu leben, 41% taten dies teilweise und 6% nicht.



Median

Der **Median** ist der Wert, der genau in der Mitte einer Datenreihe liegt, die nach der Größe geordnet ist (z.B. Alter in Jahren). 50% der Fälle liegen über dem Median und 50% unterhalb dieses Werts.

Von den angleichenden Maßnahmen, um das eigene Erscheinungsbild und/oder den Körper der geschlechtlichen Identität anzupassen, wurden von den meisten Befragten soziale Anpassungen im alltäglichen Leben genutzt. So verwendeten 77% neue oder angepasste Vornamen und 80% angepasste Pronomen. 76% passten ihren Geschlechtsausdruck beispielsweise über das Verhalten, die Stimme, die Gangart und Kleidung an und 78% über nicht-operative körperliche Anpassungen wie die Frisur und Kosmetik, Tucking, Binding, Packing oder Epithesen (siehe Infobox).

Tucking, Binding, Packing und Epithesen

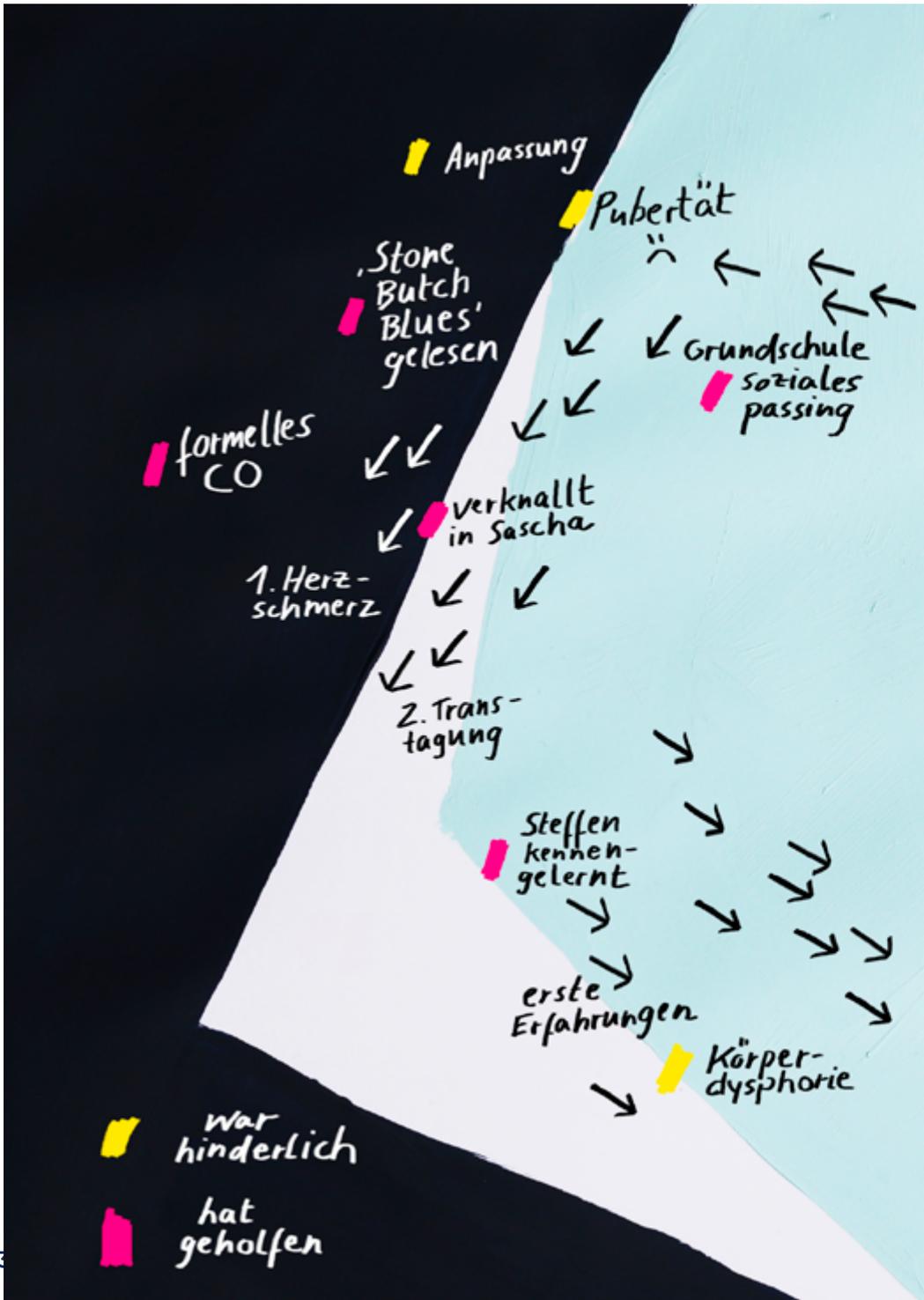


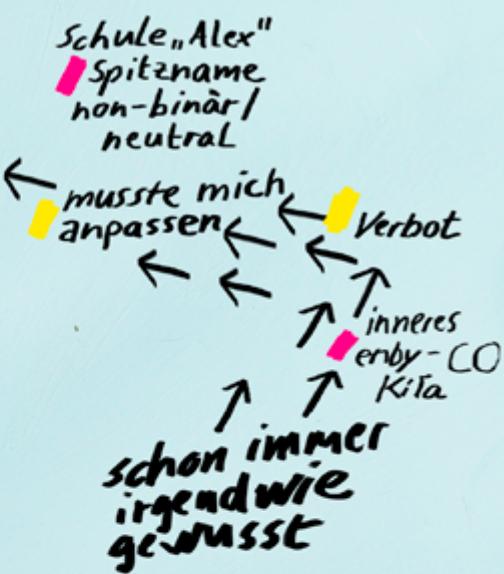
Tucking bezeichnet die Praxis, äußere Genitalien nach hinten zwischen den Beinen zu verstecken, z.B. mithilfe von Kompressionswäsche oder durch Abkleben mit Tape oder ähnlichen Methoden. Das Ziel ist, auch bei enganliegender Kleidung keine erkennbare Ausbeulung im Schritt zu haben.

Binding bezeichnet das Abbinden des Oberkörpers, z.B. mithilfe von Kompressionsunterhemden, Bandagen oder ähnlichem. Das Ziel ist, in bekleidetem Zustand einen flachen Oberkörper bzw. ein flaches Brustprofil zu präsentieren.

Packing ist das Gegenteil von Tucking. Dabei wird ein sogenannter Packer, z.B. ein Silikonpacker, eine eng zusammengerollte Socke oder ähnliches in die Unterhose gestopft, um eine Ausbeulung zu erschaffen und die Existenz eines Penis anzudeuten.

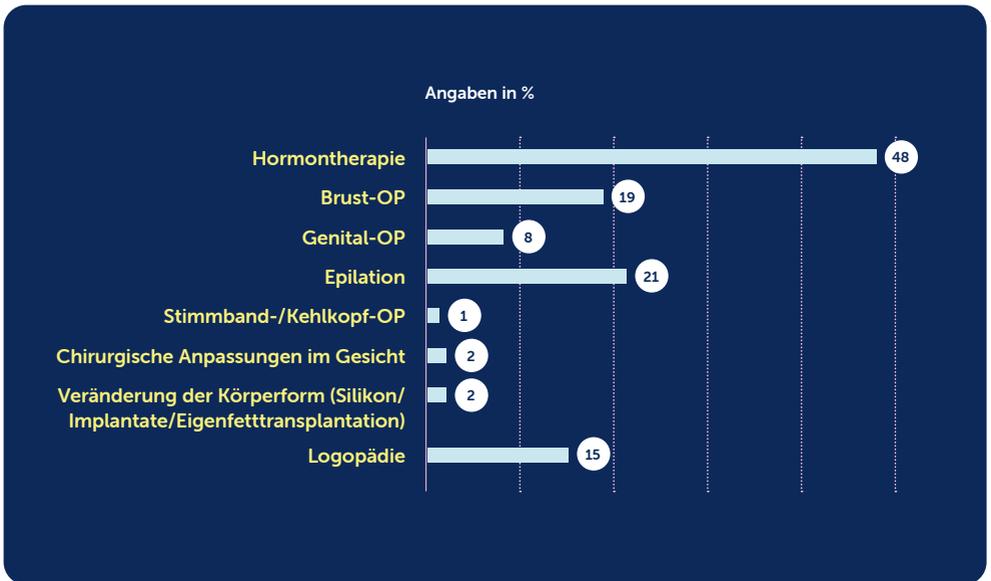
Epithesen sind Ersatzkörperteile aus Silikon, meist handgefertigt und optisch sehr lebensnah. Sie werden in der Regel täglich angeklebt. In trans/nicht-binären Kontexten bezieht sich „Epithese“ meist auf Penis-Hoden-Epithesen oder Brüste-Epithesen.





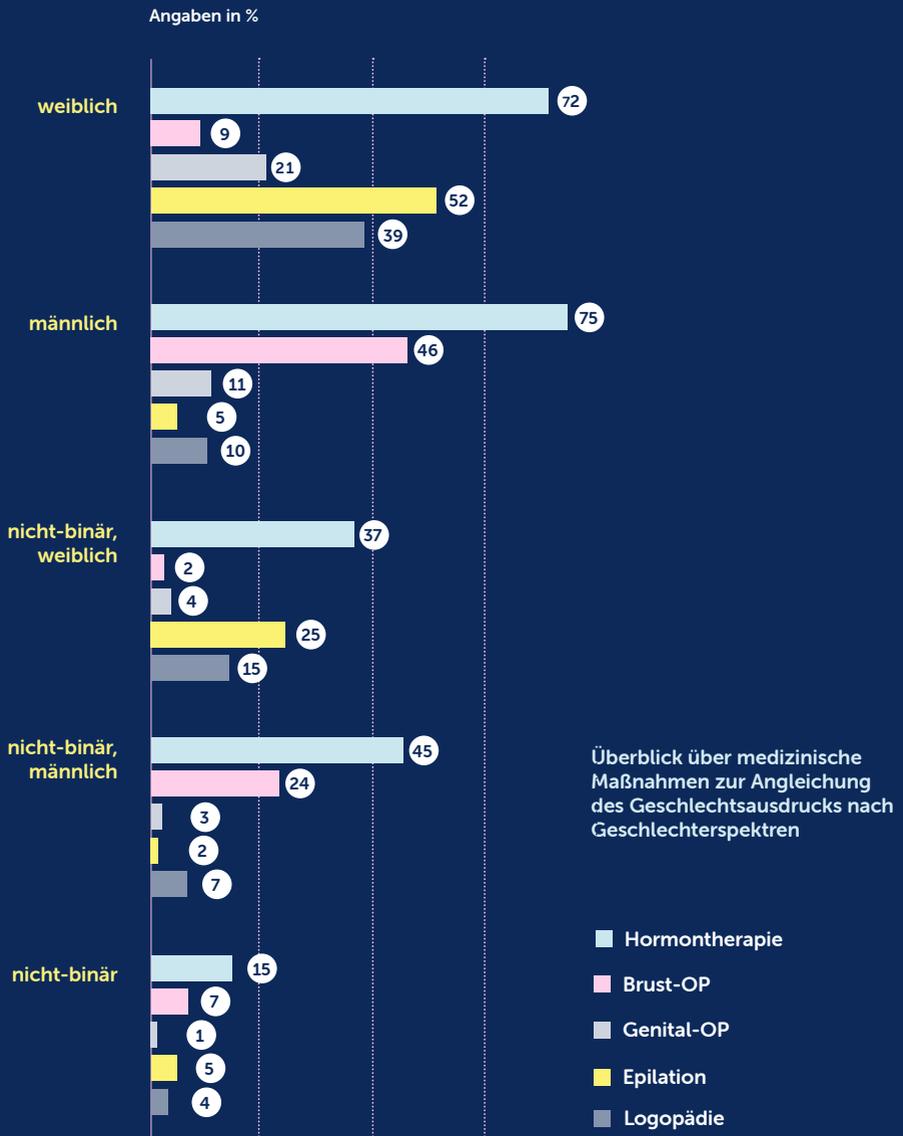
Mit 48% nahm knapp die Hälfte der Befragten eine Hormontherapie in Anspruch (siehe Abbildung 4). Mit 21% bzw. 19% waren Epilation und Brust-Operation die zweit- und dritthäufigste medizinische Maßnahme. Operationen an den Genitalien wurden mit 8% vergleichsweise selten vorgenommen.

Abbildung 4: Vorgenommene medizinische Maßnahmen im Überblick



Bei der Häufigkeit der Inanspruchnahme von medizinischen Angleichungen gab es Unterschiede zwischen den verschiedenen Spektren geschlechtlicher Identitäten, wobei binär männlich und binär weiblich verortete Personen am häufigsten Maßnahmen in Anspruch nahmen. Die Hormontherapie war die am häufigsten vorgenommene Maßnahme in allen Geschlechterspektren (siehe Abbildung 5).

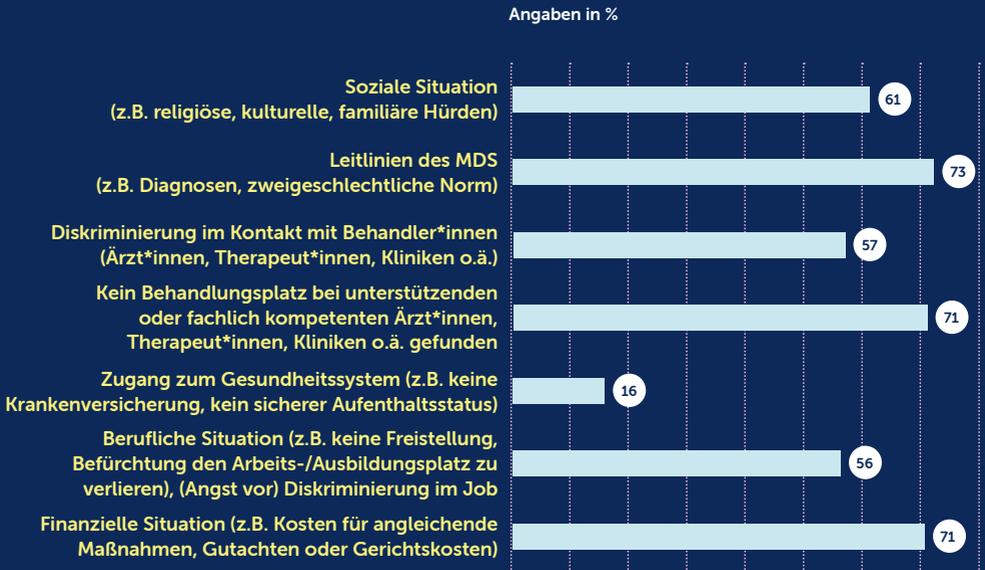
Abbildung 5: Vorgenommene medizinische Maßnahmen nach Geschlechterspektren



Rechtliche Anpassungen (Vornamens- sowie Personenstandsänderung) wurden von jeweils einem Drittel der Befragten durchgeführt. Ein weiteres Drittel plant, diese vorzunehmen. Binär verortete Personen nahmen deutlich häufiger beide rechtlichen Änderungen vor als Personen, die sich auch oder ausschließlich im nicht-binären Spektrum verorten.

In der Online-Befragung haben wir die Teilnehmer*innen außerdem nach potentiellen Hürden gefragt, mit denen sie sich konfrontiert sehen und die sie aktuell daran hindern oder in der Vergangenheit gehindert haben, körperliche und/oder rechtliche Angleichungen an ihre geschlechtliche Identität vorzunehmen (siehe Abbildung 6). Für 71% ist ihre finanzielle Situation eine Hürde, um beispielsweise die Kosten für angleichende Maßnahmen, Gutachten oder Gerichtskosten aufzubringen. Etwas mehr als die Hälfte (56%) gab an, dass Hürden im Rahmen der beruflichen Situation von Bedeutung sind (z.B. die Befürchtung, den Arbeitsplatz zu verlieren oder auch Angst vor Diskriminierung im Job). 16% hatten aktuell und/oder in der Vergangenheit keinen Zugang zum Gesundheitssystem (z.B. keine Krankenversicherung, kein sicherer Aufenthaltsstatus) und 71% hatten Schwierigkeiten, geeignete Behandlungsplätze für die Transitionsmaßnahmen zu finden. 57% berichteten von Diskriminierungserfahrungen im Kontakt mit Behandler*innen und etwa gleich viele Personen (61%) gaben an, Hürden in der sozialen Situation (z.B. religiöse, kulturelle, familiäre Hürden) erlebt zu haben. Die Leitlinien des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDS) stellten für 73% eine Hürde dar, beispielsweise in Form von Diagnosen oder der zweigeschlechtlichen Norm.

Abbildung 6: Hürden für die körperliche und/oder rechtliche Transition aktuell und/oder in der Vergangenheit



In den qualitativen Interviews und Workshops wurde berichtet, dass insbesondere bürokratische Hürden und psychopathologisierende Aspekte in der Transition als psychisch belastend erlebt werden. Die Teilnehmer*innen berichteten, dass diese Hürden es trans und nicht-binären Personen erheblich erschweren, eine Transition zu beginnen. Sie berichteten von zeitlichen Verzögerungen aufgrund mangelnder kompetenter und transaffirmativer Behandler*innen und von nicht nachvollziehbaren Ablehnungen von Kostenübernahmen durch die Krankenkassen. Dass trans Personen über die Einleitung von geschlechtsangleichenden Maßnahmen nicht selbst entscheiden können und damit die eigene geschlechtliche Selbstbestimmung in die Hände von außenstehenden Gatekeeper*innen geben müssen, auf deren Wohlwollen sie angewiesen sind, beschrieben die Teilnehmer*innen als sehr belastend.

„[Das Gatekeeping] an ganz vielen Stellen ist, dass man uns nicht einfach selbst entscheiden lässt, dass man so viel Leiden sehen möchte und dass auch Außenstehende, so genannte Expert*innen, das entscheiden. Und für mich ist das so belastend, dass ich mich so bewerten lassen muss, dass ich gesagt habe, es ist für mich einfacher in meinem jungen Alter einen Kredit [für meine Mastek] aufzunehmen und mich zu verschulden, als mir diesen Scheiß zu geben, weil ich nicht weiß, ob danach meine mentale Gesundheit irgendwie am Arsch ist.“

Guido

Die erlebten Hürden im Transitionssystem werden von den Teilnehmer*innen des qualitativen Studienteils als transfeindlich wahrgenommen und als zu langwierig, psychopathologisierend und zu wenig Selbstbestimmung erlaubend beschrieben. Sie berichteten, dass das bestehende Transitionssystem Menschen in der Entwicklung ihrer Persönlichkeit limitiert bzw. darin begrenzt, welche Identitätsentwürfe überhaupt denkbar sind. So berichteten Teilnehmer*innen, dass auch begleitende Ärzt*innen oft kein Bild davon haben, wie eine nicht-binäre Transition überhaupt aussehen könnte. Und auch wenn die medizinisch-fachlichen AWMF-Leitlinien inzwischen die Existenz nicht-binärer Identitäten anerkennen und sie in die Behandlungsoptionen einschließen, ist dies bei den (für die Entscheidungen der Krankenkassen maßgeblichen) MDS-Richtlinien weiterhin nicht der Fall. Die Kosten für geschlechtsangleichende Maßnahmen werden nur übernommen, wenn Behandlungssuchende eine binäre Transidentität präsentieren (weitere Informationen siehe Infobox: Regeln des Transitionssystems).



Regeln des Transitionssystems

Das Recht auf die Kostenübernahme von geschlechtsangleichenden Maßnahmen leitet sich bis heute aus einem Urteil des Bundessozialgerichts von 1987 ab. Die damals verklagte Krankenkasse wollte die Kosten für geschlechtsangleichende Behandlungen nicht zahlen, weil Transsexualität eine psychische Krankheit sei und die „Heilung“ demzufolge nicht die Transition sei, sondern die Auflösung des „transsexuellen Wunschs“ durch Psychotherapie. Doch das Gericht urteilte, dass die Krankenkasse die Kosten für die geschlechtsangleichende Behandlung zahlen müsse, weil die klagende trans Person alle psychotherapeutischen Mittel ausgeschöpft und trotzdem einen „krankheitswertigen Leidensdruck“ am eigenen Körper habe, der sich nur durch die Transition auflösen ließe.

Auf dieser Grundlage schreibt die Begutachtungsanleitung „Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus“ des Medizinischen Diensts des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS, umgangssprachlich oft fälschlicherweise „MDK-Richtlinien“ genannt) auch in der aktuellen Fassung von 2020 noch hohe Hürden für eine Transition vor.

So müssen trans Personen nachweisen, dass sie einen krankheitswertigen Leidensdruck empfinden und dass alle psychiatrischen und psychotherapeutischen Mittel „ausgeschöpft“ sind, d.h. dass ihre Transsexualität also nicht durch Psychotherapie geheilt werden konnte. Können trans Personen dies nicht glaubhaft nachweisen, wird die Kostenübernahme von der Krankenkasse abgelehnt. Maßnahmen für nicht-binäre Menschen werden nach MDS-Richtlinie gar nicht übernommen.

Die medizinisch-fachliche S3-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) von 2018 spricht andere Empfehlungen aus (S3 bezeichnet das Qualitätsniveau der Leitlinie und zeigt an, dass diese sowohl evidenzbasiert als auch partizipativ erarbeitet wurde). Hier wird keine Psychotherapie vorgeschrieben, es reicht auch die Prävention eines Leidensdrucks als Grund, um geschlechtsangleichende Maßnahmen zu beginnen und auch nicht-binäre Personen sind in der Leitlinie miteingeschlossen.

Die Krankenkassen entscheiden allerdings nicht nach den aktuellen medizinisch-fachlichen Standards der AWMF-Leitlinie, sondern nach der MDS-Richtlinie.

Trans und nicht-binäre Menschen finden sich also in einem Spannungsfeld wieder, da die Bedingungen für eine Transition von zwei unterschiedlichen, sich gegenseitig widersprechenden, verbindlichen Regelwerken gestaltet werden.²

Weiterhin benannten die Teilnehmer*innen des qualitativen Teils Geschlechtsdysphorie als Belastungsfaktor. Geschlechtsdysphorie wird oftmals vor der Transition und/oder dem Coming-out und häufig in Verbindung mit verinnerlichter Trans-Negativität, Körperdysphorie, ambivalentem Erleben von Sexualität oder auch selbstverletzendem Verhalten erlebt. Die Geschlechtsdysphorie macht es zum Teil unmöglich, Sexualität mit anderen zu teilen.

„Mein männliches Selbstbild hat Sex unmöglich gemacht. Als Mann habe ich mich erbärmlich, schwächlich, unmännlich, unattraktiv gefühlt. Ich war mir peinlich und hab mich vor Frauen geschämt, die ich attraktiv fand. UND: Ich hatte Sozialphobie wegen Genderdysphorie, also wenig soziale Kontakte und Möglichkeiten, mich auszuprobieren, selbstbewusster zu werden. [Daraus folgt:] kein Sex, keine Beziehung, keine Zärtlichkeit.“ **Orlando**

.....
² AWMF-Leitlinie: Nieder et al. (2018): <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/138-001> oder https://register.awmf.org/assets/guidelines/138-001L_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Behandlung-Behandlung_2019-02.pdf
MDS (2020): https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_Transsexualismus_201113.pdf

Die Teilnehmer*innen berichteten von unterschiedlichen Erfahrungen in Bezug auf das Zusammenspiel zwischen sozialen Normen und dysphorischem Erleben von Körperteilen: Einerseits gab es Personen, die vergeschlechtlichte Organe nicht dysphorisch erleben, aber den transnormativen Druck verspürten, dass sie das tun 'sollten'. Andererseits berichteten Teilnehmer*innen, dass sie aus einem emanzipatorischen, sexpositiven und politischen Anspruch heraus einen Druck verspüren, mit ihren vergeschlechtlichten Körperteilen 'okay' zu sein, diese aber tatsächlich dysphorisch erleben. Transitionen und dysphorisches Erleben, aber auch verinnerlichte Normen dazu, wie die Teilnehmer*innen sich fühlen 'sollten', können also sehr unterschiedlich sein, was in der Beratung berücksichtigt werden sollte.

„Brüste dürfen sich nicht gut anfühlen, da das weiblich ist.“
Elliot

Transitions- und Coming-out-Prozesse können nicht nur als belastend, sondern auch als bestärkend für die sexuelle Gesundheit erlebt werden. Die Teilnehmer*innen des qualitativen Teils berichteten, dass Transitionsschritte die Körperzufriedenheit und das Selbstbewusstsein stärken und für manche Menschen Sexualität erst möglich machen. Für manche Teilnehmer*innen ist Sex vor oder während der Transition gar nicht denkbar, sondern wird erst (wieder) möglich, nachdem die Transition abgeschlossen ist. Andere leben sowohl vor, nach, als auch während ihrer individuellen Transition Sexualität. 40% der Teilnehmer*innen der Online-Befragung, die aktuell geoutet leben, berichteten, in der Zeit vor ihrem äußeren Coming-out keinen Sex gehabt zu haben. Weiterhin berichteten dies 46% der Teilnehmer*innen, die phasenweise versucht haben, in ihrem bei Geburt zugeschriebenen Geschlecht zu leben.

Sexualität und die sexuelle Orientierung können sich durch die Transition verändern. Durch die körperlichen Veränderungen und das damit einhergehende veränderte Erleben des eigenen Körpers in der Transition wird auch Sexualität anders gelebt. Auch die sexuelle Orientierung kann sich mit der Transition beispielsweise von einer vormals als lesbisch gelesenen Sexualität zu schwuler Sexualität verändern. Das Erleben von Phantomkörpern oder Phantomkörperteilen ist außerdem ein wichtiger Bestandteil für manche trans und nicht-binäre Menschen, um Sexualität lustvoll(er) erleben zu können.



Phantomkörper(teile)

Manche trans und nicht-binäre Personen können Körperteile spüren, die physisch nicht da sind, die aber zu ihrem psychischen Körperbild dazugehören. Sie können z.B. ihren Penis als Vagina erleben oder in einem Strap-on-Dildo mit Hilfe ihres Phantompennis Gefühl entwickeln.

Das Präventionsverhalten in Bezug auf HIV/STI kann sich im Laufe einer Transition verändern. 23% der Teilnehmer*innen der Online-Befragung gaben an, in einer Phase, in der sie versuchten, im ihnen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht zu leben, häufiger ungeschützten Sex gehabt zu haben als zum Befragungszeitpunkt. Weitere 23% hatten in der Phase vor ihrem äußeren Coming-out häufiger ungeschützten Sex als zum Befragungszeitpunkt.

grün = touch!
= toll!

rot = don't!
= dysphorisch

grau = neutral

Nippel
sensibel

Hände*

Vorne
(don't call
it vagina)

*Hände erkunden,
sensibel, haben gern,
trösten, spielen,
verführen +
berührt werden

Füße

Tummy =
. no
touch!

Gehirn
= Fantasie 

Zunge macht
alles intensiver

Achseln

Mastek-
narben

T-Dick

Arsch -
loch



3.2 Sexuelle Gesundheit

Die verwendeten Begriffe für Körperteile sind in trans und nicht-binären Communitys vielfältig. Im Folgenden stellen wir Begriffe dar, die von den Teilnehmer*innen im qualitativen Studienteil verwendet wurden. Anschließend präsentieren wir unsere Ergebnisse zur Körperzufriedenheit sowie zur gelebten Sexualität und sexuellen Zufriedenheit. Danach gehen wir auf die Ergebnisse zur Selbstbestimmung und zu (un)sicheren Rahmenbedingungen ein.

3.2.1 Körper und Sprache

Welche Begriffe für Genitalien und weitere vergeschlechtlichte Körperteile verwendet werden, ist sehr individuell. In Abbildung 7 sind die Begriffe zu sehen, welche die Teilnehmer*innen des qualitativen Teils für sich verwendeten. Je häufiger die Begriffe genannt wurden, desto größer werden sie hier dargestellt.



Beispiel für einen Körperumriss im qualitativen Teil



„Vergeschlechtlichte Körperteile“ und Bezeichnungen für Genitalien

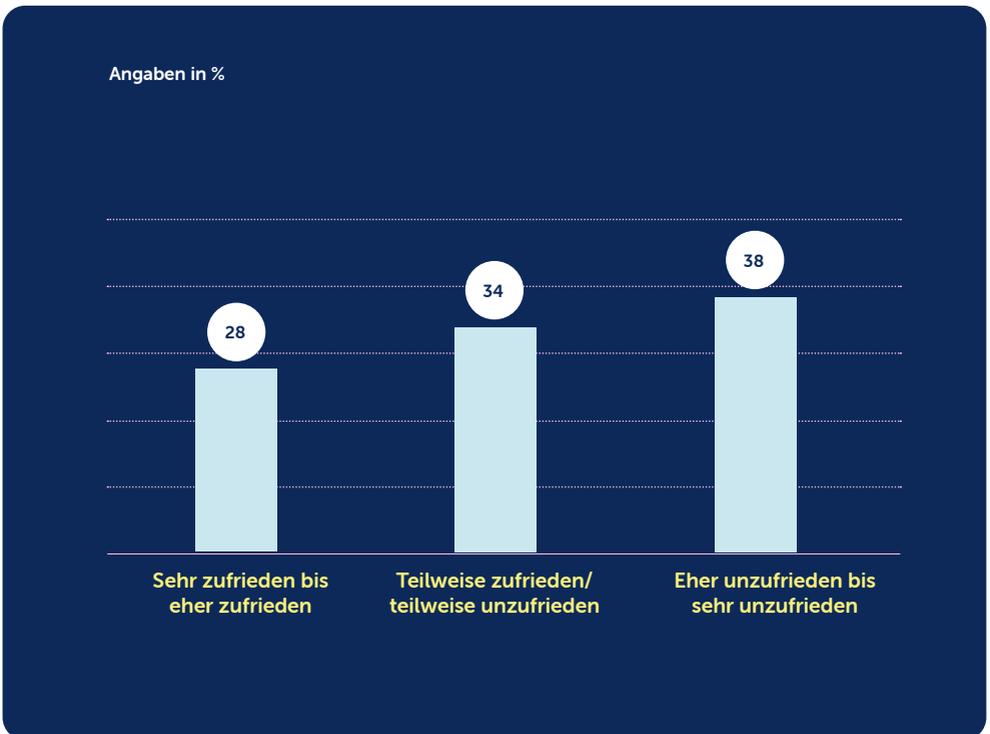
Als „vergeschlechtlichte Körperteile“ bezeichnen wir die sogenannten primären und sekundären Geschlechtsorgane sowie den Anus. In der Darstellung des qualitativen Teils verwenden wir für Genitalien die Begriffe „Penis“ und „Vagina“, weil es keinen Community-Konsens über passende Begriffe gibt und die Teilnehmer*innen selbst aufgrund mangelnder Alternativen zu diesen Begriffen tendierten.

In den Diskussionen wurde deutlich, dass viele mit den vorhandenen Begriffen unzufrieden sind. So verwenden zwar transmännliche und nicht-binäre AFAB-Teilnehmer*innen häufig „Vagina“, aber meist nur in Ermangelung eines für sie geeigneteren Begriffs. Welche Begriffe als angemessen empfunden werden, ist kontextabhängig. Während die in Abbildung 7 aufgeführten Begriffe von den Teilnehmer*innen im sexuellen oder intimen Kontext als angemessen empfunden werden, gilt dies nicht unbedingt für Beratungskontexte. So empfanden die Befragten es häufig als übergriffig, wenn ihnen unbekannte Menschen ungefragt Begriffe verwenden, egal ob es sich dabei um einen medizinischen Begriff wie „Vagina“ oder „Penis“ handelt oder um einen Community-Begriff wie „Fronthole“ oder „Schwanz“. Stattdessen betonten die Teilnehmer*innen, dass sie gefragt werden möchten, welche Begriffe verwendet werden sollen, wenn über intime Körperteile gesprochen wird. Es ist wichtig, dass Berater*innen und Mediziner*innen die Selbstbestimmung von trans und nicht-binären Personen in Bezug auf das Sprechen über ihre Körper respektieren.

3.2.2 Körperzufriedenheit

Nur etwa 28% der Befragten gaben in der Online-Befragung an, dass sie zufrieden mit ihrem Körper sind. 34% sind teilweise zufrieden und 38% geben an, mit ihrem Körper unzufrieden zu sein (siehe Abbildung 8).

Abbildung 8: Zufriedenheit mit dem eigenen Körper



3.2.3 Gelebte Sexualität und sexuelle Zufriedenheit



Sex

Wenn wir im Folgenden von Sex sprechen, verwenden wir diesen Begriff so, wie die Teilnehmer*innen diesen verstehen. Welche Handlungen als Sex verstanden werden, unterscheidet sich individuell. Lediglich hinsichtlich des HIV/STI-Infektionsrisikos unterscheiden wir im quantitativen Studienteil verschiedene Praktiken.

In der qualitativen Studie zeigte sich, dass nicht von der geschlechtlichen Identität abgeleitet werden kann, wie Sexualität gelebt wird und welche Körperteile und -öffnungen dabei genutzt werden. Für manche Menschen war die gelebte Sexualität vollständig unabhängig von der geschlechtlichen Identität und für andere nicht. Beispielsweise gab es trans Männer, die sich in ihrer männlichen Rolle bestätigt sahen, wenn sie aktiv penetrierenden Sex mit einer Partnerin hatten. Andere trans Männer praktizierten bevorzugt aufnehmenden vaginalen Verkehr. Sexualität zu praktizieren, die nicht stereotyp mit der Geschlechterrolle zusammenfällt, war für manche Menschen schambefahet. Manche Teilnehmer*innen sagten auch, dass sie sich nur selten trauen, mit Fachpersonal oder innerhalb ihrer Community über Sex zu sprechen, weil die von ihnen bevorzugten Praktiken nicht dem (überholten) medizinisch-psychiatrischen Konzept von „Transsexualität“ entsprechen, nach dem alle trans Personen ihre Genitalien ablehnen und danach streben, sich möglichst stereotyp entsprechend ihres Identitätsgeschlechts zu verhalten. Einige der Teilnehmer*innen äußerten deshalb die Sorge, als ‚nicht trans genug‘ zu gelten, wenn sie offen über ihre Sexualität sprechen. So gaben in der Online-Befragung 79% an, dass sie schon mindestens einmal das Gefühl hatten, in sexuellen Situationen ihre Geschlechtsidentität durch ihr Ver-

halten beweisen zu müssen. Als Berater*in oder Mediziner*in ist es also wichtig, unvoreingenommen gegenüber der individuell gelebten Sexualität der Klient*innen und Patient*innen zu sein.

Sexualität findet in unterschiedlichen Kontexten statt. In der Online-Befragung gaben 62% an, ein Sexleben zu haben. 41% der Befragten waren Single, 35% in einer monogamen Beziehung, 11% lebten in polyamourösen Beziehungskonstellationen und 7% lebten in einer oder mehreren losen Partnerschaften. Die Teilnehmer*innen des qualitativen Teils benannten außerdem sexuelle Begegnungen außerhalb von Partnerschaften, wie den Besuch von Cruising-Spaces, Sexpartys und sexuelle Begegnungen über Sex- und Dating-Apps. In der Online-Befragung gaben 4% an, dass sie in den letzten zwölf Monaten für Sex bezahlt wurden und 2% haben für Sex bezahlt. Unter Bezahlung wurde jeglicher Austausch von Geld, Geschenken oder Gefälligkeiten (Wohnraum, Lebensmittel etc.) für Sex verstanden.

Mit Blick auf das Übertragungsrisiko von HIV/STI wurde in der quantitativen Online-Studie gefragt, ob die Befragten in den letzten zwölf Monaten Sex mit Schleimhautkontakt hatten. Dazu zählten wir das Aneinanderreiben von Schleimhäuten sowie Oralverkehr und Penetration, aber keine Zungenküsse. 61% der Befragten hatten Sex mit Schleimhautkontakt, davon 57% mit einer Person, knapp 28% mit zwei bis drei Personen und etwa 15% mit vier oder mehr Personen. Etwa 10% hatten in den letzten zwölf Monaten Sex unter Drogeneinfluss. Diese Vielfalt der sexuellen Kontexte sollte in der Beratung akzeptierend berücksichtigt werden.

Sexuelle Zufriedenheit und sich begehrt fühlen als Aspekte von sexueller Gesundheit können sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. 30% sind mit ihrem Sexualleben zufrieden, 45% befinden sich im Mittelfeld

und etwa 25% sind unzufrieden (siehe Abbildung 9). Weiterhin gaben ca. 40% an, sich begehrt zu fühlen, 22% fühlten sich nur teilweise begehrt und 38% fühlten sich nicht begehrt.

Abbildung 9: Zufriedenheit mit Sexualeben



3.2.4 Selbstbestimmung und (un-)sichere Rahmenbedingungen

Für die Teilnehmer*innen des qualitativen Teils bedeutete Safer Sex die Prävention von HIV und STI sowie darüberhinausgehend, sich sicher zu fühlen: sicher vor physischem und psychischem Druck, Diskriminierungen sowie sexualisierter Gewalt. Sie wollen in ihrer geschlechtlichen Identität und in weiteren intersektionalen Zugehörigkeiten gesehen und respektiert werden.

„Die ganze Safer Sex Idee und Strategie muss unbedingt erweitert werden, um das Thema Sicherheit für trans Leute, BIPoC Leute, für sicherlich auch einige andere Gruppen. [...] Weil es ja um Sex geht und wenn ich Sex habe, muss ich safe sein.“ **Baran**

Konsens und Kommunikation sind zentral für das Safer Sex-Verständnis der Teilnehmer*innen des qualitativen Teils (siehe auch Kapitel 3.3.3). In der Online-Befragung gaben 31% der Teilnehmer*innen an, dass es ihnen nicht immer leichtfalle, ‚Nein‘ zu Sex zu sagen, den sie nicht möchten und 55% gaben an, dass es ihnen nicht immer leichtfalle, ihre Bedürfnisse beim Sex zu äußern und diesen aktiv mitzugestalten. Diese Zahlen verweisen auf Bedarfe hinsichtlich der Kommunikations- und Verhandlungskompetenz, welche gerade in trans und nicht-binären Kontexten essentiell ist, da stets individuell verhandelt werden muss, welche Körperteile beim Sex auf welche Weise involviert sein und welche z.B. aufgrund von Dysphorie ausgespart werden sollen. Teilnehmer*innen mit Erfahrungen in BDSM berichteten, dass sie insbesondere in diesen Kontexten Kommunikation, Konsens und sexuelle Verhandlungskompetenz erlernt haben und werteten dies als empowernde Erfahrung. Damit wird deutlich, dass Kommunikation und Konsens Kernfaktoren von zufriedenstellender Sexualität sind.

„Das möchte ich, das passiert. Das möchte ich, [dass] das nicht passiert. Da möchte ich angefasst werden. Das möchte ich, [dass] das so genannt wird.“ **Jonah**

In der Online-Befragung gab ein Großteil der Befragten an, ihren Sex so gestalten zu können, dass sie sich vor HIV/STI schützen können (88%), sowie nur mit Partner*innen (86%) und nur an Orten Sex zu haben (89%), mit bzw. an denen sie sich sicher fühlen. Im qualitativen Teil berichteten einige Teilnehmer*innen, dass sie sich am sichersten beim Sex mit anderen trans und/oder nicht-binären Menschen fühlen. Einige BIPOC berichteten, Cruising-Spaces oder Dating-Apps als unsicher zu empfinden, da sie sich transfeindlich-rassistischen Ressentiments ausgesetzt sahen. Wie sicher bestimmte Orte und Kontexte empfunden werden, ist also immer auch abhängig von weiteren intersektionalen Zugehörigkeiten.

„Safer Sex im weiteren Sinne ist mir sehr wichtig. Dabei geht es um so etwas wie psychische Gesundheit, personale Integrität. Dazu gehört für mich, dass beide/alle Beteiligten in der Lage sind, ihre Bedürfnisse zu spüren, den anderen wahrzunehmen/ zu hören und auch darauf zu reagieren. Zeit lassen, Raum lassen, Kommunikation, Konsens, Absprachen.“

Anonym, Online-Veranstaltung

Sicherheit beim Sex schließt die physische und psychische Integrität und damit auch den Schutz vor Diskriminierung und Gewalt mit ein. 75% der Online-Befragten gaben an, dass ihnen schnell intime Fragen gestellt wurden, die cis-geschlechtlichen Personen so nicht gestellt würden. 70% wurden zumindest einmal in ihrem Leben in einem sexuellen Kontext nicht in ihrer geschlechtlichen Identität anerkannt. 82% haben mindestens einmal unangemessene Kommentare über ihren Körper oder Körperteile erlebt. Fast 75% wurden jemals gegen ihren Willen angefasst, knapp die Hälfte der Befragten (47%) erlebten sexuelle Handlungen gegen ihren Willen und fast 25% wurden mindestens einmal in ihrem Leben vergewaltigt. Berater*innen sollten

daher sensibilisiert sein, dass trans und/oder nicht-binäre Menschen häufig übergriffige und diskriminierende Erfahrungen machen und sexualisierter Gewalt ausgesetzt sein können.

3.3 Prävalenzen und Schutz vor HIV/STI

Im folgenden Kapitel stellen wir die HIV/STI-Prävalenzen in trans und nicht-binären Communitys in Deutschland vor. Anschließend beschreiben wir Wissen zu sexueller Gesundheit als einen wichtigen Schutzfaktor und beschreiben danach weitere Schutzstrategien.

3.3.1 Prävalenzen

In der Online-Befragung berichteten 17 von 2.335 Personen, eine HIV-Diagnose erhalten zu haben. Dies entspricht einer Prävalenz von 0,7% (siehe Abbildung 10). Diese Prävalenz liegt niedriger als die geschätzte Prävalenz in der Gruppe der Männer, die Sex mit Männern haben (z.B. Zahlen für Deutschland aus European MSM-Survey (EMIS): 11%)³, jedoch höher als die geschätzte Prävalenz in der Gesamtbevölkerung (0,1%)⁴. Das weist darauf hin, dass trans und nicht-binäre Menschen eine vulnerable Gruppe in Bezug auf HIV sind. Von den 2.323 Befragten, die über mögliche Diagnosen bakterieller STI berichteten, gaben 21 (0,9%) an, jemals mit Syphilis diagnostiziert worden zu sein, 63 (2,7%) mit Gonorrhö und 105 (4,5%) mit Chlamydien.

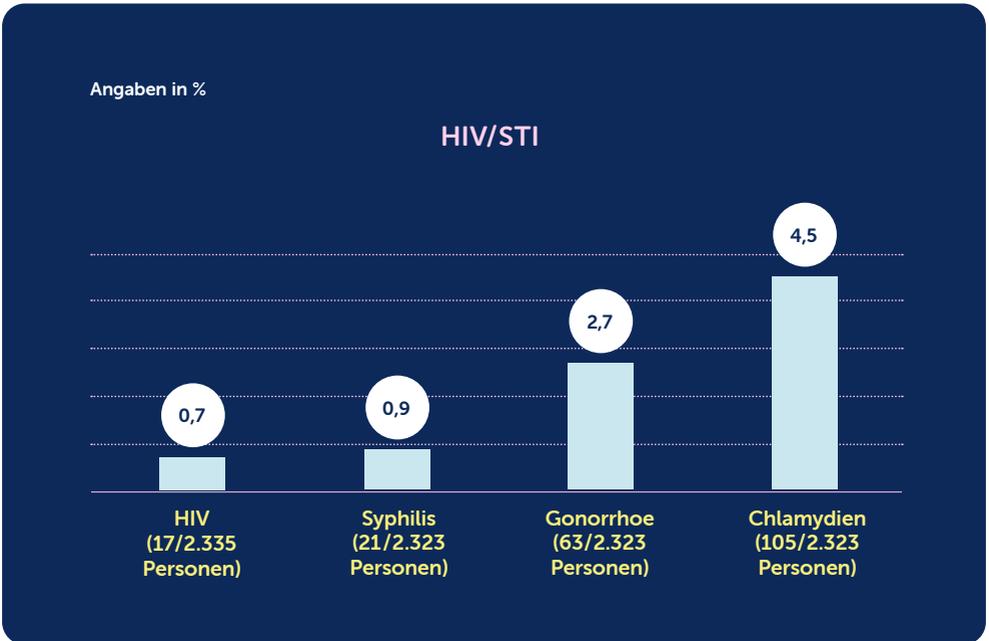
.....

3 Marcus, Ulrich/Schink, Susanne B. (2021): Der Europäische MSM Internet Survey als Grundlage für die Präventionsarbeit in Deutschland für Männer, die Sex mit Männern haben. Bundesgesundheitsbl 64, 1430–1439. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03429-3>

4 an der Heiden, Matthias/Marcus, Ulrich/Kollan, Christian/Schmidt, Daniel/Koppe, Uwe/Gunsenheimer-Bartmeyer, Barbara/Bremer, Viviane (2022): Schätzung der Anzahl von HIV-Neuinfektionen im Jahr 2021 und der Gesamtzahl von Menschen, die Ende 2021 mit HIV in Deutschland leben. Epid Bull 2022; 47:3-18. DOI 10.25646/10814

Es wurden zwar gewisse Unterschiede zwischen den Identitätskategorien festgestellt, doch waren die Zahlen für statistische Vergleiche zu gering.

Abbildung 10: Selbst-berichtete Diagnosen von HIV/STI



3.3.2 Wissen zu sexueller Gesundheit

Wissen zu sexueller Gesundheit ist ein Empowermentfaktor für trans und nicht-binäre Menschen. Die Teilnehmer*innen des qualitativen Teils beschrieben, dass fehlendes Wissen zu HIV/STI oder auch die Angst vor einer HIV-Diagnose psychisch belastend sein können und zur Verzögerung der Inanspruchnahme von Testung und ggf. benötigter medizinischer Behandlung führen können.

„Safer Sex ist, wenn ich ein Kondom benutze, und wenn nicht, dann können schlimme Sachen passieren.“ **Orlando**

Die Teilnehmer*innen des qualitativen Teils wünschten sich, gut über ihre Körper, ihre sexuelle Gesundheit und HIV/STI-Risiken sowie ggf. ihre Fertilität bzw. ihr Schwangerschaftsrisiko informiert zu sein. Sie berichteten davon, nur wenige verlässliche Informationen zu spezifischen Fragen der sexuellen Gesundheit zu trans und nicht-binären Körpern zu finden. Ein Beispiel ist die Pflege der Vaginalschleimhaut für trans Frauen nach genitalangleichenden Operationen oder die Pflege von Vaginalschleimhaut bei trans Männern unter Testosterontherapie. Im qualitativen Teil zeigte sich, wie sehr der Wissensstand innerhalb der Communitys variiert: Einige Teilnehmer*innen waren sehr gut über Themen der sexuellen Gesundheit informiert, andere hatten nur eine vage Vorstellung, wie sie sich gut schützen können und benannten dies auch so. Die Teilnehmer*innen wünschten sich, gut für ihre Zielgruppe aufbereitete Informationen sowohl online als auch in der konkreten Beratungspraxis sowie in der schulischen Sexualpädagogik vorfinden zu können. Insbesondere letztere sei primär auf Schwangerschaftsverhütung im cis-heterosexuellen Kontext und die Prävention von HIV/STI und weniger auf Konsens, Kommunikation und Verhandlungskompetenz ausgerichtet (mehr zu Bedarfen bzgl. sexueller Bildung siehe Kapitel 3.5.4).

Weitere Informationen zu PrEP und PEP:

www.aidshilfe.de/hiv-prep

www.aidshilfe.de/PEP



In der Online-Befragung stellten wir den Teilnehmer*innen Informationen zu HIV und STI sowie zur HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) und HIV-Postexpositionsprophylaxe (PEP) vor und fragten, ob dieses Wissen bereits bekannt war. Damit erfassten wir die Informationsbedarfe der Teilnehmer*innen in Bezug auf die Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten von HIV sowie zu STIs. Während mehr als vier von fünf Personen wussten, dass HIV nicht durch Küssen weitergegeben werden kann, wussten nur noch zwei von drei Personen, dass HIV unter wirksamer Therapie nicht sexuell weitergegeben werden kann. Nur etwa jede zweite Person wusste, dass STIs häufig symptomlos sind und man sich damit anstecken kann, ohne es zu bemerken. Menschen ohne HIV-Diagnose wurden zusätzlich zu ihrem Wissen zu PrEP und PEP befragt. Das Wissen über die PrEP als ein Medikament, mit dem man sich vor HIV schützen kann, ist unter den Teilnehmer*innen der Online-Befragung teilweise bereits vorhanden, aber noch nicht ausreichend verbreitet. So hatten 62% von der PrEP „schon einmal gehört“, aber nur 34% wussten, dass es sich dabei um Tabletten handelt, die zum täglichen Gebrauch zugelassen sind. Insbesondere das Wissen zur PEP war vergleichsweise gering ausgeprägt. So wusste nur jede dritte Person, dass eine PEP eine HIV-Infektion zu verhindern versucht, nachdem man dem Virus ausgesetzt war (z.B. nach ungeschütztem Schleimhautkontakt) und die PEP am besten innerhalb weniger Stunden nach einem Infektionsrisiko mit HIV begonnen werden sollte.



Hast
Du Lust
auf

Ja,
ich mag

Beispiel für Verhandlungskompetenz

Bezüglich Hepatitisserkrankungen wussten 81%, dass es gegen Hepatitis A und B Impfungen gibt, aber nur 47%, dass es keine Impfung gegen Hepatitis C gibt.

3.3.3 Schutzstrategien

Die genutzten Schutzstrategien in trans und nicht-binären Communities sind vielfältig und abhängig vom Kontext, von den Sexpartner*innen und dem individuell vorhandenen Wissen. Nicht alle Personen verstehen unter Safer Sex die gleichen Praktiken, was zu Missverständnissen z.B. mit Sexpartner*innen und mit Berater*innen führen kann. Die Teilnehmer*innen des qualitativen Teils legten unterschiedliche Schwerpunkte in ihren Schutzstrategien bezüglich HIV/STI-Infektionen und sexueller Gesundheit. Für manche stand ausschließlich HIV-Prävention im Vordergrund, für andere zusätzlich die Prävention von weiteren STI und wiederum andere legten insbesondere auf Hand- und/oder Mundhygiene Wert, um Pilzinfektionen vorzubeugen. Weiteren Teilnehmer*innen war die Prävention von Harnwegsinfekten wichtig. Letztere sind für trans und nicht-binäre Menschen oft besonders relevant – so wurde im qualitativen Teil berichtet, dass z.B. Vaginalschleimhäute unter Hormontherapie schrumpfen können und dann anfälliger seien für Infektionen. Für Berater*innen von trans und nicht-binären Personen ist es also wichtig, im Gespräch zu klären, was eine Person konkret meint, wenn sie von „Safer Sex“ spricht.

„Meine Einigung mit cis Männern: bei penetrativem Sex Kondom, Blow Jobs ohne Kondom. Fisting mit Handschuhen. PrEP und penetrativen Sex ohne Kondom benutze ich auch, wenn ich z.B. einen Sexualpartner habe, mit dem ich regelmäßig Sex habe.“ **Anonym, Online-Veranstaltung**

„Alle anderen übertragbaren Krankheiten sind irgendwie behandelbar und ich habe so das Gefühl, wenn ich versuche, die zu vermeiden, darf ich eigentlich gar nichts machen. Das stresst mich voll. Also konzentriere ich mich bei Safe Sex auf HIV.“ **Leon**

Die Teilnehmer*innen des qualitativen Teils berichteten von Situationen, in denen die eigenen Wünsche nach Safer Sex so nicht umgesetzt werden oder umgesetzt werden können. Dazu zählen Situationen, in denen die Lust/Erregung größer ist als die Angst vor Infektionen; Situationen, in denen Partner*innen Druck ausüben; Situationen, in denen Sex unter Drogeneinfluss stattfindet sowie sexualisierte Gewaltsituationen.

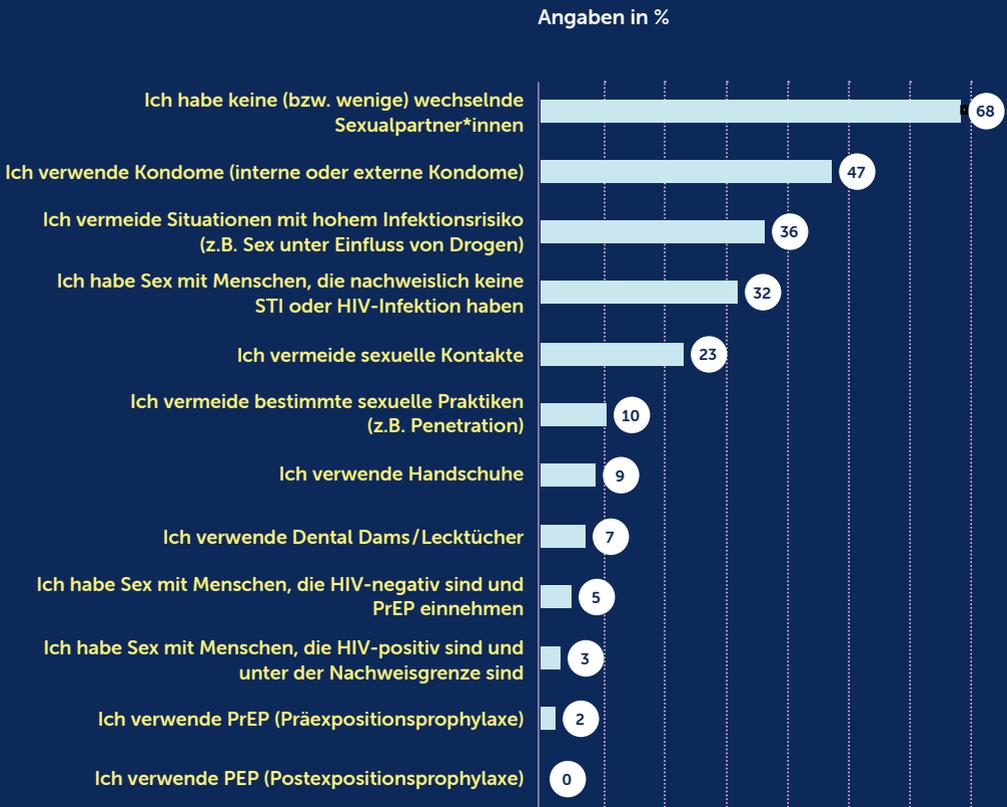
„Ich hatte eine Phase, [...] als ich diese Atrophie hatte, wo ich einfach schon vom Hingucken Vaginalinfektionen und Pilze [...] gekriegt habe, wo es vor allen Dingen auch um Sauberkeit ging; also wirklich vorsichtig zu sein mit Bakterien und [den Sexpartner*innen] nochmal zu sagen: ‚wasch dir die Hände‘ und ‚lass uns einen sauberen Ort finden und ich gehe danach nochmal kurz duschen‘ oder so.“ **Fynn**

Weiterhin beschrieben einige Teilnehmer*innen, dass sie sich nicht trauten, auf ihre Safer Sex-Wünsche zu bestehen, weil der eigene Körper nicht der cis-geschlechtlichen Körpernorm entspreche. Dies macht deutlich, wie wirkmächtig internalisierte Transnegativität sein kann. Insbesondere dieser Aspekt sollte in der Beratung berücksichtigt werden.

„Mein Körper ist schon ein Umstand für die andere Person, da mag ich nicht noch weitere Forderungen stellen. [...] Ich mag nicht darauf bestehen, dass Grenzen eingehalten werden.“

Shiwon

Abbildung 11: Angewendete Maßnahmen zum Schutz vor HIV/STI, Mehrfachangaben möglich



Im quantitativen Teil waren die häufigsten Schutzmaßnahmen gegen HIV/STI das Vermeiden wechselnder Sexualpartner*innen (68%), gefolgt von der Verwendung von Kondomen (47%) und die Vermeidung von Situationen mit hohem Infektionsrisiko (36%) (siehe Abbildung 11). Die Verwendung von Handschuhen (9%) oder Dental Dams/Lecktüchern (7%) sowie insbesondere die Einnahme von PrEP (2%) oder PEP (0,4%) und die Partner*innenauswahl danach, dass diese PrEP nehmen (5%) oder unter der HIV-Nachweisgrenze therapiert sind (3%), wurde vergleichsweise selten angegeben.

Nur etwa 3% der Befragten nutzen die PrEP oder hatten versucht die PrEP zu bekommen. Der häufigste Grund dafür, keine PrEP zu verwenden, war die Einschätzung, dass das eigene HIV-Risiko nicht hoch genug ist (66%), gefolgt vom Grund, dass andere Safer Sex-Methoden angewendet werden (41%). Weitere Gründe waren, dass die Befragten mit den ärztlichen Behandler*innen nicht über ihr Sexuelleben sprechen wollten (12%), dass der Aufwand der regelmäßigen medizinischen Begleitung als zu hoch eingeschätzt wurde (12%) und dass eine Angst vor möglichen Nebenwirkungen besteht (11%). Bei der PEP lagen die Zahlen noch niedriger. Etwa 2% hatten jemals eine PEP erhalten oder sich darum bemüht. Von denen, die sich je um eine PEP bemüht haben, hat nur etwa die Hälfte auch tatsächlich eine bekommen. Sowohl das Wissen als auch der Zugang zur PrEP und PEP sollten in den Communitys noch stärker verfügbar sein.

Weiterhin wurden die Teilnehmer*innen der Online-Befragung gefragt, inwiefern sie Impfungen nutzen, um Hepatitiserkrankungen vorzubeugen. 48% gaben an, vollständig gegen Hepatitis A und 50% gaben an, vollständig gegen Hepatitis B geimpft zu sein. Jeweils ein Drittel der Befragten wusste nicht, ob sie geimpft waren. Das Wissen über mögliche Impfungen als effektive Schutzmaßnahmen vor Hepatits A und B sollte in den Communitys weitere Verbreitung finden.

3.4 Psychosoziale Einflussfaktoren

Unter psychosozialen Einflussfaktoren auf die sexuelle Gesundheit haben wir Aspekte von psychischer Gesundheit, Empowermentfaktoren sowie Belastungsfaktoren für die sexuelle Gesundheit zusammengefasst. Die psychosozialen Aspekte von Transitionen sind hier ausgeklammert, da diese bereits unter 3.1.2 behandelt wurden.

3.4.1 Psychische Gesundheit

Um herauszufinden, ob der psychische Gesundheitszustand mit dem sexuellen Verhalten verknüpft ist, haben wir im Rahmen der Online-Befragung verschiedene Aspekte der psychischen Gesundheit erhoben und in der Auswertung mit Aspekten sexueller Gesundheit in den Kontext gesetzt. Dabei handelt es sich um Assoziationen und nicht unbedingt um kausale Zusammenhänge zwischen zwei Aspekten. Hierfür erhoben wir Aussagen zur allgemeinen Lebenszufriedenheit sowie selbstberichtete Symptome von Depressionen und generalisierten Angststörungen innerhalb der letzten zwei Wochen vor der Teilnahme an der Befragung. Die allgemeine Lebenszufriedenheit wurde auf einer Skala von 0 (gar nicht zufrieden) bis 10 (vollständig zufrieden) erfasst. Insgesamt verorteten sich 11% in den drei schlechtesten Kategorien (0-2), 68% in den mittleren Kategorien (3-7) und 21% in den drei höchsten (8-10). 27% wiesen mittelgradige und 18% schwere Angstsymptome auf; 28% erreichten einen Wert, der auf mittelgradige und 33% einen, der auf schwere Depressionssymptome hinweist. Für eine Diagnosestellung einer Depression oder generalisierten Angststörung ist diese Erhebung nicht ausreichend. Dennoch zeigen die Ergebnisse, dass ein Teil der Befragten an Symptomen leidet, die auf eine Depression oder generalisierte Angststörung hinweisen können.

Negative Aspekte psychischer Gesundheit können in den Befragungsergebnissen mit einer Unzufriedenheit mit dem Sexualleben assoziiert werden. Personen mit niedriger allgemeiner Lebenszufriedenheit gaben auch am häufigsten eine geringe Zufriedenheit mit ihrem Sexualleben an (53%). Teilnehmende mit schweren depressiven Symptomen gaben häufiger eine niedrigere Zufriedenheit mit dem Sexualleben an als Teilnehmende ohne oder nur mit milden Depressionssymptomen (31% vs. 21%). Vergleichbare Muster finden sich bei Personen mit schweren Symptomen einer generalisierten Angststörung.

Zudem sind negative Aspekte psychischer Gesundheit mit einem häufigeren Eingehen möglicher sexueller Risiken und mit einer geringeren Verhandlungskompetenz im sexuellen Kontext assoziiert. Mögliche sexuelle Risiken wurden definiert als Sex mit mehr als einer Person bei inkonsistentem Kondomgebrauch und ohne HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) sowie Sex unter Drogeneinfluss in den letzten zwölf Monaten. 27% der Befragten mit geringer Lebenszufriedenheit berichteten gleichzeitig von möglichen sexuellen Risiken, während das nur bei 16% der Befragten mit hoher Lebenszufriedenheit der Fall war. Weiterhin fiel es den Teilnehmer*innen, die mit ihrem Leben unzufrieden waren und solchen, die mit depressiven und Angstsymptomen konfrontiert waren, häufiger schwer, sexuelle Erlebnisse selbst zu gestalten und unerwünschten Sex abzulehnen. So gaben 62% mit hoher Lebenszufriedenheit an, dass es ihnen leichtfalle, Bedürfnisse zu äußern und den Sex mitzugestalten (im Vergleich zu 27%, die eine geringe Lebenszufriedenheit aufwiesen). Die psychische Gesundheit kann also mit der Verhandlungskompetenz und möglichen HIV/STI-Risiken verknüpft sein und sollte daher in der Beratung zur sexuellen Gesundheit berücksichtigt werden.

3.4.2 Empowermentfaktoren

Als Empowermentfaktoren verstehen wir Faktoren, die trans und nicht-binäre Personen psychosozial und in ihrem Sexualleben stärken. In der qualitativen Analyse haben wir diese in die Bereiche „Selbststärkung“ und „Interaktion und Umgebung“ gefasst. Unter Selbststärkung fällt beispielsweise eigenes Wissen rund um sexuelle Gesundheit, welches sich die Teilnehmer*innen im Laufe der Zeit angeeignet hatten. Eigenes vorhandenes Wissen z.B. zu HIV/STI-Prävention und geeigneten Schutzstrategien wurde als bestärkend empfunden. Weiterhin berichteten die Teilnehmer*innen von persönlichen positiven Lernerfahrungen in Bezug auf Sexualität durch Selbsterfahrung und Körperaneignung. Sie beschrieben hierbei Prozesse, in denen sie z.B. durch Körperarbeit oder Sexological Bodywork Scham ablegen konnten und lernten, den eigenen Körper mehr anzunehmen und die eigene Sexualität zu entwickeln und zu erkunden. Manche Teilnehmer*innen beschrieben zudem die eigene geschlechtliche Identität als Ressource (internalisierte Transpositivität). All diese Aspekte sind Aspekte der Selbststärkung.

„Wissen zu Kondomen, PrEP, zum Beispiel auch Schutz durch Therapie. [Und] dann als nächster Schritt das Empowerment, dass man ein positives Selbstwertgefühl hat, dass einem selber der eigene Körper, die Gesundheit, das Leben wichtig ist, um sich zu schützen.“ **Lukas**

Neben der Selbststärkung können sowohl die Interaktion mit anderen Menschen als auch die Umgebung für trans und nicht-binäre Personen bestärkend sein. Die Teilnehmer*innen beschrieben, dass

das Gemeinschaftsgefühl und der Austausch mit Peers, also anderen Menschen aus den Communities, generell, aber insbesondere in Bezug auf sexuelle Gesundheit, bestärkend sind. Weiterhin sind Konsens und Kommunikation in der Sexualität für die Teilnehmer*innen von Bedeutung. Das bedeutet, dass die bewusste Zustimmung zu sexuellen Handlungen sowie die Kommunikation beim Sex im Zentrum stehen, um die Bedürfnisse aller Beteiligten zu befriedigen und die Grenzen aller Beteiligten zu erkennen, zu benennen und zu wahren. Die genderbestärkende Wirkung, die Sex haben kann, wird von den Teilnehmer*innen ebenso als positiv beschrieben, wie generell bestärkende Partner*innen.

„Was mich sehr gestärkt hat, war die Erfahrung [...], dass ich auch als Mann in einem schwulen Setting Bottom sein kann, also devot-masochistisch oder auch aufnehmend. Und ich kann mich trotzdem als Mann erleben und werde auch von den anderen Personen so gesehen.“ **Neo**

In der Online-Befragung haben wir die Teilnehmer*innen nach der Anzahl ihrer engen sozialen Kontakte sowie der Kontakte in ihrem sozialen Umfeld gefragt, die sie so annehmen, wie sie sind. 59% der Befragten gaben an, dass sie drei oder mehr Personen zu ihren engen Kontakten zählen, auf die sie sich bei persönlichen Problemen verlassen können. 38% gaben an, dass sie ein bis zwei Personen in ihrem Umfeld haben und 3% gaben an, keine solche Person in ihrem Umfeld zu haben. Personen mit drei oder mehr engen sozialen Kontakten gaben häufiger eine hohe Zufriedenheit mit ihrem Sexualleben an (33%) als Personen mit weniger (26%) oder keinen engen sozialen Kontakten (14%). Ebenso berichteten 48% der Teilnehmer*innen mit

drei oder mehr engen sozialen Kontakten gleichzeitig, dass ihnen die Gestaltung des eigenen Sexuallebens leichter fiel (vs. 29% ohne enge soziale Kontakte). Das soziale Umfeld kann also bestärkend für die sexuelle Gesundheit der Teilnehmer*innen sein.

„Und dann bin ich da eben mit lauter Freund*innen zuerst ins Café und wir sind dann alle der Reihe nach dann da hoch [zum TIN Testing Day] und haben uns testen lassen, das war ziemlich nice und empowernd.“ **Mio**

Weiterhin haben wir im Online-Fragebogen Aussagen zur internalisierten Transpositivität, d.h. positiven Einstellungen gegenüber der eigenen trans und/oder nicht-binären Geschlechtsidentität, vorgestellt und die eigene Einstellung dazu abgefragt. Beispiele für positive Thesen sind „Meine geschlechtliche Identität macht, dass ich mich speziell und einmalig finde“ und „Ich habe kein Problem damit, anderen Leuten zu offenbaren, dass meine geschlechtliche Identität anders als mein bei Geburt zugeschriebenes Geschlecht ist“. Von den Teilnehmer*innen, die die Fragen beantworteten, stimmte ein Drittel den Aussagen zu, während knapp zwei Drittel den Aussagen gegenüber eher neutral bzw. ablehnend gegenüberstanden. Personen, die den Thesen internalisierter Transpositivität zustimmen, gaben häufiger an, dass es ihnen leichtfällt, ihre Bedürfnisse zu äußern und Sex mitzugestalten (52% vs. 40%).

3.4.3 Belastungsfaktoren

„[...] bei transweiblichen Communitys ist Sex einfach oft wahn-sinnig ausgeblendet [andere stimmen zu]. Also so ausgeblendet, dass ich ein schlechtes Gewissen hätte, wenn ich das thematisieren würde, weil es vielleicht Menschen triggert oder man Menschen verletzt oder [...] das als übergriffig empfunden wird. Und das ist natürlich was, was schwierig ist, weil natürlich Sexualität zum Leben dazugehört.“ **Jenny**

Als Belastungsfaktoren für die sexuelle Gesundheit identifizierten wir im qualitativen Studienteil unter anderem Wissenslücken der Teilnehmer*innen, fehlende Anbindung an Communitys, negative Versorgungserfahrungen, Diskriminierungserfahrungen, Exotisierungserfahrungen, internalisierte Transnegativität sowie Scham und Beschämung. Fehlendes Wissen benannten die Teilnehmer*innen in Bezug auf bestehende Angebote der sexuellen Gesundheit sowie in Bezug auf sexuelle Gesundheit generell. Sie berichteten, in der Schule nur etwas über Schwangerschaftsverhütung und Kondome gelernt zu haben. Weitere Informationen eigneten sich die Teilnehmer*innen im Laufe ihres Lebens selbst an. Weiterhin wird von den Teilnehmer*innen des qualitativen Teils als belastend beschrieben, wenn ihnen eine Anbindung an die Communitys fehlt, weil dadurch ein Peer-Austausch und auch Rollen-vorbilder fehlen. Selbst bei Kontakt zu den Communitys kann Austausch fehlen. Die transweiblichen Teilnehmer*innen des Älteren-Wochenendes diskutierten, dass sie insbesondere in der transweiblichen Community einen aktiven Peer-Austausch zu Sexualität vermissten. Eine mögliche Erklärung ist die Exotisierung und Fetischisierung, die insbesondere transweibliche Personen erleben und die bei vielen transweiblichen Personen eine bewusste Abkehr vom Austausch zu Sexualität auslösen kann.





„Ich finde, als transweibliche Person ist man auch häufig, gerade wenn man cis hetero Männer datet, damit beschäftigt, exotisiert und auf den trans Körper reduziert zu werden, [so] dass ich total nachvollziehen kann, wenn einige trans Frauen sagen, sie brauchen untereinander einen safe Space, in dem sie nicht darüber sprechen müssen.“ **Margot**

Belastend für die sexuelle Gesundheit sind auch Erfahrungen mit trans- und nicht-binär-feindlich eingestellten Menschen. Ablehnende Erfahrungen bei Ärzt*innenbesuchen, in familiären und intimen Beziehungen wurden im Rahmen des qualitativen Studienteils als belastend beschrieben. Die damit verbundenen Einstellungen können in das eigene Selbstbild integriert werden (internalisierte Transnegativität) und sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken. Teilnehmer*innen berichteten von Tendenzen der Selbstverleugnung, Depressionen und Suizidgedanken sowie dem Gefühl, die eigene Transgeschlechtlichkeit und/oder Nicht-Binarität nicht ausleben zu können, sondern eine cis-geschlechtliche Identität ‚vorspielen‘ zu müssen.

Im quantitativen Studienteil haben wir internalisierte Transnegativität als einen möglichen Belastungsfaktor erhoben. Im Rahmen der Befragung wurde die Zustimmung zu 8 Thesen gemessen, die Transnegativität ausdrücken, z.B. „Meine geschlechtliche Identität stört mich“ oder „Wenn ich an meine geschlechtliche Identität denke, fühle ich mich unglücklich“. 21% der Befragten stimmten den Aussagen eher zu und 79% bewerteten die vorgelegten Aussagen neutral bis ablehnend. Teilnehmer*innen, die Thesen internalisierter Transnegativität zustimmten, fiel es schwerer ungewünschten Sex abzulehnen (59%)

als Teilnehmer*innen ohne internalisierte Transnegativität (72%). Beratende sollten also die innere Einstellung der Klient*innen zu ihrer geschlechtlichen Identität in der Beratung berücksichtigen.

„Also ich kenne ganz viele trans Personen, die seit Jahren keine Vorsorgeuntersuchungen gemacht haben, gynäkologische zum Beispiel, weil sie es nicht schaffen, dorthin zu gehen, weil es nicht funktioniert. Und dann bleiben sie lieber zu Hause [...], obwohl sie Beschwerden haben.“ **Noah, Expert*inneninterview**

Die Teilnehmer*innen des qualitativen Teils benannten darüber hinaus weitere Aspekte, die sie als belastend empfinden. Zum einen wurden Diskriminierungserfahrungen im medizinischen Bereich benannt (siehe hierzu auch 3.5.2) wie z.B. „misgendern“, das bedeutet, auf eine nicht dem eigenen Geschlecht entsprechende Weise bezeichnet oder angesprochen zu werden. Einige Teilnehmer*innen berichteten, dass wiederkehrende Diskriminierungserfahrungen dazu führten, dass Vorsorgeuntersuchungen oder HIV/STI-Tests vermieden wurden. Zum anderen beschrieben neben den transweiblichen auch die BIPoC-Teilnehmer*innen Erfahrungen von Exotisierung und Fetischisierung, die sie aufgrund der damit verbundenen Objektifizierung als belastend empfanden. Weiterhin berichteten Teilnehmer*innen von eigenen Schamgefühlen, aber auch von Beschämungen in der Kindheit und Jugend, die sexnegative Botschaften vermittelten oder ihre Geschlechtsidentität tabuisierten. Berater*innen sollten sich der möglichen psychosozialen Belastungsfaktoren und deren Einfluss auf die sexuelle Gesundheit bewusst sein.

3.5 Beratung, Testung und Versorgung

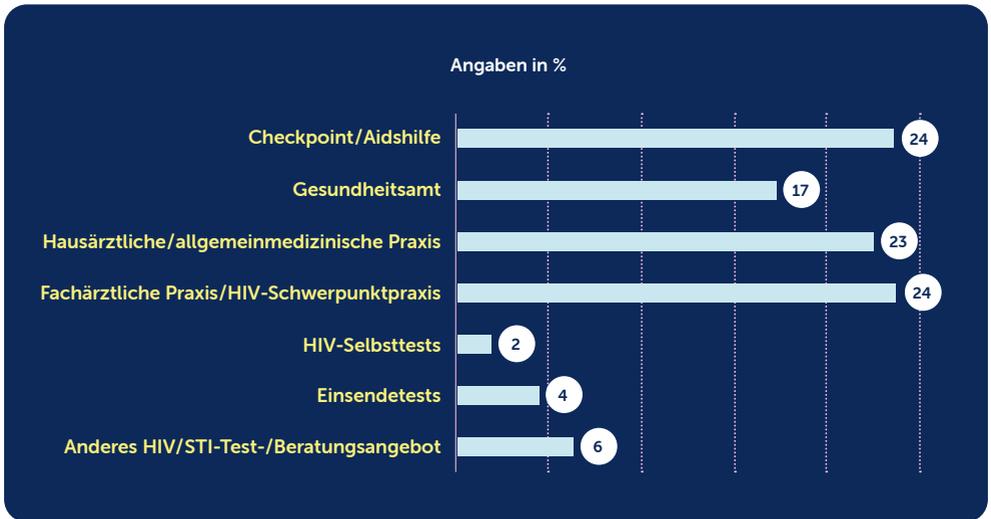
In diesem Kapitel geht es um Angebote der sexuellen Gesundheit, insbesondere HIV/STI-Beratungs- und Testangebote. Wir beschreiben, welche Angebote die Teilnehmer*innen aus welchen Gründen nutzen oder auch nicht nutzen, wie ihre Erfahrungen sind und welche weiteren Bedarfe zur Verbesserung der Versorgung aus Sicht der Teilnehmer*innen bestehen.

3.5.1 Nutzung von und Barrieren der Inanspruchnahme von HIV/STI-Beratung

Knapp 45% der Befragten hatten in den letzten fünf Jahren einen Wunsch nach Beratung zu HIV/STI und 26% nahmen eine Beratung in Anspruch. 16% der Befragten, die in den letzten fünf Jahren eine Beratung hatten, nutzten ein Angebot, das auf trans und nicht-binäre Menschen ausgerichtet war.

Die meistgenutzten Orte bei der letzten HIV/STI-Beratung waren fachärztliche Praxen/HIV-Schwerpunktpraxen und Checkpoints/Aids-hilfen mit jeweils 24% und hausärztliche/allgemeinmedizinische Praxen mit 23% (siehe Abbildung 12). Gesundheitsämter wurden mit 17% etwas weniger häufig aufgesucht. Vergleichsweise selten wurden Ein-sendetests (4%) und HIV-Selbsttests (2%) genutzt.

Abbildung 12: Orte der letzten HIV/STI-Beratung



Die Teilnehmer*innen des qualitativen Teils betrachteten Home-Sampling-Testkits (auch Einsendetests genannt) als eine niedrighschwellige Testmöglichkeit, zu denen sie sich besseren Zugang wünschten. Sie kritisierten die hohen Kosten und die binäre Ausrichtung der Testkits auf cis Körper und benannten aber auch den Mangel an Beratung, der mit Home-Sampling-Testkits einhergeht, als einen Nachteil.

Die Teilnehmer*innen des qualitativen Teils empfanden Angebote der sexuellen Gesundheit in der Regel nur dann als kompetent im Bereich Trans/Nicht-Binarität, wenn diese explizit für die Versorgung von trans und nicht-binären Menschen spezialisiert oder sensibilisiert waren. Nicht-spezialisierte Angebote wurden von den Teilnehmer*innen häufig mit Skepsis betrachtet und waren mit Erwartungen von Diskriminierung, fehlender Sensibilität im Umgang und fehlendem Fachwissen zu trans und nicht-binären Körpern verknüpft. Peer-Angebote wurden

hingegen als gut und sicher bewertet. Mit einem Blick auf Mehrfachmarginalisierung formulierten insbesondere BIPOC, dass die wenigen spezialisierten Angebote, die es für trans und nicht-binäre Menschen gibt, auf umfassendere Weise für ihre Bedarfe, Lebenssituationen und ihre Diskriminierungserfahrungen sensibilisiert sein sollten.

In der quantitativen Befragung waren die Teilnehmer*innen auch mit nicht-spezialisierten Angeboten häufig zufrieden. So waren knapp zwei Drittel der Befragten, die zuletzt ein nicht auf trans und/oder nicht-binäre Menschen spezialisiertes Angebot nutzten, mit diesem zufrieden. Mit 88% lag die Zufriedenheit noch höher, wenn sich das Angebot explizit an trans und nicht-binäre Menschen richtete (siehe Abbildung 13). Bei nicht-spezialisierten Angeboten lag der Anteil derjenigen, die mit der Beratung nur teilweise oder gar nicht zufrieden war, mit insgesamt 38% allerdings auch höher als bei spezialisierten Angeboten.

Abbildung 13: Zufriedenheit mit der letzten Beratung differenziert nach Angebotsausrichtung

Ausrichtung des Angebots auf trans und nicht-binäre Personen

■ nein ■ ja

Angaben in %



Die folgende Abbildung zeigt Gründe, aus denen sich Teilnehmer*innen der Online-Befragung nicht zu HIV/STI beraten oder testen ließen.

Abbildung 14: Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Beratung/Testung, Mehrfachangaben möglich



Von den Teilnehmer*innen, die diese Frage beantworteten, gab mit 66% die Mehrheit an, keinen Sex bzw. kein Risiko für HIV und weitere sexuell übertragbare Infektionen gehabt zu haben. 28% gaben an, sich nicht getraut zu haben und 17% berichteten, bereits Diskriminierung bzw. Stigmatisierung erfahren zu haben oder dies im Beratungskontext zu befürchten. Die von den Teilnehmer*innen angegebenen Hürden verweisen also u.a. auf Scham, Stigmatisierung und erfahrene oder befürchtete Diskriminierung bei der Inanspruchnahme von Beratung.

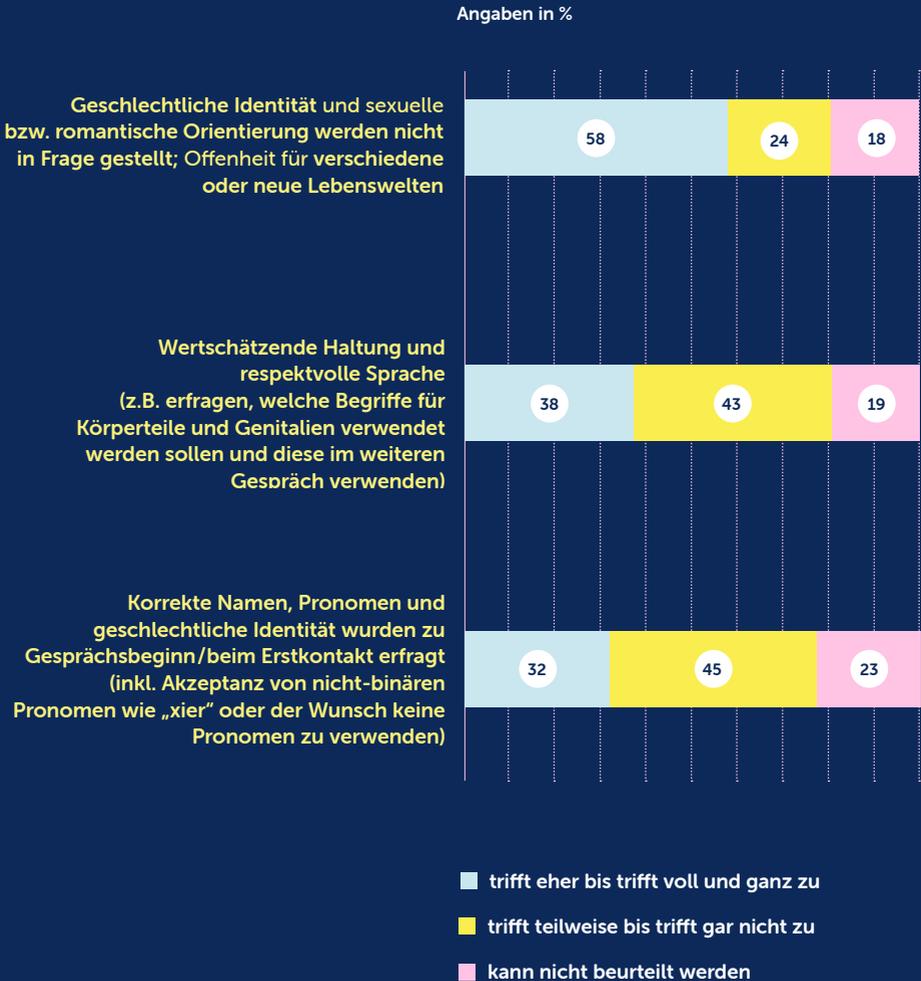
3.5.2 Negative Versorgungserfahrungen

Negative Erfahrungen in der Versorgung verringern die Bereitschaft, weitere Angebote in Anspruch zu nehmen. Die qualitativen Ergebnisse dieses Abschnitts beziehen sich auf Erfahrungen mit HIV/STI-Beratungs- und Testangeboten, anderen Angeboten der sexuellen Gesundheit sowie auf transspezifische Gesundheitsversorgung. Die quantitativen Ergebnisse beziehen sich auf Erfahrungen in der zuletzt genutzten HIV/STI-Beratung.

In der Versorgung erleben viele trans und nicht-binäre Personen belastende Situationen. Während 58% berichteten, dass bei der letzten HIV/STI-Beratung ihre geschlechtliche Identität und sexuelle bzw. romantische Orientierung nicht in Frage gestellt wurde, berichten nur noch 37% von der Verwendung einer wertschätzenden und respektvollen Sprache, die sich beispielsweise darin zeigt, dass gefragt wird, welche Begriffe für welche Körperteile und Genitalien verwendet werden sollen (siehe Abbildung 15). Lediglich 32% gaben an, dass beim Erstkontakt bzw. beim Gesprächsbeginn der selbstgewählte Name, das Pronomen und die geschlechtliche Identität erfragt wurden.

Darüber hinaus bewerteten die Teilnehmer*innen des qualitativen Teils Anamnesebögen mit nur zwei Geschlechtsoptionen negativ, weil diese keinen Raum für nicht-binäre Identitäten ließen und sich darüber hinaus ausschließlich auf cis-geschlechtliche Körper bezogen.

Abbildung 15: Akzeptanz der geschlechtlichen Identität und sexuellen Orientierung in der Beratung



„Angenommen ich würde Sex mit Männern haben, dann müsste ich theoretisch ‚MSM‘ ankreuzen. Dann wird aber vorausgesetzt, ich hätte einen Penis. Also das ist einfach so vollkommen daran vorbei, dass ich eine gute Beratung bekomme.“ **Mio**

Werden diese Bögen anhand des äußeren Erscheinungsbilds verteilt, stimmen die darauf abgebildeten Genitalien und Schleimhäute gegebenenfalls nicht mit der körperlichen Verfasstheit der Behandlungssuchenden überein. Versorgungssuchende trans und/oder nicht-binäre Personen machen so die Erfahrung, in dem Angebot konzeptionell nicht mit eingeschlossen zu sein.

„[Ich erwarte,] dass meine Ärzt*innen sich mit trans Körpern auskennen und mehr Wissen haben als ich. Mein Arzt, der mir die PrEP verschreibt, musste erstmal recherchieren, wie PrEP bei trans Männern mit Vulva wirkt. Er hat mir dann eine Woche später das gesagt, was ich schon längst wusste.“

Anonym, Online-Veranstaltung

Als weitere Punkte wurden mangelndes Wissen und Fehlannahmen der Beratenden über trans und nicht-binäre Identitäten, Lebenswelten und Körper identifiziert. Diese können dazu führen, dass die Ratsuchenden zunächst ihre Berater*innen aufklären müssen und sich die Rolle von Berater*in und ratsuchender Person zeitweise umkehren. Wenn ein*e Berater*in z.B. nicht weiß, dass es trans Männer gibt, die aufnehmenden Vaginalsex praktizieren, könnte versehentlich eine Beratung geschehen, die sich nur auf analsex bezieht. Hier gelten z.B. andere Anwendungsvorgaben bezüglich der PrEP. Berater*innen benötigen spezifisches Fachwissen und sollten konkret mit der zu be-

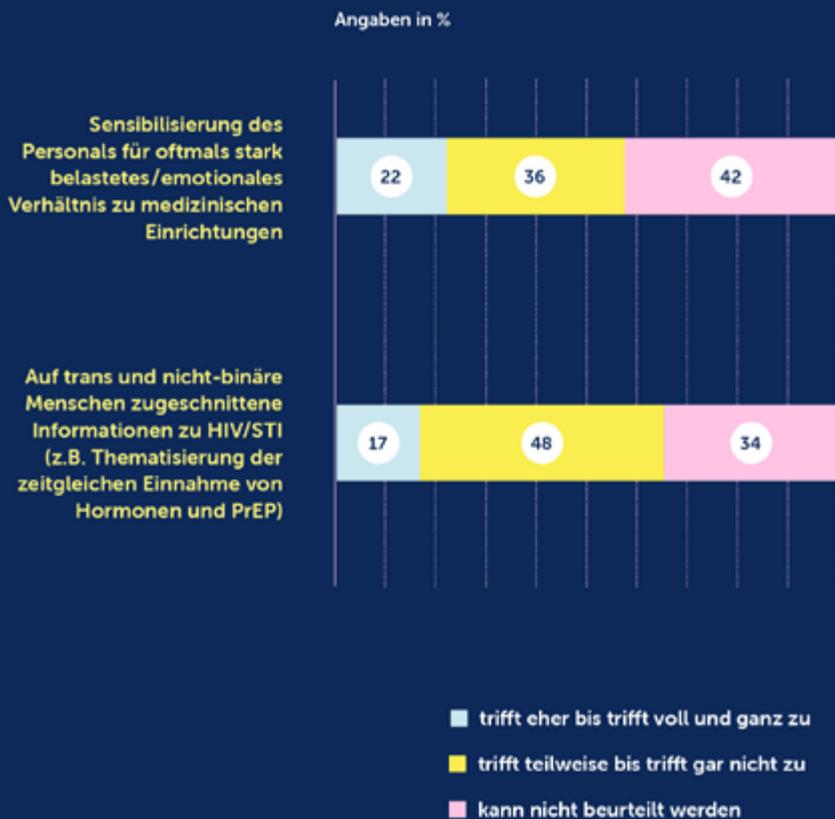
ratenden Person besprechen, welchen Sex sie praktiziert, um kompetent beraten zu können. Gleichzeitig berichteten Teilnehmer*innen, dass sie und ihre Ärzt*innen bzw. Berater*innen bei ihrer Recherche manchmal an Grenzen stoßen, da es zu einigen Punkten noch Bedarf an mehr Studien gibt, z.B. zu Testosterontherapie und Schwangerschaftsrisiko sowie zur Anwendung/Wirkung von PrEP unter Hormontherapie.

In der Online-Befragung gaben lediglich 17% der Teilnehmer*innen für ihre letzte HIV/STI-Beratung an, dass sie auf trans und nicht-binäre Menschen zugeschnittene Informationen erhalten haben (siehe Abbildung 16). 22% erlebten das Personal als ausreichend dafür sensibilisiert, dass trans und nicht-binäre Menschen ein oftmals stark belastetes Verhältnis zu medizinischen Einrichtungen aufweisen.

Die Teilnehmer*innen des qualitativen Teils berichteten auch von mangelnder Sensibilität seitens Berater*innen und fehlender Rücksichtnahme auf ihre spezifischen Fragestellungen sowie von Kommentaren über ihr Erscheinungsbild und von transnegativen Witzen. Einige erlebten auch die Durchführung von Tests als unsensibel: Sie berichteten, dass körperliche Berührungen im Intimbereich ohne Ankündigung, Absprache oder Einholung von Zustimmung durchgeführt wurden oder dass Berater*innen das Bewusstsein dafür fehlte, wie schambehaftet Genital-Abstriche für trans und nicht-binäre Personen sein können.

„[Meine lokale Aidshilfe,] die haben sich wirklich auf die Fahnen geschrieben: ‚Wir sind trans fortgebildet‘. [...] Und der Berater, den ich hatte, der kannte den Unterschied zwischen trans Frau und trans Mann nicht.“ **Ysay**

Abbildung 16: Verfügbarkeit von auf trans und nicht-binäre Menschen zugeschnittenen Informationen und bedarfsgerechtem Beratungsangebot



Manche Teilnehmer*innen erlebten auch bestimmte Einrichtungen als unsensibilisiert, obwohl diese trans und nicht-binäre Menschen in ihrer Zielgruppe benannten. Diese Erfahrungen lösten bei den Teilnehmer*innen Wut und Enttäuschung aus. Auch communitybasierte Angebote, die aus dem MSM-Bereich stammen und ihr Arbeitsfeld sukzessive um trans und nicht-binäre Menschen erweitert haben, wurden von den Teilnehmer*innen nicht automatisch als sensibilisiert beschrieben. Diese Angebote wurden tendenziell skeptisch betrachtet, aus Sorge, dass die entsprechende Expertise zu trans und nicht-binären Themen trotzdem fehlen könnte.

„[Bei] Anlaufstellen, die so tun, als wären sie trans-sensibel und es dann am Ende gar nicht sind, fühlt man sich immer, als wäre man in eine Falle reingelaufen.“ **Lukas**

Die Teilnehmer*innen wünschten sich, dass Einrichtungen ihre Sensibilisierung für trans und nicht-binäre Menschen transparent machen. Sie äußerten mehrfach den Wunsch nach einem Qualitätssiegel für transinklusive Einrichtungen, um Mindeststandards erfüllt zu wissen.

In unserer Analyse der qualitativen Daten haben wir verschiedene strukturelle Missstände herausgearbeitet: So können Ärzt*innen beispielsweise manchmal spezifische Leistungen der sexuellen Gesundheit nicht abrechnen, wenn nicht das Geschlecht auf der Krankenkassenskarte steht, das der Leistung zugerechnet wird.

„Der Gynäkologe konnte die Leistung, die er bei mir erbracht hat, nicht über meine Karte abrechnen [...], weil die Karte auf ‚männlich‘ gespeichert ist. [...] Aber er muss ja eine Leistung, die auf ‚weiblich‘ läuft, abrechnen.“ **Kläuschen**

Auch aufgrund der bislang ungenügenden Datenlage werden trans und nicht-binäre Menschen in Deutschland nicht flächendeckend als vulnerable Gruppe in Bezug auf HIV/STI betrachtet. Die Teilnehmer*innen des Expert*inneninterviews beschrieben, dass dies die finanzielle Förderung bzw. Beantragung spezifischer Angebote schwierig mache. Manche Projekte, die im Bereich „MSM“ gefördert werden, würden versuchen trans und nicht-binäre Menschen unter dem Label „MSM“ mit zu versorgen. Dies ist ein Spannungsfeld, da viele trans und nicht-binäre Menschen sich unter „MSM“ nicht angesprochen fühlen. Die Expert*innen beschrieben weiter, dass die Träger trans und nicht-binäre Menschen allerdings nicht expliziter ansprechen und auch keine spezifischen Angebote für trans und nicht-binäre Menschen entwickeln könnten, wenn diese offiziell außerhalb der geförderten Zielgruppe liegen.

Insbesondere unter Berücksichtigung verschiedener Diskriminierungserfahrungen beschrieben es auch die Teilnehmer*innen des qualitativen Teils als schwierig, diskriminierungssensible Versorgungsangebote zu finden. Zum Beispiel berichtete eine Person aus seiner*ihrer Erfahrung als BIPOC Sexarbeiter*in, dass sie*er in den Beratungsstellen zu Sexarbeit ein Stigma empfinde, das mit Sexarbeit verknüpft sei, und in der gynäkologischen Praxis rassistische Zuschreibungen erlebe, die dazu führten, dass er*sie Sexarbeit nicht thematisieren wolle. Darin zeigt sich, dass mehrfachmarginalisierte Personen besondere Hürden erfahren, ein für sie adäquates Versorgungsangebot zu finden, das sensibel in Bezug auf Diskriminierung und Stigmatisierung ist.

„Weil ich das [mit der Sexwork] bei der Frauenärztin eh nicht erzählen brauche, die möchte lieber über Safaris mit mir sprechen, weil ich ja aussehe, wie ich aussehe. Und deswegen wäre es voll nice, wenn ich als Sexworker einfach irgendwo hingehen kann [um mich durchchecken zu lassen]. Ich hätte Lust, nicht mehr so eine Hintertürchen-Arbeit zu machen. [...] Es gibt so eine Beratungsstelle zu Sexarbeit [...] im Hinterhof [...], weil wir die [Sexworker] jetzt auch nicht alle sehen wollen.“

Shiwon

In der quantitativen Befragung zeigte sich zudem, dass auch HIV/STI-Beratungsangebote, die auf trans und nicht-binäre Personen ausgerichtet sind, Sensibilisierungsbedarf in Bezug auf Rassismuserfahrungen, Mehrsprachigkeit, Religionszugehörigkeit und in Bezug auf Personen mit Beeinträchtigungen oder chronischen Erkrankungen aufweisen (siehe Tabelle 1 und 2).

Tabelle 1

Berücksichtigung intersektionaler Bedarfe hinsichtlich Rassismuserfahrungen, Mehrsprachigkeit und Religionszugehörigkeit differenziert nach Ausrichtung der letzten Beratung auf trans und nicht-binäre Personen

	Ausrichtung der letzten Beratung auf trans und nicht-binäre Personen	Trifft eher bis trifft voll und ganz zu (%)	Trifft teilweise bis gar nicht zu (%)	Kann nicht beurteilt werden (%)
Antirassismus- & Awareness-geschultes Personal mit Sensibilität für rassismuserfahrene Personen und auch BIPOC Vertreter*innen	Ja	20	11	69
	Nein	6	12	82
Mehrsprachiges Beratungsangebot / Übersetzungen können organisiert werden	Ja	36	18	46
	Nein	12	10	78
Akzeptierender und sensibler Umgang mit Menschen jeder Religion (z.B. Judentum, Islam, etc.)	Ja	15	8	77
	Nein	9	5	85

Tabelle 2

Barrierearme Beratungsangebote und Wissen zu Bedarfen von Menschen mit chronischen Erkrankungen differenziert nach Ausrichtung der letzten Beratung auf trans und nicht-binäre Personen

	Ausrichtung der letzten Beratung auf trans und nicht-binäre Personen	Trifft eher bis trifft voll und ganz zu (%)	Trifft teilweise bis gar nicht zu (%)	Kann nicht beurteilt werden (%)
Barrierearmer Zugang zur Beratung (z.B. rollstuhlgerechte Räume und Sanitäranlagen, Hilfen für Sehbeeinträchtigte, visuell und akustisch reizarme Umgebungen)	Ja	26	34	40
	Nein	26	37	37
Unterstützte Kommunikation (z.B. Angebote in einfacher oder leichter Sprache, Verwendung von Bildern, PCs, Videos, Puppen)	Ja	21	26	53
	Nein	7	30	63
Wissen über die Bedarfe von Menschen mit chronischen Erkrankungen, z.B. Depressionen	Ja	29	23	48
	Nein	14	27	58

3.5.3 Positive Versorgungserfahrungen

Die Teilnehmer*innen des qualitativen Teils beschrieben auch viele positive Versorgungserfahrungen. Diese Berichte liefern wichtige Hinweise, wie die bestehende Versorgung verbessert werden kann. Als sehr positiv wurden Peer-Beratungen beschrieben. In Peer-Beratungen fühlten sich trans und nicht-binäre Personen in der Regel sicher vor Diskriminierungen, gingen davon aus, ihre trans/nicht-binär-spezifischen Fragen fachlich beantwortet zu bekommen und fanden es einfacher, diese auch zu thematisieren.

„Ich war einmal [...] in einer gynäkologischen Praxis, die an dem Tag abends für zwei Stunden nur für trans, inter, nicht-binäre Personen freigehalten haben. Wo klar war, im Wartezimmer sitzen auch keine anderen Personen. Das fand ich total gut.“ **Orlando**

Zudem wurden Angebote nach dem Konzept des „TIN Testing Day“ als positiv wahrgenommen. Hierbei handelt es sich um Angebote, die sich an bestimmten Tagen explizit oder exklusiv an trans, inter und nicht-binäre Menschen (TIN) richten. Diese Angebote wurden auch als positiv bewertet, wenn sie nicht als Peer-Angebote konzipiert wurden. Das entstehende Community-Gefühl im Wartezimmer wirkte auf die Teilnehmer*innen vertrauenserweckend.

„Das war durchweg positiv und ganz super. Also auch, dass nachgefragt wird beim STI-Check: ‚Welche Körperteile verwendest du beim Sex?‘ Und nicht davon ausgegangen wird, okay, ich habe diese und jene Körperteile und die benutze ich auch. Es wird gefragt: ‚Welche verwendest du?‘ Dann machen wir einen Test für die auch.“ **Yoli**

„[Die haben] sich im Vorfeld auch relativ viele Gedanken gemacht, wie sie in der Beratung mit trans Personen umgehen, wie sie Genitalien ansprechen; wie sie ihren ganzen Workflow darauf ausrichten, ihre ganzen Papiere, die sie haben, wie sie damit umgehen, wenn Abstriche gemacht werden, von welchen Genitalien oder Körperteilen und wie man das dann gut ausdrückt und so weiter.“ **Vanessa, Expert*inneninterview**

Die Erfahrungen in spezialisierten Checkpoints und Schwerpunktpraxen wurden als sehr positiv beschrieben. Die Teilnehmer*innen berichteten, dass sie eine respektvolle und rücksichtsvolle Behandlung erfuhren und dass oftmals eine Peer-Beratung möglich war. Positiv hervorgehoben wurde außerdem die Möglichkeit, Abstriche mit der passenden Anleitung selbst im Bad vornehmen zu können, anstatt von medizinischem Personal an intimen Stellen angefasst zu werden. Außerdem erlebten sie es als positiv, wenn Berater*innen im Beratungsgespräch vor Abstrichen genau besprachen, wann welche Probe zu welchem Zweck entnommen würde und Berater*innen keine normativen Vorannahmen bezüglich der Sexualpraktiken ihrer Klient*innen trafen, sondern bei Bedarf konkret nachfragten, welche Körperteile beim Sex benutzt werden. Zudem wertschätzten die Teilnehmer*innen die Verwendung von genderneutraler Sprache, bis die gewünschten Begriffe für bestimmte Körperteile und Genitalien von

den Berater*innen im Gespräch erfragt und daraufhin genutzt wurden. Diese Aspekte sollten in der Beratung berücksichtigt werden.

3.5.4 Weitere Bedarfe aus Sicht der Teilnehmer*innen

„[Angebote sollten] unbedingt rassismustfrei [sein];
BIPoC-inklusiv, Personal auch inklusive BIPoC + trans*, inter*.“
Ahmet

Jenseits der bereits beschriebenen Bedarfe formulierten die Teilnehmer*innen des qualitativen Teils den Anspruch eines fundamentalen Wandels im Versorgungssystem mit einer systematischen Inklusion von trans und nicht-binären Thematiken in allen relevanten Gesellschafts- und Versorgungsbereichen, um eine adäquate Versorgung zu gewährleisten. Sie wünschten sich flächendeckende Weiterbildungen zu Trans/Nicht-Binarität für alle Menschen, die im Bereich der sexuellen Gesundheit arbeiten. Weiterhin äußerten sie den Wunsch, dass diese Themen in die Lehr- und Studienpläne medizinischer Berufe aufgenommen werden. Sie forderten außerdem mehr Inklusion und intersektionale Ansätze in den Angeboten sexueller Gesundheit zu verankern und spezifische Angebote auch für trans und nicht-binäre Geflüchtete, Menschen ohne Krankenversicherung sowie nicht-angemeldete Sexarbeiter*innen umzusetzen und auszubauen.

„Schule: sex ed – schlecht, weil: kein Konsens & nur cis het[ero] Sex angesprochen.“ **Jonah**

Die Teilnehmer*innen bemängelten auch, dass die Sexualpädagogik, die sie in der Schule erfahren hatten, weder trans und nicht-binäre Lebensentwürfe mit einschloss noch ein Safer Sex-Verständnis vermittelte, das hilfreich für sie gewesen wäre. Sie vermissten Botschaften zu Konsens und Kommunikation, die Vermittlung von Verhandlungskompetenz, die Thematisierung von alternativen Beziehungskonzepten sowie Informationen zu Sexualität jenseits von Penetration und zu Safer Sex-Praktiken, die über den Gebrauch von Kondomen hinausgehen. Zudem vermissten die Teilnehmer*innen Informationen zum Umgang mit sexualisierter Gewalt.

„Aber [um] meine Sexualität, meine Romantik, meinen Körper kennen zu lernen, dafür brauch ich Erfahrungsberichte. Dafür braucht es Räume, wo Leute darüber reden. [...] Das ist das, was mich weiterbringt.“ **hval**

Die Teilnehmer*innen wünschten sich Angebote mit Peer-Austausch und Kompetenzvermittlung zu Empowerment, Umgang mit trans/nicht-binär-spezifischen Vulnerabilitäten und gelebter Sexualität jenseits von cis- und heterosexuellen Normen. Darüber hinaus wünschten sich die Teilnehmer*innen Angebote zu Tantra, BDSM, Sexualberatung für trans/cis Paare sowie Angebote zu den Themen Elternschaft, Schwangerschaft und Familienplanung für trans/nicht-binäre Menschen. Sie kritisierten, dass auf sie zugeschnittene, hilfreiche Angebote bislang fast ausschließlich in selbstorganisierten Community-Räumen außerhalb der Regelversorgung bestünden und damit Community-Angebote Versorgungslücken füllten. Daraus lässt sich einerseits ein Bedarf nach finanzieller Förderung von Community-Angeboten ableiten und andererseits die Notwendigkeit des Ausbaus von bedarfsgerechten Regelversorgungsstrukturen.

„Aber es reicht ja nicht, in diesem [Transitions-]System vereinfachte Anträge zu haben, sondern es muss prinzipiell das Verständnis geändert sein. Von wegen so, hey, wir müssen nichts beweisen, sondern wir können halt selber bestimmen. Das Fundament muss anders sein.“ **Baran**

Abschließend formulierten die Teilnehmer*innen noch die grundlegenden Forderungen nach Selbstbestimmung in der medizinischen Trans-Gesundheitsversorgung und nach der Einführung eines Selbstbestimmungsgesetzes zur Vornamens- und Personenstandsänderung für trans und nicht-binäre Personen.



4 EMPFEHLUNGEN

Die aus den Ergebnissen abgeleiteten Empfehlungen haben wir zur besseren Übersichtlichkeit sortiert und Themenfeldern zugeordnet. Wir beginnen in der nachfolgenden Darstellung mit den Empfehlungen für die Beratung zur sexuellen Gesundheit und HIV/STI. Anschließend präsentieren wir die Empfehlungen zur Entwicklung von Aidshilfen und Beratungsstellen (freie Träger, Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und andere). Weiterhin haben wir Empfehlungen zur Entwicklung des Gesundheitssystems formuliert und abschließend stellen wir die Empfehlungen zur Entwicklung und Förderung von trans und nicht-binären Communitys sowie anderer Fachbereiche und der Gesamtgesellschaft vor.

Empfehlungen für die Beratung zur sexuellen Gesundheit und zu HIV/STI

1. Auf trans und nicht-binäre Menschen zugeschnittene Informationen zu HIV/STI sollen bekannt sein (z.B. zur zeitgleichen Einnahme von Hormonen und PrEP) und entsprechende Fortbildungen genutzt werden (siehe Empfehlung 7).
2. Eine wertschätzende Haltung soll die Beratung prägen.
 - 2.1 Beratende sollen die geschlechtliche Identität und die sexuelle bzw. romantische Orientierung, inkl. Asexualität, nicht in Frage stellen und offen für verschiedene Lebenswelten sein.
 - 2.2 Die Beratung soll durch eine sex-positive Einstellung geprägt sein und Informationen zu Partner*innen, Freund*innen, Erlebnissen aus den Communitys und das Nachgehen oder die Inanspruchnahme von Sexarbeit nicht bewertet werden.
 - 2.3 Beratende sollen von der geschlechtlichen Identität nicht auf das Vorhandensein bestimmter Genitalien, auf eine bestimmte körperliche Verfasstheit oder auf das sexuelle Verhalten schließen. Andersherum soll nicht von der körperlichen Verfasstheit auf die geschlechtliche Identität geschlossen werden.
 - 2.4 Auf individuell unterschiedliche sexuelle Risiken und Lebenssituationen soll eingegangen werden (z.B. Stigmatisierung und Diskriminierung durch cis-geschlechtliche Sex-/Partner*innen).

2.5 Auf individuelle HIV/STI-Beratungs- und Testbedürfnisse von trans und nicht-binären Menschen soll eingegangen werden. Es soll nachvollziehbar dargestellt werden, warum welche Tests und Abstriche angeboten werden, z.B. welche Tests für welche Schleimhäute geeignet sind.

2.6 Eine Terminvereinbarung soll persönlich, telefonisch und auch online möglich sein.

2.7 Nutzer*innen soll nach Möglichkeit angeboten werden, Abstriche selbst durchzuführen.

3. Eine respektvolle und anerkennende Sprache soll verwendet werden.

3.1 Bei der Anmeldung für einen Termin soll der selbstgewählte Name, das Pronomen und die geschlechtliche Identität angebbbar sein.

3.2 Der selbstgewählte Name, die geschlechtliche Identität und das Pronomen (inkl. nicht-binäre Pronomen wie "xier" oder keine Verwendung von Pronomen) sollen den Anmeldedaten entnommen oder beim Erstkontakt erfragt und im Gespräch verwendet werden.

3.3 Im Gespräch soll nach Bedarf erfragt werden, welche Begriffe für Körperteile und Genitalien verwendet werden sollen und diese sollen Beratende im weiteren Gespräch nutzen.

3.4 Auf Formularen, Webseiten, Flyern und in der Bewerbung von Angeboten soll eine inklusive Sprache verwendet werden, welche geschlechtliche Vielfalt anerkennt.

4. Beratungsangebote sollen die Vielfalt innerhalb der trans und nicht-binären Communitys anerkennen und basierend darauf Angebote auch spezifisch ausrichten.

4.1 Trans und nicht-binäre Personen sollen von trans und nicht-binären Personen beraten werden können (Peer-Beratung). Wenn dies vor Ort nicht möglich ist, aber von der*dem Nutzer*in gewünscht, soll eine Möglichkeit der Online-Beratung durch eine andere Organisation vermittelt werden können.

4.2 Peer-Beratung soll auch durch Menschen erfolgen, die nicht nur trans und/oder nicht-binär sind, sondern gleichzeitig weiteren Gruppen angehören, die von Diskriminierung betroffen sind.

4.3 Nach Möglichkeit sollen trans und/oder nicht-binäre Black, Indigenous, People of Color (BIPoC) in der Beratung tätig sein. Ist dies nicht möglich, soll auf Rassismen geschultes und sensibilisiertes Personal tätig sein.

4.4 Alle Beratenden sollen antirassistisch geschult und sensibilisiert sein.

4.5 Das Beratungsangebot soll in verschiedenen Sprachen angeboten oder für trans und nicht-binäre Menschen diskriminierungssensible Übersetzungen organisiert werden.

4.6 Beratende sollen die Religionszugehörigkeit ihrer trans und nicht-binären Klient*innen akzeptieren. Dies bedeutet z.B. bei möglichen Konflikten aufgrund der Zugehörigkeit zu trans und nicht-binären und zu religiösen Communitys und/

oder bei inneren Wertekonflikten in der Beratung Raum zu geben und unterstützend zu begleiten.

4.7 Es soll unterstützte Kommunikation in einfacher oder leichter Sprache angeboten und Bilder, Videos und Puppen herangezogen werden können, die spezifisch auf trans und nicht-binäre Menschen ausgerichtet sind.

4.8 Für ältere trans und nicht-binäre Ratsuchende sollen Angebote zur sexuellen Bildung zur Verfügung stehen und Beratende sollen einen akzeptierenden und positiven Umgang mit den sexuellen Bedürfnissen von Menschen unabhängig von deren Alter aufweisen.

4.9 Bei der Bewerbung von Beratungs- und Testangeboten soll die Diversität der trans und nicht-binären Communitys berücksichtigt und abgebildet werden.

5. Beratende sollen dafür sensibilisiert sein, dass trans und nicht-binäre Menschen medizinische Einrichtungen und Settings stark negativ wahrnehmen können, da sie mit medizinischem Personal und entsprechenden Einrichtungen oftmals negative Erfahrungen machen und Diskriminierungen erleben.

Empfehlungen zur Entwicklung von Aidshilfen & Beratungsstellen (freie Träger, ÖGD und Andere)

6. **Umfängliche und gut recherchierte Materialien zur sexuellen Gesundheit von trans und nicht-binären Menschen sollen erarbeitet werden. Diese sollen sich auf die HIV/STI-Prävention von trans und nicht-binären Menschen fokussieren. Weiterhin soll ein erweitertes Verständnis sexueller Gesundheit vermittelt werden, welches psychosoziale Dimensionen (vgl. Kapitel 3.2.4) berücksichtigt. Die Materialien sollen sich vor allem richten an:**
 - I. **Fachpersonal in Beratungsstellen,**
 - II. **trans und nicht-binäre Menschen,**
 - III. **Sexpartner*innen von trans und nicht-binären Menschen.**
7. **Das Personal von Beratungs- und Testeinrichtungen soll trans- und nicht-binär-spezifische Kenntnisse erlangen durch flächendeckende Grundlagenschulungen zu trans und nicht-binären Identitäten, wertschätzender Sprache und Haltung sowie deren Bedarfen zur sexuellen Gesundheit.**
8. **Wo möglich, sollen Einrichtungen jene Fortbildungen, Auseinandersetzungen sowie andere ergriffene Maßnahmen in der Bewerbung ihrer Angebote transparent machen, welche die Inklusion von trans und nicht-binären Menschen fördern sollen.**

9. Es sollen bundesweit Test- und Beratungsangebote (z.B. Checkpoints) in Großstädten geschaffen werden, welche auf trans und nicht-binäre Menschen spezialisiert sind. Diese sollen vorzugsweise als Peer-to-Peer-Angebote konzipiert werden.
10. Testmöglichkeiten exklusiv für trans und nicht-binäre Menschen (Testing Days) sollen eingerichtet werden – insbesondere in kleineren Städten und ländlichen Gegenden, die nicht regulär über ein Angebot für trans und nicht-binäre Personen verfügen (z.B. in Aidshilfen, bei niedergelassenen Ärzt*innen und bei Gesundheitsämtern).
11. Kostenfreie HIV/STI-Testmöglichkeiten sollen ausgebaut und flächendeckend verfügbar werden. Insbesondere sollen kostenfreie Home-Sampling-Testkits für trans und nicht-binäre Menschen verfügbar gemacht werden.
12. Orte, an denen Sexualität stattfindet (z.B. Darkroom, Saunen etc.) sollen mit „diverseren“ Safer Sex-Utensilien (z.B. Lecktücher, Handschuhe, Handdesinfektion) ausgestattet sein und dazugehöriges Informationsmaterial soll zugänglich sein sowie durch erweiterte Vor-Ort-Arbeit verteilt werden.
13. Aidshilfen und weitere Beratungsstellen sollen barrierearm zugänglich sein. Dies umfasst beispielsweise:
 - I. rollstuhlgerechte Räume und Sanitäranlagen,
 - II. Hilfen für sehbeeinträchtigte Menschen,
 - III. Visuell und akustisch reizarme Umgebungen.

14. Aidshilfen und weitere Beratungsstellen sollen über All-Gender-Räumlichkeiten verfügen (Unisex-Toiletten, bestenfalls Einzeltoiletten).
15. Es sollen Angebote zu sexueller Gesundheit für trans und nicht-binäre Geflüchtete sowie Menschen ohne Krankenversicherung ausgebaut werden.
16. Um das Aidshilfesystem und Beratungsstellen (freie Träger, ÖGD und Andere) umfassend für trans und nicht-binäre Lebenswelten zu sensibilisieren, soll jeweils eine interne Fachstelle Trans/Nicht-Binarität eingerichtet werden (z.B. im Bundesverband Deutsche Aidshilfe (DAH) eine Fachstelle für das Aidshilfesystem). Sie soll der Verbreitung von Informationen dienen und Anlaufstelle für Informationssuchende und andere Fachstellen sein. Die Fachstelle soll zwingend mit trans und nicht-binären Menschen besetzt sein.
17. Es soll ein Qualitätssiegel für trans- und nicht-binär-inklusive Einrichtungen der sexuellen Gesundheit entwickelt werden, damit trans und nicht-binären Menschen die Suche nach sensibilisierten Angeboten erleichtert wird.

Empfehlungen zur Entwicklung des Gesundheitssystems

- 18. Bei der Erstellung/Überarbeitung von medizinischen Leitlinien zu Trans-Gesundheit (AWMF-Leitlinien) sollen somatische und psychosoziale Aspekte von sexueller Gesundheit berücksichtigt werden.**
 - I. Empfehlungen zur somatischen Behandlung sollen Aspekte der sexuellen Gesundheit (siehe Kapitel 3.5.2) mit abdecken, wie z.B. die Behandlung von Vaginalinfektionen bei trans Frauen und trans Männern, postoperative Pflege nach genitalangleichenden Operationen sowie Informationen zu PrEP bei trans und nicht-binären Personen.
 - II. Die Leitlinien sollen partizipativ und evidenzbasiert (S3-Niveau) erarbeitet und community-nahe Expert*innen zu sexueller Gesundheit bei der Erstellung mit einbezogen werden.
 - III. Das Selbstbestimmungsrecht der Behandlungssuchenden soll gestärkt werden ("Informed Consent"-Modell als Grundlage).
 - IV. Nicht-binäre Transitionen sollen stärker Berücksichtigung finden (siehe Kapitel 3.1.3).
- 19. Ein diskriminierungsfreier Zugang zu transitionsbezogenen Gesundheitsleistungen soll sichergestellt werden. Hierfür sollen:**
 - I. bürokratische Hürden bei der Beantragung von Leistungen bei den Krankenkassen abgebaut werden,

- II. die Begutachtungsanleitung „Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus“ des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) unter Berücksichtigung des aktuellen wissenschaftlichen Stands (ICD-11, aktuelle AWMF-Leitlinie) überarbeitet werden,
- III. die Kosten geschlechtsangleichender Behandlungen vollständig von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden gemäß dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse, wie im Aktionsplan „Queer Leben“ der Bundesregierung festgelegt (siehe Kapitel 3.1.3).

20. Grundlagenwissen zu trans und nicht-binären Körpern sowie zur sexuellen Gesundheit soll bei allen Fachkräften im Gesundheitssystem vorliegen. Dafür sollen:

- I. Grundlagen in die Curricula von Studiengängen und Ausbildungsberufen (z.B. Humanmedizin, Psychologie, pflegerische Berufe) aufgenommen werden,
- II. Grundlagen in Psychotherapie-Weiterbildungen vermittelt werden,
- III. Weiterbildungen für medizinisches Personal ausgebaut werden,
- IV. Weiterbildungen für Personal im ÖGD flächendeckend angeboten werden.

21. Grundlagenwissen zu den Lebensrealitäten von vulnerablen Personengruppen (z.B. LSBTI-Personen, BIPOC, Menschen, die

behindert werden) und zu Aspekten von Mehrfachmarginalisierung soll bei allen Fachkräften im Gesundheitssektor vorliegen. Es soll ein Verständnis der vielfältigen Lebensrealitäten von trans und nicht-binären Personen in der Verwobenheit mit anderen Diskriminierungserfahrungen vorhanden sein (siehe Empfehlung 4).

22. Medizinische Forschung soll die existierende geschlechtliche Diversität konsequent mitdenken. Anstatt pauschal in „weiblich“ und „männlich“ zu unterteilen, soll geschlechtliche Diversität schon in Studienkonzeptionen mitberücksichtigt und in Publikationen präzise benannt werden, was genau beforscht wurde und für welche Personengruppen Ergebnisse konkret gelten (z.B. „Endometriose bei cis Frauen, nicht-binären Personen und trans Männern“). Wenn solche Differenzierungen nicht möglich sind, soll dies als Limitation benannt werden.
23. Weiterführende Forschung im Bereich sexueller Gesundheit zur medizinischen Versorgung und den körperlichen Bedarfen von trans und nicht-binären Menschen soll durchgeführt werden. Beispielhafte Bereiche, die in dieser Studie identifiziert wurden sind:
 - I. Die Anwendung/Wirkung von PrEP unter Hormontherapie,
 - II. Testosterontherapie und Schwangerschaftsrisiko.
24. Die gesetzliche Grundlage zur Erfassung meldepflichtiger Infektionen wie HIV soll überarbeitet werden, um auch trans und nicht-binäre Personen als vulnerable Zielgruppe zu erfassen.

Empfehlungen zur Entwicklung und Förderung von trans und nicht-binären Communitys, anderer Fachbereiche und der Gesamtgesellschaft

Community-Strukturen

25. Die Selbstorganisation von trans und nicht-binären Communitys soll mit Hinblick auf sexuelle Gesundheit weiter gestärkt werden. Hierfür sollen:

- I. allgemein Förderstrukturen gestärkt werden,
- II. explizit Angebote zu ganzheitlicher sexueller Gesundheit von und für trans und nicht-binäre Menschen gefördert werden (z.B. mit Fokus auf Wissen um HIV/STI, Körperarbeit, sexuelle Selbsterfahrung, Empowerment sowie sexuelle Verhandlungskompetenz).

Sexualpädagogik

26. Sexualpädagogische Lehrpläne für Schulen sollen bei Überarbeitung derart gestaltet werden, dass

- I. ein ganzheitliches Verständnis von sexueller Gesundheit gelehrt wird, welches auch psychosoziale Aspekte wie Konsens und Kommunikation, sexuelle Verhandlungskompetenz sowie
- II. Grundlagen zu trans und nicht-binären Lebenswelten mit einschließt.

27. Grundlagen der sexuellen Bildung wie Körperpositivität sowie die Einbeziehung von Themen zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt sollen in sexualpädagogische Konzepte für alle Altersgruppen integriert werden.
28. Es sollen sexualpädagogische Projekte spezifisch für trans und nicht-binäre junge Menschen gefördert werden.
29. Die Zugänglichkeit von Wissen rund um HIV/STI und sexuelle Gesundheit soll verbessert werden, indem dieses insbesondere für trans und nicht-binäre junge Menschen besser und leichter zugänglich online aufbereitet wird.

Weitere Fachlandschaft

30. Grundlagenwissen zu trans und nicht-binären Identitäten, Lebenswelten und sexueller Gesundheit soll bei allen Fachkräften psychosozialer Felder vorliegen. Hierfür empfehlen wir Grundlagenschulungen für Angestellte von
 - I. Anti-Gewalt-Beratungsstellen,
 - II. Familienberatungsstellen,
 - III. Sexarbeitsberatungsstellen bei freien Trägern und Gesundheitsämtern (nach §19 IfSG und §10 ProstSchG)
 - IV. sowie in weiteren Bereichen, in denen mit trans und nicht-binären Menschen gearbeitet wird.

Gesamtgesellschaft

- 31. Trans und nicht-binäre Personen sollen als vulnerable Zielgruppe bezüglich sexueller Gesundheit anerkannt werden.**
- 32. Gesamtgesellschaftlich soll die Enttabuisierung und Entstigmatisierung von Sexualität und sexuell übertragbaren Infektionen gefördert werden.**
- 33. Um die in dieser Studie herausgearbeiteten Versorgungslücken zu beseitigen, sind zum einen Community-Angebote und Selbstorganisation mit ausreichender finanzieller Förderung notwendig. Zum anderen sollen auch bedarfsgerechte Angebote von staatlichen Institutionen bereitgestellt werden.**

