



FORSCHUNGSBERICHT ZUM PROJEKT

Sexuelle Gesundheit und HIV/STI in trans und nicht-binären Communitys

Danksagung

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 Community-basierte und partizipative Forschungsprojekt nicht umgesetzt werden können.

Wir möchten den ausgeschiedenen Projektmitarbeiter*innen der DAH, Alexander Hahne und Ewwe Meron Barf für ihren Einsatz bei der Konzeption und Gestaltung des qualitativen Studienteils danken. Zudem möchten wir uns bei Silke Klumb für die unermüdliche Unterstützung als Teamleitung des qualitativen Teilprojekts, Younes Asam für die hartnäckige Unterstützung bei der Literaturrecherche und Uwe Diehl für die engelsgleiche Geduld bei der Buchhaltung bedanken. Herzlichen Dank auch allen anderen DAH-Kolleg*innen, die das Projekt tatkräftig unterstützt haben.

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, Manuel Garcia, Né Fink, Silvia Rentzsch, Mine Wenzel, Max Nicolai Appenroth, Teo Schlögl, Richard Lemke, Christoph Schuler und Binod Mahanty. Zudem möchten wir uns bei Mine Wenzel für den Workshop zu Transmisogynie bedanken.

Großen Dank gilt auch allen Mitgliedern der Study Group, 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, 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, Yäßikka/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).

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

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. Weiterhin danken wir herzlich unseren RKI-Kolleg*innen Viviane Bremer, Kerstin Dehmel, Alexandra Hofmann und Nico Neumann sowie der Pressestelle und dem Social-Media-Team, die uns in der Projektdurchführung tatkräftig unterstützt haben.

Das Projekt wurde gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) auf Grundlage eines Beschlusses des Deutschen Bundestages. Ohne die finanzielle Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit wäre die Umsetzung dieses Projektes nicht möglich gewesen und wir bedanken uns für die kompetente Begleitung des Projekts.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	2
Zusammenfassung	5
Tabellenverzeichnis	6
Abbildungsverzeichnis	7
Infoboxverzeichnis	8
1 Einleitung	9
2 Forschungsstand	12
3 Methoden	19
3.1 Qualitative Teilstudie	19
3.1.1 Datenerhebung	19
3.1.2 Datenauswertung	23
3.2 Quantitative Teilstudie	24
3.2.1 Fragebogenentwicklung	24
3.2.2 Übersetzungen des Fragebogens	26
3.2.3 Datenschutz und Ethikvotum	26
3.2.4 Studienpopulation, Bewerbung der Studie und Feldphase	26
3.2.5 Datenbereinigung	27
3.2.6 Auswertung	27
3.3 Partizipativer Forschungsansatz	28
4 Ergebnisse	29
4.1 Beschreibung der Communitys	29
4.1.1 Geschlechtliche Identitäten	29
4.1.2 Soziodemographische Angaben	32
4.1.3 Transitionsprozesse	36
4.1.4 Berichtete Erfahrungen von Diskriminierung und Benachteiligung	44
4.2 Sexuelle Gesundheit	50
4.2.1 Körper und Sprache	50
4.2.2 Gelebte Sexualität und sexuelle Zufriedenheit	55
4.2.3 Selbstbestimmung und (un-)sichere Rahmenbedingungen	59
4.3 Prävalenzen von und Schutz vor HIV/STI Infektionen	67
4.3.1 Prävalenzen	67
4.3.2 Wissen	70
4.3.3 Schutzstrategien	76
4.4 Psychosoziale Einflussfaktoren	81
4.4.1 Psychische Gesundheit	81

4.4.2	Transitionsprozesse	86
4.4.3	Empowermentfaktoren	93
4.4.4	Belastungsfaktoren.....	104
4.5	Beratung, Testung und Versorgung.....	115
4.5.1	Verfügbarkeit und Barrieren der Inanspruchnahme.....	115
4.5.2	Nutzung von und Erfahrungen mit Beratungsangeboten	118
4.5.3	Bedarfe aus Sicht der Teilnehmer*innen.....	138
5	Diskussion.....	143
5.1	Qualitativer Teil	143
5.1.1	Diskussion der Ergebnisse gegen den Forschungsstand.....	143
5.1.2	Diskussion Minoritätenstress.....	145
5.1.3	Diskussion – Queranalyse Gruppenwochenenden	149
5.1.4	Limitationen des qualitativen Studienteils	151
5.2	Quantitativer Teil	152
5.2.1	Qualität und Aussagekraft der Daten.....	152
5.2.2	Sexuelle Gesundheit und HIV/STI-Prävalenzen.....	153
5.2.3	Einflussfaktoren	154
5.2.4	Beratung zur sexuellen Gesundheit und HIV/STI	156
6	Empfehlungen.....	157
Empfehlungen für die Beratung zur sexuellen Gesundheit und zu HIV/STI	157	
Empfehlungen zur Entwicklung von Aidshilfen & Beratungsstellen (freie Träger, ÖGD & Andere).....	158	
Empfehlungen zur Entwicklung des Gesundheitssystems.....	160	
Empfehlungen zur Entwicklung und Förderung von trans und nicht-binären Communitys, anderer Fachbereiche und Gesamtgesellschaft	161	
Community-Strukturen.....	161	
Sexualpädagogik	162	
Weitere Fachlandschaft	162	
Gesamtgesellschaft	162	
7	Literaturverzeichnis	163
Impressum	167	

Zusammenfassung

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.

Daher wurde an der Deutschen Aidshilfe (DAH) und am Robert Koch-Institut (RKI) eine partizipative Studie zusammen mit Community-Vertreter*innen geplant und durchgeführt, die vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wurde. Im Rahmen der Studie wurden Fragestellungen zur sexuellen Gesundheit mit qualitativen und quantitativen Methoden untersucht und erstmals Daten dazu erhoben und ausgewertet. Die Studie wurde von Oktober 2020 bis April 2023 durchgeführt

Im Rahmen des qualitativen Studienteils, der an der DAH durchgeführt wurde, wurden mit Fokusgruppen und Interviews Daten zur Sprache bezüglich Sexualität und Körper, zu Belastungsfaktoren auf die sexuelle Gesundheit, zu unterstützenden Aspekten für ein positives Selbstbild sowie zu Hindernissen in der Inanspruchnahme von Testangeboten erhoben. Insgesamt nahmen 59 Personen teil. Es zeigte sich, dass es keinen Community-Konsens bezüglich verwendeter Begriffe für vergeschlechtlichte Körperteile gibt, stattdessen möchten trans und/oder nicht-binäre Menschen gefragt werden, welche Begriffe verwendet werden. Wir konnten zudem sowohl Belastungs- als auch Empowermentfaktoren für die sexuelle Gesundheit identifizieren. Während (sexualisierte) Gewalterfahrungen, Minoritätenstress, Geschlechtsdysphorie und internalisierte Transnegativität zu erhöhter Vulnerabilität und verringerter sexueller Verhandlungskompetenz führen, wirken sich Konsens und Kommunikation in der Sexualität sowie Körperaneignung, Selbsterfahrung, Transitionsprozesse, bestärkende Partner*innen und Anschluss an die Communitys bestärkend auf die sexuelle Gesundheit aus. Beratungsangebote, die nicht auf trans und/oder nicht-binäre Menschen spezialisiert waren, wurden von den Teilnehmer*innen des qualitativen Studienteils in der Regel als unzureichend empfunden, da beim Personal sowohl Fachexpertise als auch die Sensibilität fehlte, um adäquat zu versorgen. Die wenigen spezialisierten Angebote, die es bundesweit gibt, wurden gut angenommen und hervorgehoben.

Im Rahmen des quantitativen Studienteils, der am RKI durchgeführt wurde, wurden Informationen erhoben, in welchem Ausmaß Personen aus trans und nicht-binären Communitys von HIV und STIs betroffen sind, welche Faktoren bei Sexualität und sexuellen Risiken eine Rolle spielen und welche Erfahrungen und Bedarfe im Kontext von Sexualität und HIV/STI-Prävention, Beratung und Versorgung bestehen. Insgesamt konnten Angaben von 3.077 Teilnehmer*innen ausgewertet werden, wobei nicht alle Teilnehmer*innen jede Frage beantworteten. Der Anteil der Befragten mit selbst-berichteter HIV-Diagnose lag bei 0,7%, die häufigste erhaltene STI-Diagnose waren Chlamydien (4,5%) und Gonorrhoe (2,7%). Über 30% der Befragten gaben eine hohe Zufriedenheit mit dem Sexualeben an und Einflussfaktoren konnten charakterisiert werden. Während 45,3% der Befragten angaben, in den letzten fünf Jahren einen HIV/STI-Beratungswunsch gehabt zu haben, haben nur 26,5% eine Beratung in Anspruch genommen. Barrieren für die Inanspruchnahme von Beratung wurden identifiziert, z.B. erfahrene oder erwartete Diskriminierung. Von den Befragten, die eine Beratung in Anspruch genommen haben, waren 66,5% mit der letzten Beratung sehr bis eher zufrieden und 15,7% der Befragten eher bis sehr unzufrieden. Der Anteil der zufriedenen Befragten war höher, wenn die Beratung auf trans und nicht-binäre Menschen ausgerichtet war (88,4%) als bei einem allgemeinen Beratungsangebot (62,4%).

Im letzten Abschnitt des Berichts sind Empfehlungen für die Beratung, zur Entwicklung von Aidshilfen und Beratungsstellen, zur Entwicklung des Gesundheitssystems und zur Entwicklung und Förderung von trans und nicht-binären Communitys, anderer Fachbereiche und der Gesamtgesellschaft aufgeführt. Diese wurden aus den gemeinsamen Ergebnissen abgeleitet und zusammen mit Community-Vertreter*innen und Mitgliedern des Projektbeirats diskutiert.

Wir möchten uns bei allen Mitwirkenden und Teilnehmer*innen bedanken und hoffen, dass wir mit dieser Studie zur Verbesserung der sexuellen Gesundheit von trans und nicht-binären Menschen in Deutschland beitragen können.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Überblick Kategoriensystem qualitativer Teil	24
Tabelle 2 Soziodemographische Angaben 1	32
Tabelle 3 Soziodemographische Angaben 2	33
Tabelle 4 Soziodemographische Angaben 3	34
Tabelle 5 Angleichende Maßnahmen im alltäglichen Leben	37
Tabelle 6 Überblick über medizinische Maßnahmen zur Anpassung des Geschlechtsausdrucks	38
Tabelle 7 Rechtliche Anpassungen an die geschlechtliche Identität	41
Tabelle 8 Vornamens- und Personenstandsänderung nach Spektren geschlechtlicher Identitäten	41
Tabelle 9 Hürden auf dem Weg der körperlichen und/oder rechtlichen Transition	44
Tabelle 10 Berichtete Rassismuserfahrungen in verschiedenen Kontexten	46
Tabelle 11 Berichtete mögliche Diskriminierungserfahrungen im täglichen Leben	47
Tabelle 12 Berichtete Benachteiligungen in den Bereichen Bildung, Beruf und Wohnen	48
Tabelle 13 Berichtete Erfahrungen und erlebte Situationen im medizinischen Bereich	49
Tabelle 14 Identität erkannt, respektiert, diskriminiert	54
Tabelle 15 Zufriedenheit mit Körper differenziert nach geschlechtliche Identität wird erkannt, respektiert, diskriminiert	55
Tabelle 16 Sexualeben vorhanden und sich sexuell begehrt fühlen	57
Tabelle 17 Gründe für Sexarbeit (Mehrfachangaben möglich)	59
Tabelle 18 Gestaltungsmacht und Verhandlungskompetenz des Sexlebens	63
Tabelle 19 Mögliche Diskriminierungserfahrungen und erlebte Situationen im sexuellen Kontext	64
Tabelle 20 Berichtete sexuelle Gewalterfahrungen	66
Tabelle 21 Selbstberichtete Prävalenzen von HIV stratifiziert nach den geschlechtlichen Identitäten der Teilnehmer*innen	67
Tabelle 22 Selbst-berichtete Prävalenzen von Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydien stratifiziert nach den geschlechtlichen Identitäten der Teilnehmer*innen	68
Tabelle 23 Wissen zu HIV und STI	73
Tabelle 24 Wissen zu HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) und HIV-Postexpositionsprophylaxe (PEP)	74
Tabelle 25 Wissen zu viralen Hepatitiserkrankungen	75
Tabelle 26: Angewendete Schutzmaßnahmen zum Schutz vor HIV/STI bei Menschen ohne HIV	79
Tabelle 27: Gründe, keine PrEP zu benutzen bei Teilnehmer*innen, die keine HIV-Diagnose haben und nicht PrEP gebrauchen	80
Tabelle 28 Assoziationen von Parametern psychischer Gesundheit mit sexueller Zufriedenheit	83
Tabelle 29 Assoziationen von Parametern psychischer Gesundheit mit eingehen möglicher sexueller Risiken	84
Tabelle 30 Assoziationen von Parametern psychischer Gesundheit mit sexueller Verhandlungskompetenz	85

Tabelle 31 Sexuelles Verhalten während verschiedener Phasen im Verlauf der Transition	92
Tabelle 32 Assoziationen von Empowermentfaktoren mit sexueller Zufriedenheit	102
Tabelle 33 Assoziationen von Empowermentfaktoren mit Eingehen möglicher sexueller Risiken	103
Tabelle 34 Assoziationen von Empowermentfaktoren mit sexueller Verhandlungskompetenz	104
Tabelle 35 Assoziationen von Belastungsfaktoren mit sexueller Zufriedenheit	112
Tabelle 36 Assoziationen von Belastungsfaktoren mit eingehen möglicher sexueller Risiken	113
Tabelle 37 Assoziationen von Belastungsfaktoren mit sexueller Verhandlungskompetenz	114
Tabelle 38 Akzeptanz der geschlechtlichen Identität und sexuellen Orientierung differenziert nach Ausrichtung der letzten Beratung auf trans und nicht-binäre Personen	130
Tabelle 39 Verfügbarkeit von auf trans und nicht-binäre Menschen zugeschnittene Informationen und bedarfsgerechtes Beratungsangebot differenziert nach Ausrichtung der letzten Beratung auf trans und nicht-binäre Personen	131
Tabelle 40 Eingehen auf individuelle Bedarfe und Lebenssituationen differenziert nach Ausrichtung der letzten Beratung auf trans und nicht-binäre Personen	133
Tabelle 41 Berücksichtigung intersektionaler Bedarfe hinsichtlich möglicher Rassismuserfahrungen, Mehrsprachigkeit und Religionszugehörigkeit differenziert nach Ausrichtung der letzten Beratung auf trans und nicht-binäre Personen	134
Tabelle 42 Akzeptierender Umgang mit Sexualität differenziert nach Ausrichtung der letzten Beratung auf trans und nicht-binäre Personen	135
Tabelle 43 Intersektionale Peer-Beratung differenziert nach Ausrichtung der letzten Beratung auf trans und nicht-binäre Personen	136
Tabelle 44 Barrierearme Beratungsangebote und Wissen zu Bedarfen von Menschen mit chronischen Erkrankungen differenziert nach Ausrichtung der letzten Beratung auf trans und nicht-binäre Personen ..	137

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Studienteilnehmer*innen nach Datum	27
Abbildung 2 Geschlechtliche Selbstbezeichnungen aus den Freitextangaben des quantitativen Studienteils	30
Abbildung 3 Spektren der geschlechtlichen Identitäten	31
Abbildung 4 Geschlechtliche Identitäten, qualitatives Teilprojekt	31
Abbildung 5 Sexuelle Orientierungen, qualitatives Teilprojekt	31
Abbildung 6 Verteilung der Teilnehmer*innen auf die Bundesländer	35
Abbildung 7 Überblick über medizinische Maßnahmen zur Anpassung des Geschlechtsausdrucks	38
Abbildung 8 Vorgenommene medizinische Maßnahmen im nach Geschlechterspektren	40
Abbildung 9 Hürden für körperliche und/oder rechtliche Anpassungen in der Vergangenheit und/oder Gegenwart	43
Abbildung 10 Berichtete Erfahrungen hinsichtlich der geschlechtlichen Identität	45
Abbildung 11 Begriffe der Teilnehmer*innen für vergeschlechtlichte Körperteile	53

Abbildung 12 Zufriedenheit mit dem Körper	54
Abbildung 13 Zufriedenheit mit Sexualleben.....	58
Abbildung 14 Angaben zur Harnröhre	69
Abbildung 15 Häufigkeit der Harnwegsinfekte bei kurzer Harnröhre in den letzten zwölf Monaten.....	69
Abbildung 16 Zufriedenheit mit dem eigenen Leben.....	82
Abbildung 17 Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Beratung (Mehrfachnennungen möglich)	118
Abbildung 18 HIV/STI-Beratungswunsch und -inanspruchnahme in den letzten 5 Jahren	125
Abbildung 19 Inanspruchnahme von HIV/STI-Beratung in den letzten fünf Jahren	126
Abbildung 20 Orte der letzten HIV/STI-Beratung	127
Abbildung 21 Zufriedenheit mit Beratung differenziert nach dem zuletzt genutzten Beratungsort.....	128
Abbildung 22 Zufriedenheit mit der letzten Beratung differenziert nach Angebotsausrichtung.....	128
Abbildung 23 Akzeptanz der geschlechtlichen Identität und sexuellen Orientierung in der Beratung	129
Abbildung 24 Verfügbarkeit von auf trans und nicht-binäre Menschen zugeschnittene Informationen und bedarfsgerechtes Beratungsangebot.....	131
Abbildung 25 Eingehen auf individuelle Bedarfe und Lebenssituationen	132
Abbildung 26 Berücksichtigung intersektionaler Bedarfe hinsichtlich möglicher Rassismuserfahrungen, Mehrsprachigkeit und Religionszugehörigkeit	134
Abbildung 27 Akzeptierender Umgang mit Sexualität in der Beratung	135
Abbildung 28 Intersektionale Peer-Beratung.....	136
Abbildung 29 Barrierearme Beratungsangebote und Wissen zu Bedarfen von Menschen mit chronischen Erkrankungen.....	137

Infoboxverzeichnis

Infobox 1 Begrifflichkeiten zu geschlechtlichen Identitäten und Selbstbezeichnungen.....	9
Infobox 2 Intersektionalität	14
Infobox 3 Minoritätenstress.....	15
Infobox 4 Black, Indigenous, People of Color (BIPOC)	21
Infobox 5 Transition	36
Infobox 6 Tucking, Binding, Packing und Epithesen	37
Infobox 7 Regeln des medizinischen Transitionssystems.....	42
Infobox 8 „Vergeschlechtlichte Körperteile“ und Bezeichnungen für Genitalien.....	53
Infobox 9 BDSM	57

1 Einleitung

Die sexuelle Gesundheit ist ein grundlegender Baustein der allgemeinen Gesundheit und wichtig für das Wohlergehen von Personen [1]. Die bisherige internationale Forschungsliteratur und auch Community-Wissen weisen darauf hin, dass trans und nicht-binäre Personen häufiger eine eingeschränkte sexuelle Gesundheit aufweisen, Diskriminierung und Gewalt ausgesetzt sind und einen schlechteren Zugang zu Prävention und Versorgung haben [2, 3]. Zudem haben Personen aus trans und nicht-binären Communitys in vielen Regionen der Welt eine erhöhte Vulnerabilität für HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen (STI) [4, 5]. 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 wichtige Bausteine, um daraus Anforderungen an Prävention und Versorgung ableiten zu können. Die Studie „Sexuelle Gesundheit und HIV/STI in trans und nicht-binären Communitys“ liefert dringend benötigte Evidenz, um die sexuelle Gesundheit von Personen in trans und nicht-binären Communitys in Deutschland zu verbessern.

Infobox 1 Begrifflichkeiten zu geschlechtlichen Identitäten und Selbstbezeichnungen

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.

Die aktuellen Richtlinien des Bundesministeriums für Gesundheit sehen für Forschungsberichte die Verwendung von Sonderzeichen im Rahmen der gendergerechten Sprache nicht vor. Da sich diese Studie jedoch explizit an trans und nicht-binäre Menschen richtet, haben wir uns in diesem Fall für die Verwendung des Sternchens bei Begriffen wie „Teilnehmer*innen“ entschieden, um z.B. auch nicht-binäre Menschen mit dem Begriff einzuschließen.

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 Projekt 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. Es handelt sich um eine explorative Studie, die grundlegende Erkenntnisse liefert und richtungweisend für zukünftige Forschung sein soll.

Das Ziel des qualitativen Projektteils war die Schaffung einer umfassenden Basis von Erkenntnissen zu Sexualität und sexueller Gesundheit von trans und nicht-binären Personen. Hauptzielgrößen dieses Projektteils waren Erkenntnisse zur sexuellen Gesundheit in trans und nicht-binären Communitys in Deutschland mit einem Fokus auf Faktoren, die mit einer erhöhten Vulnerabilität für HIV/STI einher gehen können, aber auch solche Faktoren, die sich bestärkend auf die sexuelle Gesundheit auswirken können. Außerdem galt es, bestehende Barrieren der Inanspruchnahme von HIV/STI-Beratung und Versorgungslücken zu identifizieren. Trans und nicht-binäre Personen sollten über Fokusgruppen, Einzelinterviews und schriftliche Methoden eingeladen werden, über Sexualität und ihr Erleben, ihre Bedarfe und Bedürfnisse zu sprechen und diese im Kontext sexueller Gesundheit und HIV/STI-Prävention zu verorten. Es sollten trans und nicht-binäre Personen erreicht werden, die sich vielfältig und unterschiedlich in ihrer geschlechtlichen Identität positionieren oder von Außenstehenden markiert werden, um möglichst ein detailreiches und differenziertes Wissen über die Lebenswelten von trans und nicht-binären Personen im Kontext von sexueller Gesundheit generieren zu können.

Die Forschungsfragen des qualitativen Teils lauteten:

1. Sexualität und Sprache: Auf welche Weise wird Sexualität und die zugehörige Sprache von trans und nicht-binären Personen und in trans/nicht-binären Communitys ge- und erlebt?
2. Welche Faktoren und Zeiträume begünstigen eine erhöhte Vulnerabilität für HIV/STI und welche weiteren, die Gesundheit beeinflussenden Faktoren (mentale Gesundheit, Gewalterfahrungen, Substanzgebrauch, Sexarbeit) spielen eine Rolle?
3. Welche Faktoren begünstigen ein positives Selbstwertgefühl und fördern Potenziale des Selbstschutzes/Schutzverhaltens?
4. Welche Barrieren bestehen, um Angebote zur sexuellen Gesundheit wahrzunehmen? Welche Versorgungslücken bestehen im Bereich sexuelle Gesundheit für trans und nicht-binäre Personen?

Ziel des quantitativen Studienteils war es, erstmals für Deutschland umfassende und für die Lebensrealitäten von trans und nicht-binären Menschen relevante Daten zur sexuellen Gesundheit und zu HIV/STI zu erheben. Weiterhin sollte die Teilstudie die Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von HIV/STI-Test- und Präventionsangeboten für trans und nicht-binäre Communitys in Deutschland untersuchen. Mittels epidemiologischer Analysen sollte eine evidenzbasierte Grundlage geschaffen werden, auf der Präventions- und Public Health-Empfehlungen für diese Communitys entwickelt werden können.

Unsere Ausgangshypothesen waren, dass: 1) Personen aus trans und nicht-binären Communitys in Deutschland eine hohe Vulnerabilität für sexuelle Gesundheitsrisiken aufweisen und 2) auf trans und nicht-binäre Personen ausgerichtete Beratungs- und Testangebote besser von Community-Mitgliedern angenommen werden.

Die Forschungsfragen des quantitativen Teils lauteten:

1. In welchem Ausmaß sind Personen aus trans und nicht-binären Communitys von HIV und STI betroffen?
2. Welche Faktoren spielen bei Sexualität und sexuellen Risiken eine Rolle?
3. Welche Bedarfe bestehen im Kontext von Sexualität und HIV/STI-Prävention, Beratung und Versorgung?

Die Hauptzielgrößen des quantitativen Teils der Studie waren:

- HIV/STI: selbstberichtete Prävalenzen von HIV und anderen STI, STI-Historie, Häufigkeit von sexuellem Verhalten, das mit höheren Infektionsrisiken assoziiert sein kann;
- Häufigkeit syndemischer Faktoren, welche die sexuelle Gesundheit beeinflussen (z.B. mentale Gesundheit, Gewalterfahrungen, Diskriminierungs- und Ausschlusserfahrungen, Substanzgebrauch, Sexarbeit);
- Prävention: Präventionswissen und -verhalten, Wissen und Inanspruchnahme von Präventions- und Testangeboten für HIV/STI;
- Identifikation von Barrieren für den Zugang zu Präventions- und Testangeboten für HIV/STI (z.B. wahrgenommene Verfügbarkeit von Einrichtungen, welche sich an trans und nicht-binäre Menschen richten, Verfügbarkeit passender Informationen)

Diese Aspekte sollten in dieser Studie untersucht werden, um Faktoren und Maßnahmen zu identifizieren, die bei der Strategieentwicklung zur Verbesserung der HIV/STI-Prävention und medizinischen Versorgung für trans und nicht-binäre Communitys berücksichtigt werden können.

Das gesamte Projekt wurde partizipativ mit Community-Mitgliedern konzipiert und durchgeführt. Begleitet wurde das Projekt von einem Beirat, in dem Community-Mitglieder und wissenschaftliche Akteur*innen vertreten waren. Die Rückmeldungen aus dem Beirat führten zu Anpassungen in der Studienkonzeption, den Forschungsfragen und in der Durchführung.

Aus den gemeinsamen Ergebnissen des qualitativen und des quantitativen Projektteils haben wir Empfehlungen abgeleitet, die wir in einem Workshop mit Mitgliedern des Projektbeirats und weiteren Community-Vertreter*innen diskutiert haben.

Der Forschungsbericht richtet sich an Forschende, Fachkräfte und alle, die sich für die sexuelle Gesundheit von trans und nicht-binären Menschen interessieren oder in diesem Bereich arbeiten. Wir stellen zunächst den Forschungsstand, unser methodisches und partizipatives Vorgehen und unsere Ergebnisse dar. Anschließend diskutieren wir unsere Ergebnisse. Abschließend formulieren wir auf der Grundlage unserer Ergebnisse Empfehlungen zur Verbesserung der sexuellen Gesundheit von trans und nicht-binären Menschen.

2 Forschungsstand

Zur sexuellen Gesundheit und HIV/STI in trans und nicht-binären Communitys ist bisher wenig bekannt. Auch ist unklar, wie viele Personen in Deutschland leben, die sich im trans und/oder nicht-binären Spektrum verorten [6]. In einer internationalen Metaanalyse wurde der Anteil von trans und nicht-binären Menschen auf 4,6 von 100.000 Personen beziffert [7]. Vergleicht man jedoch Studien, die Daten in klinischen Settings erheben mit bevölkerungsbasierten Surveys ergibt sich in bevölkerungsbasierten Erhebungen ein 10 bis 100fach so hoher Wert (0,3 – 1,5% der Bevölkerung) [8]. Für Deutschland liegen Daten aus der Studie GEDA 2019/2020-EHIS des Robert Koch-Instituts vor. Hier wurden von 23.001 Befragten 113 Personen als transgeschlechtlich und 29 Personen als genderdivers eingeordnet und 33 Befragte als Personen mit fehlenden Angaben gezählt [9].

Bezüglich sexueller Orientierung von trans und nicht-binären Personen fanden Kuper et al [10] in einer amerikanischen Online-Studie mit 292 transgener Befragten, dass queere Selbstbezeichnungen vorherrschen, wenn die Daten außerhalb klinischer Setting erhoben werden. Die häufigsten Angaben zur sexuellen Orientierung lauteten „pansexuell“ und „queer“, wobei „heterosexuell“ mit 14% nur die fünfthäufigste Angabe war.

Personen aus trans Communitys wurden in verschiedenen Studien als vulnerable Gruppe in Bezug auf HIV identifiziert. In der US-Transgender-Umfrage gaben 1,4% der 27.715 Befragten an, mit HIV zu leben, im Vergleich zu 0,3% der US-Gesamtbevölkerung [3]. In einem systematischen Review wird die HIV-Prävalenz bei trans Frauen auf 14,1% (95% KI: 8,7 - 22,2) und bei trans Männern auf 3,2% (95% KI 1,4 - 7,1) geschätzt [11]. Ein weiteres systematisches Review und Meta-Analyse von 2021 beziffert die standardisierte HIV-Gesamtprävalenz weltweit, basierend auf der Gewichtung der einzelnen Länder nach Jahren auf 19,9% (95% KI 14,7% - 25,1%) für transweibliche Personen (n = 48.604) und 2,56% (95% KI 0,0% - 5,9%) für transmännliche Personen (n = 6.460) [4]. Die Prävalenz variierte je nach geografischer Region (13,5% - 29,9%) und Stichprobenmethode (5,4% - 37,8%) [4]. Ein systematisches Review, welches Studien aus elf Ländern einschloss, gab eine HIV-Prävalenz von 0% bis 49,6% von trans Frauen and 0% bis 8,3% von trans Männern an [12]. Ein weiteres systematisches Review und Meta-Analyse gab dem gegenüber eine gepoolte Prävalenz von HIV von 7,4% (KI 4,1 - 13,2) weltweit für trans Frauen an [13]. Insgesamt schwankten die in der Forschungsliteratur geschätzten Prävalenzen stark. In den Studien wird jedoch konsistent eine höhere Vulnerabilität von trans Frauen gegenüber trans Männern berichtet. Die HIV-Prävalenzen von trans Frauen werden häufig zusammen mit cis Männern, die Sex mit Männern haben, erhoben und berichtet. Daten zu trans Männern und nicht-binären Personen liegen seltener vor [14, 15]. Die Übertragbarkeit der berichteten Prävalenzen auf die Situation in Deutschland ist unklar, da die Studiensettings und Länderkontexte sehr heterogen sind. Für Deutschland liegen bisher keine belastbaren Zahlen zur HIV-Prävalenz bei trans und nicht-binären Menschen vor.

Hinsichtlich anderer sexuell und durch Blut übertragbarer Infektionen sind Prävalenzdaten zu Personen aus trans, jedoch kaum zu nicht-binären Communitys berichtet worden. Ein systematisches Review auf der Basis von Studien aus elf Ländern gab die Prävalenzen für Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydien jeweils von 1,4% bis 50,4%, 2,1% bis 19,1%, und 2,7% bis 24,7% in trans Frauen und von 0% bis 4,2%, 0% bis 10,5%, und 1,2% bis 11,1% für trans Männer an [12]. Die gepoolte Prävalenz für eine Hepatitis C und Hepatitis B Infektion in trans Communitys weltweit wurde in einem systematischen Review und Meta-Analyse zwischen 9% (95% KI 3 - 15%) bzw. 11% (95% KI 2 - 20%) angegeben [16]. Die entsprechenden Prävalenzen für trans Frauen wurden auf 5% (95% KI 1 - 9%) bzw. 6% (95% KI 3 - 10%) geschätzt. Für Deutschland liegen bisher keine Daten zu diesen STI in trans und nicht-binären Communitys vor.

In der internationalen Forschungsliteratur wurden trans Frauen und trans Männer als vulnerable Gruppen hinsichtlich HIV und STI beschrieben [17, 18]. Zu nicht-binären Personen liegen kaum Daten vor. Erhöhte Infektionsrisiken für HIV und STI können sich in verschiedenen Situationen manifestieren. Ein potenzieller Risikofaktor für HIV und STI besteht in einer reduzierten Verhandlungskompetenz bzgl. Safer Sex, wo

Personen bestimmte Safer Sex-Strategien, wie z.B. Kondomgebrauch, im Rahmen der sexuellen Handlungen nicht durchsetzen können [19]. Die Gründe dafür können vielfältig sein und beeinflusst sein von den Machtdynamiken zwischen den Partner*innen. Darüber hinaus wurde beschrieben, dass Personen im Rahmen sexueller Kontakte eine Bestätigung der eigenen geschlechtlichen Identität erfahren können und aufgrund dieses Bedürfnisses im Gegenzug darauf verzichten, eigene Safer Sex-Bedürfnisse durchzusetzen [20]. Weiterhin wurde gezeigt, dass geschlechtsbezogene Diskriminierungserfahrungen und die Angst vor der Zurückweisung von Sexualpartner*innen mit dem Eingehen von sexuellen Handlungen assoziiert sein können, die mit einem erhöhten HIV/STI-Risiko verbunden sind [19].

Personen mit Substanzgebrauch können ebenfalls ein erhöhtes Risiko für bestimmte Infektionen haben [21]. Dies kann zum einen Infektionen betreffen, die über nicht-sterile Nadeln übertragen werden. Zum anderen kann auch im Rahmen von sexualisiertem Substanzkonsum das Ergreifen von Safer Sex-Maßnahmen reduziert sein [22]. Im Rahmen einer früheren Studie konnte gezeigt werden, dass trans Personen eine vulnerable Gruppe bzgl. Substanzkonsum sind [23].

Darüber hinaus gibt es auch physische trans/nicht-binär-spezifische Aspekte sexueller Gesundheit. So können Transitionsmaßnahmen wie Hormontherapie Nebenwirkungen haben, z.B. wenn nach längerer Hormontherapie Vaginalschleimhäute atrophieren und diese damit anfälliger für Infektionen werden [24].

Aufgrund von erfahrener Zurückweisung im sozialen Umfeld und daraus resultierender möglicher prekärer Lebensverhältnisse wurde berichtet, dass einige Personen dadurch auf Sexarbeit angewiesen sein können [19]. Wenn Sexarbeit unter prekären Verhältnissen stattfindet, kann dies dazu führen, dass die Verhandlungsmacht der Sexarbeiter*in aufgrund der ungleichen Machtverhältnisse eingeschränkt ist und bestimmte Safer Sex-Maßnahmen nicht durchgesetzt werden können.

Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen können die Vulnerabilität für Personen erhöhen, da die Verhandlungsmöglichkeiten für Safer Sex und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen eingeschränkt sein können. Die Studien des Referenz- und Exzellenzzentrum zur Förderung und zum Schutz der Menschenrechte in der EU zeigen auf, dass trans Menschen häufig von Diskriminierungen im Allgemeinen und in der Gesundheitsversorgung im Besonderen betroffen sind [25, 26]. So beschreiben rund ein Fünftel der Befragten diskriminierende Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung. Mit Blick auf die medizinische Versorgung beschreiben auch Gùldenring und Sauer 2017, dass trans und nicht-binäre Personen überdurchschnittlich oft physischer und psychischer Gewalt ausgesetzt sind [27]. Laut einer kanadischen Untersuchung berichten sie zudem häufiger von verbaler, physischer und sexueller Gewalt durch Partner*innen als cis Personen [28]. Die PARTER 5 Studie der Hochschule Merseburg von 2020 zeigt ebenfalls auf, dass Personen mit diverser Geschlechtsidentität eine vulnerable Gruppe bzgl. Übergriffen sind [29, 30].

Auch psychische Belastungen sind bei trans und nicht-binären Menschen weit verbreitet [31, 32]. Kasproski et al. (2021) zeigen auf, dass 40% der trans Personen unter Angststörungen leiden [31]. Angst, Depressionen und Alkoholabusus wurden bei Teilnehmer*innen der EMIS-Studie unter „sex/gender minority men“, die Sex mit Männern haben, im Vergleich zu cis Männern, die Sex mit Männern haben (MSM), häufiger berichtet [33]. Zudem konnten Appenroth et al. 2022 aufzeigen, dass bei EMIS- Teilnehmer*innen in Deutschland die sexuelle Zufriedenheit, die Möglichkeit sexuelle Grenzen zu kommunizieren, die finanzielle Sicherheit und das psychische Wohlbefinden bei trans MSM, niedriger war als bei cis MSM [34].

Ein weiterer Faktor ist die Körperdysphorie, die zu Distress führen kann und sich sowohl negativ auf die psychische Gesundheit auswirken kann als auch als belastend in Bezug auf das Aussprechen sexueller Bedürfnisse beschrieben wurde. [35, 36]. Weiterhin wird Fetischisierung und sexuelle Objektifizierung ebenfalls von trans Personen meist als negativ empfunden [37].

Um die Diskriminierungen und Stigmatisierungen von trans und nicht-binären Personen umfänglich zu erfassen, ist eine intersektionale Betrachtung notwendig, die nicht nur Diskriminierung im Zusammenhang

mit der geschlechtlichen Identität betrachtet, sondern auch im Zusammenhang mit anderen Kategorien [27, 38-40] (Güldenring/Sauer 2017).

Infobox 2 Intersektionalität

„Die Intersektionalitätstheorie untersucht die Schnittpunkte der drei wichtigsten globalen Herrschaftssysteme – Rassismus/Kolonialismus, Kapitalismus und das Patriarchat – sowie deren Nebenprodukte – Klassismus, Homo- und Transphobie, Cis- und Heterosexismus, Ableismus, Islamophobie, Antisemitismus, Anti-Roma, Anti-Schwarzen, Anti-Asiaten und Anti-Muslimischen Rassismus. Intersektionalität betrachtet die Verflechtung von diversen sozialen Kategorien wie zum Beispiel Geschlecht, Klassenzugehörigkeit, [race], sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität, Behinderung, Religion und anderen Identitätsachsen auf mehreren und gleichzeitig wirkenden Ebenen. Diese Kategorien sind in eine soziale Hierarchie eingebettet, die von den oben genannten Systemen definiert wird.“ [40]*

Bei dem Konzept der Intersektionalität handelt es sich um ein historisch gewachsenes Konzept, welches ursprünglich einer Kritik Schwarzer Frauen am weißen Feminismus in den 1970er und 1980er Jahren entsprang, da dieser kaum Raum für die spezifischen Diskriminierungserfahrungen von Schwarzen Frauen eröffnete. Die Juristin Kimberlé Crenshaw wird oft als eine der zentralen Personen in diesem Diskurs benannt, da sie als eine der ersten Personen den Begriff der Intersektionalität prägte [41]. Gleichzeitig weist beispielsweise das Center for Intersectional Justice 2019 darauf hin, dass bereits im 19. Jahrhundert „ein Bewusstsein mehrerer, sich überschneidender Unterdrückungen und Identitäten [entstand] (...), als Sklavinnen, die sich für die Abschaffung der Sklaverei in den USA einsetzten, eine Anerkennung ihrer doppelt marginalisierten Position als Frauen und Schwarze/ Sklaven forderten“ [40]. Crenshaw kritisierte 1989, dass die spezifische Situation Schwarzer Frauen in dem hegemonialen feministischen Diskurs der 1970er und 1980er Jahre nicht ausreichend beachtet wurde [41]. Die Juristin verdeutlicht, dass die Situation Schwarzer Frauen durch die Interaktion von verschiedenen Ungleichheitsdimensionen (insbesondere Geschlecht und race) geprägt ist. Um ihren intersektionalen Ansatz zu verbildlichen, bedient sich Crenshaw der Metapher einer Straßenkreuzung, wobei sie den Verkehr aus verschiedenen Richtungen mit verschiedenen Diskriminierungsformen vergleicht, die sich kreuzen können [41]. Menschen können in Bezug auf Ungleichheitsdimensionen ebenso privilegiert sein. Das bedeutet, dass Menschen mit Blick auf bestimmte Kategorien Diskriminierungen erfahren und gleichzeitig in Hinblick auf andere Kategorien privilegiert sein können.

* An dieser Stelle wird der englische Begriff „race“ wie im Originaltext verwendet, um deutlich zu machen, dass es sich hierbei um ein gesellschaftliches Konstrukt handelt und nicht um eine biologische Kategorie, wie sie im deutschen Kontext verstanden wurde (Anmerkung der Autor*innen).

Weiterhin erklärt der Ansatz des Minoritätenstress [42], wie sich negative Erfahrungen auf die psychische Gesundheit von schwulen, lesbischen und bisexuellen Personen auswirken, während die adaptierte Version [23] das Modell auf trans und gender-nonkonforme Menschen anwendet (siehe Infobox 3). Rood et al zeigten 2016 auf, dass die erwartete Ablehnung ein interner Stressor ist, der sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirkt [43].

Bisher gibt es keine Untersuchungen, ob trans und nicht-binären Personen während verschiedener Lebensabschnitte und -zeiträume (z.B. im individuellen Transitionsverlauf) besonders vulnerabel für HIV/STI-Infektionen sind. Welche Faktoren mit der sexuellen Gesundheit und mit Infektionsrisiken in trans und nicht-binären Communitys assoziiert sind und an welcher Stelle diese im Transitionsverlauf jeweils eine Rolle spielen, ist derzeit nicht ausreichend untersucht.

Infobox 3 Minoritätenstress

Ilan Meyer entwickelte 2003 das Konzept des Minoritätenstresses für lesbische, schwule und bisexuelle (LSB) Personen, um die Interaktion von Identität und Stress zu beschreiben und zu verstehen. Das Modell beschreibt die Auswirkungen der auf Vorurteilen basierenden Diskriminierungserfahrungen und deren Folgen für die psychische Gesundheit von LSB Personen [42].

Das Modell beschreibt neben den generellen Stressoren, die alle Menschen betreffen, die sogenannten Minoritätenstressoren, die sich aus der Zugehörigkeit zu einer gesellschaftlich marginalisierten Identität ergeben. Meyer nennt zum einen distale Stressoren (beispielsweise Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen, die LSB Personen in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen machen; konkrete Gewalterfahrungen als auch diskriminierende Strukturen in Institutionen sowie der Rechtsprechung; konservative, religiöse und stereotype Ansichten der Mehrheitsgesellschaft). Zum anderen nennt Meyer proximale Stressoren (Internalisierungen dieser Ablehnungserfahrungen und Diskriminierungen; basierend auf den wiederkehrenden negativen Erfahrungen, antizipieren LSB Personen Diskriminierungen, was zu Stress führen kann; das Verstecken der eigenen Sexualität, um sich selbst vor weiteren Bedrohungen zu schützen; internalisierte Homophobie – die Verinnerlichung homophober Stigmata).

2012 wurde das Modell von den beiden US-amerikanischen Wissenschaftler*innen Michael L. Hendricks und Rylan J. Testa adaptiert, sodass es auch für trans und gender-non-konforme (TGNK) Personen genutzt werden kann [23]. Demnach erleben LSB und TGNK Personen zum Teil ähnliche Diskriminierungen und Gewalt, die Einfluss auf ihre psychische Gesundheit haben. Distale Stressoren für TGNK Personen sind: physische und sexualisierte Gewalt, Belästigungen und Gewalt aufgrund ihrer geschlechtlichen Identität und das Absprechen der Geschlechtsidentität. Die proximalen Stressoren sind: die negative Erwartungshaltung, dass Diskriminierungen aufgrund der geschlechtlichen Identität jeder Zeit stattfinden können sowie das Verschleiern der eigenen geschlechtlichen Identität (Besonderheit, da beispielsweise Transitionsprozesse von trans und nicht-binären Personen nicht unsichtbar bleiben müssen, denn durch Hormonersatztherapie und/oder geschlechtsangleichende Operationen kann sich das äußere Erscheinungsbild der jeweiligen Person verändern). Außerdem zählt die Internalisierung transnegativer und cis-normativer Einstellungen, die zur Abwertung der eigenen Identität führen, hierzu [23, 44]. In Bezug auf Meyers unterstützende Faktoren wird das Stolzsein auf die eigene Identität benannt. Ebenso in Anlehnung an Meyer, wird der Bezug zur Community als Resilienzfaktor angeführt.

Das Minoritätenstressmodell nimmt lediglich die sexuelle Orientierung bzw. die geschlechtliche Identität in den Fokus. Trans und nicht-binäre Communitys sind divers. Um die realen Erfahrungen von trans und nicht-binären Personen adäquat abbilden zu können, sollte eine intersektionale Perspektive ergänzt werden. Diese ermöglicht es, die hier benannten proximalen und distalen Stressoren in ihrer Verwobenheit mit Stressoren anderer Ungleichheitsdimensionen zu erfassen.

Schutzverhalten und weitere positive Faktoren für die sexuelle Gesundheit

Es gibt nur wenige Forschungsarbeiten zum Schutzverhalten von trans und nicht-binären Personen. Appenroth et al. sind zu dem Schluss gekommen, dass Community-interne Safer Sex-Informations- und Empowermenttrainings sich positiv auf die sexuelle Verhandlungskompetenz auswirken können [34]. Weiterhin kann sich die Affirmation des eigenen Genders positiv auswirken, indem das Selbstvertrauen und die Offenheit für sexuelles Ausprobieren gestärkt werden [45]. Iantaffi und Bockting zeigten 2011 auf, dass eigene weniger rigide Überzeugungen bezüglich der Kategorie Geschlecht mit einem geringeren Maß an internalisierter Transnegativität in Verbindung gebracht werden, was wiederum mit einem höheren Selbstwertgefühl verbunden ist [46]. Zudem kann durch Hormontherapie die Libido beeinflusst werden. Außerdem kann die sexuelle Zufriedenheit aufgrund der durch die Hormontherapie erhöhte

Körperzufriedenheit steigen [47]. Engelmann zeigte 2022 verschiedene Faktoren auf, die zur Entspannung und somit auch zu einem positiveren Selbstwertgefühl von trans und nicht-binären Personen beitragen: bestärkende Partner*innen, Transitionsprozesse und Coming-out, Veränderungen der körperlichen und sexuellen Funktionen aufgrund von Hormontherapien und geschlechtsangleichenden Operationen sowie spezifische Sexualtechniken und -hilfsmittel [48].

Prävention und Versorgung für trans und nicht-binäre Personen; Barrieren der Inanspruchnahme und Versorgungslücken

In der europaweiten Studie zur Lebenslage von trans Menschen der European Agency for Fundamental Rights zeigte sich, dass trans Personen in Deutschland in hohem Maße von Diskriminierung im medizinischen Sektor betroffen sind [25]. Barrieren, wie z.B. stigmatisierende Behandlungen oder ein verminderter Zugang zu geschlechtsbezogenen medizinischen Leistungen erschweren den Zugang zu Gesundheitsleistungen. Derzeit mangelt es an trans und nicht-binär inklusiven Einrichtungen und Angeboten bzgl. sexueller Gesundheit in allen Bundesländern: die Studie zeigte, dass 26% aller Teilnehmer*innen in Deutschland von medizinischem Personal in den vergangenen zwölf Monaten aufgrund ihrer geschlechtlichen Identität Diskriminierung erfahren haben [25]. Nach Safer et al. besteht die größte Barriere in der mangelnden Zugänglichkeit zur Gesundheitsversorgung sowie darin, spezialisierte Angebote zu finden [49]. Als weitere Barrieren werden finanzielle Hürden, Diskriminierungserfahrungen, fehlende interkulturelle Kompetenz des Fachpersonals sowie Hürden des Gesundheitssystems und sozioökonomische Barrieren benannt.

Darüber hinaus wurde gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit auf HIV getestet zu werden bei trans Personen im Vergleich zu lesbischen, schwulen, bisexuellen und queeren (LSBQ) cisgeschlechtlichen Personen geringer ist [50]. Laut Hibbert nutzen trans Personen im Vereinigten Königreich seltener Angebote der sexuellen Gesundheit als cis Personen und wurden seltener auf HIV getestet [51]. Eine Studie aus London zeigte, dass das Wissen zur Prä-Expositions-Prophylaxe (PrEP) sowie zur Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) in trans und nicht-binären Communitys unzureichend verbreitet war [52]. Ein systematisches Review von 2022 zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung von sexuellen und geschlechtlichen Minoritäten im Vereinigten Königreich, den USA sowie Kanada, Australien und Neuseeland zeigte zudem Versorgungsbarrieren für Personen, die in ländlichen Regionen leben. Benannt wurden die generelle Verfügbarkeit von qualifizierten Angeboten in ländlichen Regionen sowie praktische und finanzielle Hürden, die mit dem Reisen zu entsprechenden Angeboten verbunden sind [53].

Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes berichtete 2021 Diskriminierungserfahrungen von trans Personen in der Gesundheitsversorgung [54]. Durch die Nichtberücksichtigung der Lebenssituation von trans und nicht-binären Menschen erfahren sie beispielsweise Diskriminierungen, indem sie in ihrer geschlechtlichen Identität nicht anerkannt werden. Guethlein zeigte 2021 zudem auf, dass es im deutschen Gesundheitssystem an genügend sensibilisiertem und erfahrenem Personal fehlt, um eine bedarfsgerechte Versorgung von trans und nicht-binären Personen sicherzustellen [36]. Guethlein verdeutlichte weiterhin, dass zum einen Stigmatisierung und Pathologisierung in den Behandlungen dieser Adressat*innengruppe weit verbreitet sind. Zum anderen entstehen auch weitere Barrieren durch die fehlende fachärztliche Expertise, z.B. in Bezug auf gynäkologische Konsultationen für trans Männer. Außerdem sind Patient*innen mit langen Wartezeiten für spezialisierte Fachärzt*innen konfrontiert und müssen weite Wege hierfür zurücklegen (ebd.). Hamm und Sauer beleuchteten 2014 das medizinische Transitionssystem aus menschenrechtlicher Perspektive und zeigen auf, wie die auf Psychopathologisierung beruhenden starren Rahmenbedingungen des Transitionssystems eine Versorgungslage schaffen, die massiv an den gesundheitlichen Bedarfen von trans Personen vorbei geht [55]. Bradford et al haben 2018 die sexuelle Bildung jugendlicher trans Personen untersucht und die Ergebnisse verwiesen darauf, dass die Curricula für die Bedürfnisse junger trans Personen überarbeitet werden müssen, um ihnen gerecht zu werden und Wissen zum Schutz vermitteln können [56].

Da viele Barrieren im Rahmen der Gesundheitsversorgung für trans und nicht-binäre Personen bestehen, müssen die grundlegenden Versorgungsprinzipien für die Personengruppen stets betont werden, was bedeutet, dass die Personen in ihrer geschlechtlichen Identität anerkannt werden [57]. In Erfahrungsberichten wurde beschrieben, dass Ärzt*innen selten über adäquates Fachwissen über trans Körper verfügten [36]. Vincent verdeutlichte 2019, dass es wichtig ist, nicht-binäre Menschen anzuerkennen und die Diversität von Transitionsprozessen zu berücksichtigen, was in der gegenwärtigen Forschung laut Vincent zu wenig passiert [58]. Zudem müssen die Bedürfnisse nicht-binärer Menschen in der medizinischen Versorgung besser berücksichtigt werden [59].

Im US-Transgender-Survey berichteten etwa die Hälfte der 27.715 Teilnehmer*innen, dass sie medizinisches Personal in Einrichtungen zur sexuellen Gesundheit über die transspezifische medizinische Versorgung oder auch einen passenden Sprachgebrauch bezüglich des Umgangs mit trans Personen aufklären mussten [3]. In einer anderen europäischen Studie berichteten 30% der Teilnehmer*innen, dass das medizinische Personal zwar Willens gewesen sei, angemessen zu behandeln aber nicht über das spezifische Fachwissen bezüglich der Versorgung von trans Personen verfügte [60].

Stigma und erfahrene und/oder erwartete Diskriminierung bildet eine wichtige Hürde im Zugang zur HIV-Prävention und -Versorgung [19]. Ein systematisches Review von 2022 zur Nutzung von PrEP von trans Personen in den USA benannte als Hürden der Inanspruchnahme Bedenken, dass es zu Wechselwirkungen zwischen der Hormoneinnahme und PrEP kommen könnte und ein mangelndes Vertrauen in medizinische Institutionen [61]. Weitere Studien berichten als wichtige Hindernisse mangelndes Wissen, dass es diese Präventionsmöglichkeit gibt und unzureichendes Wissen über die PrEP [62-64].

Sowohl der Bundesverband Trans als auch Dubin et al. schlagen vor, umfassende Aus- und Fortbildungscurricula in medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Berufen zu implementieren, um Diskriminierungen in der Gesundheitsversorgung von trans und nicht-binären Menschen zu beenden [65, 66]. Zudem ist es laut Köhler et al. und Lampalzar et al. wichtig, dass Ärzt*innen und medizinisches Personal sowie Berater*innen geschlechterstereotype und normative Einstellungen reflektieren und die Diversität der trans und nicht-binären Personen anerkennen [57, 67, 68]. Rich et al. formulierten 2017, dass die spezifischen Bedürfnisse von schwulen, bisexuellen und queeren Männern hinsichtlich ihrer sexuellen Gesundheit berücksichtigt werden müssen [69]. Lampalzar et al. legten nahe, dass Fachkräfte im Gesundheitswesen die Herausforderungen des Coming-outs sowie diverse Beziehungsmodelle mitdenken und grundlegende Phasen der sexuellen und geschlechtlichen Entwicklung und Identität berücksichtigen sollten [68]. Brandt et al. zeigten 2022 auf, dass bislang kaum LSBTI spezifisches Wissen in medizinischen Ausbildungen vermittelt wird [70]. Um gesundheitliche Ungleichheiten zu beseitigen, resümierten Brandt et al., dass eine Inklusion dieser Themen unumgänglich sei. Poteat et al. sprachen sich 2019 dafür aus, Stigmatisierungen von trans Personen abzubauen und trans-affirmative Behandlungsansätze anzubieten, um auch trans Personen mit HIV-Präventionsangeboten und -behandlungen zu erreichen [71]. HIV/STI-Präventionsangebote müssen demnach alters- und gendergerecht beworben werden, damit die Adressat*innen erreicht werden (ebd.). Fehlende Berücksichtigung der Bedürfnisse von trans Personen ist eine mögliche Erklärung für die geringe Test-Rate unter jungen trans Personen [72]. HIV-Selbsttests hingegen zeigten einen signifikanten Anstieg unter trans Personen [73]. Wie wirkmächtig Ärzt*innenbesuche für transmaskuline Personen sein können, zeigten Pulice-Farrow et al. 2020 auf [74]. Ihre Ergebnisse verdeutlichen, dass Gynäkolog*innen eine Schlüsselrolle sowohl bei der Verschärfung von Barrieren als auch bei der Schaffung affirmativer Räume für transmaskuline Patienten spielen. Konkrete Barrieren sind zudem fehlende familiäre und freundschaftliche Unterstützung sowie Anfahrtswege und Reisekosten zu den Behandlungsorten [75].

Sexualität und Sprache

Aus der Literatur ist bekannt, dass trans und nicht-binäre Menschen verschiedene community-eigene Sprachpraxen in Bezug auf ihre Körper, Körpererleben und Sexualität verwenden. Eine gängige Praxis ist es, vergeschlechtlichte Körperteile umzubenennen, wenn die gängige Begrifflichkeit nicht mit der Geschlechtsidentität übereinstimmt, z.B. statt „Penis“ das Wort „Klit“ zu verwenden [76-79]. Dies kann mit einer sprachlichen Distanzierung einhergehen und damit emotionale Distanz schaffen, z.B. „das Ding“ statt „mein Penis“ [78], oder es kann positiv konnotiert werden und damit auch zur Selbststärkung beitragen. Dies haben Edelman und Zimman 2014 in Bezug auf Begriffe wie „bonus hole“ für „Vagina“ [79] herausgearbeitet. Hamm beschrieb 2020, dass insbesondere transmännliche Personen zum Teil einen Mangel an geeigneten Begriffen für ihre Genitalien empfinden und sich entweder mit Umschreibungen behelfen wie z.B. „vorne“, oder auch vollständig auf verbale Kommunikation mit potentiellen Sexpartner*innen in Bezug auf ihre Genitalien verzichten und stattdessen nackt auf Sexparties gehen, um ihre Transgeschlechtlichkeit zu zeigen und somit nicht erklären zu müssen [80]. Die Umbenennung und psychisch-emotionale Neubesetzung von Genitalien wird von Bettcher auch Neucodierung („recoding“) genannt [76]. Neucodierung kann mit Veränderungen des Körperbildes einhergehen, was bedeutet, dass trans/nicht-binäre Personen z.B. ihren Anus oder Penis als Vagina empfinden oder ihre Klitoris oder auch ihren Dildo als Penis [76, 81]. Bauer führte 2015 darauf aufbauend aus, wie es manchen trans/nicht-binären Personen möglich ist, auch externe Gegenstände wie Dildos in ihr Körperbild einzuverleiben (Phantomkörperteile) oder biologische Körperteile aus dem Körperbild abzuspalten (Agnosie) [82]. Im US-amerikanischen Raum sind Phantomkörper und -körperteile eine von trans und nicht-binären Personen häufig beschriebene Erfahrungen [83]. Die Studie zeigte auf, dass knapp 50% diese Erfahrungen erleben und die meisten ebenfalls erotische Empfindungen in ihren Phantomkörper(teilen) beschreiben.

3 Methoden

Partizipative Forschung heißt, *mit* den zu beforschenden Communitys zu forschen statt *über* sie. Unser methodisches Vorgehen im qualitativen und im quantitativen Projektteil und wie wir Partizipation umgesetzt haben, beschreiben wir in den folgenden Abschnitten.

3.1 Qualitative Teilstudie

Im Folgenden beschreiben wir das methodische Vorgehen im qualitativen Projektteil, vom Forschungsdesign über die Datenerhebung, die Auswertung der Daten und das partizipative Vorgehen. Auch die Stichprobe beschreiben wir im Folgenden.

3.1.1 Datenerhebung

Vor Beginn der Datenerhebung haben wir unsere Forschungsfragen in vier Themenfelder aufgeteilt. Diese lauteten:

- 1) Sprechen über Sexualität und Körper
- 2) Belastungsfaktoren für die sexuelle Gesundheit
- 3) Unterstützende Aspekte für ein positives Selbstbild
- 4) Hindernisse in der Inanspruchnahme von Testangeboten.

Um diese Themenfelder in einem möglichst barrierearmen und diskriminierungsarmen Umfeld zu bearbeiten, hat das Projektteam der DAH ein neues Datenerhebungsdesign entwickelt, in dem eine Vielzahl von unterschiedlichen Gruppenveranstaltungsformaten eingesetzt wurde. Ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der Alice-Salomon-Hochschule Berlin wurde am 11.07.2021 erteilt. Im Folgenden beschreiben wir zunächst den Zugang zum Feld, die Erstellung des Interview-Leitfadens, die Datenerhebung, die Aufzeichnung und Verarbeitung der Daten sowie das Sampling.

Alle, sowohl bestehende als auch ausgeschiedene, Projektmitarbeiter*innen im qualitativen Teil waren selbst Teil trans und/oder nicht-binärer Communitys und brachten ihre professionell-persönlichen Netzwerke und damit Feldzugang, in das Projekt mit ein. Auch die Projektbeiratsmitglieder nutzten ihre Netzwerke, um das Projekt bekannt zu machen und zu bewerben. Darüber hinaus wurden die Wochenendformate (siehe unten) von „Teilnehmer*innen mit Mehrverantwortung“ aus den jeweiligen Teil-Communitys begleitet. Die Teilnehmer*innen mit Mehrverantwortung fungierten als eine direkte Verbindung in die Teil-Communitys und bewarben das Projekt ebenso in ihren Netzwerken. Für die Rekrutierung von Teilnehmer*innen nutzten wir darüber außerdem Mailinglisten, bewarben das Projekt auf verschiedenen Community-Tagungen und anderen Veranstaltungsformaten und bewarben die einzelnen Forschungsveranstaltungen außerdem auf Social Media. Darüber hinaus wurde das Projekt auf der Webseite und in die Netzwerke der Deutschen Aidshilfe beworben.

Der Interviewleitfaden für die Einzelinterviews wurde nach Helfferich 2011 entwickelt [84]. Als Interviewform wurde das „verstehende Interview“ nach Kaufmann 1999 gewählt [85]. Dies ist ein Format, das für intime Themen gut geeignet ist, da es der*dem Interviewer*in erlaubt sich selbst auch als Person voll zu zeigen und die Interviewsituation sich dadurch weniger künstlich für die Interviewten anfühlt und es somit einfacher für sie ist, sich zu öffnen.

Kernstück der Erhebung waren teilgruppenspezifische Wochenendseminare, in denen qualitative Datenerhebung mit sexueller Bildung, Community-Building, Peer-Austausch und Empowerment verknüpft wurden. Die Wochenendseminare wurden von „Teilnehmer*innen mit Mehrverantwortung“ aus den jeweiligen Teil-Communitys begleitet. Die Teilnehmer*innen mit Mehrverantwortung standen dem Projektteam mit ihrer jeweiligen Expertise auch beratend zu Seite, um ein möglichst sensibles, diskriminierungsarmes und auf die jeweilige Gruppe angepasstes Setting zu schaffen. Grund für dieses

Vorgehen war einerseits der partizipative Leitgedanke, dass alle Beteiligten von der Forschung auch selbst profitieren sollten, andererseits ermöglichte das Setting einen Gruppenbildungsprozess und damit Vertrauensaufbau unter den Teilnehmer*innen, der es möglich machte, auch intime Themen in einem Gruppensetting zu diskutieren.

Die Veranstaltungen waren in ein psychosoziales Sicherheitskonzept eingebettet, da Forschung, Biographie- und Selbsterfahrungsarbeit, insbesondere in vulnerablen Gruppen, immer auch psychisch/emotional belastend oder „triggernd“ sein kann. So stellten wir beispielsweise sicher, dass immer eine trans/nicht-binäre psychosoziale Fachkraft vor Ort und bei Bedarf ansprechbar war und stellten Informationen zu Notfallberatungsstellen zur Verfügung. Als Veranstaltungsorte wurden möglichst barrierearme Orte ausgewählt, an denen die Gruppe nach Möglichkeit im Grünen und „unter sich“ war, d.h. dass jenseits der Teilnehmer*innen und des Forschungsteams möglichst keine weiteren Personen anwesend waren. Außerdem wurde sichergestellt, dass es für die Teilnehmer*innen genügend Rückzugsräume sowie eine „Exit-Strategie“ gab, d.h. eine Möglichkeit im Zweifelsfall jederzeit abzureisen.

Auf den Seminaren bearbeiteten die Teilnehmer*innen die oben genannten Themenfelder mit verschiedenen Methoden. Themenfelder, die vom Forschungsteam als stärker biografisch oder selbst-reflexiv eingestuft wurden, bearbeiteten die Teilnehmer*innen schriftlich/grafisch in Kleingruppen oder Einzelarbeit. Hierbei erstellten die Teilnehmer*innen z.B. Körperumrisse von sich selbst und beschrifteten diese bzgl. Fragen zu Körper und Sprache und Körpererleben. Außerdem erstellten sie biografische „Zeitstrahle“ zu ihrem sexuellen Werdegang in Bezug auf hilfreiche und störende Aspekte in ihrer sexuellen Entwicklung (im Weiteren „Biografie-Arbeiten“ genannt).

Im Anschluss an die Biografie-Arbeiten wurden verschiedene Fragen aus den Themenfeldern 2 und 3 in Fokusgruppen diskutiert und Erfahrungen ausgetauscht. In einem Fall haben wir die Gruppe auf Wunsch der Teilnehmer*innen hierfür in zwei Kleingruppen getrennt, damit sie ausführlicher sprechen und tiefer in die Diskussion einsteigen konnten. Themenfeld 4 wurde zunächst mithilfe von „stillen Diskussionswänden“ bearbeitet. Hierbei standen vier Pinnwände mit je einer Frage im Raum und die Teilnehmer*innen bewegten sich frei durch den Raum und beantworteten die Fragen schriftlich auf den Pinnwänden. Im Anschluss wurden die Ergebnisse der Pinnwände erneut in einer gemeinsamen Fokusgruppe diskutiert.

Insgesamt fanden etwa fünf Zeitstunden mit Datenerhebungseinheiten im Rahmen eines Wochenendformates statt. Die restliche Zeit wurde von den Teilnehmer*innen eigenverantwortlich gestaltet. Auf die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Möglichkeit des Abbruchs wurde bei jeder einzelnen Datenerhebungseinheit explizit hingewiesen. Datenerhebungseinheiten wurden durch das Projektteam jeweils klar markiert. Als zusätzliche Möglichkeit, Ergänzungen in das Datenmaterial einzuspeisen, gab es für die Teilnehmer*innen jederzeit die Möglichkeit, anonym (während oder im Nachgang an die Veranstaltung) schriftliche „Extra-Statements“ abzugeben.

Neben den Wochenendformaten haben wir zwei eintägige Seminare und zwei Online-Veranstaltungen von je 90 Minuten angeboten. Für die Tagesworkshops wurden die Inhalte der Wochenendseminare entsprechend komprimiert; die Methoden wurden gekürzt, die bearbeiteten Inhalte blieben jedoch die gleichen. In den Online-Workshops beantworteten die Teilnehmer*innen Fragen schriftlich auf gemeinsamen Online-Boards (stille Diskussion). Insgesamt führte das Forschungsteam acht Workshops/Seminare und vier Einzelinterviews durch. Davon waren vier Workshops 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 von sexuellen Subkulturen. Außerdem gab es einen Tagesworkshop, der für alle trans und nicht-binären Menschen offen war. Die Online-Workshops richteten sich an alle trans und nicht-binären Teilnehmer*innen, die vollständig anonym bleiben wollten oder wenig Zeit zur Verfügung hatten. Um auch die fachlich-professionellen Perspektiven einzubinden, haben wir eine Halbtagesveranstaltung mit trans und nicht-binären Menschen durchgeführt, die im Feld der sexuellen Gesundheit arbeiten. Darin stellten wir zunächst das Projekt vor und führten im Anschluss ein Expert*innen-Gruppeninterview durch.

Die Fokusgruppen wurden auditiv aufgezeichnet und zusätzlich wurden grobe Diskussionslinien schriftlich protokolliert. Alle schriftlichen Ergebnisse wurden im Anschluss an die Veranstaltungen abgetippt, die Online-Boards heruntergeladen und die Audioaufzeichnungen wörtlich transkribiert (einfache Transkription nach Dresing und Pehl) [86]. Die Transkripte wurden vollständig anonymisiert bzw. pseudonymisiert. Dabei wurden auch Ortsangaben und Institutionen der sexuellen Gesundheit durch Platzhalter ersetzt z.B. [Stadt in Niedersachsen] oder [lokale Aidshilfe 1]. Diese wurden in einer Pseudonymisierungsliste gespeichert.

Alle schriftlichen Dokumente und Audioaufzeichnungen sind gleichermaßen in die Datengrundlage eingeflossen. Wörtliche Zitate im Ergebnisteil haben wir stilistisch und grammatikalisch geglättet. Jede Teilnehmer*innengruppe wurde gebeten, eine Liste an Pseudonymen zusammen zu stellen, die die eigene Gruppensammensetzung gut widerspiegelte. Wörtlichen Zitaten im Ergebnisteil haben wir jeweils nach dem Zufallsprinzip ein Pseudonym aus der entsprechenden Gruppe zugeordnet. Ausnahmen bilden hier das Expert*innen-Gruppeninterview und die Einzelinterviews, da wir hier mit personalisierten Pseudonymen arbeiteten, welche sich die Teilnehmer*innen jeweils selbst aussuchten. Zitate aus den Online-Veranstaltungen sind mit „anonym“ gekennzeichnet, denn die Teilnehmer*innen der Online-Veranstaltung gaben sich zwar im Rahmen der Veranstaltung selbst ein Pseudonym, dieses konnten wir aufgrund der vollständig anonymen Erhebung allerdings im Nachgang nicht mehr zuordnen.

Teilnahmevoraussetzung für alle Formate war es, dass sich die entsprechende Person selbst dem trans und/oder nicht-binären Spektrum, und mit Hinblick auf die teilgruppenspezifischen Formate auch der jeweiligen Teilcommunity zuordnete und hinreichend Deutsch sprechen und verstehen konnte. Mit

Infobox 4 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.

Ausnahme des Wochenendes für junge Menschen mussten sie darüber hinaus volljährig sein. Die Teilnahme war freiwillig und konnte zu jedem Zeitpunkt ohne Erklärung abgebrochen werden. Das Projektteam traf keine Entscheidung darüber, ob eine Person für das Setting geeignet sei, hier vertrauten wir auf die Selbsteinschätzung der Interessierten. Um jedoch den Teilnehmer*innen eine informierte Entscheidung zu ermöglichen, führten wir mit allen Interessierten Vorgespräche, in denen die unterschiedlichen Formate besprochen und auch potentiell damit verbundene emotionale Herausforderungen aufgezeigt wurden.

Über die Auswahl der spezifischen Teil-Communitys hinaus wurde zunächst ein Sampling angestrebt, bei dem transweibliche, transmännliche sowie nicht-binäre Perspektiven paritätisch vertreten wären. Dies gelang in der Praxis nicht. Es entschieden sich nur sehr wenige trans Frauen für eine Teilnahme (vgl. 5.1.4 Limitationen). Die meisten Teilnehmer*innen der Workshops waren entweder transmännlich oder entstammten dem nicht-binären AFAB-Spektrum (AFAB steht für „assigned female at birth“; „bei der Geburt weiblich zugewiesen“). Daher entschieden wir uns dazu, die Einzelinterviews ausschließlich mit trans Frauen und nicht-binären AMAB-Personen („assigned male at birth“; „bei der Geburt männlich zugewiesen“) zu führen, um dem bestehenden Sampling-Bias entgegen zu wirken.

Demografische Daten erhoben wir mithilfe von kurzen Fragebögen. Dabei beschränkten wir uns auf die Parameter geschlechtliche Identität, sexuelle und romantische Orientierung, Alter sowie ein Feld in dem die Teilnehmer*innen weitere für sie relevante Aspekte benennen konnten, wie zum Beispiel Mehrfachmarginalisierung oder Gruppenzugehörigkeiten. In den Bögen für die Einzelinterviews und Online-Formate wurden außerdem Transitionsmaßnahmen abgefragt. Hierauf verzichteten wir bei den Präsenzworkshops, da dies durch die Körperumrisse und Biografie-Arbeiten bereits hinreichend abgedeckt war. Das Forschungsdesign wurde im Verlauf der Studie kontinuierlich angepasst, so dass erst ab der dritten Forschungsveranstaltung demografische Daten erhoben wurden.

Aus diesem Grund lassen sich mit Bezug auf die Soziodemografie der Teilnehmer*innen nur begrenzt Aussagen treffen. Die folgenden Angaben beziehen sich ausschließlich auf Teilnehmer*innen ab dem 21.10.2021. Alle Angaben in den demografischen Bögen wurden als Freifeld abgefragt. Für die Angaben zur geschlechtlichen Identität und sexuellen Orientierung siehe Ergebnisteil 4.1.1 Geschlechtliche Identitäten. Die Altersspanne der Teilnehmer*innen reichte von 17 bis 69 Jahre. Aspekte von Mehrfachmarginalisierung oder Intersektionalität wurden bewusst nicht explizit abgefragt, sondern ihre Angabe wurde als offene Option formuliert: „Gibt es in deiner Lebensrealität/Erfahrung, weitere Aspekte, die dir wichtig sind zu benennen und die du uns mitteilen möchtest? (Hier kannst du z.B. auch Marginalisierungserfahrungen benennen)“. Die Antworten auf diese Frage fallen entsprechend vielfältig aus. Von den 22 Angaben beziehen sich 14 auf vielfältige Aspekte von Marginalisierung von „neurodivers“ über „auf dem Land lebend“ bis hin zu „Kind von psychisch kranken und teilweise süchtigen Eltern mit geringem Einkommen“ oder „psychische Erkrankungen (Depression, Panikstörung)“. Die Angaben der Teilnehmer*innen des Wochenendes für BIPoC und des Workshops für Angehörige sexueller Subkulturen sind hier nicht mit enthalten, da dies die ersten beiden Forschungsveranstaltungen waren.

3.1.2 Datenauswertung

Die Datengrundlage für die Inhaltsanalyse bilden die im Folgenden aufgelisteten Dokumente:

- 15 Interviewtranskripte (ca. je 1-1,5h)
 - 10 Gruppeninterviews
 - 1 Expert*innen-Gruppeninterview
 - 4 Einzelinterviews
- 5 Sets an Workshop-Dokumentationen mit
 - 10 Interview-Protokollen
 - 3 Serien protokollierter Ergebnisse aus Kleingruppendiskussionen
 - 12 (3 x 4) Abschriften stiller Diskussionswände
 - 40 beschriftete Körperumrisse
 - 38 sexuelle Biographien/Zeitstrahle
- 18 Extrastatements
- 6 Online-Boards
- 41 Sets demografischer Daten

Für die Auswertung der erhobenen Daten griffen wir auf die Methode der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz zurück [87]. Dabei handelt es sich um ein flexibles Verfahren, das den Forscher*innen Gestaltungsspielraum lässt. In der Originalbeschreibung von Kuckartz findet sie in sieben Phasen statt, die je nach Forschungsdesign flexibel angepasst werden können. Im Folgenden beschreiben wir unser Vorgehen. Wir führten die Auswertung mit dem Programm MAXQDA durch.

Auf sogenannte „Fallzusammenfassungen“ der Teilnehmer*innen haben wir bewusst verzichtet, um allzu spezifische Datensets, anhand derer einzelne Teilnehmer*innen eventuell wiedererkennbar gewesen wären, zu vermeiden. Aus diesem Grund wurde bereits das Design der Datenerhebung so angelegt, dass keine Verknüpfungen zwischen den einzelnen Datensets möglich sind. In unseren Datenerhebungsveranstaltungen verteilten wir keine Kennnummern, Kürzel oder personenbezogene Pseudonyme für die einzelnen Teilnehmer*innen, so dass im Nachhinein keine Zuordnungen möglich sind, welcher Körperumriss zu welcher Biografie-Arbeit, welchen Aussagen innerhalb der Fokusgruppen oder welchen schriftlichen Statements gehört. Wenn allerdings innerhalb eines Fokusgruppentranskripts mehrere Zitate der gleichen Person verwendet wurden, haben wir uns bemüht, diesen nach Möglichkeit das gleiche Pseudonym zuzuweisen.

Für den Codiervorgang erstellten wir zunächst ein deduktives Kategoriensystem. Dabei erstellten wir fünf Hauptkategorien (HK), von denen sich vier aus den Forschungsfragen ableiteten („Körper und Sprache“, „Belastungsfaktoren für die sexuelle Gesundheit“, „Empowermentfaktoren für die sexuelle Gesundheit“ und „sexuelle Gesundheit und Versorgungslandschaft“). Darüber hinaus fügten wir die Hauptkategorie „Gelebte Sexualität“ hinzu, da mit dem Datenmaterial auch bisher einmaliges Material zur gelebten Sexualität von trans und nicht-binären Personen in Deutschland erhoben wurde. Das deduktive Kategoriensystem umfasste in den fünf Hauptkategorien (HK) 44 einfache Kategorien (EK) und 8 Subkategorien (SK) (insgesamt 57). Jede Kategorie wurde definiert mit einem Kategorientitel und einer Kategorienbeschreibung. An Stellen, an denen dies notwendig oder hilfreich erschien, ergänzten wir außerdem Beispiele oder Abgrenzungen zu anderen, ähnlichen Kategorien, um sicher zu stellen, dass jede Kategorie distinkt blieb. Jede HK beinhaltete standardmäßig eine EK „Intersektionale Aspekte“ sowie „Sonstiges“. Unter „intersektionale Aspekte“ codierten wir alle Sinneinheiten, die mehr als eine Diskriminierungs- oder Marginalisierungsachse berührten. Unter „Sonstiges“ codierten wir alle Aspekte, die bedeutsam erschienen, sich jedoch in das deduktive Kategoriensystem nicht gut einfügen ließen. Hierbei erstellten wir Subkategorien innerhalb von „Sonstiges“, wenn diese Aspekte wiederholt im Datenmaterial auftauchten. Beide Projektmitarbeiter*innen führten jeweils eine Codierung des gesamten Datenmaterials durch. Im Anschluss diskutierten wir das Kategoriensystem erneut und nahmen kleinere Umstrukturierungen vor. So fügten wir beispielsweise in HK 5 „Empowermentfaktoren“ eine Zwischenebene aus zwei EK ein, nämlich „Selbststärkung“ und „Umgebung

und Interaktion“ und ordneten alle bestehenden SK in diese neue Struktur ein. In der Finalisierung des Kategoriensystems fügten wir auch die meisten SK innerhalb der Sonstiges-Kategorien in das reguläre Kategoriensystem ein, so dass das finale Kategoriensystem aus deduktiven und induktiven Kategorien besteht.

Das finale Kategoriensystem enthielt in den fünf Hauptkategorien insgesamt 25 einfache Kategorien, die insgesamt 59 Subkategorien enthielten. Die Tabelle 1 gibt einen Überblick.

Hauptkategorie (HK)	Anzahl EK	Anzahl SK
HK 1: Körper und Sprache	3	9
HK 2: Gelebte Sexualität	6	3
HK 3: Sexuelle Gesundheit und Versorgungslandschaft	4	9
HK 4: Belastungsfaktoren (für die sexuelle Gesundheit)	8	22
HK 5: Empowernde Faktoren (für die sexuelle Gesundheit)	4	16
Gesamt	25	59

3.2 Quantitative Teilstudie

Im Rahmen der quantitativen Teilstudie wurde eine Online-Befragung zum Themenkomplex sexuelle Gesundheit in trans und nicht-binären Communitys entwickelt. Die damit erhobenen Daten sollen Antworten auf die Forschungsfragen liefern: a) in welchem Ausmaß Personen aus trans und nicht-binären Communitys von HIV und STIs betroffen sind, b) welche Faktoren bei Sexualität und sexuellen Risiken eine Rolle spielen und c) welche Bedarfe und Erfahrungen im Kontext von Sexualität und HIV/STI-Prävention, Beratung und Versorgung bestehen.

3.2.1 Fragebogenentwicklung

Da für Deutschland bisher zu diesen Fragestellungen keine belastbaren quantitativen Daten vorliegen, handelt es sich bei der Online-Befragung um eine explorative Querschnittsstudie. Relevante Themen für die Befragung wurden auf Grundlage aktueller internationaler Forschungsliteratur (vgl. Kapitel 2 Forschungsstand) und partizipativ zusammen mit Vertreter*innen aus trans und nicht-binären Communitys identifiziert. Der 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 und Erfahrungen mit HIV/STI-Beratung und -Tests sowie bisherige HIV/STI-Diagnosen. Wir haben unter anderem Fragen zur geschlechtlichen Identität, zur Transition, psychischen Gesundheit und zu Diskriminierungserfahrungen mit aufgenommen.

Wir haben sowohl auf standardisierte Fragesets zurückgegriffen als auch neue Fragen partizipativ mit Community-Vertreter*innen entwickelt. Standardisierte Erhebungsinstrumente umfassten den GAD-7, um das Auftreten von sieben Kernsymptomen einer generalisierten Angststörung in den letzten zwei Wochen zu erfassen [88]. Weiterhin haben wir den Fragebogen PHQ-9 eingesetzt, der neun Fragen zu depressiven Symptomen und deren Schweregrad in den letzten zwei Wochen umfasst [89, 90]. Als weiteren Aspekt von psychischer Gesundheit haben wir auf einen Fragebogen zu internalisierter Transphobie (hier Transnegativität genannt) und Stolz (Pride, hier Transpositivität genannt) („Gender Minority Stress and Resilience (GMSR) Measure“) zurückgegriffen [91, 92]. Hinsichtlich der gendersensiblen Sprache wurden an diesen Fragebögen Änderungen vorgenommen. Statt den binären Formulierungen wurden genderplurale Formulierungen eingesetzt und das Gendersternchen verwendet.

Um sicherzustellen, dass wir mit unseren Fragen die vielfältigen Lebensrealitäten von trans und nicht-binären Menschen in ihrer Verwobenheit mit weiteren Erfahrungen (z.B. Rassismuserfahrungen) erfassen zu können und eine diskriminierungssensible Sprache zu verwenden, entwickelten wir den Fragebogen partizipativ zusammen mit Community-Mitgliedern. Mit dem Beteiligungsverfahren sollte zudem eine möglichst große Akzeptanz für den Fragebogen innerhalb der trans und nicht-binären Communitys sichergestellt werden. Zugleich entspricht dies dem partizipativen Forschungsansatz im Sinne des ‚von und für‘ trans und nicht-binäre Communitys. Die Erarbeitung erfolgte in den folgenden fünf Schritten:

1. Erarbeitungsworkshops für ausgewählte Erhebungsinstrumente

Als Diskussionsgrundlage wurden Erhebungsinstrumente zur geschlechtlichen Identität sowie Fragen zur Transition, zum Coming-out, zu sexuellen Kontakten sowie zu Diskriminierungserfahrungen zunächst vom Projektteam erarbeitet. Diese ersten Versionen wurden anschließend im Mai und Juni 2021 in zwei Videokonferenzen (à 5 bzw. à 2,5 Stunden) zusammen mit drei Community-Vertreter*innen diskutiert und bearbeitet. Es wurden relevante Dimensionen zu den jeweiligen Themenkomplexen identifiziert sowie Fragen und Antwortkategorien verworfen, modifiziert und (weiter-)entwickelt. Darüber hinaus wurden grundlegende Ideen festgehalten, wie einleitende Texte im Fragebogen, die die jeweiligen Fragen und verwendeten Begrifflichkeiten ankündigen, erläutern und begründen.

2. Kommentierung von neu entwickelten Erhebungsinstrumenten

Um möglichst viele verschiedene Perspektiven in der partizipativen Fragebogenentwicklung zu berücksichtigen und die Diskriminierungssensibilität und Vollständigkeit der Erhebungsinstrumente zu gewährleisten, wurden die bis dahin entwickelten Erhebungsinstrumente im Mai 2021 von fünf weiteren Community-Vertreter*innen kommentiert. Hierfür stellten wir die Fragebogenelemente über ein Online-Dokument zur Verfügung. In diesem Schritt wurde zusätzlich ein neu erarbeiteter Vorschlag für ein weiteres Erhebungsinstrument zu den Erfahrungen in HIV/STI-Beratungsstellen den Community-Vertreter*innen zur Kommentierung zur Verfügung gestellt. Auf Grundlage der Kommentare und Änderungsvorschläge überarbeiteten wir die Erhebungsinstrumente nochmals und stellten anschließend einen ersten Entwurf des Fragebogens fertig.

3. Kommentierung des gesamten Fragebogenentwurfs

Wir stellten im Juli 2021 den ersten vollständigen Fragebogenentwurf sieben Personen aus trans und nicht-binären Communitys in einem Online-Dokument zur Verfügung. Diese kommentierten den Fragebogen, inwiefern aus ihrer Sicht alle relevanten Aspekte zur sexuellen Gesundheit von trans und nicht-binären Menschen in den Fragenbogen aufgenommen wurden, die Antwortkategorien vollständig und die gewählten Formulierungen diskriminierungssensibel waren.

4. Workshop zur abschließenden Kommentierung und Konsentierung des Fragebogens

Nachdem der Fragebogen auf der Grundlage der schriftlichen Kommentare überarbeitet wurde, wurde er im August 2021 in einer 3,5-stündigen Videokonferenz abschließend mit neun trans und/oder nicht-binären Personen diskutiert und konsentiert. Möglicherweise widersprüchliche Sichtweisen und Empfehlungen für einzelne Erhebungsinstrumente wurden diskutiert und eine Entscheidung für ein bestimmtes Vorgehen getroffen.

5. Pre-Test

Nach der Programmierung des Fragebogens im Voxco Online System haben sieben Community-Personen diesen getestet und dabei geprüft, ob die Filterführung stimmig war und die Frageabfolge auch in der Befragungspraxis als angemessen empfunden wurde. Im Anschluss an die letzten Überarbeitungen wurde der Fragebogen finalisiert.

3.2.2 Übersetzungen des Fragebogens

Um intersektionale Aspekte im Hinblick auf Mehrsprachigkeit und Menschen mit Rassismuserfahrungen ausreichend adressieren zu können, stand der Fragebogen in insgesamt acht Sprachen zur Verfügung: Deutsch, Englisch, Französisch, Spanisch, Türkisch, Arabisch, Russisch und Farsi. Die Erarbeitung des Fragebogens erfolgte in deutscher Sprache. Nach der inhaltlichen Finalisierung übersetzte eine Agentur den Fragebogen. Die Übersetzungen wurden anschließend von sieben Community-Expert*innen mit den jeweiligen Fremdsprachenkenntnissen überprüft und korrigiert.

3.2.3 Datenschutz und Ethikvotum

Eine datenschutzrechtliche Prüfung wurde durchgeführt und das positive Votum der Datenschutzbeauftragten des RKI am 08.11.2021 erteilt. Das positive Ethikvotum der Ärztekammer Berlin wurde am 16.11.2021 erteilt (Antragsnummer: Eth-71/21).

3.2.4 Studienpopulation, Bewerbung der Studie und Feldphase

An der Online-Befragung durften alle Menschen teilnehmen, die sich im trans und/oder nicht-binären Spektrum verorteten, zum Zeitpunkt der Befragung mindestens 18 Jahre alt waren und in Deutschland lebten. Der Fragebogen wurde elektronisch über Voxco Online auf Servern des Robert Koch-Instituts bereitgestellt. Er war sowohl auf Desktop-Computern als auch auf Smartphones ausfüllbar. Die Feldphase der Studie dauerte vom 01.03.2022 bis 01.07.2022. Um eine möglichst hohe Motivation zur Teilnahme und zum vollständigen Ausfüllen der Befragung zu erreichen, konnten alle Teilnehmer*innen am Ende des Fragebogens an einer Verlosung von 20 Wertgutscheinen à 50€ teilnehmen. Die Teilnahme und Erhebung der Daten zur Verlosung erfolgte separat von der Erhebung der Studiendaten, um deren anonyme Erhebung zu gewährleisten.

Da die Zahl der trans und nicht-binären Personen in Deutschland nicht bekannt ist, konnte nicht genau abgeschätzt werden, wie viele Personen für eine solche Studie rekrutiert werden können. Durch eine Einbindung von unterschiedlichen Community-Organisationen und Aktivist*innen aus verschiedenen geographischen Regionen sollte sichergestellt werden, dass eine möglichst große Zahl und ein möglichst breites Spektrum der trans und nicht-binären Communitys angesprochen wurde. Die Befragung wurde über die Projektbeiratsmitglieder, Community-Organisationen, verschiedene Beratungsstellen für trans und nicht-binäre Menschen, Fachgesellschaften und HIV-Schwerpunktpraxen an Community-Mitglieder verteilt. Dies geschah sowohl auf physischem Weg (z.B. durch Verteilung von Visitenkarten mit QR-Code zur Befragung) als auch durch die Verteilung des Befragungs-Links und Online-Banner über E-Mail-Listen und soziale Medien. Die Studie wurde außerdem auf Konferenzen vorgestellt (z.B. Armut und Gesundheit 2022, Münchner AIDS Tage 2022).

Auch das RKI hat die Studie über den eigenen Twitter-Kanal beworben. Der Aufruf zur Teilnahme an der Studie am 28.03.2022 erhielt am Tag der Veröffentlichung und den darauffolgenden Tagen ca. 547.000 Impressionen und insgesamt ca. 26.700 Reaktionen. Unter den Reaktionen auf den RKI-Tweet waren viele zustimmende, aber auch die Studie ablehnende Antworten, welche u.a. zur Manipulation der Daten aufriefen. Im Zeitraum vom 01. bis 27.03.2022 nahmen 339 Personen an der Befragung teil. Vom 28.03. bis 01.04.2022 nahmen 7.193 und vom 02.04 bis 01.07.2022 nahmen 2.152 Personen an der Befragung teil. Es ist zu erwarten, dass vor allem in den Tagen ab dem 28.03.2022, wo die Studie aufgrund der Sichtbarkeit des RKI-Tweets eine erhöhte Aufmerksamkeit von verschiedenen Seiten bekam, eine Mischung von Teilnehmer*innen aus den Zielgruppen und Teilnehmer*innen, die unwahre Angaben machten, in der Studienpopulation enthalten ist.

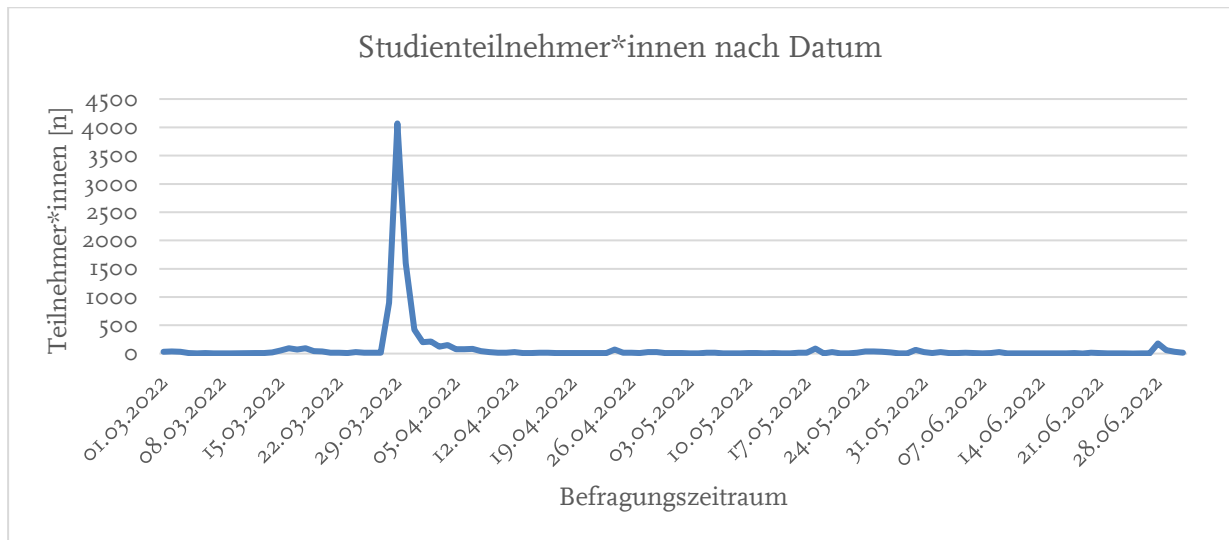


Abbildung 1 Studienteilnehmer*innen nach Datum der Teilnahme

3.2.5 Datenbereinigung

Aufgrund der Manipulationsversuche mussten die Daten sorgfältig geprüft und eine umfangreiche Datenbereinigung durchgeführt werden. Insgesamt enthielt der unbereinigte Datensatz 10.032 Teilnehmer*innen. Anhand folgender Strategien wurden 6.955 verzerrende Teilnahmen identifiziert und von der Analyse ausgeschlossen:

- Teilnehmer*innen, die in Freitext-Fragen negative und verletzende Kommentare in Bezug auf trans und/oder nicht-binäre Menschen gemacht haben
- Personen, die außer den Pflichtangaben (geschlechtliche Identität, Alter, Wohnortgröße) keine weiteren Informationen angegeben haben
- Personen, die während des kritischen Zeitraums in der Woche nach dem RKI-Tweet vom 28.03. bis 01.04.2022 auffällige Antwortmuster aufwiesen, die in der Zeit vorher nur in Ausnahmefällen vorkamen (z.B. in Fragebatterien bei verschiedenen Fragen immer die gleiche Antwort anzukreuzen)
- Darüber hinaus wurden zunächst widersprüchliche Antworten auf verschiedene Fragen im Einzelfall geprüft und mit Unterstützung von Community-Mitgliedern auf Plausibilität diskutiert.

Nach der Datenbereinigung verblieben 3.077 ausgefüllte Fragebögen im Datensatz, die hier die Grundlage der Ergebnisse bilden.

3.2.6 Auswertung

Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte über eine deskriptive Analyse der einzelnen Fragebogenbestandteile. Wo möglich, wurden die Angaben nach relevanten Einflussfaktoren stratifiziert. Die Analyse erfolgt bei kategorialen Variablen als Anteil bzw. Prozentwert. Bei kontinuierlichen, nicht-normalverteilten Variablen wurde der Median und Interquartilabstand bestimmt. Da im Fragebogen die Möglichkeit bestand, Fragen zu überspringen, liegen für unterschiedliche Angaben verschiedene Fallzahlen vor. Um die Aussagekraft der Zahlen einordnen zu können, geben wir die Fallzahlen und fehlenden Werte (missings) an. In einzelnen Fällen kommt es bei Prozentangaben zu Rundungsfehlern, so dass addierte Prozentangaben 100,1% oder

99,9% ergeben. Für die Datenanalyse nutzten wir die Software Stata 17.0 (StataCorp. 2021. Stata Statistical Software: Release 17. College Station, TX: StataCorp LLC).

3.3 Partizipativer Forschungsansatz

Partizipative Forschung will mit den Communitys forschen, statt über sie. In allen Phasen des Projektes haben Community-Mitglieder partizipiert. So konzipierten Vertreter*innen und Aktivist*innen aus trans und nicht-binären Communitys, der Deutschen Aidshilfe und dem Robert Koch-Institut zusammen die Studie. 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.

Das Projekt wurde außerdem über die gesamte Laufzeit von einem Projektbeirat begleitet. Als Vertreter*innen der Communitys konnten unter anderem Max Appenroth, Né Fink, Teo Schlögl (TriQ e.V.), Silvia Rentzsch (TIAM e.V.), Mine Wenzel (BVT*), Manuel Garcia (beyond color, Projektbeiratsmitglied von 2020 bis 2022) gewonnen werden. Mit Dr. Richard Lemke, Dr. Robin Saalfeld, Dr. Christoph Schuler und der wissenschaftlichen Begleitung des Projektteils A, Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voß, wurden wissenschaftliche Perspektiven vertreten. Einzelne Beiratsmitglieder sind Teil der Communitys und weisen zugleich eine wissenschaftliche Expertise in dem Feld der Gesundheit von trans und nicht-binären Personen auf. Das BMG vertrat Binod Mahanty. In der Projektlaufzeit fanden sieben Treffen à drei bis vier Stunden statt. Bei diesen Treffen wurden die Studiendurchführung und die Inhalte besprochen und Entscheidungen für das weitere Vorgehen getroffen. So wurde auf Grundlage einer Entscheidung des Beirats ein geplantes Arbeitspaket im quantitativen Teilprojekt neu ausgerichtet und im weiteren Verlauf neu konzipiert. Insbesondere Perspektiven von Black, Indigenous, People of Color (BIPoC), Personen aus dem neurodiversen Spektrum und unterschiedlichen geschlechtlichen Selbstverortungen haben maßgeblich dazu beigetragen, die Umsetzung des Projektes anzupassen und in Richtung einer verbesserten Einbeziehung intersektionaler Perspektiven zu erweitern. Auf Empfehlung des Beirats wurden im Sensitivity reading sowohl die Broschüre als auch der vorliegende Forschungsbericht durch zwei Community-Mitglieder mit entsprechender lebensweltlicher Expertise hinsichtlich Transmisogynie und Rassismus geprüft.

Den Online-Fragebogen entwickelten wir in fünf Workshops und zwei Online-Komentierungen zusammen mit Community-Vertreter*innen. Die Übersetzungen des Fragebogens in sieben weitere Sprachen wurden von Community-Mitgliedern geprüft (siehe

3.2 Quantitative **Teilstudie**).

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 Ergebnisse wurden im August 2022 zusammen mit zehn Community-Vertreter*innen in einem Auswertungsworkshop über fünf Stunden diskutiert und eingeordnet. Auch die Empfehlungen für die Versorgungslandschaft sowie die Gesamtgesellschaft (siehe Kapitel 6 Empfehlungen) haben wir aus unseren Ergebnissen abgeleitet und im Anschluss ebenfalls auf diesem Auswertungsworkshop diskutiert. Anschließend wurden die Empfehlungen aufgrund der Diskussionsergebnisse nochmals überarbeitet und innerhalb des Projektteams konsentiert.

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 sowie für die Sensitivity readings Aufwandsentschädigungen an die Community-Vertreter*innen gezahlt, um die geleistete Arbeit und die eingebrachte Expertise zu honorieren.

4 Ergebnisse

Insgesamt wurden 3.077 Teilnehmer*innen der Online-Befragung in die Analyse einbezogen, die sich als trans und/oder nicht-binär identifizierten. Da im Fragebogen die Möglichkeit bestand, Fragen zu überspringen, liegen für unterschiedliche Angaben verschiedene Fallzahlen vor, die im Folgenden mit berichtet werden. Je weniger Personen eine Frage beantwortet haben, desto weniger können Aussagen auf die Gesamtheit der Studienteilnehmer*innen verallgemeinert werden.

In die qualitative Analyse wurden insgesamt Daten von 59 Personen einbezogen. Diese umfassen 15 Interviewtranskripte, 10 Interview-Protokolle, 40 Körperumrisse, 38 sexuelle Biographiearbeiten/Zeitstrahle, sechs Online-Boards sowie 18 Extrastatements und 41 Sets demographischer Daten.

Das Ergebniskapitel strukturiert sich entlang der Hauptforschungsfragen und berichtet die Ergebnisse aus dem qualitativen und quantitativen Teilprojekt.

4.1 Beschreibung der Communitys

Trans und nicht-binäre Communitys sind divers, was sich in unterschiedlichen Selbstzeichnungen und deren sehr vielfältigen Lebensrealitäten zeigt. Diese sind nicht nur geprägt durch die individuelle Verortung im trans und/oder nicht-binären Spektrum, sondern gleichzeitig durch weitere soziale Verortungen, Lebensverhältnisse und deren Verwobenheit beeinflusst (z.B. sexuelle Orientierung; Alter; chronische Erkrankungen; körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen/-behinderungen; Herkunft, Staatsangehörigkeit; Hautfarbe; Religion; soziale Herkunft; Wohnungslosigkeit; Familienstatus). Wie divers die Teilnehmer*innen der qualitativen und der quantitativen Teilstudien sind, beschreiben wir im Folgenden. Zunächst beschreiben wir die Diversität der geschlechtlichen Identitäten (4.1.1), der weiteren soziodemographischen Angaben (4.1.2) und abschließend hinsichtlich der Transitionsprozesse (4.1.3).

4.1.1 Geschlechtliche Identitäten

In der Online-Befragung hatten die Befragten die Möglichkeit in einem Freitextfeld ihre geschlechtliche Identität zu benennen bzw. zu beschreiben. Insgesamt gab es 936 unterschiedliche Einträge (siehe Abbildung 2), welche auf eine große Vielfalt an geschlechtlichen Selbstbezeichnungen innerhalb der Communitys verweisen.

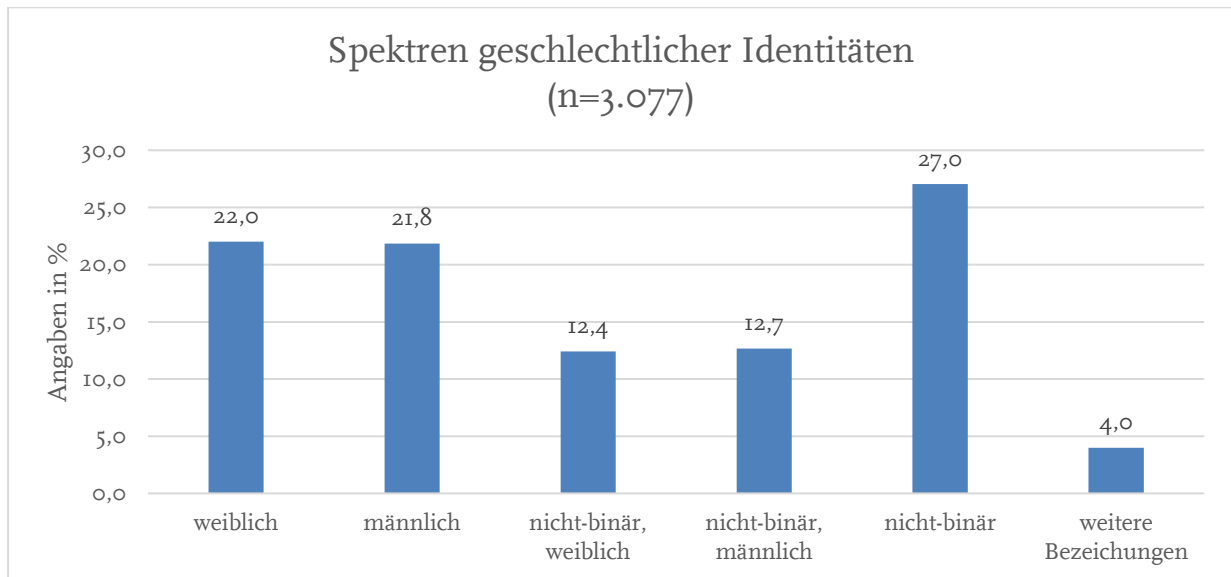


Abbildung 3 Spektralen der geschlechtlichen Identitäten im Rahmen der online Befragung

Mit 27,0% verortete sich der größte Teil der Befragten im nicht-binären Spektrum, gefolgt von 22,0% der Befragten, die sich im weiblichen Spektrum und 21,8% im männlichen Spektrum verorteten. Etwas geringer sind die Fallzahlen für das nicht-binär, männliche Spektrum mit 12,7% und für das nicht-binär, weibliche Spektrum mit 12,4%. Lediglich 4,0% der Befragten nutzten weitere Bezeichnungen, verorteten sich aber grundsätzlich im trans und/oder nicht-binären Spektrum (Abbildung 3).

An der qualitativen Teilstudie nahmen 59 Personen teil. Von 41 Personen liegen demografische Angaben vor. Auch hier ist eine große Diversität in den geschlechtlichen Identitäten zu verzeichnen (Abbildung 5).



Abbildung 4 Geschlechtliche Identitäten, qualitatives Teilprojekt



Abbildung 5 Sexuelle Orientierungen, qualitatives Teilprojekt

Auch die sexuelle Orientierung der Teilnehmer*innen im qualitativen Teilprojekt ist vielfältig (Abbildung 5). Der häufigste Eintrag mit insgesamt sieben Angaben lautete „queer“.

Sie umfasst Angaben wie „pansexuell“ oder „questioning“, aber auch Einträge mit Erklärungen wie „lesbisch/polysexuell (pan ist mir zu weitreichend)“ (DG_Würzburg_Teilnehmer*innen3, Pos. 3) oder „bunt / zu bestimmten Charakteren hingezogen, unabhängig vom Geschlecht“ (DG_Online2_Teilnehmer*innen2, Pos. 3) oder auch rein beschreibende Angaben wie „überwiegend männlich gelesene Menschen“ (DG_Online2_Teilnehmer*innen4, Pos. 3). Insgesamt fünf Personen gaben in irgendeiner Form an, sich auf dem asexuellen Spektrum zu verorten. Eine Person verortete sich als heterosexuell.

Im quantitativen Teilprojekt wurde die Frage nach der sexuellen Orientierung im Rahmen der partizipativen Entwicklung des Fragebogens nicht mit aufgenommen.

4.1.2 Soziodemographische Angaben

Aufgrund der größeren Zahl der Teilnehmer*innen und der breiteren Rekrutierung aus den trans und nicht-binären Communitys, beziehen sich die folgenden Darstellungen der soziodemographischen Angaben auf die Daten der Online-Befragung (Tabelle 2 - Tabelle 4). Welche Gruppen von trans und nicht-binären Personen für die qualitative Teilstudie rekrutiert wurden, kann im Kapitel 3.1 Qualitative Teilstudie nachgelesen werden.

Tabelle 2 Soziodemographische Angaben		n	%
Alter		3.077	
	18-29 Jahre		61,1
	30-39 Jahre		25,1
	40-49 Jahre		8,8
	50 Jahre oder älter		5,0
Höchster Schulabschluss		1.960	
	ohne Abschluss		1,1
	Volks-/ Hauptschulabschluss/ DDR 8. Klasse		1,9
	Realschulabschluss/ Mittlere Reife/ DDR		11,0
	Fachhochschulabschluss		10,5
	Abitur		65,5
	gegenwärtig Schüler*in/ in Ausbildung		7,9
Berufliche Ausbildungs- und Fach-/ Hochschulabschlüsse (Mehrfachangaben möglich)		1.984	
	Anderer Schulabschluss		2,2
	Betriebliche Berufsausbildung (Lehre)		18,8
	Meister, Techniker oder gleichwertiger Fachschulabschluss		3,7
	Bachelor		19,5
	Master, Diplom, Magister, Ingenieur, Staats- oder Lehramtsprüfung		16,5
	Promotion		2,3
	Anderer beruflicher Abschluss		3,9
	Gegenwärtig Auszubildende*r		7,9
	Gegenwärtig Student*in		31,0
Keinen Berufsabschluss		15,4	

Die Mehrheit der Teilnehmer*innen war 18-29 Jahre alt (61,1%), gefolgt von 30-39 Jahren (25,1%) (Tabelle 2). Lediglich ein kleiner Teil der Befragten (5,0%) war 50 Jahre und älter. Insgesamt weisen die Teilnehmer*innen der quantitativen Studie eine hohe formale Bildung auf (Tabelle 2). Über formale Bildungsabschlüsse hinausgehend können Menschen vielseitig gebildet sein, was sich in den folgenden Zahlen nicht ausreichend abbilden lässt. 65,5% der Befragten gaben als höchsten Schulabschluss das Abitur an (missing: 1.117). Lediglich 1,1% der Befragten gab an, keinen Schulabschluss zu haben. Weiterhin konnten die Teilnehmer*innen ihre beruflichen Ausbildungs- und Fach-/ Hochschulabschlüsse angeben (missing: 1.093). Wenn die Befragten mehrere Abschlüsse hatten, war eine Mehrfachnennung möglich. Mit etwa einem Drittel (31,0%) gaben die meisten Befragten an, gegenwärtig zu studieren. 19,5% hatten einen Bachelor-Abschluss und 18,8% eine betriebliche Berufsausbildung. Keinen Berufsabschluss wiesen 15,4% der Teilnehmer*innen auf.

Tabelle 3 Soziodemographische Angaben 2		n	%	
Verfügbares Einkommen		1.930	Kein Einkommen	6,3
			1 – 1.000€	45,3
			1.001€ - 2.000€	29,2
			2.001€ - 3.000€	13,2
			3.001€ - 4.000€	3,3
			4.001€ - 5.000€	1,3
			> 5.000€	1,4
Zurechtkommen mit Geld		1.903	Sehr bis relativ schlecht	29,8
			Relativ bis sehr gut	70,2

Etwa die Hälfte der Befragten verfügte über kein Einkommen (6,3%) oder ein Einkommen bis 1.000€ (45,3%) (missing: 1.147) (siehe Tabelle 3). 29,2% hatten zwischen 1.001 und 2.000€ monatlich und 13,2% zwischen 2.001 und 3.000€ zur Verfügung. Insgesamt verdienten 6,0% der Befragten mehr als 3.000€ pro Monat. Die höheren Einkommensgruppen waren vergleichsweise selten vertreten. 70,2% der Befragten gaben an, mit ihrem verfügbaren Einkommen relativ gut bis sehr gut zurecht zu kommen, wohingegen 29,8% der Befragten ihr Zurechtkommen mit dem Einkommen als relativ bis sehr schlecht einschätzten (missing: 1.174).

Tabelle 4 Soziodemographische Angaben 3			n	%
Beziehungsstatus	2.626	Single		41,1
		Eine*n feste*n Partner*in		35,5
		Mehrere feste*n Partner*innen		11,2
		Eine/ mehrere lose Partnerschaften		6,8
		Ich bin mir nicht sicher		1,7
		Es ist kompliziert		3,6
Verantwortung für Kind(er)	1.973	Nein		91,1
		Ja		8,9
Wohnortgröße	3.051	Metropole (> 1 Mio Einwohner*innen)		24,4
		Großstadt (bis 1 Mio)		36,3
		Mittlere Stadt (bis 100.000)		17,1
		Kleinstadt (bis 20.000)		10,5
		Land/ Dorf (bis 5.000)		9,8
		Wechselnde Unterkünfte verschiedene Orte		1,8
Wohnungslosigkeit	1.963	Nein		89,7
		Ja, aktuell		0,8
		Ja, in der Vergangenheit		9,5

Hinsichtlich des Beziehungsstatus gaben 41,1% der Befragten an, Single zu sein, gefolgt von 35,5% mit einer*m festen Partner*in und 11,2% mit mehreren festen Partner*innen (missing: 451, Tabelle 4). Lose Partnerschaften berichteten 6,8% der Befragten. Insgesamt berichteten 8,9% der Befragten, Verantwortung für ein oder mehrere Kinder zu haben (missing: 1.104).

Die meisten Befragten wohnten in einer Großstadt (36,3%) oder einer Metropole (24,4%) (missing: 26, Tabelle 4). Seltener lebten die Befragten in Kleinstädten (10,5%) oder auf dem Land bzw. in einem Dorf, wo 9,8% der Befragten wohnten. 1,8% der Befragten wohnten in wechselnden Unterkünften an verschiedenen Orten. Von Wohnungslosigkeit waren aktuell oder in der Vergangenheit 10,3% der Befragten betroffen (missing: 1.114, Tabelle 4). Hinsichtlich der Verteilung der Befragten auf die Bundesländer zeigt sich, dass mit 22,9% am häufigsten Nordrhein-Westfalen als Wohnort benannt, gefolgt von Berlin mit 14,7% und von Bayern mit 11,2%. Am seltensten gaben die Befragten das Saarland mit 0,7% und Mecklenburg-Vorpommern mit 0,9% an (missing: 331, Abbildung 6).

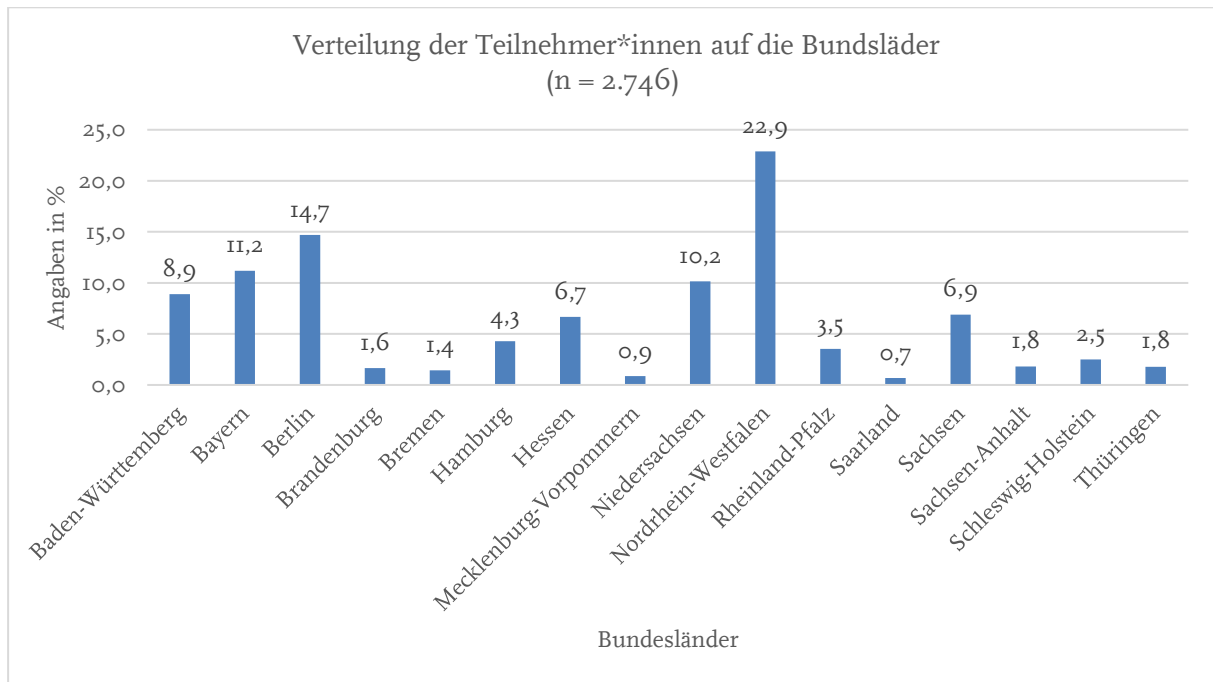


Abbildung 6 Verteilung der Teilnehmer*innen auf die Bundesländer

4.1.3 Transitionsprozesse

Die Ergebnisse der Online-Befragung zeigen, wie divers Transitionsprozesse sind und es auch innerhalb der Geschlechterspektren keinen vorgefertigten Weg gibt. 2.985 Personen machten Angaben, wann sie anfangen, sich ihrer geschlechtlichen Identität bewusst zu werden (missing: 92). Der Median liegt bei einem Wert von 15 Jahren (Interquartilabstand 11-20). Der Bewusstwerdungsprozess liegt im Median bei 3 Jahren (Interquartilabstand 2-5, n = 2.937, missing: 140) und endet im Median mit 19 Jahren (Interquartilabstand 15-25, n = 2.939, missing: 138). Von 3.010 Befragten haben 91,0% bereits einer anderen Person ihre geschlechtliche Identität mitgeteilt (äußeres Coming-out, missing: 67). Die Befragten waren zu diesem Zeitpunkt im Median ca. 21 Jahre alt (Interquartilabstand 17-26, n = 2.744, missing: 333). Mit 87,6% gaben die meisten Befragten an, dass es in ihrem Leben eine oder mehrere Phasen gab, in denen sie versucht haben, in ihrem bei Geburt zugeschriebenen Geschlecht zu leben (n = 2.691, missing: 386). Zum Zeitpunkt der Befragung gab mit 53,8% etwa die Hälfte der Befragten an, im Alltag entsprechend ihrer geschlechtlichen Identität zu leben, 40,7% taten dies teilweise und 5,6% nicht (n = 2.914, missing: 163).

Infobox 5 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 spezifische medizinische Maßnahmen in Anspruch, um im Alltag in ihrer geschlechtlichen Identität anerkannt zu werden (z.B. Hormontherapie und Bartepilation bei trans Frauen oder Hormontherapie und 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. Manche nicht-binären 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).

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 Geschlechterrolle.

Von den angleichenden Maßnahmen, um das eigene Erscheinungsbild (engl. gender expression) und/oder den Körper der geschlechtlichen Identität anzupassen, werden von den meisten Befragten Anpassungen im alltäglichen Leben genutzt (Tabelle 5).

Tabelle 5 Angleichende Maßnahmen im alltäglichen Leben	n	%
Neuer oder angepasster Vorname verwendet	2.657	77,2
Angepasstes Pronomen verwendet	2.657	79,9
Geschlechtsausdruck angepasst (z.B. Verhalten, Stimme, Gangart, Kleidung)	2.657	76,0
Nicht-operative körperliche Anpassungen vorgenommen (z.B. Rasur, Frisur, Tattoos, Packing, Tucking, Binding, Epithese, Piercing, Kosmetik)	2.657	78,3

Etwa 4 von 5 Befragten gaben an, dass sie ein angepasstes Pronomen verwenden (missing: 420). Vergleichbar viele Personen (78,3%) berichteten von nicht-operativen körperlichen Anpassungen, wie beispielsweise einer Rasur, das Frisieren und Styling der Haare, die Verwendung von Kosmetika, Tätowierungen und Piercings, das Praktizieren von Packing, Tucking, Binding und/oder die Verwendung einer Epithese (siehe [Infobox 6](#), (missing: 420)). 77,2% der Befragten verwendeten einen selbstgewählten, neuen oder angepassten Vornamen (missing: 420) und 76,0% haben ihren Geschlechtsausdruck beispielsweise in ihrem Verhalten, ihrer Stimme, der Gangart und Kleidung ihrer geschlechtlichen Identität angepasst (missing: 420).

Deutlich seltener werden medizinische Maßnahmen in Anspruch genommen, um den Geschlechtsausdruck der geschlechtlichen Identität anzupassen ([Abbildung 7](#) und [Tabelle 6](#)). Von den medizinischen Maßnahmen zur Anpassung des Geschlechtsausdrucks werden am häufigsten eine Hormontherapie (47,8%), gefolgt von einer Epilation (21,4%), einer Brust-OP (18,8%) und Logopädie (15,2%) in Anspruch genommen.

Infobox 6 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 und nicht-binären Kontexten bezieht sich „Epithese“ meist auf Penis-Hoden-Epithesen oder Brüste-Epithesen.

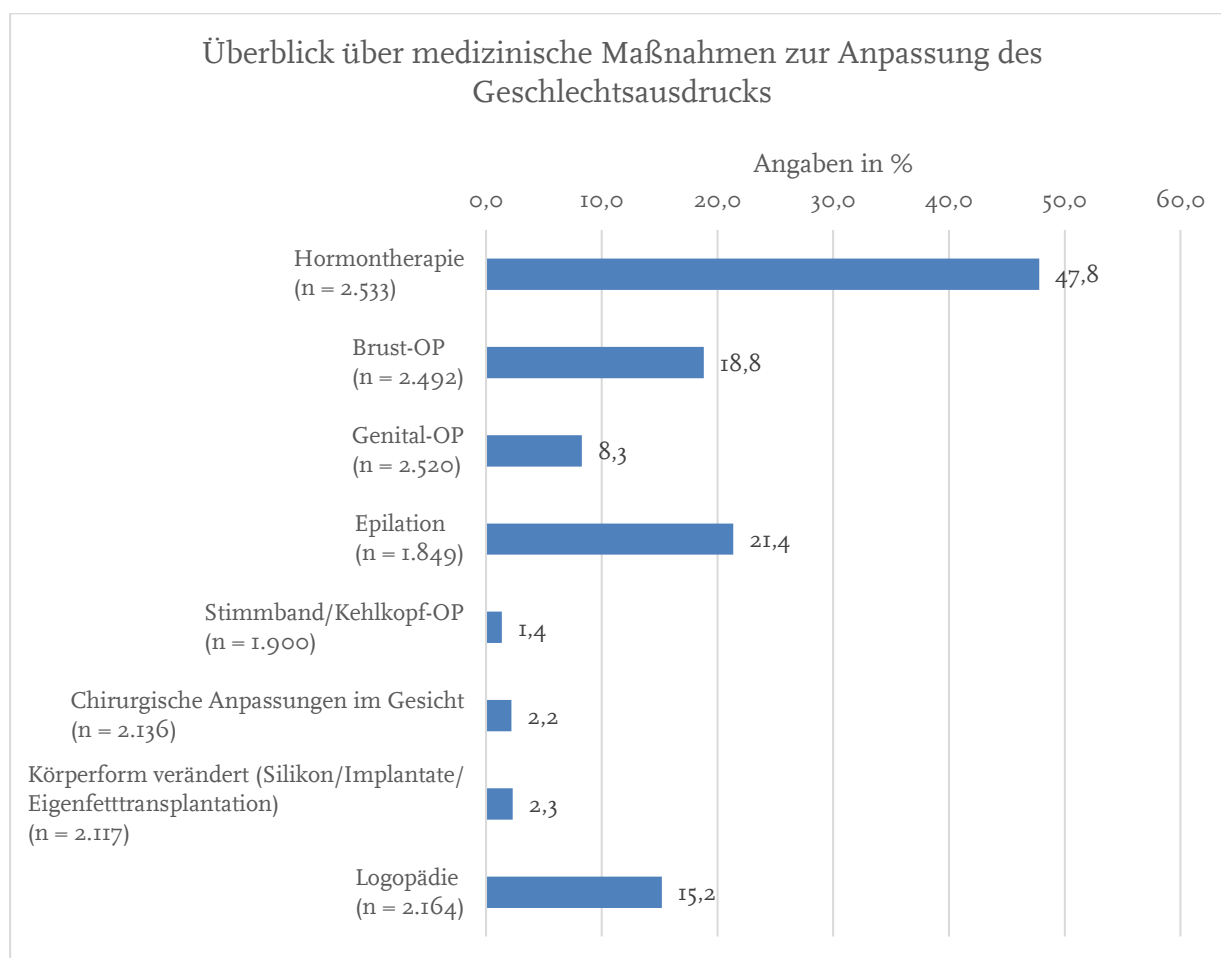


Abbildung 7 Überblick über medizinische Maßnahmen zur Anpassung des Geschlechtsausdrucks

Die verschiedenen geschlechtlichen Spektren weisen ein jeweils verschiedenes Profil von Maßnahmen auf, die diese besonders häufig oder eher durchführen lassen. In der [Abbildung 8](#) werden die häufigsten genutzten medizinischen Maßnahmen nach Geschlechterspektren aufgeschlüsselt. Die Fallzahlen für die Stimmband-/Kehlkopf-OP, chirurgische Anpassungen im Gesicht sowie für die Veränderungen der Körperform durch Silikon, Implantate oder Eigenfetttransplantation sind zu gering, um eine belastbare Aufschlüsselung nach Spektren geschlechtlicher Identitäten vorzunehmen.

Tabelle 6 Überblick über medizinische Maßnahmen zur Anpassung des Geschlechtsausdrucks

Medizinische Maßnahmen	n	In Anspruch genommen (%)	Geplant (%)	Unsicher (%)	Nicht gewollt (%)	Nicht möglich (%)
Hormontherapie	2.533	47,8	16,9	17,2	14,2	3,8
Weibliches Spektrum	537	71,5	19,6	2,6	3,0	3,4
Männliches Spektrum	595	74,8	18,7	2,9	1,3	2,4
Nicht-binär, weibliches Spektrum	296	36,8	14,5	14,2	30,1	4,4
Nicht-binär, männliches Spektrum	355	45,4	24,2	20,0	7,9	2,5
Nicht-binäres Spektrum	750	15,1	11,2	38,9	29,2	5,6

Brust-OP	2.492	18,8	31,6	26,2	19,2	4,2
Weibliches Spektrum	510	9,4	23,7	40,2	23,7	2,9
Männliches Spektrum	598	46,5	45,8	4,0	1,7	2,0
Nicht-binär, weibliches Spektrum	290	2,1	10,7	40,3	37,9	9,0
Nicht-binär, männliches Spektrum	355	23,7	48,7	13,5	10,1	3,9
Nicht-binäres Spektrum	739	7,2	25,4	35,0	27,2	5,1
Genital-OP	2.520	8,3	17,2	27,2	45,0	2,3
Weibliches Spektrum	532	20,9	41,9	23,1	11,7	2,4
Männliches Spektrum	592	11,5	21,1	43,8	21,3	2,4
Nicht-binär, weibliches Spektrum	300	4,3	12,3	25,3	54,0	4,0
Nicht-binär, männliches Spektrum	355	2,5	5,1	33,0	57,5	2,0
Nicht-binäres Spektrum	741	1,1	4,0	14,8	78,3	1,8
Epilation	1.849	21,4	18,6	14,1	43,2	2,8
Weibliches Spektrum	540	51,7	32,0	6,7	6,5	3,1
Männliches Spektrum	227	5,3	10,6	17,6	64,8	1,8
Nicht-binär, weibliches Spektrum	290	24,8	25,5	14,5	32,1	3,1
Nicht-binär, männliches Spektrum	169	1,8	5,9	19,5	70,4	2,4
Nicht-binäres Spektrum	623	4,7	10,0	17,5	65,0	2,9
Stimmband/Kehlkopf- OP	1.900	1,4	4,6	19,2	72,5	2,4
Weibliches Spektrum	520	3,5	11,0	35,2	47,3	3,1
Männliches Spektrum	245	1,6	3,3	11,4	82,4	1,2
Nicht-binär, weibliches Spektrum	287	0,7	5,2	20,2	68,6	5,2
Nicht-binär, männliches Spektrum	202	0,0	1,5	8,4	88,6	1,5
Nicht-binäres Spektrum	646	0,3	0,6	12,2	85,6	1,2
Chirurgische Anpassungen im Gesicht	2.136	2,2	6,9	20,1	67,0	3,7
Weibliches Spektrum	523	7,6	15,5	33,7	35,4	7,8
Männliches Spektrum	344	0,6	3,5	12,8	82,3	0,9
Nicht-binär, weibliches Spektrum	297	1,3	9,1	26,9	56,9	5,7
Nicht-binär, männliches Spektrum	272	0,0	2,6	9,2	84,9	3,3
Nicht-binäres Spektrum	700	0,3	2,9	15,0	80,6	1,3

Körperform verändert (Silikon/ Implantate/ Eigenfetttransplantation)	2.117	2,3	4,8	21,4	69,3	2,2
Weibliches Spektrum	521	5,4	10,2	34,9	46,4	3,1
Männliches Spektrum	342	2,9	4,7	16,7	73,4	2,3
Nicht-binär, weibliches Spektrum	294	1,4	4,4	27,6	63,6	3,1
Nicht-binär, männliches Spektrum	271	0,7	3,3	12,9	80,1	3,0
Nicht-binäres Spektrum	689	0,7	1,6	14,1	82,7	0,9
Logopädie	2.164	15,2	15,8	28,0	39,0	2,0
Weibliches Spektrum	513	39,0	27,5	16,4	14,8	2,3
Männliches Spektrum	382	10,5	8,6	25,4	54,5	1,0
Nicht-binär, weibliches Spektrum	285	14,7	17,9	25,6	40,0	1,8
Nicht-binär, männliches Spektrum	296	6,8	11,8	34,8	43,6	3,0
Nicht-binäres Spektrum	688	3,9	11,9	36,0	46,1	2,0

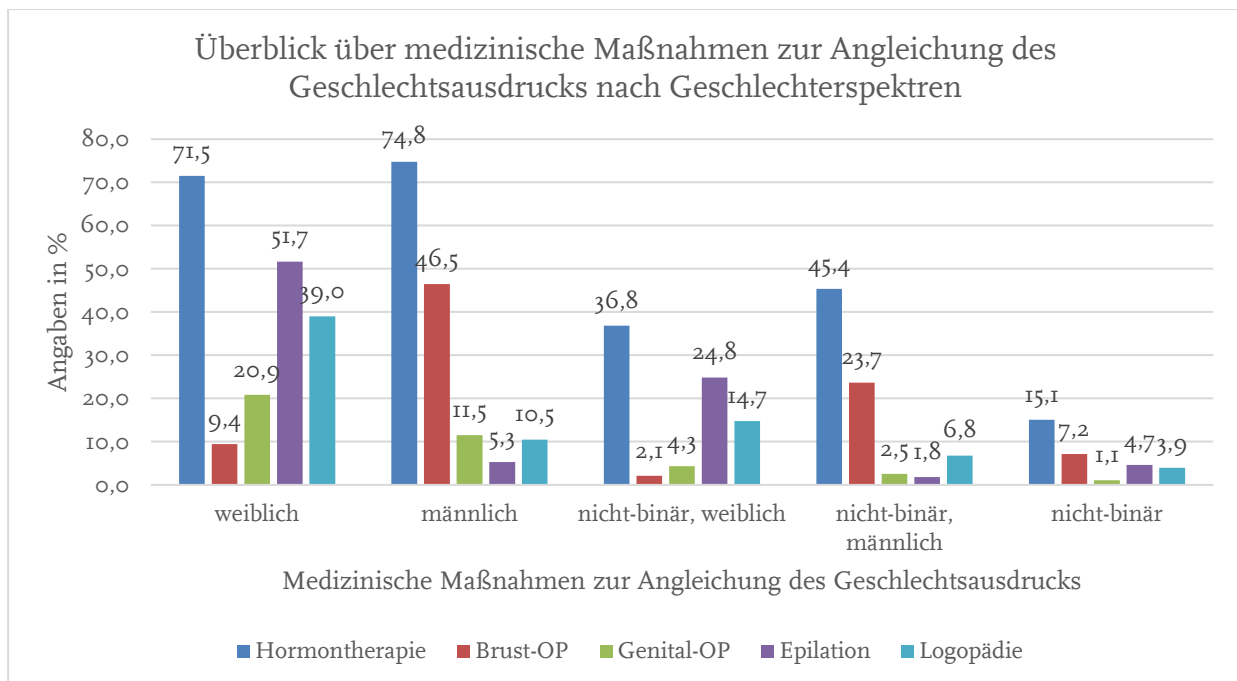


Abbildung 8 Vorgenommene medizinische Maßnahmen nach Geschlechterspektren

Binär weiblich bzw. männlich verortete Personen nehmen die meisten medizinischen Anpassungsmaßnahmen und einzelne davon am häufigsten in Anspruch. Dies betreffen insbesondere die Hormontherapie und angleichende Operationen der Genitalien (weibliches Spektrum: 71,5% und 20,9%, männliches Spektrum: 74,8% und 11,5%). Die Hälfte der Personen im weiblichen Spektrum nahm eine Epilation in Anspruch (51,7%) und noch 39,0% eine Logopädie. Personen im männlichen Spektrum nahmen fast zur Hälfte eine Operation der Brust (46,5%) und ein kleinerer Teil auch Logopädie (10,5%) in Anspruch. Personen im nicht-binär, weiblichen Spektrum nahmen insbesondere eine Hormontherapie (36,8%), eine Epilation (24,8%) und Logopädie (14,7%) in Anspruch. Knapp die Hälfte der Personen im nicht-binär, männlichen Spektrum nahm eine Hormontherapie (45,4%) in Anspruch und noch ein Viertel ließ eine

Operation der Brust (23,7%) durchführen. Personen im nicht-binären Spektrum nahmen am seltensten medizinische Angleichungsmaßnahmen in Anspruch. Am häufigsten wurden eine Hormontherapie (15,1%) und eine Brust-OP (7,2%) angegeben.

Die Ergebnisse zu rechtlichen Anpassungen an die geschlechtliche Identität werden im Folgenden im Überblick dargestellt (siehe Tabelle 7). Insgesamt haben ein Drittel der Befragten rechtliche Anpassungen wie eine Vornamensänderung (31,5%, missing: 477) und/oder eine Personenstandsänderung (29,9%, missing: 480) vorgenommen bzw. befinden sich im Verfahren (6,3% und 5,9%) (siehe Tabelle 7). Ein kleinerer Teil der Befragten möchte keine Änderung des Vornamens und des Personenstands (7,3% und 4,2%) oder diese ist nicht möglich (9,0% und 15,7%).

Tabelle 7 Rechtliche Anpassungen an die geschlechtliche Identität

Rechtliche Anpassungen	n	Abgeschlossen (%)	Im Verfahren (%)	Geplant (%)	Unsicher (%)	Nicht gewollt (%)	Nicht möglich (%)
Vornamensänderung	2.600	31,5	6,3	31,7	14,0	7,3	9,1
Personenstandsänderung	2.597	29,9	5,9	31,0	13,3	4,2	15,7

Differenziert nach Spektren geschlechtlicher Identitäten zeigt sich, dass binär verortete Personen deutlich häufiger beide rechtliche Änderungen vornehmen als Personen, die sich auch oder ausschließlich im nicht-binären Spektrum verorten (Tabelle 8).

Tabelle 8 Vornamens- und Personenstandsänderung nach Spektren geschlechtlicher Identitäten

Vornamensänderung (VÄ) (n=2.575)	Abgeschlossen, im Verfahren oder geplant (%)		Unsicher (%)		Nicht gewollt oder nicht möglich (%)	
	VÄ	PÄ	VÄ	PÄ	VÄ	PÄ
Personenstandsänderung (PÄ) (n=2.574)						
Weibliches Spektrum	90,1	89,1	5,0	6,1	4,8	4,8
Männliches Spektrum	94,5	94,5	3,7	3,3	1,8	2,2
Nicht-binär, weibliches Spektrum	52,4	49,2	19,5	21,6	28,0	29,2
Nicht-binär, männliches Spektrum	70,4	66,0	14,4	14,4	15,2	19,6
Nicht-binäres Spektrum	43,1	37,5	25,6	22,3	31,3	40,2

So haben 94,5% der Personen im männlichen Spektrum und 90,1% der Personen im weiblichen Spektrum eine Vornamensänderung entweder vorgenommen, geplant oder sind im Verfahren (missing: 502). Die Zahlen zur Personenstandsänderung sind mit 94,5% im männlichen und mit 89,1% im weiblichen Spektrum fast identisch (missing: 503). Geringer sind die entsprechenden Zahlen bei Menschen, die sich auch oder ausschließlich im nicht-binären Spektrum verorten. 70,4% der Befragten im nicht-binär, männlichen Spektrum hatten eine Vornamensänderung und 66,0% dieser Gruppe eine Personenstandsänderung vorgenommen, geplant oder befanden sich zum Befragungszeitpunkt im Verfahren. Geringer sind die Zahlen für nicht-binär, weibliche und nicht-binäre Personen (Tabelle 8). Personen, die sich im nicht-binären

Spektrum verorteten, gaben mit 31,3% und 40,2% am häufigsten an, dass eine Änderung des Vornamens und des Personenstands nicht gewollt oder möglich ist.

Im Rahmen der Online-Befragung wurde außerdem erhoben, ob und welche Hürden sich die Teilnehmer*innen ausgesetzt sahen, die sie aktuell daran hindern oder in der Vergangenheit gehindert haben, rechtliche und medizinische Angleichungen an ihre geschlechtliche Identität vorzunehmen (Tabelle 9). Insgesamt 2.506 Befragte machten Angaben dazu, ob die finanzielle Situation eine mögliche Hürde war (missing: 571). Von diesen gaben 70,7% an, dass dies aktuell und/oder in der Vergangenheit eine Hürde für sie darstellt bzw. dargestellt hat. Weitere 18,3% gaben an, dass dies keine Hürde für sie dargestellt hat und 11,0% gaben an, dass eine solche Hürde auf ihre Situation nicht zutrifft. Bezüglich Hürden im Rahmen der beruflichen Situation gaben 56,4% an, dass diese aktuell und/oder in der Vergangenheit eine Rolle gespielt haben (missing: 564). Demgegenüber gaben 29,4% an, dass dies für sie keine Hürde dargestellt hat und 14,2% gaben an, dass dies auf sie nicht zutrifft.

Infobox 7 Regeln des medizinischen Transitionssystems

Das Recht auf die Kostenübernahme von geschlechtsangleichenden Maßnahmen leitet sich bis heute aus einem Urteil des Bundessozialgerichts von 1987 ab. Die 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 hatte und trotzdem einen "krankheitswertigen Leidensdruck" am eigenen Körper hatte, der sich nur durch die Transition auflösen lies.

Deshalb schreibt die Begutachtungsanleitung "Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus" des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), umgangssprachlich oft „MDK-Richtlinien“ genannt, auch in der aktuellen Fassung von 2020 noch hohe Hürden für eine Transition vor [93]. Nämlich, dass trans Personen sowohl einen krankheitswertigen Leidensdruck nachweisen, als auch nachweisen, dass alle psychiatrischen und psychotherapeutischen Mittel "ausgeschöpft" seien, 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.

In der medizinisch-fachlichen S3-Leitlinie "Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit" der AWMF von 2018 wird das anders empfohlen [94]. 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 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.

Im Rahmen der Befragung wurden verschiedene Hürden für die körperliche und/oder rechtliche Transition abgefragt (Abbildung 9).

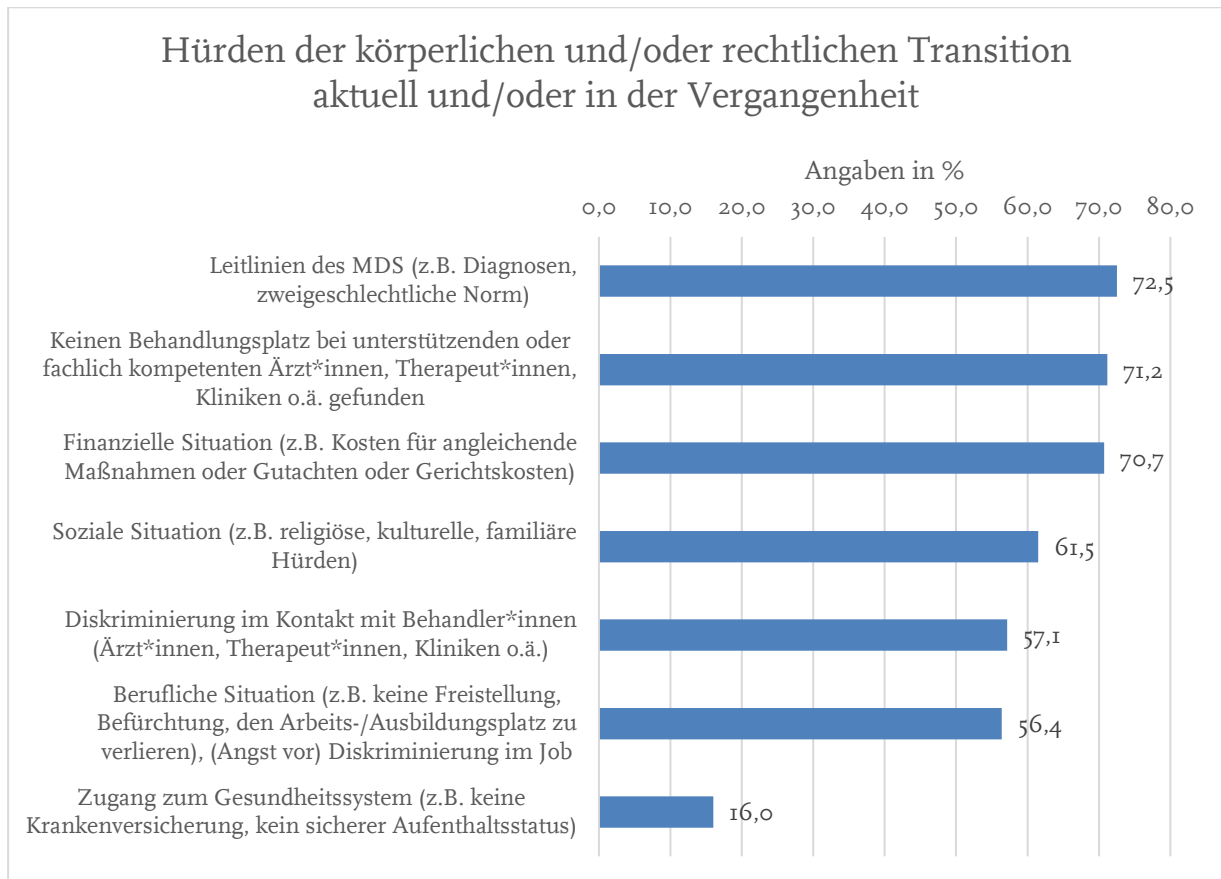


Abbildung 9 Hürden für körperliche und/oder rechtliche Anpassungen in der Vergangenheit und/oder Gegenwart

Der Zugang zum Gesundheitssystem stellt für 16,0% eine aktuelle und/oder in der Vergangenheit vorhandene Hürde da (missing: 551), wohingegen dies für 62,0% keine Hürde darstellte und für 22,0% nichtzutreffend war (Tabelle 9). Deutlich höher war jedoch der Anteil derjenigen, die angaben, dass sie Schwierigkeiten hatten, einen geeigneten Behandlungsplatz für die Transition zu finden, zu der 2.447 Teilnehmer*innen Angaben machten (missing: 630). Für 71,2% dieser Befragten stellte dies eine aktuelle und/oder in der Vergangenheit liegende Hürde da, für 16,2% keine Hürde und für 12,6% war dies nichtzutreffend. Diskriminierungserfahrungen im Kontakt mit Behandler*innen waren für 57,1% eine Hürde, der sie sich zum Befragungszeitpunkt oder in der Vergangenheit gegenübersehen (missing: 706). 25,4% gaben dies nicht als Hürde im Rahmen ihrer Transition an und 17,4% gaben an, dass diese Hürde nicht auf sie zutraf. Bezüglich der Leitlinien des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDS-Leitlinien) machten 2.272 Befragte eine Angabe, ob diese eine Hürde im Rahmen ihrer Transition darstellten (missing: 805). Insgesamt 72,5% gaben an, dass diese eine Hürde zum Befragungszeitraum und/oder in der Vergangenheit darstellten, für 14,9% waren diese keine Hürde und 12,5% gaben an, dass dies nicht auf ihre Situation zutrifft. Weiterhin wurde abgefragt, ob sich die Befragten im Rahmen der sozialen Situation Hürden auf dem Weg der Transition gegenübersehen und 2.552 Teilnehmer*innen machten hierzu Angaben (missing: 525). Von diesen gaben 61,5% an, dass sie Hürden in der sozialen Situation hatten, 30,5% gaben an, dass sie keine Hürden hatten und 8,0% gaben an, dass dies nicht auf sie zutrifft.

Tabelle 9 Hürden auf dem Weg der körperlichen und/oder rechtlichen Transition

	n	Keine Hürde (%)	Hürde in der Vergangenheit (%)	Aktuell eine Hürde (%)	Aktuell und in der Vergangenheit eine Hürde (%)	Trifft nicht zu (%)
Finanzielle Situation (z.B. Kosten für angleichende Maßnahmen oder Gutachten oder Gerichtskosten)	2.506	18,3	15,7	25,3	29,7	11,0
Berufliche Situation (z.B. keine Freistellung, Befürchtung, den Arbeits-/ Ausbildungsplatz zu verlieren, (Angst vor Diskriminierung im Job)	2.514	29,4	17,1	19,6	19,8	14,2
Zugang zum Gesundheitssystem (z.B. keine Krankenversicherung, kein sicherer Aufenthaltsstatus)	2.526	62,0	6,0	4,9	5,1	22,0
Keinen Behandlungsplatz bei unterstützenden oder fachlich kompetenten Ärzt*innen, Therapeut*innen, Kliniken o.ä. gefunden	2.447	16,2	26,3	19,9	25,0	12,6
Diskriminierung im Kontakt mit Behandler*innen (Ärzt*innen, Therapeut*innen, Kliniken o.ä.)	2.371	25,4	24,4	10,7	22,0	17,4
Leitlinien des MDS (z.B. Diagnosen, zweigeschlechtliche Norm)	2.272	14,9	15,0	23,8	33,8	12,5
Soziale Situation (z.B. religiöse, kulturelle, familiäre Hürden)	2.552	30,5	21,3	14,5	25,7	8,0

4.1.4 Berichtete Erfahrungen von Diskriminierung und Benachteiligung

Trans und nicht-binäre Menschen berichten in verschiedenen Lebensbereichen von Diskriminierungserfahrungen und Benachteiligungen. Im quantitativen Studienteil stellten wir den Teilnehmer*innen Fragen, inwiefern ihre geschlechtliche Identität respektiert wird bzw. sie sich in diesem Zusammenhang diskriminiert fühlten (Abbildung 10). 39,7% der Befragten gab an, dass ihre geschlechtliche Identität manchmal oder nie respektiert werde und mehr als die Hälfte der Befragten (60,3%) berichtete, dass dies meistens oder immer der Fall sei (missing: 463). Dennoch gaben auch fast zwei Drittel der Teilnehmer*innen (62,4%) an, dass sie im Zusammenhang mit ihrer geschlechtlichen Identität manchmal und 22,1%, dass sie meistens oder immer diskriminiert werden (missing: 790).

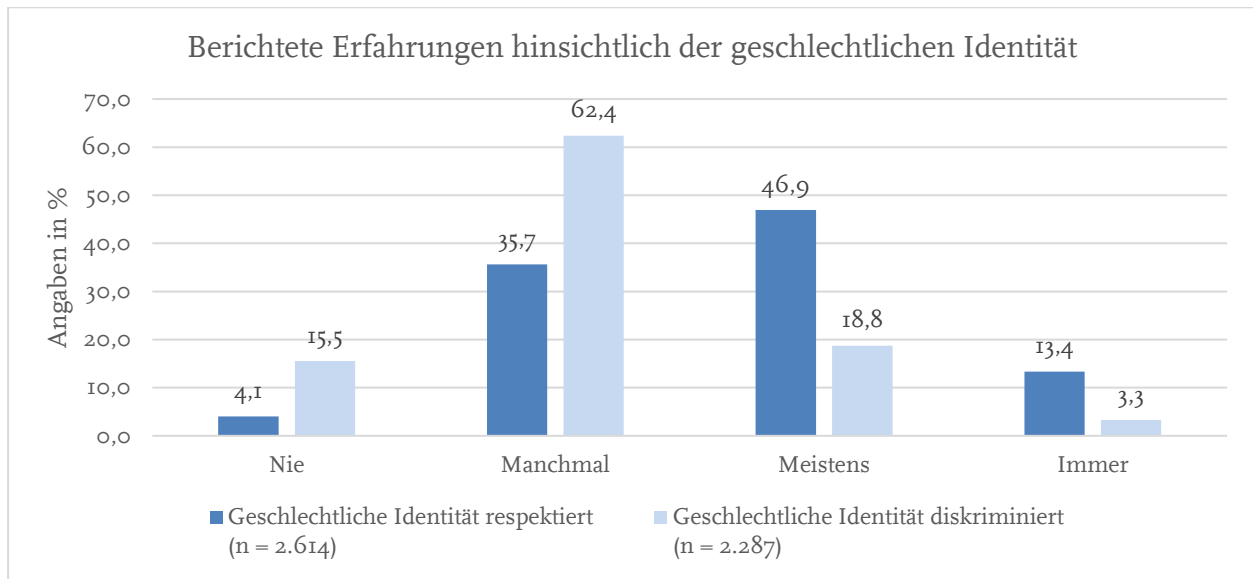


Abbildung 10 Berichtete Erfahrungen hinsichtlich der geschlechtlichen Identität

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, sowie 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 (siehe [Infobox 2](#)).

Die Teilnehmer*innen der quantitativen Teilstudie wurden nach verschiedenen möglichen Benachteiligungen, Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen gefragt. Die entsprechenden Items wurden partizipativ erarbeitet. Erfragt wurden Erfahrungen im alltäglichen Leben, in medizinischen und sexuellen Kontexten sowie nach Benachteiligungen in den Bereichen Bildung, Beruf und Wohnen, die materielle bzw. finanzielle Nachteile mit sich bringen. Weitere detaillierte Angaben zu den jeweiligen Kontexten und Ausformungen der berichteten Erfahrungen konnten im Rahmen der quantitativen Befragung nicht erhoben werden, so dass die einzelnen Erfahrungen hier nicht weiter eingeordnet oder bewertet werden können. Die berichteten Daten beruhen auf den Erfahrungen und Einschätzungen der Teilnehmer*innen.

Jemals eine Form von Rassismus erfahren zu haben, gaben insgesamt 19,8% der Befragten an (n = 1.934, missing: 1.143). Mögliche Rassismuserfahrungen wurden in der partizipativ angelegten Studie in verschiedenen Kontexten abgefragt (Tabelle 10). Wenn eine Person mindestens einem der Items im Fragebogen zustimmte, wurde sie zu der Personengruppe hinzugezählt, die berichteten, jemals eine Form von Rassismus erfahren zu haben.

Tabelle 10 Berichtete Rassismuserfahrungen in verschiedenen Kontexten

	n	Nie (%)	In den letzten 12 Monaten (%)	In den letzten 5 Jahren (%)	Vor über 5 Jahren (%)
Ich habe (rassistische) Mikroaggressionen erfahren (z.B. „woher kommst du denn wirklich?“ oder „du sprichst aber gut Deutsch“, mein Name wurde oft falsch ausgesprochen), (alltäglicher Kontext)	1.836	86,0	8,1	4,0	2,0
Ich habe Rassismus erfahren (z.B. Anti-Schwarzer Rassismus, Antimuslimischer Rassismus, Anti-Asiatischer Rassismus, Rassismus gegen Sinti*zze und Rom*nja, Antislawismus, Rassismus gegen indigene Menschen, Migrantismus), (alltäglicher Kontext)	1.818	90,8	4,3	2,3	2,6
Ich erfahre Rassismus auf dem Wohnungs- und Arbeitsmarkt und bin dadurch stark benachteiligt , (Kontext Benachteiligungen)	1.710	96,5	1,9	0,8	0,8
Ich habe Rassismus erfahren (Benachteiligung bei der Terminvergabe, Unhöflichkeit und Respektlosigkeit, gesundheitliche Folgen ausgelöst durch Rassismus / Minderheitenstress werden ignoriert, grobe Behandlung, Verweigerung von Behandlung aufgrund von angenommenen Eigenschaften (z.B. geringerem Schmerzempfinden), Belehrungen, Krankschreibungen werden verweigert, Schmerzen werden nicht ernst genommen, Fehldiagnosen wurden wegen eurozentristischer Ausbildung gestellt (z.B. Nichterkennen von Hauterkrankungen bei anderer Hautfarbe), ich musste mich rechtfertigen, warum ich keine medizinische Behandlung in „meinem Herkunftsland“ gemacht habe.), (medizinischen Kontext)	1.678	95,9	2,7	1,0	0,4
Meine Identität als trans oder nicht-binäre Person wurde nicht ernst genommen aufgrund von Rassismus , (medizinischer Kontext)	1.639	98,8	1,0	0,1	0,1
Ich habe Rassismus erfahren (Ablehnung aufgrund meiner Hautfarbe, meiner Gesichtszüge, meiner Körperformen, meiner Haare, meiner Sprache, meiner Herkunft und damit verbundenen Stereotypen), (sexueller Kontext)	1.493	94,2	3,1	1,3	1,5
Ich wurde auf rassistisch-fetischisierende Weise angesprochen . (sexueller Kontext)	1.496	92,4	4,0	2,3	1,3

Weitere mögliche Diskriminierungserfahrungen wurden ebenfalls erhoben, die verschiedene intersektionale Aspekte und Zugehörigkeiten umfassen: Von Antisemitismuserfahrungen berichteten 3,1% der

Teilnehmer*innen (n = 1.817, missing: 1.260) und von Altersdiskriminierung 41,2% der Befragten (n = 1.698, missing: 1.379). Aufgrund des Körpergewichts gaben 49,8% der Befragten an, jemals diskriminiert worden zu sein (n = 1.856, missing: 1.221). Mögliche Diskriminierungserfahrungen im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen sowie Behinderung/ Beeinträchtigung wurden für den sexuellen Kontext abgefragt und von 15,0% der Befragten berichtet (n = 1.443, missing: 1.634).

Im Folgenden stellen wir detailliert weitere mögliche Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen im täglichen Leben vor, wie sie in der Online-Befragung erhoben wurden. Dabei wurde auch erhoben, wann diese Erfahrungen die Teilnehmer*innen das letzte Mal gemacht haben (Tabelle 11).

Tabelle 11 Berichtete mögliche Diskriminierungserfahrungen im täglichen Leben

	n	Nie (%)	In den letzten 12 Monaten (%)	In den letzten 5 Jahren (%)	Vor über 5 Jahren (%)
Ich wurde mit Blicken oder Gesten herabgesetzt (z.B. angestarrt).	1.801	5,9	73,1	14,7	6,3
Ich wurde beleidigt, beschimpft oder ausgelacht.	1.847	13,9	49,3	23,5	13,3
Mir wurde gedroht, mich zu verlassen oder den Kontakt abzubrechen.	1.811	59,6	13,6	16,8	9,9
Personen haben den Kontakt zu mir abgebrochen.	1.739	38,1	20,5	27,3	14,1
Ich wurde mit einem falschen Pronomen oder einem Namen angesprochen, den ich nicht mehr nutze.	1.839	8,5	79,8	8,3	3,4
Meine geschlechtliche Identität wurde nicht ernst genommen.	1.813	7,7	73,5	14,2	4,6
Mir wurde gesagt, dass ich psychisch krank bin.	1.735	28,1	48,5	17,2	6,2
Mir wurde gesagt, dass ich mich psychotherapeutisch behandeln lassen sollte, um meine geschlechtliche Identität zu verändern.	1.838	52,0	26,5	14,7	6,8
Mir wurden unangemessene Fragen zu meinem Körper oder zu meiner Sexualität gestellt.	1.863	14,1	65,3	16,3	4,3
Mir wurde gedroht, mich als trans bzw. nicht-binär zu outen.	1.854	86,8	6,9	4,6	1,7
Ich wurde ungefragt geoutet.	1.823	38,1	40,7	17,1	4,1
Ich wurde lächerlich gemacht.	1.789	21,3	42,6	20,0	16,1
Ich wurde gegen meinen Willen fotografiert oder gefilmt.	1.459	46,4	24,9	18,3	10,4
Mir wurde Gewalt angedroht oder ich wurde körperlich bedroht.	1.863	41,4	20,7	18,9	18,9
Ich wurde körperlich angegriffen.	1.868	55,5	8,2	14,1	22,2
Ich habe Morddrohungen erhalten.	1.872	80,9	5,9	6,4	6,7

Mit 94,1% haben fast alle Teilnehmer*innen jemals die Erfahrung gemacht, mit Blicken oder Gesten herabgesetzt (z.B. angestarrt) worden zu sein (missing: 1.276). Fast ebenso viele Personen gaben an, dass ihre geschlechtliche Identität nicht ernst genommen wurde (92,3%, missing: 1.264) oder sie mit einem falschen Pronomen oder einem Namen angesprochen wurden, den sie nicht mehr nutzten (91,5%, missing: 1.238). Fast die Hälfte der Befragten (44,5%) berichtete zudem, dass sie jemals körperlich angegriffen wurden (missing: 1.209) und 19,1% haben jemals Morddrohungen erhalten (missing: 1.205).

Weiterhin haben wir verschiedene Erfahrungen von Benachteiligungen in den Bereichen Bildung, Beruf und Wohnen erhoben, mit denen materielle bzw. finanzielle Nachteile einhergehen können (Tabelle 12).

Tabelle 12 Berichtete Benachteiligungen in den Bereichen Bildung, Beruf und Wohnen

	n	Nie (%)	In den letzten 12 Monaten (%)	In den letzten 5 Jahren (%)	Vor über 5 Jahren (%)
Ich habe meine Papiere/ Dokumente nicht geändert bekommen.	1.581	58,3	25,7	11,9	4,1
Ich konnte eine Ausbildung nicht machen oder eine Schule oder Universität nicht besuchen.	1.777	75,9	7,0	8,5	8,6
Mir wurde gekündigt oder ich musste eine Bildungseinrichtung verlassen.	1.807	79,0	5,6	8,6	6,8
Ich wurde vom Jobcenter als unvermittelbar eingestuft.	1.698	91,8	2,9	2,5	2,8
Ich wurde im Berufs- und/ oder Bildungsbereich gemobbt bzw. schlechter anerkannt als meine Kolleg*innen.	1.736	53,5	13,8	17,6	15,1
Meine Arbeitsleistungen wurden vergleichsweise schlechter bewertet oder herabgesetzt.	1.512	58,8	18,2	14,6	8,5
Ich habe weniger Gehalt als eine andere Person mit vergleichbarer Tätigkeit erhalten.	1.377	68,2	15,7	11,0	5,2
Ich habe eine Wohnung nicht bekommen.	1.583	64,4	13,3	14,8	7,5

Die häufigsten berichteten Benachteiligungen betreffen den Berufs- und Bildungsbereich: So gaben 46,5% der Teilnehmer*innen an, jemals im Berufs- und/ oder Bildungsbereich die Erfahrung gemacht zu haben, gemobbt bzw. schlechter anerkannt als ihre Kolleg*innen zu sein (missing: 1.341). 41,2% der Befragten berichtete, dass jemals ihre Arbeitsleistungen vergleichsweise schlechter bewertet oder herabgesetzt wurden (missing: 1.565). Ähnlich viele Befragte (41,7%) berichteten, dass jemals die Erfahrung gemacht haben, dass sie ihre Angaben in ihren Papieren bzw. Dokumenten nicht ändern lassen konnten (missing: 1.496).

Tabelle 13 Berichtete Erfahrungen und erlebte Situationen im medizinischen Bereich

	n	Nie (%)	In den letzten 12 Monaten (%)	In den letzten 5 Jahren (%)	Vor über 5 Jahren (%)
Ich habe bestimmte medizinische Leistungen nicht in Anspruch genommen, weil ich Sorge hatte, unangemessen behandelt zu werden.	1.770	21,5	64,2	12,8	1,4
Ich wurde mit falschem Namen oder falschen Pronomen angesprochen.	1.682	17,9	59,5	16,8	5,9
Mir wurden im Begutachtungsgespräch oder während der medizinischen Behandlung unangemessene Fragen gestellt.	1.572	36,1	36,4	21,6	6,0
Mein Anliegen wurde nicht ernst genommen.	1.738	17,8	55,1	22,8	4,3
Persönliche Ansichten und Einstellungen der Behandler*innen haben Diagnose bzw. Therapieentscheidungen beeinflusst.	1.675	19,2	51,3	24,5	5,1
Ich musste die Behandler*innen über trans bzw. nicht-binäre Fragen aufklären (z.B. medizinische oder rechtliche Aspekte, Lebenssituation).	1.662	21,6	60,4	15,5	2,5
Ich musste Ärzt*innen wechseln, da sie sich nicht kompetent für mich fühlten, aber auch keine Schulung machen wollten.	1.602	58,0	25,3	13,5	3,2
Meine Identität als trans oder nicht-binäre Person wurde nicht ernst genommen, weil ich eine psychiatrische Diagnose habe.	1.532	67,4	18,5	10,6	3,5
Meine Identität als trans oder nicht-binäre Person wurde nicht ernst genommen, weil ich „zu jung“ bin.	1.614	72,3	7,9	8,5	11,3
Meine Identität als trans oder nicht-binäre Person wurde aufgrund meiner Religion / Weltanschauung nicht ernst genommen.	1.644	96,2	2,4	0,9	0,5
Meine Identität als trans oder nicht-binäre Person wurde nicht ernst genommen, weil ich eine Behinderung habe oder gesellschaftlich behindert werde.	1.602	88,3	7,8	2,6	1,3

Auch im medizinischen Bereich berichteten die Befragten von negativen Erfahrungen und Situationen. Am häufigsten berichteten die Teilnehmer*innen, dass ihr Anliegen nicht ernst genommen wurde (82,2%, missing: 1.339) und dass sie mit einem falschen Namen oder falschen Pronomen angesprochen wurden (82,1%, missing: 1.395). 78,5% gaben an, dass sie jemals eine medizinische Leistung nicht in Anspruch genommen haben, weil sie befürchteten, unangemessen behandelt zu werden (missing: 1.307). Insbesondere der letzte Punkt verweist auf Barrieren für die Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen.

4.2 Sexuelle Gesundheit

Die verwendeten Begriffe für Körperteile sind in trans und nicht-binären Communitys vielfältig. Im Folgenden stellen wir verschiedene dieser möglichen Begriffe dar. Anschließend präsentieren wir unsere Ergebnisse zur Körperzufriedenheit sowie zur gelebten Sexualität und sexuellen Zufriedenheit. Danach gehen wir auf die Ergebnisse zu Selbstbestimmung und (un)sicheren Rahmenbedingungen ein.

4.2.1 Körper und Sprache

Im qualitativen Studienteil haben wir Daten zur verwendeten Sprache in Bezug auf den eigenen Körper und Sexualität erhoben. Es ging darum, herauszufinden, welche Sprache erwünscht und welche Sprache unerwünscht ist und welche Aspekte hierbei eine Rolle spielen. Anschließend präsentieren wir die Ergebnisse des quantitativen Studienteils, in dem Daten zur Zufriedenheit mit dem eigenen Körper erhoben wurden.

4.2.1.1 Sprechen über Körper und vergeschlechtlichte Körperteile

Die Hauptkategorie Körper und Sprache umfasst insgesamt 591 Kodierungen, wovon die Mehrheit der Subkategorie „Begriffe“ zuzuordnen ist (405). Um die Kategorie Körper und Sprache zu analysieren haben wir die Subkategorien zwei Feldern zugeordnet. Zum einen der Kontext, in dem Sprache stattfindet und welche Aspekte hierbei wichtig sind und zum anderen die Sprache selbst, d.h. welche Begriffe verwendet werden und welche Sprache in welchen Kontexten erwünscht oder auch unerwünscht ist.

Kontext

Die grundlegenden Aspekte, die wir in unserer Analyse herausarbeiten konnten, sind der Austausch mit der Community, die Selbstbestimmung und das Gefragtwerden in Bezug auf verwendete Begriffe sowie die Re-/Dekonstruktion der Sprache.

Die Communitys sind eine wichtige Ressource für den Prozess, die eigene Sprache für den eigenen Körper zu finden. Durch den Austausch werden Neologismen und Neobegriffe zugänglicher. Außerdem beschrieben unsere Teilnehmer*innen es als hilfreich, dass sie innerhalb der Communitys auf Menschen treffen, die ihnen ähnliche Körper haben und diese somit als Vorbilder fungieren, indem sie ihnen eine Sprache für den eigenen Körper geben. So beschreibt Mio vom Wochenende für Jüngere, dass „es hilft, mit anderen trans und nicht-binären Personen darüber zu reden, wie wir über Körper sprechen“ (Mio, Doku_9_Jüngere_Benennung von Körpern, Pos. 15-16).

Die Subkategorie mit den meisten Einträgen in diesem Feld ist „Selbstbestimmung und gefragt werden“ mit 31 Einträgen. Die Teilnehmer*innen verdeutlichten, wie wichtig es ihnen ist, dass die Benennung des eigenen Körpers selbstbestimmt ist. Dies inkludierte das Erfragen von Bezeichnungen vom Gegenüber, aber gleichsam wurde dieser Anspruch ebenfalls an sich selbst gestellt, um die erwünschte Sprache vom Gegenüber zu erfahren. Die Teilnehmer*innen verwiesen zudem darauf, dass es ihnen wichtig war, dass die Fragen auf die Selbstbezeichnung abzielten und nicht dazu dienen sollten, die Neugierde des Gegenübers zu stillen. So äußerte sich Sascha vom Wochenende für Transitionsältere hierzu:

*„Oder die übergriffige Neugier „Oh, du bist trans?“, auf die meistens unangenehme Fragen folgen. Es ist wichtig, dass ich gefragt werde, aber die Frage sollte auf die Selbstbezeichnungen abzielen und nicht die Neugier der*des Fragenden befriedigen wollen.“ (Sascha, Doku_4 Ältere, Pos. 25)*

Weiterhin war es den Teilnehmer*innen wichtig, dass das Gegenüber keine Annahmen und/oder Zuschreibungen über den eigenen Körper vornimmt, sondern stattdessen fragt. Einige Teilnehmer*innen wünschten sich dieses Fragen auch im Sinne eines Nachfragens, wenn etwas nicht verstanden wurde. Ein

zentrales Ergebnis der qualitativen Teilstudie ist die Bedeutung von Konsens und Kommunikation (siehe 4.2.3.1 Erweitertes Safer Sex-Verständnis) als ein wichtiger Bestandteil von Safer Sex. Die Teilnehmer*innen unterstrichen auch in diesem Kontext, wie wichtig es ihnen ist, dass sie vor der Berührung ihres Körpers gefragt werden möchten.

Unter De- und Rekonstruktion der Sprache wird eine Sprachpraxis verstanden, die die geschlechtlichen Normen aufbricht und Körperteile sprachlich neu besetzt. Konkret bedeutet das, dass Körper und Körperteile von geschlechtlichen Konnotationen befreit werden. Die Teilnehmer*innen wünschten sich nicht nur ein „Entgendern“ von Begrifflichkeiten von Körperteilen, z.B. ‚Vulva‘ (Guido, Doku_9_Jüngere_Benennung von Körpern, Pos. 20), sondern beschrieben es auch als bestärkend, sich von weiblichen und/oder männlichen Zuschreibungen zu lösen:

„[E]twas, das mich gestärkt hat, auf jeden Fall ist, meine Genitalien, also meinen ganzen Körper, aber konkret meine Genitalien von diesen weiblichen, männlichen Zuschreibungen ein bisschen zu befreien.“ (Neo, Subkulturen_Feld2+3, Pos. 36)

Die Teilnehmer*innen möchten nicht auf ihre Körperteile reduziert werden. Dies bedeutet ebenfalls, dass sie sich wünschten, „vom Geschlecht nicht auf Körperteile [zu] schließen“ (Gruppe 2, Doku_9_Jüngere_Benennung von Körpern, Pos. 19). Die Teilnehmer*innen äußerten außerdem, dass sie Körperteile neubesetzen und empfinden können. So kann beispielsweise ein Penis als eine Vagina empfunden und erlebt werden. Hierin wird deutlich, dass die De- und Rekonstruktion geschlechtlicher Konnotationen nicht nur auf der sprachlichen Ebene verbleibt. Vielmehr kann sich diese auch auf das eigene Körperbild und das Körperempfinden übertragen. Eine Teilnehmerin der Sexuelle Subkulturen-Veranstaltung beschreibt dieses Erleben wie folgt:

„Für mich war sehr hilfreich, dass ich, wenn ich bei der Tantra-Massage war, vorher gesagt habe: ‚Ich bin transweiblich. Ich habe diesen Penis. Schaffst du es, [...] meinen Lingam so zu berühren, als sei er eine Yoni? [...] Und wenn sie ‚Ja‘ gesagt hat, dann war das so. Und wenn er sagte, ‚das finde ich aber schwierig für mich‘, dann sagte ich: ‚Dann lassen wir’s‘. Dazu ist ja das Vorgespräch da, dass man das klärt, was hier zwischen den Personen gehen kann. Und in den Situationen, wo dann mein Lingam berührt werden konnte in der Yoni-Lingam-Massage, wie eine Yoni, das war dann wundervoll, ne? Dann kann ich genau spüren: Wo sind meine Schamlippen? Wo ist die Clit? Wie ist das mit der Regung so? Das ist aber ja ein Körperbild, was ich habe. Ich erlebe das tatsächlich als Yoni. Ja. [...] Das ist also nicht nur irgendwas, wo ich jetzt eine Vorstellung habe, sondern eine Körperwahrnehmung. Das ist ja so toll“ (Yoli, Subkulturen_Feld2+3, Pos. 37).

Die Teilnehmer*innen des Wochenendes für BIPOC beschrieben auch in Bezug auf den Körper eine vorherrschende weiße Normsetzung in der Gesellschaft. So verwiesen sie darauf, dass der weiße Körper die Norm darstelle und diese normierenden Tendenzen auf die Benennung und Sicht von Körpern Einfluss nehmen können (Doku_2_BIPOC).

Sprache

Die Teilnehmer*innen wünschten sich eine bewertungsfreie und wertschätzende Sprache, die von Akzeptanz und Offenheit geprägt ist. Dies inkludierte den Wunsch, gefragt zu werden, welche Begriffe für bestimmte Körperteile okay sind und dass selbstgewählte Bezeichnungen vom Gegenüber akzeptiert werden. Diese Begriffe sind von Person zu Person verschieden, sodass sich in unserem Datenmaterial beispielsweise zeigte, dass einige Teilnehmer*innen binäre Begrifflichkeiten ablehnten, während andere diese als passend empfanden. Den Teilnehmer*innen war es wichtig, dass es keine Einteilungen und Schubladen gibt, die durch die Sprache reproduziert werden, d.h. sie äußerten den Wunsch, weder vom Geschlecht auf Körperteile zu schließen noch von Körperteilen auf das Geschlecht. Sie äußerten verschiedene Möglichkeiten, wie sich Sprache ändern kann, damit sie sich passend und richtig anfühlt. Einerseits können Neologismen/Neobegriffe

Sichtbarkeit und neue Realitäten erschaffen. Andererseits kann durch die Distanzierung von deutschen Begriffen und der Nutzung englischer Begriffe eine erwünschte Sprache gefunden werden. Die Teilnehmer*innen äußerten außerdem den Wunsch nach mehr genderneutralen Bezeichnungen im Alltag sowie nach präziseren Formulierungen. Zum Beispiel drückten sie die Dekonstruktion von "Frau = Mensch mit Vagina" oder "Mann = Mensch mit Penis" auch sprachlich aus, in dem sie sich nicht auf das Konzept "Frau" oder "Mann" bezogen, sondern stattdessen konkret darüber sprachen, worum es in der Situation ging, z.B. "Hodenkrebsvorsorge für Menschen mit Testikeln" statt "Hodenkrebsvorsorge für Männer".

Die Teilnehmer*innen äußerten in den Forschungsveranstaltungen ebenfalls Aspekte, die wir unter unerwünschter Sprache codierten. Bei der Analyse wurde deutlich, dass exotisierende Begrifflichkeiten ebenso unerwünscht sind, wie die Benennung von Körperteilen von außen und das Absprechen von selbstgewählten Begriffen. Die Teilnehmer*innen gaben an, dass keine Kommentierungen ihres Körpers von anderen gewünscht sind und sie ebenso keine Tipps zum *Passing* (engl. „to pass“ für bestehen/durchgehen; wenn trans und/oder nicht-binäre Personen von ihrer Umgebung in dem Geschlecht anerkannt und wahrgenommen werden, mit dem sie sich identifizieren) als cisgeschlechtlich wünschten. Die Teilnehmer*innen beschrieben weiterhin, dass es sich nach misgendern anfühlt, wenn das Gegenüber von „männlich/weiblich gelesen spricht“. Hierbei wird zwar der Versuch unternommen, einen politisch korrekten Begriff zu verwenden, was sich für ein*e Teilnehmer*in einer Online-Veranstaltung aber dennoch nicht richtig anfühlte:

„Ich als nicht-binärer Mensch find die Bezeichnung "weiblich gelesen" unangenehm. Weil ich das Gefühl hab, damit will ein Mensch nur sagen, dass er mich als "Frau" sieht und versucht halt nen politisch korrekteren Ausdruck zu verwenden. Fühlt sich halt trotzdem nach misgendern an.“ (anonym, Online-Veranstaltung 2, Feld-1_Sprechen_Sex_Körper)

Viele Teilnehmer*innen verwendeten bestimmte Begriffe ausschließlich aufgrund mangelnder Alternativen. So verwendeten zwar transmännliche und nicht-binäre AFAB-Teilnehmer*innen häufig „Vagina“, aber eben meist nur in Ermangelung eines für sie geeigneteren Begriffs: „Sorry, ich habe da jetzt kein anderes, besseres Wort, Vagina, speziell bei dem Bereich, falls ihr ein cooles Wort habt, sagt es mir. Bin da jetzt gerade unschlüssig.“ (Marvin, Würzburg, Feld 2+3, Pos. 60)

Hierbei beschrieben sie, dass trotz teilweise intensiver Suche keine passenden Begrifflichkeiten gefunden wurden. Weiterhin beschrieben sie, dass es keine Worte/Erklärungen für bestimmte Körperteile oder Empfindungen gab, die sich stimmig anfühlten, jedoch fühlte es sich laut den Teilnehmer*innen vor allem dann nicht gut an, wenn das Außen Zuschreibungen am eigenen Körper vornahm.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der genutzten und bevorzugten Sprache ist der Kontext, d.h. je nachdem in welchem Kontext sich die Teilnehmer*innen bewegten, verwendeten sie verschiedene Begrifflichkeiten. Dass im medizinischen Kontext andere Begriffe verwendet werden als im Privaten, verdeutlichte eine Kleingruppe nach Diskussion auf dem Wochenende für Transitionsältere:

*„Grundsätzlich sei es aber auch situationsabhängig, wie mensch über Körper und Körperteile spricht. So können sich verwendete Begrifflichkeiten sehr stark unterscheiden, bei einer*m Ärzt*in sind es sicherlich andere Begriffe als z. B. in einer romantischen / sexuellen Situation mit der*m Partner*in bzw. Partner*innen oder auch Sexualpartner*innen.“ (Kleingruppe 1, Doku_4 Ältere, Pos. 10)*

Weiterhin kann es abhängig vom Gegenüber sein, d.h. dass Freund*innen durchaus andere Begriffe für den eigenen Körper benutzen dürfen als Fremde. So empfanden die Befragten es häufig als übergriffig, wenn ihnen unbekannte Menschen ungefragt Begriffe verwendeten, egal ob es sich dabei um einen medizinischen Begriff wie „Vagina“ oder „Penis“ handelte oder um einen Community-Begriff wie „Fronthole“ oder

„Schwanz“. Zudem kann es situations- und stimmungsbahängig sein, welche Begriffe sich gerade gut anfühlen und somit gewünscht sind. Die Teilnehmer*innen merkten außerdem an, dass es ebenfalls einen Unterschied macht welche Begriffe verwendet werden, ob das Gegenüber cis oder trans/nicht-binär ist. Hierbei merkten sie an, dass Vertrauen dabei eine große Rolle spielt und dieses ebenso wichtig sei, wie die Flexibilität und Anerkennung vom Gegenüber, da sich Wortpräferenzen ändern können. Einige Teilnehmer*innen beschrieben, dass die Verwendung verschiedener Begrifflichkeiten in unterschiedlichen Kontexten in der Vergangenheit Schuldgefühle verursacht habe, dies heute aber anders sei. So beschrieb Joy von der Veranstaltung Sexuelle Subkulturen, dass die eigene Erwartung bestand „den“ einen Begriff zu finden, der immer als angemessen und passend empfunden wird:

„Und dann habe ich auch angefangen, eigene Begriffe situativ für meine Genitalien zu nutzen. Und das wechselt auch. Und am Anfang hatte ich viele Schuldgefühle, weil das sehr viel gewechselt hat. Manchmal habe ich zum Beispiel meine Klitoris Klitoris genannt, manchmal auch Dick oder Podia auf Spanisch, das ist auch ein Wort für Penis. Und ich hatte so eine Erwartung an mich von: Ich muss ein Wort finden, was immer passt. Und es war nicht so. Also, es war hoch situativ und manchmal auch super abhängig davon, ob ich Sex mit einem schwulen Mann gehabt habe oder mit einer Frau. Und mittlerweile ist es so, dass ich mich einfach sein lassen kann und die Begriffe nutze, die ich nutzen will. Und mich nicht so unter diesen Zwang zu setzen. Das hat mich ganz gestärkt auf jeden Fall. Ja“ (Joy, Sexuelle Subkulturen Feld 2+3, Pos. 36)

Infobox 8 „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.

Welche Begriffe die Teilnehmer*innen letztlich für ihre Genitalien und weitere vergeschlechtlichte Körperteile verwenden, ist sehr unterschiedlich und individuell. In **Abbildung 11** sind die Begriffe zu sehen, die die Teilnehmer*innen des qualitativen Studienteils für sich und ihre Körper verwenden. Je häufiger die Begriffe genannt wurden, desto größer werden sie hier dargestellt.



Abbildung 11 Begriffe der Teilnehmer*innen für vergeschlechtlichte Körperteile

4.2.1.2 Zufriedenheit mit dem Körper und Diskriminierungserfahrungen der geschlechtlichen Identität

In der Online-Befragung gaben von 2.804 Personen 38,4% an, sehr bis eher mit ihrem Körper unzufrieden zu sein, 33,9% waren teilweise zufrieden bzw. unzufrieden und 27,7% eher bis sehr zufrieden (missing: 273) (siehe [Abbildung 12](#)).

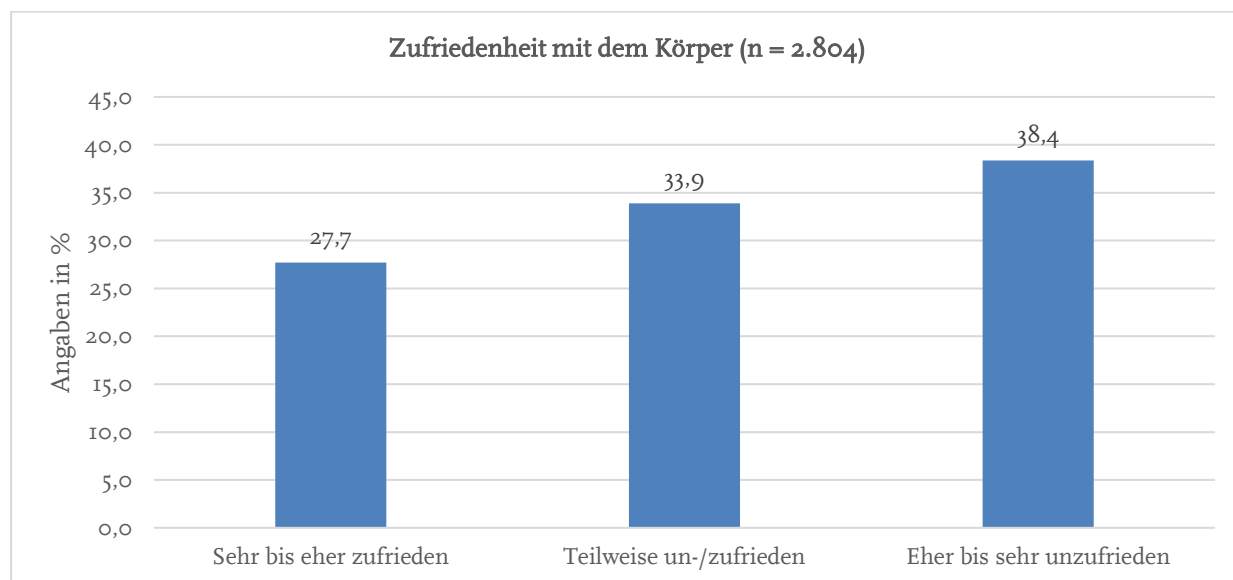


Abbildung 12 Zufriedenheit mit dem Körper

Differenziert nach Spektren geschlechtlicher Identitäten zeigen sich keine großen Unterschiede. In den höheren Altersgruppen ab 40 Jahren liegt der Anteil der Personen, die mit ihrem Körper eher oder sehr zufrieden sind höher als in den jüngeren Altersgruppen der 18 bis 39-Jährigen (39,8% vs. 25,8%, n = 2.804, missing: 273).

Wir haben die Teilnehmer*innen gefragt, ob ihre geschlechtliche Identität im Alltag erkannt wird (Tabelle 14). Von 2.695 Personen, welche diese Frage beantworteten, äußerten 13,4%, dass dies immer, 21,6% dass dies meistens und 37,2%, dass dies manchmal der Fall sei (missing: 382). 27,8% der Befragten äußerten, dass ihre geschlechtliche Identität nie erkannt werde. Weiterhin wollten wir von den Befragten wissen, wie häufig ihre geschlechtliche Identität respektiert wird. Von den 2.614 Personen, die diese Frage beantworteten, gaben 13,4% an, dass dies immer, 46,9% dass dies meistens und 35,7%, dass dies manchmal der Fall sei (missing: 463). 4,1% der Teilnehmer*innen äußerten, dass dies nie der Fall. Zudem fragten wir die Teilnehmer*innen wie häufig sie im Zusammenhang mit ihrer geschlechtlichen Identität Diskriminierung erfahren. Von den 2.287 Personen, die auf diese Frage antworteten, gaben 15,5% an, dass sie nie, 62,4% dass sie manchmal und 18,8%, dass sie meistens diskriminiert werden (missing: 790). 3,3% der Teilnehmer*innen berichteten, dass sie immer diskriminiert werden.

Tabelle 14 Identität erkannt, respektiert, diskriminiert

	n	Nie (%)	Manchmal (%)	Meistens (%)	Immer (%)
Identität erkannt	2.695	27,8	37,2	21,6	13,4
Identität respektiert	2.614	4,1	35,7	46,9	13,4
Identität diskriminiert	2.287	15,5	62,4	18,8	3,3

Die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper war damit assoziiert, inwiefern die eigene Identität von anderen erkannt und respektiert wird oder ob eine Person Diskriminierungen erfährt (Tabelle 15). Teilnehmer*innen, die berichteten, dass ihre Identität selten erkannt wird, gaben außerdem häufig an, dass sie unzufrieden mit ihrem Körper waren (81,1%, missing: 431). Befragte die angaben, dass ihre geschlechtliche Identität meist oder immer erkannt und Befragte die angaben, dass ihre geschlechtliche Identität meist oder immer respektiert wird, berichteten gleichzeitig häufiger, dass sie mit ihrem Körper zufrieden sind (45,3% bzw. 35,0%, missing: 503). Von den 494 Personen, die angaben, dass sie wegen ihrer geschlechtlichen Identität meistens oder immer diskriminiert werden, gaben 80,6% der Befragten an, dass sie teilweise zufrieden bis sehr unzufrieden mit ihrem Körper sind (vs. 19,4%, die zufrieden sind, missing: 822).

Tabelle 15 Zufriedenheit mit Körper differenziert nach geschlechtliche Identität wird erkannt, respektiert, diskriminiert

	n	Zufriedenheit mit Körper	
		Sehr bis eher zufrieden (%)	Teilweise un-/zufrieden bis sehr unzufrieden (%)
Identität erkannt	2.646		
Nie bis manchmal	1.724	18,9	81,1
Meistens bis immer	922	45,3	54,7
Identität respektiert	2.574		
Nie bis manchmal	1.019	18,7	81,3
Meistens bis immer	1.555	35,0	65,0
Identität diskriminiert	2.255		
Nie bis manchmal	1.761	32,6	67,4
Meistens bis immer	494	19,4	80,6

4.2.2 Gelebte Sexualität und sexuelle Zufriedenheit

Im Folgenden präsentieren wir die qualitativen Ergebnisse zur gelebten Sexualität der Teilnehmer*innen. Die gelebte Sexualität der Teilnehmer*innen des qualitativen Teils erscheint vielfältig. An dieser Stelle fassen wir ihre Berichte zusammen in Bezug auf die Aspekte sexuelle Praktiken, Struktur (wo findet Sexualität statt) sowie BDSM (siehe Infobox 9). Im Anschluss werden die quantitativen Ergebnisse in Bezug auf die gelebte Sexualität und die sexuelle Zufriedenheit präsentiert.

4.2.2.1 Gelebte Sexualität

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. Aiden beschrieb den empowernden Effekt davon, Sexualität zu leben, die den gängigen Vorannahmen zuwiderläuft, solange seine Geschlechtsidentität dabei nicht in Frage gestellt oder sogar bestärkt wird:

„Was mich sehr gestärkt hat, waren die Erfahrungen, wo ich das Gefühl hatte, ich werde als Mann wahrgenommen von meinem Gegenüber und ich kann auch als Mann in einem schwulen Setting Bottom sein, also devot-masochistisch oder auch aufnehmend. Und ich kann mich trotzdem als Mann erleben und werde auch von den anderen Personen so gesehen.“ (Aiden, Subkulturen_Feld2+3, Pos. 21)

Gleichzeitig berichteten andere Teilnehmer*innen, dass Sex auch eine starke gender-bestätigende Wirkung haben kann, gerade durch das Ausleben von sexuellen Praktiken, die typischerweise dem Identitätsgeschlecht zugeschrieben werden. Beispielsweise gab es auch trans Männer, die sich in ihrer männlichen Rolle bestätigt sahen, wenn sie aktiv penetrierenden Sex mit einer Partnerin hatten:

„Eine sehr hilfreiche Erfahrung war mein erstes Mal mit einer Frau, weil das auch das erste Mal war, wo ich das Gefühl hatte, ich konnte [...] eine männliche Rolle einnehmen im Gegensatz zu den vorherigen Erfahrungen mit cis-hetero Männern. Und das hat mir ganz viel dabei geholfen, meine eigene Identität zu hinterfragen. Zu hinterfragen, warum hat mir das so gut gefallen? Weil ich gemerkt habe, es liegt jetzt nicht nur daran, dass ich Sex mit einer Frau hatte, sondern es liegt auch ganz viel daran, wie ich mich gefühlt habe und wer ich in dieser Erfahrung sein konnte.“ (Ricardo, BIPoC_Feld2+3, Pos. 6)

Sexualität zu praktizieren, die nicht stereotyp mit der Geschlechterrolle zusammenfällt, war für manche Menschen schambehaftet. Ein Teilnehmer der Online-Veranstaltungen schrieb: „Ich dachte z.B. ganz lange, dass ich als trans Mann keinen penetrativen Sex empfangen sollte, weil das zu ‚weiblich‘ ist und cis Männer mich dann automatisch als Frau wahrnehmen“, anonym (Online-VA 1, Feld-4_Angebote_Erwartungen, S. 1). Manche Teilnehmer*innen berichteten 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 sprächen.

Darüber hinaus war die berichtete gelebte Sexualität der Teilnehmer*innen sehr vielfältig und umfasste neben Vaginal-, Anal- und Oralverkehr (wurde jeweils insertiv sowie aufnehmend genannt) auch Einträge wie Fisting, Facesitting oder Spitplay, aber auch tantrischen Sex, Slow Sex, Masturbation, Zuschauen oder eine Abkehr von Penetrationssex insgesamt. Hval beschrieb im Einzelinterview:

„Also, ich habe das Gefühl, ich kann an jeder Körperstelle Lust empfinden oder eben auch große Abneigung, also beides. Also, es ist sehr abhängig von mir, von der Person, vom Kontext und so allen Sachen. Aber letztendlich habe ich das Gefühl, kann ich den Körper an jeder Stelle auch erregbar machen. [...] Also, ich habe zum Beispiel so Null Bock auf [...] sagen wir mal, so normativen Sex. Irgendwas wo reinstecken. [...] Das langweilt mich tatsächlich, also bis auf wenige Ausnahmen.“ (Hval, El3_hval, Pos. 17-24)

Mit Bezug auf die Strukturen, in denen Sexualität stattfindet, können wir auch hier festhalten, dass diese vielfältig sind. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung waren manche Teilnehmer*innen in langfristigen monogamen Beziehungen, einige in langfristigen offenen Beziehungen, einige in polyamourösen Beziehungskonstellationen und einige Single. So berichtete El Havana: „Ich war immer sehr polyamourös, aber Beziehungen mit einer sehr offenen Struktur, aber trotzdem mit Commitment, man sagt im Englischen, einer Verantwortung für die andere [Person]“ (El4, El Havana, Pos 6.). Andere Teilnehmer*innen berichteten hauptsächlich von sexuellen Interaktionen, ohne sich auf den Kontext zu beziehen, oder Gelegenheitssex. Gelegenheitssex umfasste Berichte von Cruising Clubs, Darkrooms, Saunen, Sex im Park, Mitarbeit an Pornos oder auch Sexarbeit. SweetOrchid beschrieb im Einzelinterview, wie sie sich nach ihrer Transition bewusst auf die Suche begab, ihre Sexualität neu zu finden und ihren Körper neu kennen zu lernen: „Ich habe mich tatsächlich ausschließlich One-Night-Stands gewidmet. Mit Frauen, mit Männern, mit queer, mit trans; nicht viele trans Menschen, also nicht, weil trans, aber einfach, weil es wenig sind“ (SweetOrchid, El2_SweetOrchid, Pos. 112). Auch Sex mit mehr als einer*m Partner*in wurde von Teilnehmer*innen immer wieder benannt. So beschrieb Lelo vom Wochenende für Jüngere:

„Da gab es zufällig an meinem Geburtstag eine Sexparty und das fand ich ein schönes Geschenk und auf dieser Sexparty hatte ich einen sehr, sehr schönen Geburtstags-Gangbang wo ich mich auch einfach richtig gut entspannen konnte und das war auf jeden Fall ein Highlight.“ (Lelo, Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 2, Pos. 187)

Viele Teilnehmer*innen berichteten außerdem von Erfahrungen im BDSM-Bereich. Diese waren so zahlreich, dass wir zwei induktive Subkategorien dazu erstellt haben. Wir berichten einerseits hier an dieser Stelle und andererseits unter Empowermentfaktoren dazu (zu „Kink-Dynamiken als Empowermentfaktor“ siehe 4.4.3.2 Interaktion und Umgebung). Teilnehmer*innen mit Erfahrungen in BDSM berichteten, dass sie insbesondere in diesen Kontexten Kommunikation, Konsens und sexuelle Verhandlungskompetenz erlernt haben. So schrieb Neo in seiner*ihre sexuellen Biografie-Arbeit: „erste Berührungspunkte mit BDSM: Selbstermächtigung, Gruppenzugehörigkeit über Normabweichung, bewusste Kommunikation über Bedürfnisse, Grenzen, Konsens“ (Neo, Doku_9_Jüngere_Zeitstrahle, Pos. 53). Mio hob in der Gruppendiskussion hervor, wie die Auseinandersetzung mit BDSM sein Verständnis von Safer Sex um eine emotionale Komponente erweitert habe:

„Ich fand den Punkt, dass Safer Sex auch nicht nur eine körperlich medizinische Frage ist voll wichtig und witzigerweise habe ich in der Zeit, die ich eher so im SM Bereich verbracht habe, voll die positiven Sachen über Safer Sex gelernt, weil da gibt es zum Beispiel sowas wie Aftercare. Das ist ganz normal, dass man nach einer sexuellen Situation emotionale Arbeit leistet und nach der anderen Person guckt und dass man zum Beispiel nicht geht.“ Mio, (Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 2, Pos. 102)

Andere Teilnehmer*innen berichteten, wie die Auseinandersetzung mit BDSM ihr partnerschaftliches Sexleben verbesserte. Aaron schrieb: „Mein Mann und ich lesen uns in BDSM ein, eine neue Art der Beziehung stärkt unsere Ehe und unser Sex wird unglaublich gut, wir reden über alles“ (Aaron, Doku_9_Jüngere_Zeitstrahle, Pos. 109).

4.2.2.2 Sexualleben und sexuelle Zufriedenheit

In der Online-Befragung haben wir verschiedene Fragen zur gelebten Sexualität und zur sexuellen Zufriedenheit gestellt. Von 2.575 Personen stimmten 44,9% der Aussage eher oder voll zu, dass sie ein Sexleben haben (missing: 502). 38,2% der Befragten stimmten eher oder gar nicht zu und 16,8% der Befragten stimmten teilweise zu bzw. nicht zu. Von 2.513 Befragten stimmten 39,7% eher oder voll zu, dass sie sich sexuell begehrt fühlen (missing: 564). 38,6% der Befragten stimmten dieser Aussage gar nicht bis eher nicht zu und 21,6% stimmten teilweise zu bzw. lehnten teilweise ab (siehe Tabelle 16).

Tabelle 16 Sexualleben vorhanden und sich sexuell begehrt fühlen

	n	Stimme eher bis voll zu (%)	Teils/teils (%)	Stimme gar nicht bis eher nicht zu (%)
Sexleben vorhanden	2.575	44,9	16,9	38,2
Sexuell begehrt fühlen	2.513	39,7	21,6	38,6

Infobox 9 BDSM

BDSM ist ein Sammelbegriff und ein Akronym, wobei in diesem Fall vier Buchstaben für insgesamt sechs Begriffe stehen: Bondage and Discipline, Dominance and Submission, Sadism and Masochism. Früher wurde auch der Begriff SM / Sadomasochismus gebraucht. Ein weiterer community-interner Begriff, der oft synonym zu BDSM gebraucht wird, ist „Kink“, oder als Adjektiv „kinky“.

Die Teilnehmer*innen wurden nach ihrer Zufriedenheit mit ihrem Sexleben gefragt und gebeten, diese auf einer Skala von 1 (sehr unzufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) einzuordnen. Hierzu wurden von 2.495 Teilnehmer*innen Angaben gemacht (missing: missing: 582). Die Ergebnisse sind in Abbildung 13 dargestellt. Der Median lag bei einem Wert von 6 (Interquartilabstand 4-8). Insgesamt verorteten sich 24,9% in den drei schlechtesten Kategorien (1-3) und 30,1% in den drei höchsten (8-10).

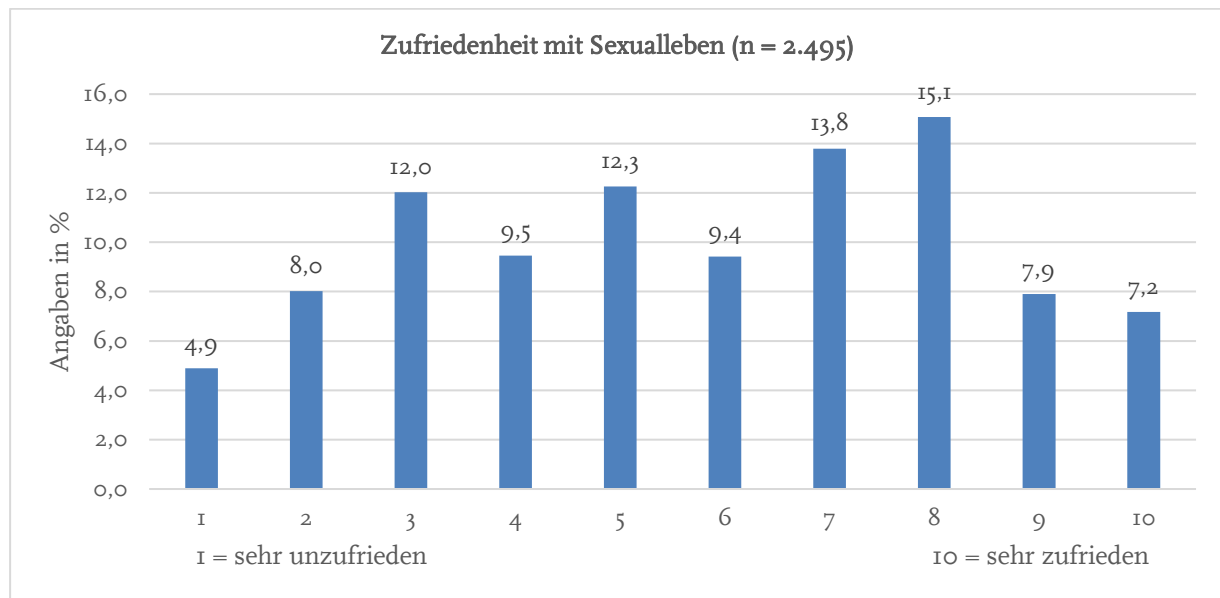


Abbildung 13 Zufriedenheit mit Sexualleben

Um Übertragungsrisiken von HIV/STI einschätzen zu können fragten wir, ob die Studienteilnehmer*innen sexuelle Kontakte haben, bei denen es zu gegenseitigen Berührungen von Schleimhäuten kommt und mit wie vielen Personen sie in den vergangenen zwölf Monaten entsprechende Kontakte hatten. Dazu zählen wir das Aneinanderreiben von Schleimhäuten sowie Oralverkehr und Penetration, aber keine Zungenküsse. Von 2.413 Personen, die diese Frage beantworteten (missing: 664), gaben 60,8% an, dass sie in den vergangenen zwölf Monaten sexuelle Kontakte mit Schleimhautkontakt hatten. Von diesen Personen machten 1.452 Befragte Angaben darüber, mit wie vielen Personen sie in den vergangenen zwölf Monaten entsprechende sexuelle Kontakte hatten (missing: 16). Von diesen Personen gaben 56,9% an, dass sie einen entsprechenden Kontakt mit einer Person hatten, 27,8% der Befragten gaben zwei bis drei Personen und 15,4% vier oder mehr Personen an.

Sex unter Einfluss von Drogen (z.B. Ecstasy/ MDMA, Kokain, Amphetamine (Speed), Methamphetamin (Crystal, Meth, Tina, Pervitin), Mephedron oder Ketamin) kann ein weiteres verhaltensbezogenes Risiko für mögliche HIV/STI-Infektionen darstellen, nach dem wir die Teilnehmer*innen fragten. Von 2.436 Befragten gaben 10,1% an, dass sie in den letzten zwölf Monaten Sex unter Einfluss von Drogen hatten (missing: 641).

Weiterhin haben wir Fragen zur Inanspruchnahme und zum Angebot von Sexarbeit gestellt, da dies ebenso ein Teil von gelebter Sexualität sein kann. Unter Sexarbeit verstanden wir, wenn für Sex bezahlt wurde, was mit Geld, Geschenken oder Gefälligkeiten (Wohnraum, Lebensmittel, etc.) geschehen konnte. Von 2.445 Befragten gaben 2,5% an, in den letzten zwölf Monaten für Sex bezahlt zu haben (missing: 632). Von 2.435 Befragten gaben 4,3% an, in den vergangenen zwölf Monaten für Sex bezahlt worden zu sein (missing: 642). Die Gründe Sex gegen Bezahlung anzubieten, können einen bestärkenden Charakter annehmen (siehe im Überblick Tabelle 17). So gab über die Hälfte der Personen an, dass sie darüber die Erfahrung machen, begehrt zu werden ($n = 99$, missing: 5). Gleichzeitig gab ein kleinerer Anteil der Befragten auch Gründe an, die auf persönliche Notlagen hinweisen. So gaben 14,1% der Befragten an, ohne Sex gegen Bezahlung keine andere

Möglichkeit zu haben, an Wohnraum zu gelangen und 10,1% gab an, zur Sexarbeit gezwungen worden zu sein.

Tabelle 17 Gründe für Sexarbeit (Mehrfachangaben möglich)

Gründe Sex gegen Bezahlung anzubieten (n=99)	Angaben in %
Wunsch nach selbstbestimmtem Arbeitsumfeld	41,4
Erfahrung des Empowerments	44,4
Erfahrung des Begehrtwerdens	52,5
Keine andere Möglichkeit Geld/ Lebensunterhalt zu verdienen	35,4
Keine andere Möglichkeit an Wohnraum zu gelangen	14,1
Bessere Bezahlung als in anderen Jobs	41,4
Weil ich dazu gezwungen werde	10,1

4.2.3 Selbstbestimmung und (un-)sichere Rahmenbedingungen

In diesem Abschnitt beschreiben wir, welche Aspekte von Safer Sex und sexueller Gesundheit für die Studienteilnehmer*innen von Bedeutung waren. Hierzu zählen Selbstbestimmung, Kommunikation und Verhandlungskompetenz sowie die Gestaltungsmacht, für sich als sicher empfundene Rahmenbedingungen für Sexualität zu schaffen.

4.2.3.1 Erweitertes Safer Sex-Verständnis

In den Fokusgruppen fragten wir die Teilnehmer*innen, was sie unter Safer Sex verstehen und konnten unterschiedliche Verständnisse von Safer Sex rekonstruieren. Die Antworten gingen deutlich über ein allgemeines Verständnis von Safer Sex als HIV- und STI-Prävention hinaus und deuten auf ein erweitertes Safer Sex-Verständnis hin. In unserer Auswertung haben wir folgende Aspekte aus den Aussagen der Teilnehmer*innen herausgearbeitet: emotionale und physische Sicherheit, HIV/STI-Verhütung, Schwangerschaftsverhütung und weitere medizinisch/hygienische Aspekte. Zu den körperlich/medizinischen Aspekten siehe Kapitel „4.3 Prävalenzen von und Schutz vor HIV/STI Infektionen“.

Das erweiterte Safer Sex-Verständnis bezieht sich auf emotionale und physische Sicherheit in der Sexualität. Ein Großteil der Aussagen der Teilnehmer*innen zum Safer Sex-Verständnis bezog sich auf diese Aspekte, insbesondere auf Konsens und Kommunikation (mehr zu Konsens und Kommunikation siehe 4.4.3 Empowermentfaktoren). Unter „Konsens“ subsumierten wir Aussagen zu: dem Einholen von gegenseitiger Zustimmung vor sexuellen Handlungen, dass ‚Nein‘ immer ‚Nein‘ bedeute oder dass auch fehlende Zustimmung als ‚Nein‘ zu werten sei. Dies wurde von vielen Teilnehmer*innen als essentielle Voraussetzung für Safer Sex benannt. Ein*e Teilnehmer*in des ersten Online-Workshops fasste es zusammen und schrieb auf die Frage „Was genau ist Safer Sex für dich?“, „Wenn ich jederzeit Nein sagen kann und das Nein sofort umgesetzt wird“ (anonym, Online-VAI Feld-2+3_Safer-Sex, S. 1).

Oft wurden diese Dinge auch in einem Zug benannt. Eine weitere Person schrieb: „Körperlich, sowie geistig sicherer Sex. [...] Verhütung, Konsens und gute Kommunikation“ (anonym, Online-VAI Feld-2+3_Safer-Sex, S. 1). „Kommunikation“ war dabei für die Teilnehmer*innen der zweite mit „Konsens“ interagierende Faktor. Dies bezog sich sowohl auf sexuelle Verhandlungskompetenz (also das Aushandeln von Konsens) als auch auf Absprachen zu Safer Sex-Praktiken.

Unter Verhandlungskompetenz verstehen wir hier: das Aussprechen und Benennen von sexuellen Wünschen, die Fähigkeit, die Wünsche des Gegenübers zu hören, auf sie einzugehen und gegebenenfalls Ja oder Nein zu sagen und dabei gleichzeitig die eigenen Wünsche, Bedürfnisse und Grenzen zu kennen und ebenfalls an den oder die Partner*innen zu kommunizieren. Ein*e Teilnehmer*in des zweiten Online-Workshops fasste auch dies mit den folgenden Worten zusammen:

„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-VA2 Feld-2+3_Safer-Sex, S. 1)

Jonah, vom Wochenende für Jüngere benannte konkret, was er*sie unter Safer Sex versteht:

„Das zum Beispiel vorher drüber geredet wird: das möchte ich das passiert, das möchte ich [dass] das nicht passiert, da möchte ich angefasst werden, das möchte ich, das so genannt wird, aber das halt auch zum Beispiel vorher über Verhütung und andere Sachen gesprochen wird [...]“ (Jonah, Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 1, Pos. 61-65)

Diese Verhandlungen wurden nötig, da die konventionellen cis/heteronormativen Skripte, was „Sex“ eigentlich ist und welche Körperteile dabei involviert sind, in trans/nicht-binären Kontexten keine Gültigkeit hatten und darüber hinaus die Beteiligten bewusst auf bspw. dysphorische Körperstellen Rücksicht nehmen mussten (mehr dazu siehe 4.2.2.1 Gelebte Sexualität). Die Rücksichtnahme auf den trans/nicht-binären Körper bzw. die Integration der trans/nicht-binären Identität in die Aushandlung von sexueller Interaktion wurde damit für die Teilnehmer*innen zu einem Kernfaktor für die Sicherheit in sexuellen Interaktionen. Auch wurde weitestgehend ein inhaltlicher Konsens unter den Teilnehmer*innen sichtbar. Es gab keine Aussagen, die sich gegen diese Form eines erweiterten Safer Sex-Verständnisses gerichtet haben, obwohl es natürlich möglich ist, dass Teilnehmer*innen mit abweichenden Meinungen diese aufgrund von sozialer Unerwünschtheit nicht geäußert haben.

Andere Teilnehmer*innen betonen auch pragmatische Aspekte von Kommunikation als Safer Sex-Praktik:

*„Ich tausche mich mit neuen Sexualpartner*innen darüber aus, was sie sonst so an sexuellen Kontakten und Schutzmaßnahmen nutzen und mach dann davon abhängig, welche Schutzmaßnahmen mir selbst mit der Person wichtig sind.“ (Anonym, Online-VA1 Feld-2+3_Safer-Sex, S. 1)*

Ein weiterer Aspekt, der immer wieder thematisiert wurde, war emotionale, aber auch physische Sicherheit als Person; als trans und/oder nicht-binäre Person, aber auch als Person mit allen anderen Identitätsaspekten und Marginalisierungserfahrungen. Baran vom Wochenende für BIPOC formulierte: „Ich glaube, für mich [ist die] oberste Priorität Sicherheit. Sicherheit vor Übergriffen, körperlichen Übergriffen, emotionalen Übergriffen, Microaggressions, transfeindlichen, rassistischen.“ Baran, (BIPOC_Feld2+3, Pos. 6). In der Fokusgruppe entfaltete sich eine Diskussion zu diesem Thema. Ricardo berichtete von Anfeindungen bis hin zu Hassnachrichten, die er als rassistischer trans Mann auf schwulen Dating-Portalen erhielt und ihm das Gefühl gaben, als Person emotional wie physisch in schwulen Räumen nicht sicher zu sein:

Ricardo: „Aber auch bezogen auf Grindr zum Beispiel empfinde ich es schon als unsafe, wenn ich da angeben würde, dass ich ein trans Mann bin. Also das mache ich einfach nie, weil es Phasen gab, wo ich es gemacht habe und ich immer Hassnachrichten bekommen habe. Also, automatisch quasi schon, ohne dass ich jemanden anschreibe, dass mir schon Beleidigungen geschrieben werden, dass mir irgendwie gesagt wird: ‚Ich habe dich dort und dort gesehen, wenn ich dich da das nächste Mal sehe, dann passiert irgendwas‘.“

Baran: „Du bist quasi schon unsafe, bevor du überhaupt Sex hattest.“

Ricardo: „Ja.“

Shiwon: „Ja und solche Zustände zu thematisieren [...] DAS wäre im Prinzip der größere Rahmen, wo Safer Sex stattfindet.“

(BIPoC_Feld2+3, Pos. 6)

Baran berichtete von einer Situation im Park, die er als rassismuserfahrene Person als nicht sicher erlebte:

„Ich hatte zum Beispiel mal Sex mit einem Typen im Park, was ich immer machen wollte, was mich viel Überwindung gekostet hat, es dann auch wirklich zu tun. [...] Und dann kam halt die Polizei und ich erlebe sowieso viel Racial Profiling. Und wir sind dann von der Polizei weg, also die haben uns auch nicht erwischt. Wir haben dann aber an einer anderen Stelle im Park wieder weitergemacht und das war natürlich sehr dumm von mir. [...] Und dann kam die Polizei auch noch ein zweites Mal und ich bin auch da wieder davongekommen. Aber im Nachhinein denke ich mir, das hätte ich mir nicht antun dürfen, weil ich weiß, dass die Polizei sich garantiert auf mich konzentriert hätte und nicht auf den weißen Typen, mit dem ich da gerade Sex hatte. Und ich glaube, eine Verhaftung hätte ich nicht gut verkraftet [...] Also, das war für mich sehr unsafe.“ (Baran, BIPoC_Feld2+3, Pos. 6)

Die Diskussion endet mit einem Appell Barans an die Aidshilfen und andere Strukturen:

„[...] dass die ganze Safer Sex-Idee und Strategie unbedingt erweitert werden muss 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 und auch sicher.“ (Baran, BIPoC_Feld2+3, Pos. 6)

Die Teilnehmer*innen wiesen hier die in der Präventionsarbeit verbreitete Definition von Safer Sex mit ihrem Bezug zu HIV/STI-Prävention entschieden zurück. Dies geschah über mehrere Fokusgruppen hinweg. Speziell in der Runde von BIPoC-Teilnehmer*innen wurde kritisiert, dass sich Safer Sex als HIV/STI-Prävention an den Herausforderungen und Problemen weißer (cis) Personen orientiere und somit die Bedarfe anderer Zielgruppen aus dem Blick verliere. Solange mehrfachmarginalisierte Personengruppen sich jedoch physisch und emotional als Person in der Sexualität nicht sicher fühlten, habe HIV- und STI-Prävention für sie ggf. gar nicht den Stellenwert, der ihr zukommen sollte, da die Community sich mit grundlegenden Aspekten von Sicherheit beschäftige.

Ein Aspekt, der in mehreren Fokusgruppen immer wieder als Positiv-Beispiel und als Lernraum in Bezug auf Kommunikation, Konsens und emotionale wie physische Sicherheit benannt wurde, war BDSM. Manche Teilnehmer*innen benannten dabei in den Diskussionen und Biografie-Arbeiten lediglich, dass sie sich im BDSM sicher und gestärkt fühlten (mehr zu BDSM siehe 4.2.2.1 Gelebte Sexualität), andere betonten, dass sie durch ihre BDSM-Erfahrungen gelernt hatten, auch in anderen sexuellen Kontexten besser zu kommunizieren, klarer zu verhandeln und angefangen hatten, bewusst mit Konsens zu arbeiten: "Und ich merke, dass viele von den Fähigkeiten, die ich habe [...] auch in vanilla sexuellen Kontexten, Dinge zu verhandeln oder mit Consent zu arbeiten, dass die tatsächlich von diesen BDSM-Erfahrungen kommen." (Joy, Subkulturen_Feld2+3, Pos. 38)

Für einige Teilnehmer*innen zählte dies explizit in ihr Verständnis von Safer Sex mit hinein. Mio vom Wochenende für Jüngere formulierte es mit den Worten:

„Ich fand den Punkt, dass Safer Sex auch nicht nur eine körperlich medizinische Frage ist voll wichtig und witzigerweise habe in der Zeit, die ich eher so im SM-Bereich verbracht habe, voll die positiven Sachen über Safer Sex gelernt, weil da gibt es zum Beispiel sowas wie Aftercare. Das ist ganz normal, dass man nach einer sexuellen Situation emotionale Arbeit leistet und nach der anderen Person guckt und dass man zum Beispiel nicht geht.“ (Mio, Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 2, Pos. 102)

Dieser Aspekt von Safer Sex als „sich sicher fühlen“ birgt allerdings auch eine Gefahr. So kann das subjektive Gefühl von emotionaler Sicherheit mit einer vertrauten Person auch mit einem Gefühl von Sicherheit vor Ansteckung mit HIV/STIs verknüpft werden. Zum Beispiel berichteten einzelne Teilnehmer*innen auch, wie sich ihre Einschätzungen von vergangenen sexuellen Situationen oder auch von Beziehungen als sexuell ‚safe‘ oder ‚unsafe‘ änderte in dem Moment, in dem sie das Vertrauen zu ihrem Gegenüber verloren. Obwohl sich an den Ereignissen, den verwendeten Methoden etc. nichts änderte, verschob sich die Risikobewertung von vergangenen sexuellen Situationen in dem Moment, in dem sie sich mit der Person nicht mehr sicher fühlten:

„aber [dass er das dritte Mal Schluss gemacht hat und dann doch wieder zurückrudern wollte] das hat mir halt gezeigt, wie unfassbar toxisch das war und entsprechend habe ich, obwohl es eine feste, verbindliche Beziehung war, trotzdem Angst um meine Gesundheit gehabt und es bereut keine Kondome benutzt zu haben, sondern nur die Pille genommen zu haben, weil er so toxisch war und mir das erst im Nachhinein aufgefallen ist und ich dann halt auch nicht wusste, was der noch zu verbergen hat, oder was er für eine Vergangenheit hat. Und deswegen, finde ich, ist Vertrauen und emotionale Stabilität unfassbar wichtig, weil das dann letztlich für Sicherheit sorgt.“ (Aaron, Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 1, Pos. 106-107)

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass für große Teile der Communitys ein erweitertes Safer Sex Verständnis essentiell ist, bei dem eine psychosoziale Komponente von emotionaler (und physischer) Sicherheit, basierend auf Konsens, Kommunikation und Respekt für trans/nicht-binäre Körper, mitgedacht wird. Körperlich-medizinische Aspekte sind auch ein weiterer Teil des Safer Sex-Verständnis der Teilnehmer*innen. Hierzu siehe 4.3.3.1 Schutzstrategien der Teilnehmer*innen des qualitativen Teils.

4.2.3.2 Gestaltungsmacht und Verhandlungskompetenz des Sexlebens

Im Folgenden berichten wir Ergebnisse aus der Online-Befragung zur sexuellen Selbstbestimmung und dazu, wie sicher bzw. unsicher die Rahmenbedingungen des Sexlebens erlebt werden. Zentrale Aspekte sind die subjektiv wahrgenommene Gestaltungsmacht und Verhandlungskompetenz des Sexlebens, Diskriminierung im sexuellen Kontext und sexuelle Gewalterfahrungen.

Die Ergebnisse zur Gestaltungsmacht und Verhandlungskompetenz des Sexlebens im Überblick sind in der Tabelle 18 dargestellt.

Tabelle 18 Gestaltungsmacht und Verhandlungskompetenz des Sexlebens

	n	stimme eher bis voll zu (%)	teils/teils (%)	stimme gar nicht bis eher nicht zu (%)
Ich kann meinen Sex so gestalten, dass ich mich so vor HIV und sexuell übertragbaren Infektionen geschützt fühle (z.B. durch Kondome, PrEP), wie ich es möchte.	2.139	87,6	6,7	5,7
Ich habe nur Sex mit Partner*innen, bei denen ich mich so sicher fühle, wie ich es möchte.	2.176	86,3	7,8	5,9
Ich habe nur Sex an Orten, an denen ich mich so sicher fühle, wie ich es möchte.	2.173	89,0	6,0	5,1
Ich fühle mich beim Sex sicher, weil ich selber entscheiden kann, wann und ob ich mich beim Sex als trans oder nicht-binär oute.	1.839	53,7	14,3	32,0
Ich kann zu Sex "Nein" sagen, ohne dass mir dadurch Nachteile entstehen.	2.169	78,4	11,6	10,0
Es fällt mir leicht, meine Bedürfnisse zu äußern und den Sex, den ich habe, mitzugestalten.	2.161	45,3	28,5	26,2
Es fällt mir leicht, "Nein" zu Sex zu sagen, den ich nicht möchte.	2.260	69,2	14,6	16,2

Zur Gestaltungsmacht von sexuellen Kontakten wurden sieben Indikatoren erhoben. Der Schutz vor HIV und sexuell übertragbaren Infektionen ist eine wichtige Dimension der Gestaltungsmacht des Sexlebens. Von 2.139 Befragten, gaben 87,6% an, den Sex so gestalten zu können, dass sie sich so vor HIV/STI geschützt fühlen (z.B. durch Kondome, PrEP), wie sie es möchten (missing: 938). Personen, die anderen Menschen ihre geschlechtliche Identität mitgeteilt haben, gaben gleichzeitig im Vergleich zu Personen, die dies nicht getan haben, mit 88,5% (vs. 70,6%) häufiger an, dass sie ihren Sex entsprechend gestalten können (n = 2.125, missing: 952). Von den Personen, die angaben, in den letzten zwölf Monaten für Sex bezahlt worden zu sein (n = 97, missing: 7), stimmten nur noch 57,7% der Aussage eher bis voll und ganz zu (vs. 89,9% der Personen, die in den letzten zwölf Monaten nicht für Sex bezahlt wurden, n = 1.949, missing: 382).

Der Ort, an dem die Befragten Sex haben, scheint von den meisten Befragten gut bestimmbar zu sein. Von 2.173 Befragten gaben 89,0% an, dass sie nur Sex an Orten haben, an denen sie sich so sicher fühlten, wie sie es möchten (missing: 904). Dies gilt jedoch nur eingeschränkt für Personen, die gleichzeitig angaben, in den letzten zwölf Monaten für Sex bezahlt worden zu sein. Von diesen 96 Personen (missing: 8) stimmten weniger als die Hälfte (45,8%) der Aussage eher bis voll und ganz zu (vs. 91,8% der Personen, die nicht in den letzten zwölf Monaten für Sex bezahlt wurden, n = 1.983, missing: 348). Auch für die Aussage, dass Sex abgelehnt werden kann, ohne dass daraus Nachteile für die ablehnende Person entstehen, wird von diesen Personen nur zu 38,5% eher oder voll bejaht (n = 96, missing: 8 vs. 81,2% der Personen, die nicht für Sex bezahlt wurden, n = 1.980, missing: 351).

Hinsichtlich der subjektiv wahrgenommenen Verhandlungskompetenz des Sexlebens gaben von 2.161 Befragten knapp unter die Hälfte (45,3%) an, dass es ihnen leichtfalle ihre Bedürfnisse zu äußern und den Sex,

den sie haben, mitzugestalten (missing: 916). 69,2% von 2.260 Befragten stimmte eher bis voll zu, zu Sex ‚Nein‘ sagen zu können, den sie nicht wollen (missing: 817).

4.2.3.3 Mögliche Diskriminierungserfahrungen, erlebte Situationen und Gewalterfahrungen im sexuellen Kontext

Wie bereits im qualitativen Teil dargestellt, erleben manche trans und nicht-binäre Menschen in sexuellen Kontexten grenzüberschreitendes Verhalten auf der körperlichen und der psychischen Ebene. Im Folgenden beschreiben wir die Ergebnisse der Online-Befragung zu möglichen Diskriminierungserfahrungen und erlebten Situationen im sexuellen Kontext (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19 Mögliche Diskriminierungserfahrungen und erlebte Situationen im sexuellen Kontext

	n	Nie (%)	In den letzten 12 Monaten (%)	In den letzten 5 Jahren (%)	Vor über 5 Jahren (%)
Ein persönliches Treffen wurde verweigert oder abgebrochen.	1.453	56,9	20,8	15,5	6,8
Mir wurde unterstellt, dass ich keinen Sex habe.	1.426	56,1	23,9	13,5	6,5
Ich wurde zum Sexobjekt gemacht (z.B. auf meine körperlichen Eigenschaften reduziert, fetischisiert).	1.487	32,8	41,0	19,0	7,2
Mir wurde gesagt, dass mir körperlich etwas fehlt (z.B. Körperteile oder -flüssigkeiten).	1.499	60,0	24,9	11,2	3,9
Ich wurde wegen meines Alters zurückgewiesen.	1.451	82,5	7,7	5,9	3,9
Ich wurde als Sexpartner*in zurückgewiesen.	1.405	51,2	23,1	18,1	7,5
Ich wurde in meiner geschlechtlichen Identität nicht anerkannt.	1.435	29,7	40,1	22,7	7,5
Ich wurde aufgrund meiner Herkunft oder Sprache zurückgewiesen.	1.505	97,3	1,3	0,5	1,0
Ich hatte das Gefühl, meine geschlechtliche Identität mit meinem Verhalten beweisen zu müssen.	1.534	21,4	58,0	15,3	5,3
Ich habe Rassismus erfahren (Ablehnung aufgrund meiner Hautfarbe, meiner Gesichtszüge, meiner Körperformen, meiner Haare, meiner Sprache, meiner Herkunft und damit verbundenen Stereotypen).	1.493	94,2	3,1	1,3	1,5
Ich wurde auf rassistisch-fetischisierende Weise angesprochen.	1.496	92,4	4,0	2,3	1,3
Ich wurde gedrängt, mich in einer stereotypen Art zu präsentieren oder zu verhalten.	1.494	43,9	29,3	17,7	9,1

Ich wurde wegen meiner (angenommenen) Religion zurückgewiesen.	1.502	96,7	1,7	0,7	0,9
Meine sexuellen Wünsche wurden ignoriert oder missachtet.	1.451	37,1	24,4	24,4	14,1
Mir wurde ein bestimmtes Sexualverhalten unterstellt (z.B. passiv oder aktiv).	1.437	36,2	36,4	19,1	8,3
Mir wurden Vorwürfe gemacht, ich hätte etwas vorgetäuscht oder gelogen, weil ich mein trans sein nicht gesagt habe.	1.452	77,5	11,0	7,4	4,1
Ich wurde aufgrund meiner Behinderung / Beeinträchtigung / chronischen Erkrankung zurückgewiesen.	1.443	85,0	7,6	5,0	2,4
Ich wurde beleidigt.	1.477	39,9	34,2	17,3	8,6
Mir wurden sehr schnell sehr intime Fragen gestellt, die einer cis Person so nicht gestellt würden.	1.498	25,3	55,9	15,4	3,4
Ich wurde wegen meiner Identität oder körperlichen Merkmale ausgelacht, bzw. es wurde sich über mich lustig gemacht.	1.424	49,5	25,1	14,2	11,2
Mir wurde gesagt, so etwas wie mich, gibt es nicht oder darf es nicht geben.	1.486	50,9	29,5	13,6	5,9
Mein*e (potentiellen) Sexpartner*innen haben unbewusst falsche Begriffe verwendet.	1.436	43,5	36,6	16,1	3,8
Mein*e (potentiellen) Sexpartner*innen haben bewusst oder aus Ignoranz falsche Begriffe verwendet.	1.372	73,8	14,1	8,8	3,3

Eine unter den Befragten weit verbreitete Erfahrung ist das Gefühl gehabt zu haben, in sexuellen Situationen die geschlechtliche Identität im Verhalten beweisen zu müssen. Von 1.534 Befragten (missing: 1.543) gaben 78,6% an, dass sie dieses Gefühl mindestens einmal jemals hatten. Drei von vier Befragten (74,7%) gaben zudem an, dass ihnen sehr schnell sehr intime Fragen gestellt wurden, die nach ihrer Einschätzung einer cisgeschlechtlichen Person so nicht gestellt würden (n = 1.498, missing: 1.579). Fast ebenso viele Befragte (70,3%) gaben an, dass sie mindestens einmal in ihrem Leben in einem sexuellen Kontext in ihrer geschlechtlichen Identität nicht anerkannt worden zu sein (n = 1.435, missing: 1.642).

Befragte erleben nicht allein im Zusammenhang mit ihrer geschlechtlichen Identität mögliche Diskriminierungen oder negative Erfahrungen, sondern im intersektionalen Zusammenspiel mit weiteren Zugehörigkeiten und Lebensumständen. Von 1.451 Befragten gaben insgesamt 17,5% jemals an, wegen des Alters zurückgewiesen worden zu sein (missing: 1.626). Differenziert nach Altersgruppen, zeigt sich, dass ältere Befragte im Vergleich zu Jüngeren häufiger Zurückweisung berichten. Während von 1.451 Befragten 15,1% der unter 40-Jährigen angaben, jemals wegen des Alters zurückgewiesen worden zu sein, berichteten dies 32,7% der über 40-Jährigen. Zurückweisungen im Zusammenhang mit einer Behinderung, Beeinträchtigung bzw. chronischen Erkrankung jemals erfahren zu haben, berichteten 15,0% von 1.443 Befragten (missing: 1.634). Von 1.496 Befragten wurden 7,6% jemals auf rassistisch-fetischisierende Weise angesprochen (missing: 1.581).

Eine zentrale Bedingung für sexuelle Gesundheit ist die Abwesenheit von Gewalt. Wir haben Gewalt auf der psychischen Ebene in Form von unangemessenen Kommentaren und Drohungen im sexuellen Kontext erhoben. Weiterhin haben wir sexualisierte Gewalt auf der körperlichen Ebene erhoben. Ein Überblick zu berichteten Gewalterfahrungen im sexuellen Kontext ist in Tabelle 20 abgebildet.

Tabelle 20 Berichtete sexuelle Gewalterfahrungen

	n	Nie (%)	In den letzten 12 Monaten (%)	In den letzten 5 Jahren (%)	Vor über 5 Jahren (%)
Es wurden unangemessene Kommentare über meinen Körper/Körperteile gemacht.	1.504	17,6	46,4	23,7	12,4
Ich habe durch mein Schwarz-Sein/PoC-Sein und trans-Sein Gewalt erlebt, wurde exotisiert, abgelehnt, nicht ernst genommen.	1.341	86,4	8,1	4,1	1,4
Ich wurde gegen meinen Willen angefasst.	1.502	24,6	25,3	28,4	21,6
Ich wurde bedroht.	1.449	54,0	15,9	15,1	15,0
Ich wurde zu sexuellen Handlungen genötigt oder gezwungen (z.B. sexuelle Handlungen als Gegenleistung, um bei jemandem wohnen zu können oder unter der Drohung, verlassen zu werden).	1.488	69,2	3,1	10,2	17,5
Mein Wunsch nach Safer Sex wurde nicht beachtet/ übergangen /ignoriert.	1.457	69,5	7,2	11,5	11,8
Entgegen bzw. ohne vorherige Absprache war der Sex gewaltvoll (z.B. ich wurde gewürgt, geschlagen).	1.471	80,4	3,9	7,5	8,3
Sexuelle Handlungen wurden gegen meinen Willen vorgenommen.	1.482	53,4	6,1	15,5	24,9
Beim Sex wurden Körperöffnungen benutzt, die ich nicht wollte.	1.447	71,5	4,1	10,7	13,8
Beim Sex wurden Körperöffnungen benutzt, die vorher nicht oder anders abgesprochen waren.	1.451	72,2	5,3	10,0	12,5
Ich wurde vergewaltigt.	1.409	75,2	1,3	6,9	16,5

Die meisten Befragten (82,4%) erlebten jemals als unangemessen empfundene Kommentare über ihren Körper oder über Körperteile (n = 1.504, missing: 1.573). Dies war die häufigste berichtete Form psychischer Gewalterfahrungen im sexuellen Kontext. Ebenso berichtete eine große Mehrheit der Befragten von sexualisierter Gewalt. Drei Viertel der Befragten (75,4%) wurden jemals gegen ihren Willen angefasst (n = 1.502, missing: 1.575). An knapp der Hälfte der Befragten (46,6%) wurden jemals sexuelle Handlungen gegen

deren Willen vorgenommen ($n = 1.482$, missing: 1.595) und von 1.409 Befragten gab jede vierte Person (24,8%) an, mindestens einmal im Leben vergewaltigt worden zu sein (missing: 1.668).

4.3 Prävalenzen von und Schutz vor HIV/STI Infektionen

In diesem Kapitel stellen wir zunächst die HIV/STI-Prävalenzen vor, die mittels der quantitativen Datenerhebung ermittelt wurden. Anschließend präsentieren wir die qualitativen sowie quantitativen Ergebnisse in Bezug auf Wissen zu HIV/STI als ein grundlegender Aspekt zum Schutz vor HIV/STI-Infektionen. Abschließend werden weitere Schutzstrategien vorgestellt, die sowohl auf qualitativen als auch auf quantitativen Daten beruhen.

4.3.1 Prävalenzen

In der Online-Befragung haben 2.335 Befragte Angaben zu einer möglichen HIV-Diagnose gemacht (missing: 742). Von diesen gaben 17 Personen (0,7%) an, dass bei ihnen HIV diagnostiziert wurde. Im weiteren Verlauf der Befragung gaben 24 der Personen ohne berichtete HIV-Diagnose an, dass für sie eine HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) nicht in Frage kommt, da sie eine HIV-Infektion haben. Aufgrund der widersprüchlichen Antworten ist der HIV-Status dieser Personen unklar und sie werden nicht mit in die Prävalenzberechnung einbezogen.

Von den 2.323 Befragten, die über mögliche Diagnosen bakterieller STI berichteten, gaben 21 (0,9%) an, jemals eine Syphilis-Diagnose erhalten zu haben, 63 (2,7%) eine Gonorrhoe-Diagnose und 105 (4,5%) eine Chlamydien-Diagnose (missing: 754). Es wurden zwar gewisse Unterschiede zwischen den Identitätskategorien festgestellt, jedoch waren die Fallzahlen für statistische Vergleiche zu gering (siehe Tabelle 21 und Tabelle 22).

Tabelle 21 Selbstberichtete Prävalenzen von HIV stratifiziert nach den geschlechtlichen Identitäten der Teilnehmer*innen

	n	HIV (%)
Weibliches Spektrum	471	1,5
Männliches Spektrum	518	0,6
Nicht-binär, weibliches Spektrum	278	0,7
Nicht-binär, männliches Spektrum	331	0,6
Nicht-binär Spektrum	713	0,3
Andere Bezeichnungen	24	4,2
Gesamt	2.335	0,7

Tabelle 22 Selbst-berichtete Prävalenzen von Syphilis, Gonorrhoe und Chlamydien stratifiziert nach den geschlechtlichen Identitäten der Teilnehmer*innen

	n	Syphilis (%)	Gonorrhoe (%)	Chlamydien (%)
Weibliches Spektrum	482	0,8	3,3	3,9
Männliches Spektrum	517	1,0	2,9	4,6
Nicht-binär, weibliches Spektrum	273	0,4	1,5	5,5
Nicht-binär, männliches Spektrum	326	2,5	3,7	4,6
Nicht-binär Spektrum	701	0,3	2,0	4,3
Andere Bezeichnungen	24	4,2	8,3	8,3
Gesamt	2.323	0,9	2,7	4,5

Von 1.452 der 1.468 Befragten, die angaben, in den letzten zwölf Monaten Sex mit Schleimhautkontakt gehabt zu haben, liegen Informationen vor, mit wie vielen Personen sie in den letzten zwölf Monaten Schleimhautkontakt hatten (missing: 16). 43,1% der Befragten gab an, zwei oder mehr Sexualpartner*innen gehabt zu haben und 56,9% gaben an, eine*n Partner*in zu haben. Von diesen machten 1.356 zusätzlich Angaben zu einer HIV-Diagnose und 1.332 zu einer STI-Diagnose.

Insgesamt 1,8% (10/570) der Befragten mit zwei oder mehr Sexualpartner*innen in den letzten zwölf Monaten gaben an, eine HIV-Diagnose erhalten zu haben gegenüber 0,3% (2/786) der Befragten mit einem*r Sexualpartner*in. Vergleichbare Verteilungen waren bei den anderen STI zu beobachten: während 2,5% (14/564) der Teilnehmer*innen mit zwei oder mehr Sexualpartner*innen angab, jemals eine Syphilis-Diagnose erhalten zu haben, lag der Anteil in der Gruppe der Befragten mit einer*m Sexualpartner*in bei 0,1% (1/768). Teilnehmer*innen mit zwei oder mehr Sexualpartner*innen in den letzten zwölf Monaten gaben außerdem häufiger an, eine Gonorrhoe-Diagnose (8,5%, 48/564) und Chlamydien-Diagnose (10,1%, 57/564) erhalten zu haben, als die Teilnehmer*innen mit einer*m Sexualpartner*in (Gonorrhoe: 0,7% (5/768), Chlamydien: 3,1% (24/768)).

Angaben zu Sex unter Drogeneinfluss wurden von 2.436 Befragten gemacht (missing: 641). Von diesen gaben 10,1% (247/2.436) an, in den letzten zwölf Monaten Sex unter dem Einfluss von Drogen (z.B. Ecstasy / MDMA, Kokain, Amphetamine (Speed), Methamphetamin (Crystal, Meth, Tina, Pervitin), Mephedron oder Ketamin) gehabt zu haben. Von den Befragten mit Angaben zu sexualisiertem Drogengebrauch machten 2.296 Angaben zu einer möglichen HIV-Diagnose und 2.268 zu möglichen STI-Diagnosen. Teilnehmer*innen, die sexualisierten Drogengebrauch im letzten Jahr vor der Befragung angaben, gaben häufiger an, jemals Diagnosen von HIV und STI (HIV: 3,9% (8/203), Syphilis: 5,7% (12/211), Gonorrhoe: 13,7% (29/211), Chlamydien: 15,2% (32/211)) erhalten zu haben als Teilnehmer*innen, die keinen sexualisierten Drogengebrauch berichteten (HIV: 0,3% (6/2.093), Syphilis: 0,3% (7/2.057), Gonorrhoe: 1,6% (33/2.057), Chlamydien: 3,4% (70/2.057)).

Von den 2.445 Teilnehmer*innen, die Angaben dazu machten, ob sie in den letzten zwölf Monaten für Sex bezahlt haben (missing: 632), gaben 2,5% dies an. Unter Bezahlung wurde im Rahmen dieser Studie der Austausch von Geld, Geschenken oder Gefälligkeiten (Wohnraum, Lebensmittel, etc.) für Sex verstanden. Von diesen machten 2.310 Teilnehmer*innen zusätzlich Angaben zu einer möglichen HIV-Diagnose und 2.285 zu möglichen STI-Diagnosen. Teilnehmer*innen, die jemals für Sex bezahlt hatten, berichteten häufiger von HIV- und STI-Diagnosen (HIV: 9,5% (4/42), Syphilis: 3,8% (2/52), Gonorrhoe: 19,2% (10/52), Chlamydien: 15,4% (8/52)) als diejenigen, die angaben dies nicht getan zu haben (HIV: 0,4% (10/2.268), Syphilis: 0,8% (17/2.233), Gonorrhoe: 2,2% (49/2.233), Chlamydien: 4,2% (93/2.233)). Dazu muss einschränkend festgehalten

werden, dass im Rahmen der Befragung kein zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Bezahlen für Sex und der HIV/STI-Diagnose erhoben wurde, so dass zwischen diesen beiden Angaben keine zeitlichen oder kausalen Zusammenhänge aus den Daten abgeleitet werden können. Dennoch weisen die Ergebnisse möglicherweise auf eine vulnerable Gruppe innerhalb der Communitys hin, die von HIV/STI-Test- und Beratungsangeboten profitieren könnte.

Insgesamt 104 von 2.435 Teilnehmer*innen haben angegeben, in den letzten zwölf Monaten selbst für Sex bezahlt worden zu sein (missing: 642). Unter den Teilnehmer*innen mit Angabe, dass sie für Sex bezahlt wurden, machten 2.304 Angaben zu einer möglichen HIV-Diagnose und 2.277 zu möglichen STI-Diagnosen. Teilnehmer*innen, die angaben, in den letzten zwölf Monaten für Sex bezahlt worden zu sein, gaben auch häufiger an, jemals eine HIV/STI-Diagnose erhalten zu haben (HIV: 2,7% (2/75), Syphilis: 3,7% (3/82), Gonorrhoe: 17,1% (14/82), Chlamydien: 14,6% (12/82)) als diejenigen, die dies nicht angaben (HIV: 0,5% (12/2.229), Syphilis: 0,8% (17/2.195), Gonorrhoe: 2,0% (43/2.195), Chlamydien: 4,0% (87/2.195)). Auch hier weisen die Daten auf eine vulnerable Gruppe in der Communitys hin, die von HIV/STI-Beratungs- und Testangeboten profitieren könnte – es kann aber auch in diesem Fall aus den Daten kein zeitlicher oder kausaler Zusammenhang aus dem bezahlt werden von Sex und den HIV/STI-Diagnosen abgeleitet werden.

Von 2.323 Befragten liegen Angaben zu einer möglichen Hepatitis-Infektionen vor (missing: 754). 13 Personen (0,6%) berichteten jemals eine Hepatitis B-Diagnose erhalten zu haben und 14 Personen (0,6%) berichteten von einer Hepatitis C-Diagnose.

Harnwegsinfekte können das sexuelle Wohlbefinden einschränken. Dieser Aspekt wurde durch Community-Mitglieder relevant gemacht und die entsprechende Frage in der Online-Erhebung partizipativ erarbeitet. Menschen mit kurzer Harnröhre können ein höheres Risiko für Entzündungen der Harnwege haben. Da im

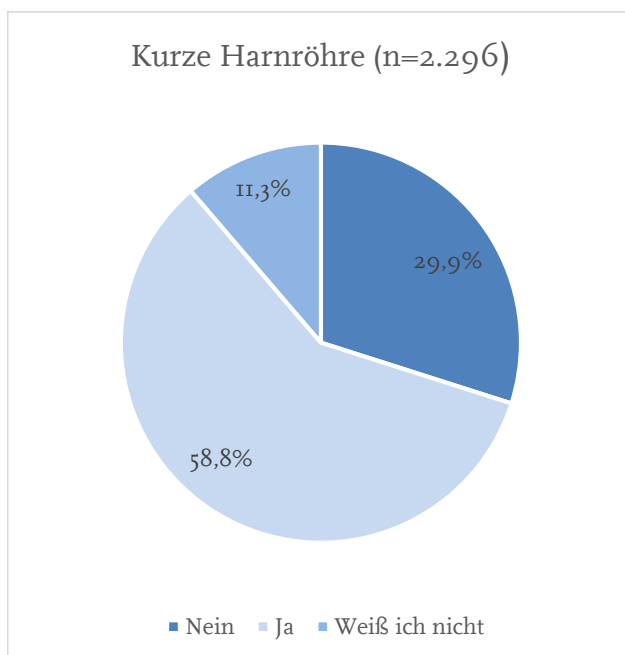


Abbildung 15 Angaben zur Harnröhre

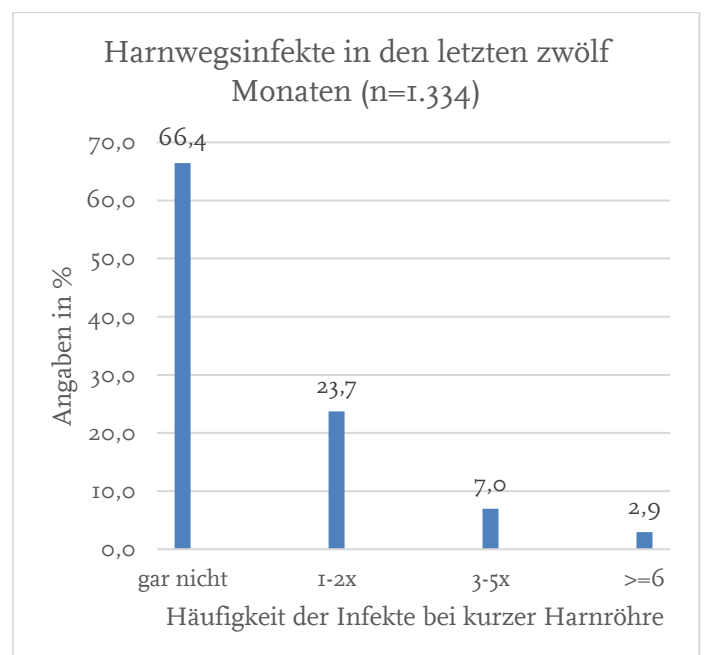


Abbildung 14 Häufigkeit der Harnwegsinfekte bei kurzer Harnröhre in den letzten zwölf Monaten

Rahmen der Befragung bisher keine Informationen über anatomische Verfasstheiten unserer Befragten erhoben wurden, fragten wir, ob sie angeboren oder post-operativ eine kurze Harnröhre hatten und fragten anschließend bei Personen mit einer kurzen Harnröhre, wie oft sie in den letzten zwölf Monaten eine Entzündung der Harnwege hatten.

Von 2.296 Personen gaben 58,8% an, eine kurze Harnröhre zu haben, 29,9% gaben an, keine kurze Harnröhre zu haben und 11,3% wussten nicht, ob sie eine kurze Harnröhre haben. Von den 1.350 Personen, die angaben eine kurze Harnröhre zu haben, beantworteten 1.334 Personen die Frage, wie häufig sie in den letzten zwölf Monaten Harnwegsinfekte hatten (missing: 16). 66,4% berichteten keinen Harnwegsinfekt gehabt zu haben, 23,7% von ein bis zwei und 9,9% von mehr als drei Infekten.

4.3.2 Wissen

Wissen rund um sexuelle Gesundheit ist ein zentraler Aspekt der qualitativen Ergebnisse, der im Folgenden dargestellt wird. In der quantitativen Erhebung wurde ebenfalls Wissen zu HIV/STI abgefragt. Die Ergebnisse werden anschließend an die qualitativen Ergebnisse präsentiert.

4.3.2.1 Wissen rund um sexuelle Gesundheit

Wissen rund um sexuelle Gesundheit stellte sich in unserer Analyse als ein grundlegendes Element dar, das in den verschiedenen Veranstaltungen von den Teilnehmer*innen angebracht wurde. Hieraus entwickelten wir zwei induktive Kategorien. Einerseits haben wir „Wissen rund um sexuelle Gesundheit“ als Subkategorie von Selbststärkung mit 18 Kodierungen angelegt und somit dieses Wissen als Empowermentfaktor herausgearbeitet. Andererseits haben wir „fehlendes Wissen“ ebenfalls induktiv abgeleitet und als Belastungsfaktor beschrieben. Hierbei unterschieden wir das fehlende Wissen seitens der Wissenschaft, seitens Berater*innen (und anderer medizinischer Fachkräfte) und seitens trans und nicht-binärer Personen. In diesem Kapitel konzentrieren wir uns auf das fehlende Wissen von trans und nicht-binären Personen mit insgesamt 46 Codierungen, wobei der überwiegende Teil der Codierungen aus dem Wochenende für Jüngere stammt. Die beiden erstgenannten Kategorien werden unter 4.4.4.1 Fehlendes Wissen und fehlender Austausch beschrieben.

Sexualpädagogik ist ein wichtiger Bestandteil der sexuellen Aufklärung junger Menschen. Die Teilnehmer*innen unserer Veranstaltungen bewerteten die sexuelle Bildung in der Schule jedoch als schlecht, da sie binär und heteronormativ ausgerichtet sei. So schrieb Jonah vom Wochenende für Jüngere im Zeitstrahl: „Schule: sex ed – schlecht, weil: kein Konsens & nur cis het Sex angesprochen“ (Jonah, Doku_9_Jüngere_Zeitstrahle, Pos. 327). Dass trans und nicht-binäre Personen zum Teil keine informierten Entscheidungen trafen und fehlerhafte Risikoeinschätzungen vornahmen, sei ebenfalls eine Konsequenz der binären und heteronormativen Sexualpädagogik, die sich an junge Menschen richte. So beschrieb Jay:

„[...] und teilweise vor manchen Situationen so übergroße Angst gehabt wird und vor anderen Situationen, die risikobehaftet sind, gar keine Angst gehabt wird oder irgendwie, dass Menschen total skurrile Risikoeinschätzungen haben und nicht, weil die Menschen irgendwie nicht kompetent sind, sondern weil es einfach ihnen niemand erklärt hat und das finde ich mega schade. Und gerade als trans Person, deren Körper du nie im Biobuch findest, wäre es umso schöner halt auch, dass darauf auch Bezug genommen wird und nicht nur irgendwie zwei binäre cis Dyakörper abgebildet sind, wenn überhaupt irgendwie und wenn alles darauf gemünzt ist, dass die miteinander Sex haben.“ (Jay, Jüngere Feld 2+3_Gruppe 2, Pos. 139)

Das Wissen, welches sexualpädagogisch vermittelt wurde, fokussierte sich häufig lediglich auf Schwangerschaftsverhütung, so dass junge Menschen wenig über sexuelle Gesundheit, HIV und andere STIs lernten (Guido, Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 2, Pos. 67). Zudem herrschte bei den Teilnehmer*innen das Gefühl vor, dass es „wenig Stellen [in der breiten Öffentlichkeit] gibt, die viele Menschen erreichen bisher.“ (Guido, 2022_04_30_Jüngere_Feld 2+3_Gruppe_2, Pos. 94) Die Teilnehmer*innen berichteten stattdessen andere Quellen heranzuziehen um sich Wissen bezüglich sexueller Gesundheit anzueignen, wobei „selbstständige

Recherche (auch durch Internet) zum Thema Sex, Körper“ (Neo, Doku_9_Jüngere_Zeitstrahle_Position 428) häufiger genannt wurde. Wissen über sexuelle Gesundheit wurde zudem in den trans und nicht-binären Communitys selbst vermittelt und erlernt. So wurden Community-Angebote wie „coole Workshops & gut beratende Sexshops“ (Lelo, Doku_9_Jüngere_Zeitstrahle, Pos. 392) ebenso genannt wie „queer & trans porn“ (Lelo, Doku_9_Jüngere_Zeitstrahle, Pos. 396), was ebenfalls als wissensvermittelnd von den Teilnehmer*innen bewertet wurde.

Als bestärkend wurden der Wissenszuwachs und somit eine bessere Risikoeinschätzung genannt. So beschrieb Neo vom Wochenende für Jüngere:

*„Und ich zum Beispiel, was ich voll gut fand, seit ich bei der AIDS-Hilfe arbeite, mein Risiko viel besser einschätzen kann, aber auch nur weil ich sehr viel damit zu tun habe; und mein Risiko, wie das von voll vielen Menschen, für HIV-Infektion total niedrig ist und auch voll beruhigend ist, weil zum Anfang war ich so eine Person [die zu der] der Gruppe Panicer*innen [gehört] und ich habe immer voll gepanict und ständig gedacht ich hätte jetzt ein HIV-Risiko gehabt und jetzt weiß ich, es gibt einfach weniger als gedacht.“ (Neo, Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 2, Position 75)*

Während die Teilnehmer*innen den Wissenszuwachs als bestärkend für die eigene sexuelle Gesundheit beschrieben, wird im letzten Zitat ebenso deutlich, dass fehlendes Wissen zu Fehleinschätzungen und Unsicherheiten führen kann. Dies zeigte sich ebenso in der Aussage von Jay, der*die am Wochenende für Jüngere teilgenommen hat, um sich mehr mit Menschen auszutauschen und dadurch Wissen zu erlangen: „Ich finde das immer noch schwierig, weil ich irgendwie das Gefühl habe, ich weiß immer noch relativ wenig drüber und ich rede da mit wenig Leuten drüber. Auch ein Grund warum ich bei diesem Wochenende bin.“ (Jay, Jüngere Feld2+3_Gruppe 2, Position 70)

Fehlendes Wissen hingegen kann sich zudem als psychische Belastung erweisen, wenn die Angst vor dem Testergebnis so groß wird, dass der HIV-Test nicht durchgeführt wird. Ein Teilnehmer vom Wochenende für Jüngere berichtete von Panikattacken und Angstspiralen, die sich aufgrund von Unwissenheit bezüglich des HIV-Status über mehrere Jahre erstreckten (Aaron, Jüngere_Feld 2+3_Gruppe_1, Pos. 111-117). Die hierin beschriebene Scham wurde auch an anderer Stelle deutlich, als ein anderer Teilnehmer von der Stigmatisierung von HIV und STIs sprach, die darauf basiere, dass das Wissen nicht zugänglich sei:

„Das ist immer noch super stigmatisiert, weil eben auch das Wissen darüber, dass das meiste davon halt auch wirklich für die meisten Menschen erstmal überhaupt nicht schlimm und bedrohlich ist und total gut behandelbar ist, auch nicht zugänglich ist, nicht verbreitet ist. Und es würde das ja auch nochmal groß verändern und möglicher machen, darüber zu reden, so wie wir auch über eine Erkältung oder einen gebrochenen kleinen Zeh reden. Und es gibt ja auch Studien die genau das belegen, dass darüber zu reden im Endeffekt erstmal der größte Schutz ist, weil dann können wir unser Risiko einschätzen und so handeln, dass wir uns schützen können. Und es ist auch anders, als wenn erstmal viele Menschen annehmen, dass das Risiko nicht dann steigt, wenn du mit mehr Menschen Sexualität teilst, sondern wenn du nicht darüber redest.“ (Guido, Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 2, Pos. 95)

Das fehlende Wissen bezüglich sexueller Gesundheit umfasst verschiedene Elemente. Zum einen besteht Unwissen darüber, welche STIs es gibt. Orlando sprach in einer Gruppendiskussion auf dem Wochenende für Jüngere davon, „dass es einen Riesenunterschied macht, ob ich auf dem Dorf wohne und ich wusste überhaupt nicht, dass es diese ganzen STIs gibt und in welchem Kontext“ (Orlando, Jüngere_Feld 4, Pos. 70). Das Thema PrEP wurde in einer Gruppendiskussion am Wochenende für Jüngere von dem Moderator eingebracht. Auf Nachfrage, ob die Teilnehmer*innen wüssten, worum es sich bei der PrEP handelt, verneinten mehrere (Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 1, Position 122-124). Zum anderen berichteten Teilnehmer*innen auch davon, dass

ihnen gerade in jungen Jahren auch ganz pragmatisches Wissen bezüglich verschiedener Sexpraktiken gefehlt habe (Joy, Doku_3_Sexuelle Szenen Subkulturen, Pos. 182). Eine Teilnehmer*in berichtete, dass trans Personen nach genitalangleichenden Operationen oft die Erfahrungswerte fehlten, wie Sexualität mit den postoperativen Körperteilen funktionieren könne: „Das wenige Wissen, was zu diesem Körper überhaupt schon da war, zum trans Körper, das ist dann nochmal weniger geworden, weil die Voraussetzungen sich geändert haben“ (Kim,_Aeltere_Feld2+3, Pos. 133) Im Folgenden sollen die Strategien beschrieben werden, die trans und nicht-binäre Menschen anwenden, um sich vor HIV und anderen STIs zu schützen.

4.3.2.2 Wissen zu HIV/STI und deren Prävention und Therapie

Im Rahmen der Online-Befragung wurde vorhandenes Wissen zu HIV und STI abgefragt und gleichzeitig auch Wissen vermittelt. Die Befragten sollten angeben, ob sie bestimmte Thesen zu HIV und STI bereits kannten oder von diesen noch nicht wussten. Zur These „HIV kann nicht durch Küssen weitergegeben werden, da Speichel HIV nicht überträgt.“ machten 2.362 Personen Angaben (missing: 715). Mehr als vier von fünf Personen gaben an, dass sie dies bereits wussten und 13,0% waren sich dessen unsicher (Tabelle 23). Ein kleiner Anteil der Befragten gab an, dies noch nicht gewusst zu haben (3,3%), dies nicht zu verstehen (0,5%) oder nicht zu glauben, dass das stimmt (1,7%). Die zweite zu HIV abgefragte These war „Wenn eine HIV-positive Person eine wirksame Therapie erhält und die Viruslast nicht nachweisbar ist ("undetectable"), kann sie HIV sexuell nicht weitergeben.“. Hierzu machten 2.347 Personen Angaben (missing: 730). Der Anteil der Personen, die dies bereits wussten lag mit 67,2% niedriger als bei der ersten These. Darüber hinaus gaben 16,3% an, dass sie sich dessen nicht sicher waren und 13,0%, dass sie dies noch nicht wussten. Nur 0,9% gaben an, dass sie dies nicht verstanden und 2,5% gaben an, dass sie nicht glaubten, dass die These stimme.

Tabelle 23 Wissen zu HIV und STI

Wissen zu HIV	n	Das wusste ich bereits (%)	Darüber war ich mir nicht sicher (%)	Das wusste ich noch nicht (%)	Ich verstehe das nicht (%)	Ich glaube nicht, dass das stimmt (%)
HIV kann nicht durch Küssen weitergegeben werden, da Speichel HIV nicht überträgt.	2.362	81,5	13,0	3,3	0,5	1,7
Wenn eine HIV-positive Person eine wirksame Therapie erhält und die Viruslast nicht nachweisbar ist ("undetectable"), kann sie HIV sexuell nicht weitergeben.	2.347	67,2	16,3	13,0	0,9	2,5
Wissen zu STI						
Die meisten STI können leichter weitergegeben werden als HIV.	2.332	56,7	22,8	19,2	0,7	0,6
STI sind häufig symptomlos und man kann sich angesteckt haben, ohne es zu merken.	2.331	62,7	19,9	15,8	0,6	1,0
Die richtige Anwendung von Barrieren, wie z.B. Kondomen, Handschuhen, Folien oder dental dams / Lecktüchern beim Sex reduziert die Wahrscheinlichkeit, sich bzw. andere mit STI (oder HIV) anzustecken.	2.337	94,6	2,7	1,6	0,6	0,5

Bei den Thesen zu STI lag der höchste Wissensstand bei der These „Die richtige Anwendung von Barrieren, wie z.B. Kondomen, Handschuhen, Folien oder dental dams / Lecktüchern beim Sex reduziert die Wahrscheinlichkeit, sich bzw. andere mit STI (oder HIV) anzustecken.“, bei der 94,6% angaben, dass sie dies bereits wussten (missing: 740). Weniger als zwei Drittel der Befragten gaben an, gewusst zu haben, dass STI häufig symptomlos sind und Ansteckungen unbemerkt bleiben könnten (Tabelle 23, missing: 746). Bei dieser These gaben 19,9% an, dass sie sich dessen unsicher waren und 15,8%, dass sie dies noch nicht wussten. Der niedrigste Wissensstand wurde bei der These „Die meisten STI können leichter weitergegeben werden als HIV.“ gemessen, zu der 2.332 Befragten Angaben machten (missing: 745). Hier gaben 56,7% an, dies bereits gewusst zu haben, 22,8% gaben an, dass sie sich dessen nicht sicher waren und 19,2% wussten dies noch nicht.

Zusätzlich zum Wissen zu HIV und STI haben wir auch das Wissen zur HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) und HIV-Postexpositionsprophylaxe (PEP) abgefragt. Teilnehmer*innen ohne Angabe einer HIV-Diagnose wurden gefragt, ob sie bereits von der PrEP gehört hatten. Hierzu machten 2.202 Befragte Angaben (missing: 875). Insgesamt 61,9% hatten bereits von der PrEP gehört, 9,2% waren sich nicht sicher und 29,0% hatten dies verneint. Auch beim Wissen zur PrEP und PEP lagen die Anteile der Befragten ohne HIV-Diagnose, die diese Thesen bereits kannten deutlich niedriger als bei den Thesen zu HIV/STI (Tabelle 24). Zur These „Bei

der HIV-Prä-Expositionsprophylaxe (PrEP) nimmt eine HIV-negative Person Tabletten vor und nach dem Sex, um sich vor HIV zu schützen.“ machten 2.213 Befragte Angaben (missing: 864). Von diesen gaben 39,8% an, dass sie dies bereits wussten, 18,2% waren sich dessen unsicher und 40,1% gaben an, dass sie dies noch nicht wussten. Zur These „Die PrEP ist zugelassen zur Einnahme als tägliche Tablette.“ machten 2.202 Befragte Angaben (missing: 875). Hier gaben 34,5% an, dass sie dies bereits wussten und 15,0% waren sich unsicher. Fast die Hälfte der Befragten gaben an, dass sie dies noch nicht wussten. Zur These „Die Wirkung von Hormonen wird durch die Einnahme von PrEP nicht beeinflusst.“ machten 2.190 Teilnehmer*innen Angaben (missing: 887). Von diesen gaben 62,0% an, dass sie dies nicht wussten und 19,9% waren sich dessen unsicher. Nur 16,6% gaben an, dass sie dies bereits vor der Befragung gewusst haben.

Tabelle 24 Wissen zu HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) und HIV-Postexpositionsprophylaxe (PEP)

Wissen zu HIV Präexpositionsprophylaxe (PrEP)	n	Das wusste ich bereits (%)	Darüber war ich mir nicht sicher (%)	Das wusste ich noch nicht (%)	Ich verstehe das nicht (%)	Ich glaube nicht, dass das stimmt (%)
Bei der HIV-Prä- Expositionsprophylaxe (PrEP) nimmt eine HIV-negative Person Tabletten vor und nach dem Sex, um sich vor HIV zu schützen.	2.213	39,8	18,2	40,1	0,7	1,2
Die PrEP ist zugelassen zur Einnahme als tägliche Tablette.	2.202	34,5	15,0	49,0	0,7	0,8
Die Wirkung von Hormonen wird durch die Einnahme von PrEP nicht beeinflusst.	2.190	16,6	19,9	62,0	0,7	0,9
Wissen zu HIV Postexpositionsprophylaxe (PEP)						
Die Postexpositionsprophylaxe (PEP) versucht, eine HIV-Infektion zu verhindern, nachdem man dem Virus ausgesetzt war (z.B. nach ungeschütztem Schleimhautkontakt).	2.168	38,1	13,5	47,5	0,7	0,2
Eine PEP ist eine Behandlung gegen HIV, bei der Medikamente für den Zeitraum eines Monats eingenommen werden.	2.162	16,7	18,5	63,8	0,6	0,4
Eine PEP sollte so schnell wie möglich nach einem Risikokontakt begonnen werden, am besten innerhalb weniger Stunden.	2.165	37,0	14,0	48,5	0,3	0,3

Das Wissen zur HIV-Postexpositionsprophylaxe wurde ebenfalls bei Teilnehmer*innen abgefragt, die keine HIV-Diagnose angaben. Zur These „Die Postexpositionsprophylaxe (PEP) versucht, eine HIV-Infektion zu verhindern, nachdem man dem Virus ausgesetzt war (z.B. nach ungeschütztem Schleimhautkontakt).“ machten 2.168 Befragte Angaben (missing: 909). Die meisten Befragten (47,5%) gaben an, dass sie dies noch nicht wussten, 13,5% waren sich dessen unsicher und 38,1% wussten dies bereits. Vergleichbare Anteile gab es auch bei den Antworten zur These „Eine PEP sollte so schnell wie möglich nach einem Risikokontakt begonnen werden, am besten innerhalb weniger Stunden.“, zu der 2.165 Befragte Angaben machten (missing: 912, Tabelle 24). Zur These „Eine PEP ist eine Behandlung gegen HIV, bei der Medikamente für den Zeitraum eines Monats eingenommen werden.“ machten 2.162 Teilnehmer*innen Angaben (missing: 915). Von diesen gaben 63,8% an, dass sie dies noch nicht wussten, 18,5% waren sich unsicher und 16,7% wussten dies bereits vor der Befragung.

Weiterhin wurde Wissen zu viralen Hepatitiserkrankungen bei den Teilnehmer*innen abgefragt. Hohe Anteile der Befragten wussten, dass Hepatitis-Typen nach Buchstaben des Alphabets benannt werden (94,7%, missing: 876) und dass es gegen Hepatitis A und Hepatitis B Impfungen gibt (80,9%, missing: 881) (Tabelle 25). Der Anteil der Befragten, die wussten, dass Hepatitis meistens durch Viren verursacht wird, lag bei 65,0%, 19,7% waren sich dessen nicht sicher und 14,6% wussten das noch nicht (missing: 885). Zur Aussage „Hepatitis ist eine Entzündung der Leber.“ machten 2.194 Personen Angaben (missing: 883). Von diesen wusste etwa die Hälfte dies bereits, 17,4% waren sich unsicher und 31,9% wussten dies noch nicht. Den niedrigsten Anteil gesicherten Wissens haben wir bei der These „Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung.“ messen können, zu der 2.192 Personen Angaben machten (missing: 885). Hier gaben nur 47,3% an, dass sie dies bereits wussten, 28,7% waren sich dessen nicht sicher und 23,0% wussten dies noch nicht.

Tabelle 25 Wissen zu viralen Hepatitiserkrankungen

	n	Das wusste ich bereits (%)	Darüber war ich mir nicht sicher (%)	Das wusste ich noch nicht (%)	Ich verstehe das nicht (%)	Ich glaube nicht, dass das stimmt (%)
Hepatitis ist eine Entzündung der Leber.	2.194	49,7	17,4	31,9	0,2	0,8
Hepatitis wird meistens durch Viren verursacht.	2.192	65,0	19,7	14,6	0,3	0,4
Es gibt verschiedene Hepatitis-Typen, die nach den Buchstaben des Alphabets benannt sind (A, B, C, D, E, ...).	2.201	94,7	2,9	2,0	0,3	0,1
Gegen Hepatitis A und gegen Hepatitis B gibt es Impfungen.	2.196	80,9	13,2	5,5	0,1	0,4
Gegen Hepatitis C gibt es keine Impfung.	2.192	47,3	28,7	23,0	0,3	0,7

4.3.3 Schutzstrategien

4.3.3.1 Schutzstrategien der Teilnehmer*innen des qualitativen Teils

Wir haben unsere Teilnehmer*innen gefragt, wie sie für sich Safer Sex definieren und welches Verständnis sie von Safer Sex haben. Zudem haben wir Aussagen zum konkreten Safer Sex-Verhalten gesammelt. Um die vorliegenden Schutzstrategien unserer Teilnehmer*innen zu beschreiben, werden wir in diesem Kapitel die Kategorie „Aussagen zu Safer Sex Verhalten“ mit 100 Codierungen sowie die Kategorie „Definition/Verständnis Safer Sex“ mit insgesamt 77 Codierungen heranziehen. Zunächst werden wir aufzeigen, welches Verständnis zu Safer Sex bei unseren Teilnehmer*innen vorlag, da dieses Verständnis die Grundlage für das konkrete Verhalten, also die konkreten Schutzstrategien, darstellt. Diese werden wir anschließend beschreiben.

Wir konnten unterschiedliche Dimensionen des Safer Sex-Verständnisses unserer Teilnehmer*innen herausarbeiten. Einerseits wurde Safer Sex als Schwangerschaftsverhütung sowie als Prävention von HIV und STIs verstanden. Für das Gros der Teilnehmer*innen reichte diese Definition nicht aus, sodass auch eine emotional-psychoziale Komponente von Safer Sex von den Teilnehmer*innen beschrieben wurde. Die Teilnehmer*innen wünschten sich ein erweitertes Safer Sex-Verständnis zu etablieren und dieses weiter zu denken als HIV/STI-Prävention. Konkret beschrieben die Teilnehmer*innen den Wunsch, die Sicherheit als (mehrfachmarginalisierte) Person, beispielsweise als Schwarze trans Person, zu inkludieren. Hierbei wurde die Sicherheit vor körperlichen und emotionalen Übergriffen als oberste Priorität beschrieben (Alex, Doku_2_BIPoC, Pos. 392). Die Teilnehmer*innen beschrieben einerseits den Sex mit anderen trans Personen als eher sicher und andererseits Online-Dating aufgrund von Transnegativität als eher nicht sicher (Leon, Doku_2_BIPoC, Pos. 399). Folglich wurden Kommunikation und Konsens (siehe 4.2.3.1 Erweitertes Safer Sex-Verständnis) als grundlegender Bestandteil des Safer Sex-Verständnisses der Teilnehmer*innen und somit als wichtige Schutzstrategie benannt. Die Teilnehmer*innen beschrieben unterschiedliche Aspekte der emotional-psychozialen Komponente von Safer Sex. Zum einen umfasste diese die gegenseitige Zustimmung und die explizite Einwilligung zu sexuellen Handlungen. Auch die offene Kommunikation sowie das Aussprechen und das Respektieren von Wünschen und Grenzen im Vorfeld wurden als wichtig benannt. Zum anderen beschrieben die Teilnehmer*innen, dass sie neben einem körperlichen auch ein emotionales/psychisches Sicherheitsgefühl wünschten. Hierfür beschrieben die Teilnehmer*innen Partner*innen, die sich sicher anfühlen, als grundlegend wichtig. Andersherum formulierten die Teilnehmer*innen ebenfalls den Wunsch, dass die Partner*innen sich ebenso sicher fühlen sollten. So schrieb ein*e Teilnehmer*in unserer zweiten Online-Veranstaltung:

„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-VA2 Feld-2+3_Safer-Sex, S. 1)

Als Referenzraum, in dem viel über die emotionale Komponente von Safer Sex gelernt wurde, beschrieben die Teilnehmer*innen gehäuft die BDSM-Subkultur. Der Ansatz „Safe, Sane, Consensual“ wurde ebenso benannt, wie das Konzept von „Aftercare“, das Kai vom Wochenende für Jüngere folgendermaßen beschrieb:

„[Im Kink-Bereich] ist es auch immer wichtig eine Aftercare zu machen, wenn man sich nach der Session oder nach dem Sex, wenn der irgendwie krass ist, dann nochmal Zeit für einander nimmt und nochmal über alles spricht und sagt, wie es einem geht und so, so das Kuscheln nach dem Sex, sag ich jetzt mal, oder nach irgendwelchen Sachen, die man gemacht hat, es muss ja auch nicht immer im sexuellen Bezug sein.“ (Kai, Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 1, Pos. 27)

Als weitere Schutzstrategien in Bezug auf HIV/STI Infektionen nannten die Teilnehmer*innen unterschiedliche Barrieren in Abhängigkeit von ihren Sexualpartner*innen. So schrieb eine teilnehmende Person der ersten Online-Veranstaltung: „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-VA1, Feld 2+3_Safer_Sex, Pos. 1). Jonah vom Wochenende für Jüngere hob die Bedeutung von Hand-, Mund- und Intimhygiene hervor:

„Naja also zum Beispiel, wenn Frauen jetzt mit anderen Menschen mit Vulva verkehren, dann zum Beispiel so eine Geschichte wie, dass man einfach auf Handhygiene auch achtet und auf Mundhygiene zum Beispiel und dass man auch so Sachen benutzt wie beispielsweise Lecktücher oder so, also da halt einfach drauf achtet und vielleicht auch einfach auf Intimpflege, sowas halt einfach, würde ich jetzt dazu zählen.“ (Jonah, Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 2, Pos. 108)

Eine weitere Person vom Wochenende für Jüngere beschrieb, für sich etabliert zu haben, nach dem Sex auf die Toilette zu gehen, um Infektionsrisiken zu reduzieren und bezeichnete es als „eine Safer Sex-Praktik, die ich einerseits irgendwann erlernt habe und wo ich aber auch mittlerweile Partner*innen aufs Klo schicke, weil ich finde, dann reduziert man so gewisse Infektionen einfach schon“ (Mio, Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 2, Pos. 122). Ricardo vom Wochenende für BIPoC verwies darauf, dass es um „Praktiken [geht], die in beide Richtungen safe sind. Gemeint sind HIV, STI und andere Dinge, von denen man einfach nicht weiß, wenn man nicht drüber spricht“ (Ricardo, Doku_2_BIPoC, Pos. 391). Neben der Nutzung verschiedener Barrieren beschrieben die Teilnehmer*innen, dass das Wissen über den eigenen Status – als auch den Status der Partner*innen – in Bezug auf HIV und andere STIs von Bedeutung sei. Dies inkludierte einerseits Wissen und Informationen über Risiken (anonym, Online-VA2, Safer_Sex, Pos.1) und andererseits über das Testverhalten auf HIV und STIs und auch gegenseitig Verantwortung füreinander zu übernehmen und sich gegenseitig auf Praktiken und Testungen hinzuweisen (Kai, Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 2, Pos. 136).

Um sich zu schützen wurde von den Teilnehmer*innen ebenfalls benannt, sexuelle Situationen zu meiden, in denen einerseits Druck durch Partner*innen aufgebaut werde und andererseits Drogen konsumiert werden. Zudem konnten wir bei der Analyse des Materials folgende sexuelle Risikosituationen identifizieren: Situationen, in denen die Lust/Erregung größer war als die Angst vor Infektionen; Situationen, in denen Partner*innen Druck ausübten; Situationen, in denen Sex unter Drogeneinfluss stattfand sowie Situationen, in denen ein HIV/STI-Risiko in sexualisierten Gewaltsituationen beschrieben wurde. Yu vom Wochenende für BIPoC beschrieb, wie Safer Sex-Vorsätze durch Alkohol- oder Drogenkonsum fallen können:

„Ich habe es aber auch einfach ganz oft selbst wegelassen, weil dann hat man ganz oft schon so was getrunken oder so, oder etwas Anderes konsumiert. Und dann fallen manchmal leider so die Vorsätze so unten runter und ich finde es für spontane Sexsituationen einfach auch irre schwierig. So, ich habe nicht immer mein Paket von Handschuhen dabei, ich habe nicht immer Kondome dabei, ich habe nicht immer Lecktücher oder sonst irgendetwas dabei. So das ist so der private Bereich.“ (Yu, BIPoC_Feld 2+3, Pos.6)

Dieses Zitat verdeutlicht ein Thema, das sich durch das qualitative Datenmaterial hindurchzieht, nämlich, dass der Anspruch an das eigene Safer Sex-Verhalten häufig höher war als die eigene Praxis. Dies ist eine Beobachtung, die die Teilnehmer*innen immer wieder mit uns teilten. An einigen Stellen ging dies mit einem schlechten Gefühl einher. Die angebrachten Gründe der Teilnehmer*innen waren vielfältig. Zum einen wurde berichtet, dass einige Safer Sex-Methoden wenig bis nicht praktikabel waren:

„Ich hatte fundamentalistische Safer Sex-Vorsätze. Die sind dann oft schwer umzusetzen oder störend für die Situation, z.B. Lecktuch und man merkt, dass diese nicht zu halten

sind. Ich habe dann verstanden, dass ich da nicht komplett radikal sein muss, aber es gibt bestimmte Punkte, da muss es sein. Manchmal habe ich, z.B. als ich Teenager war mehr zugelassen, als es sein dürfte. Da habe ich mich in ein Risiko begeben. Es braucht da mehr Aufklärung.“ (Sascha, Doku_4_Ältere, Pos. 353)

Zum anderen berichteten Teilnehmer*innen immer wieder, dass ihr Körper an sich schon „eine Zumutung“ sei, sodass keine weiteren Forderungen an das Gegenüber gestellt würden. So schrieb Shiwon vom Wochenende für BIPoC: „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, Doku_2_BIPoC, Pos. 394).

Im Gegensatz zur eher geteilten Ansicht der Teilnehmer*innen, dass die Praxis häufig hinter den eigenen Safer Sex-Ansprüchen zurückbliebe, unterschied sich das konkrete Safer Sex-Verhalten der Teilnehmer*innen in vielerlei Hinsicht. Während einige berichteten, sehr gut informiert und selbstbewusst in sexuelle Situationen zu gehen und ihre eigenen Safer Sex-Standards konsequent einfordern zu können, gab es andere, die wenige Informationen hatten und sich bislang wenig bewusst mit Safer Sex Strategien auseinandergesetzt hatten (Alex, Doku_2_BIPoC, Pos. 409). Folglich hatten letztere Personen häufig keine aktive Safer Sex-Agenda, die sie verfolgten. Lelo vom Wochenende für Jüngere beschrieb die verschiedenen Ebenen von Safer Sex für sich wie folgt:

„Ja, also für mich gibt es da auf jeden Fall verschiedene Ebenen von Safer Sex oder die Kreise um mich herum, auch je nachdem in welchem Raum ich mich aufhalte oder mit wem ich wie Sexualität teile und also darüber zu reden, bevor ich mit Menschen Sexualität teile, ob und wie sie sich testen lassen, und ob und wie sie mit anderen Menschen Sex haben, dass ist was, das ist quasi so der äußerste Ring von diesen Kreisen, trotzdem begeben mich auch in Räume, wo es nicht nur um Einzelpersonen geht und wo ich diese Gespräche nicht mit allen führen kann und will. Und je weniger ich darüber rede, desto mehr Barrieren nutze ich dann einfach, um mich sicher zu fühlen und in solchen Kontexten habe ich dann auch anlassbezogen PrEP genommen, ohne es jemals langfristig genommen zu haben.“ (Lelo, Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 2, Pos. 131)

Das Zitat verdeutlicht weiterhin, dass das Safer Sex-Verhalten kontextabhängig ist. Je nachdem, in welchen Strukturen und Communitys sich die Teilnehmer*innen bewegen und mit welchen Partner*innen sie Sex haben, unterscheiden sich die Schutzstrategien. So beschrieb Lelo weiter:

„Mit Menschen, die ich nicht oft oder regelmäßig sehe, nutze ich auch mehr Barrieren, als mit Menschen, die ich regelmäßig sehe und wo wir feste Abmachungen mit einander haben und gerade gibt es bei mir auch eine Person, mit der ich geschlossen in diesem Rahmen keine Barrieren benutze. Und Sextoys, die ich mit verschiedenen Menschen benutze, die benutze ich auch mit Barrieren, mit Gummis zum Beispiel, oder, ja, andere Sachen sind nicht so praktisch. Und Handschuhe benutze ich dann, wenn es meinem Gegenüber wichtig ist und/oder je nachdem was ich bei denen mache und je nachdem ob ich auch eine tiefere Schnittwunde in meinen Händen habe, oder nicht. Das bedeutet das für mich.“ (Lelo, Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 2, Pos. 132)

Die genutzten Strategien in trans und nicht-binären Communitys waren, wie aufgezeigt, vielfältig und abhängig vom Kontext, von den Partner*innen und dem Wissen. Als zentrales Ergebnis wurde das erweiterte Safer Sex-Verständnis aufgezeigt, dass sich durch die emotional-psychoziale Komponente auszeichnet und auf Kommunikation und Konsens basiert.

4.3.3.2 Angewendete Maßnahmen zum Schutz vor HIV/STI

Die Teilnehmer*innen der Online-Befragung wurden nach möglichen Maßnahmen und Strategien gefragt, die sie anwenden, um sich vor HIV und STI zu schützen. Die Erhebung erfolgte getrennt nach HIV-Status, da bei Menschen mit HIV Maßnahmen zum Schutz vor einer HIV-Infektion nicht abgefragt wurden. Die Darstellung der Schutzmaßnahmen der Menschen ohne HIV ist in Tabelle 26 abgebildet. Aufgrund der geringen Stichprobengröße der Teilnehmer*innen mit HIV wurde auf eine Auswertung der Antworten verzichtet.

Insgesamt machten 2.208 Teilnehmer*innen ohne HIV Angaben zu Schutzmaßnahmen (missing: 869) (Tabelle 26). Die häufigste angegebene Maßnahme war die Vermeidung wechselnder Sexualpartner*innen (68,3%), gefolgt von der Verwendung von Kondomen (47,2%) und der Vermeidung von Situationen mit hohem Infektionsrisiko (36,0%). Auch die Auswahl der Partner*innen danach, dass sie nachweislich kein HIV oder keine STI haben sollen wurde häufig angegeben (31,7%) ebenso wie die Vermeidung sexueller Kontakte (22,9%). 10,8% der Befragten gaben an, sich selbst regelmäßig testen zu lassen. Die Verwendung von dental dams/Lecktüchern, Handschuhen, die Einnahme von PrEP oder PEP oder die Partner*innenauswahl danach, dass diese PrEP nehmen oder unter der HIV-Nachweisgrenze therapiert sind wurde jeweils von weniger als 10% der Teilnehmer*innen angegeben (Tabelle 26).

Tabelle 26 Angewendete Schutzmaßnahmen zum Schutz vor HIV/STI bei Menschen ohne HIV

	Ja (%)	Nein (%)
Ich verwende Kondome (interne oder externe Kondome).	47,2	52,8
Ich verwende dental dams / Lecktücher.	6,8	93,2
Ich verwende Handschuhe.	8,7	91,3
Ich habe Sex mit Menschen, die nachweislich keine STI oder HIV-Infektion haben.	31,7	68,3
Ich verwende PrEP (Präexpositionsprophylaxe).	1,9	98,1
Ich habe Sex mit Menschen, die HIV-negativ sind und PrEP einnehmen.	4,7	95,3
Ich habe Sex mit Menschen, die HIV-positiv sind und unter der Nachweisgrenze sind.	2,6	97,4
Ich vermeide Situationen mit hohem Infektionsrisiko (z.B. Sex unter Einfluss von Drogen).	36,0	64,0
Ich lasse mich selbst regelmäßig testen.	10,8	89,2
Ich verwende PEP (Postexpositionsprophylaxe).	0,4	99,6
Ich vermeide sexuelle Kontakte.	22,9	77,1
Ich vermeide bestimmte sexuelle Praktiken (z.B. Penetration).	10,3	89,7
Ich habe keine (bzw. wenige) wechselnde Sexualpartner*innen.	68,3	31,7
Andere	5,9	94,1

Von den 1.047 Befragten, die angaben, Kondome zu verwenden, machten 948 Angaben zur Häufigkeit des Kondomgebrauchs bei genital penetrierendem Sex (missing: 99). Von diesen 948 gaben 939 keine HIV-Diagnose und drei Befragte eine HIV-Diagnose an. Sechs Befragte hatten fehlende Angaben zur HIV-Diagnose. Von diesen 948 Befragten gaben 69,1% an, dass die immer Kondome verwenden, 17,7% in etwa 75% der Fälle, 6,0% in etwa der Hälfte der Fälle, 6,2% in etwa 25% der Fälle und 0,9%, dass sie nie Kondome

verwenden. Insgesamt 962 Teilnehmer*innen, die angaben Kondome und/oder dental/dams zu verwenden machten Angaben dazu, wie häufig sie diese beim Oralverkehr anwenden (missing: 110). Von diesen gaben 951 keine HIV-Diagnose und vier Befragte eine HIV-Diagnose an. Sieben Befragte hatten fehlende Angaben zur HIV-Diagnose. Von den 962 Befragten gaben die meisten an, orale Barrieren nie beim Oralverkehr anzuwenden (65,0%), 16,0% in etwa 25% der Fälle, 6,3% in etwa der Hälfte der Fälle, 5,4% in etwa 75% der Fälle und 7,3% gaben an diese immer zu verwenden.

In Bezug auf den Zugang zu PrEP wurden die Teilnehmer*innen ohne HIV-Diagnose befragt, ob sie die PrEP verwenden oder jemals versucht haben, Zugang zu PrEP zu bekommen. Von diesen machten 2.259 eine Angabe (missing: 818). Insgesamt 31 Befragte gaben an, jemals probiert zu haben die PrEP zu bekommen. Wenn man diese mit den 42 Befragten zusammenrechnet, die früher in der Befragung angegeben haben, dass sie PrEP verwenden, ergibt sich eine Gesamtzahl von 73 Personen (3,2%) mit PrEP-Intention und/oder Nutzung. Von diesen gaben 52 an, ob sie die PrEP aktuell einnehmen oder in der Vergangenheit eingenommen haben: 35 Befragte gaben an, dass sie die PrEP derzeit einnehmen, 12 haben die PrEP früher erhalten und 5 haben die PrEP nie eingenommen.

Insgesamt 2.052 der Befragten, die keine PrEP erhalten haben, machten Angaben zu den Gründen (missing: 984). Der häufigste Grund dafür, keine PrEP zu verwenden, war die Einschätzung, dass das eigene HIV-Risiko nicht hoch genug ist (65,9%), gefolgt vom Grund, dass andere Safer Sex-Methoden angewendet werden (41,4%) (Tabelle 27). Weitere Gründe waren, dass die Befragten mit den ärztlichen Behandler*innen nicht über ihr Sexualleben sprechen wollten (11,9%), dass der Aufwand der regelmäßigen medizinischen Begleitung als zu hoch eingeschätzt wurde (11,9%) und dass eine Angst vor möglichen Nebenwirkungen besteht (11,4%). In den Freitextfeldern zur Spezifizierung der weiteren Gründe waren häufige Einträge, dass die Befragten asexuell sind und / oder zur Zeit oder generell keinen Sex haben (8,9%, n = 183) oder die PrEP nicht kannten (7,8%, n = 161) sowie, dass das Risiko zu gering eingeschätzt werde, weil Sexualität nur mit festen Partner*innen stattfindet (4,4%, n = 90).

Tabelle 27 Gründe, keine PrEP zu benutzen bei Teilnehmer*innen, die keine HIV-Diagnose haben und nicht PrEP gebrauchen

	Ja (%)	Nein (%)
Mein HIV-Risiko ist nicht hoch genug.	65,9	34,1
Ich kann PrEP aus medizinischen Gründen nicht nehmen.	0,5	99,5
Ich finde keine*n Ärzt*in, die*der mir PrEP verschreibt.	2,4	97,6
Ich möchte mit meinem*meiner Ärzt*in nicht über mein Sexualleben sprechen.	11,9	88,1
Der Aufwand mit den Ärzt*innenbesuchen und regelmäßigen Tests ist mir zu hoch.	11,9	88,1
Täglich eine Pille einnehmen ist mir zu anstrengend.	8,1	91,9
Ich habe Angst vor negativen Reaktionen von anderen / Sexpartner*innen.	1,6	98,4
Ich nutze andere Safer Sex Methoden.	41,4	58,6
Ich habe Angst vor Nebenwirkungen.	11,4	88,6
Ich habe Angst vor Wechselwirkungen mit meiner Hormoneinnahme.	4,0	96,0
Ich vertraue den Ärzt*innen nicht.	4,4	95,6
Ich bekomme widersprüchliche Informationen zur Einnahme.	2,3	97,7
Anderer Grund	24,6	75,4

Im Rahmen der Online-Befragung wurde auch erhoben, ob die Teilnehmer*innen ohne HIV-Diagnose jemals versucht haben, die HIV-Postexpositionsprophylaxe (PEP) zu bekommen. Insgesamt 2.257 der Befragten machten Angaben dazu (missing: 820). Von diesen hatten nur 29 Befragte jemals versucht eine PEP zu bekommen. Zusammen mit den 9 Befragten, die früher in der Befragung angaben, dass sie die PEP verwenden, ergibt sich eine Gesamtzahl von 38 Personen mit PEP-Intention oder Gebrauch. Von diesen 38 Teilnehmer*innen, gaben 20 an, dass sie die PEP nicht bekommen haben, zwei gaben an, dass sie die PEP zwar bekommen hätten, aber sich dagegen entschieden haben und 16 gaben an, dass sie die PEP bekommen haben. Alle 16 Personen mit PEP-Gebrauch gaben an, dass sie einen Behandlungszyklus mit PEP gehabt haben.

Auch die Impfungen gegen Hepatitis A und Hepatitis B wurden im Rahmen der Online-Befragung erhoben. Bezüglich der Impfung gegen Hepatitis A wurden Angaben von 2.191 Befragten ausgewertet (missing: 886). Von diesen gaben 47,6% an, dass sie alle Impfdosen erhalten haben und 5,0%, dass sie eine Impfung aber keine vollständige Impfserie erhalten haben. Insgesamt 0,5% gaben an, dass sie nicht geimpft sind aufgrund der Immunität einer früheren Infektion und 17,0% gaben an, dass sie nicht geimpft sind und nicht wissen, ob sie immun gegen Hepatitis A sind. 29,9% kannten ihren Impfstatus nicht.

Von allen Teilnehmer*innen machten 2.186 Befragte außerdem Angaben zu einer möglichen Hepatitis B-Impfung (missing: 891). Von diesen gaben 50,5% an, dass sie eine vollständige Impfserie gegen Hepatitis B erhalten haben, 5,1% gaben an mindestens eine Impfung aber keine vollständige Impfserie erhalten zu haben und 0,5% gaben an, dass sie Impfungen erhalten haben, aber dass diese bei ihnen nicht erfolgreich war. Weiterhin gaben 0,2% an, dass sie an einer chronischen Hepatitis B-Infektion leiden, 0,3% gaben an, dass sie Immunität aufgrund einer früheren Hepatitis B-Infektion haben und 14,1% gaben an nicht geimpft zu sein und nicht zu wissen, ob eine Immunität gegenüber Hepatitis B besteht. 29,3% kannten ihren Impfstatus nicht.

4.4 Psychosoziale Einflussfaktoren

In diesem Kapitel präsentieren wir zu Beginn die quantitativen Ergebnisse in Bezug auf die psychische Gesundheit. Anschließend werden die psychosozialen Einflussfaktoren in Bezug zu Transitionsprozessen vorgestellt. Danach stellen wir einerseits Empowerment- und andererseits Belastungsfaktoren vor, die sich sowohl aus den quantitativen als auch aus den qualitativen Daten ableiten.

4.4.1 Psychische Gesundheit

Der Zustand der psychischen Gesundheit kann mit verändertem sexuellem Verhalten assoziiert sein und sich damit auch auf die sexuelle Gesundheit auswirken. Im Rahmen der quantitativen Online-Befragung wurden verschiedene Parameter psychischer Gesundheit erhoben und in der Auswertung mit Aspekten sexueller Gesundheit in den Kontext gesetzt.

Zunächst wurden die Teilnehmer*innen nach ihrer allgemeinen Zufriedenheit gefragt und gebeten, diese auf einer Skala von 0 (gar nicht zufrieden) bis 10 (vollständig zufrieden) einzuordnen. Hierzu wurden von 2.178 Teilnehmer*innen Angaben gemacht (missing: 899). Die Ergebnisse sind in Abbildung 16 dargestellt. Der Median liegt bei einem Wert von 6 (Interquartilabstand 4-7). Insgesamt verorteten sich 11,4% in den drei niedrigsten Kategorien (0-2) und 20,7% in den drei höchsten (8-10).

oder nur mit milden Depressionssymptomen (31,3% vs. 20,6%, $n = 2.051$, missing: 1.026). Vergleichbare Muster finden sich auch bei Patient*innen mit schweren Symptomen einer generalisierten Angststörung (Tabelle 28).

Tabelle 28 Assoziationen von Parametern psychischer Gesundheit mit sexueller Zufriedenheit

		Zufriedenheit mit dem Sexualleben (Skala von 1-10)			
		n	Niedrig (1-3) (%)	Mittel (4-7) (%)	Hoch (8-10) (%)
Zufriedenheit mit dem jetzigen Leben (Skala 0-10)	Niedrig (0-3)	232	53,4	32,3	14,2
	Mittel (4-7)	1.412	25,2	47,4	27,4
	Hoch (8-10)	443	12,9	41,1	46,0
Depressive Symptome (PHQ-9)	Keine bis milde Symptome	811	20,6	45,9	33,5
	Mittelschwere Symptome	566	26,0	47,3	26,7
	Schwere Symptome	674	31,3	40,4	28,3
Symptome generalisierte Angststörung (GAD-7)	Keine bis milde Symptome	1.145	22,3	46,4	31,4
	Mittelschwere Symptome	551	27,6	43,7	28,7
	Schwere Symptome	368	33,2	39,4	27,4

Beeinträchtigte psychische Gesundheit war nicht nur mit der Zufriedenheit des Sexuallebens assoziiert, sondern auch mit häufigerem Eingehen möglicher sexueller Risiken (Tabelle 29). Mögliche sexuelle Risiken wurden definiert als Sex mit mehreren Partnern bei gleichzeitig inkonsistentem Kondomgebrauch und ohne Gebrauch der HIV-Präexpositionsprophylaxe. Darüber hinaus wurde Sex unter Drogeneinfluss ebenfalls zu möglichen sexuellen Risiken gezählt. Es ist aufgrund der Befragungsdaten nicht feststellbar, ob in jedem einzelnen Fall sexuelle Risiken tatsächlich vorlagen oder ob die Personen weitere Maßnahmen getroffen haben, um sich zu schützen. Jedoch können diese Verhaltensweisen mit Risiken für die sexuelle Gesundheit einhergehen. Aus den Daten ist erkennbar, dass das Eingehen möglicher sexueller Risiken bei Teilnehmer*innen häufiger angegeben wurde, die mit ihrem jetzigen Leben unzufrieden sind und bei denjenigen, die Symptome von Depression oder generalisierter Angststörung angaben (Tabelle 29).

Tabelle 29 Assoziationen von Parametern psychischer Gesundheit mit eingehen möglicher sexueller Risiken

		Eingehen möglicher sexueller Risiken [†]		
		n	Nein (%)	Ja (%)
Zufriedenheit mit dem jetzigen Leben (Skala 0-10)	Niedrig (0-3)	105	73,3	26,7
	Mittel (4-7)	868	82,1	17,9
	Hoch (8-10)	323	83,9	16,1
Depressive Symptome (PHQ-9)	Keine bis milde Symptome	540	85,9	14,1
	Mittelschwere Symptome	352	80,1	19,9
	Schwere Symptome	382	77,2	22,8
Symptome generalisierte Angststörung (GAD-7)	Keine bis milde Symptome	738	84,1	15,9
	Mittelschwere Symptome	327	79,5	20,5
	Schwere Symptome	216	77,8	22,2

[†] Mögliche sexuelle Risiken wurden definiert als a) Sex mit mehreren Partner*innen bei inkonsistentem Kondomgebrauch und ohne HIV-Präexpositionsprophylaxe sowie b) Sex unter Drogeneinfluss in den letzten zwölf Monaten.

Auch die Verhandlungskompetenz, sexuelle Erlebnisse selbst zu gestalten und unerwünschten Sex abzulehnen, war assoziiert mit Parametern psychischer Gesundheit. Befragte, die mit ihrem Leben unzufrieden waren, die Depressions- oder Angstsymptome hatten, stimmten seltener den Thesen zu, dass sie die Möglichkeit hatten sexuelle Erlebnisse angenehm zu gestalten (Tabelle 30).

Tabelle 30 Assoziationen von Parametern psychischer Gesundheit mit sexueller Verhandlungskompetenz

		Fällt leicht Bedürfnisse zu äußern und Sex mitzugestalten.			
		n	Stimmt nicht zu (%)	Teils / Teils (%)	Stimmt zu (%)
Zufriedenheit mit dem jetzigen Leben (Skala 0-10)	Niedrig (0-3)	195	46,7	26,7	26,7
	Mittel (4-7)	1.251	26,9	31,1	42,0
	Hoch (8-10)	404	16,1	21,5	62,4
Depressive Symptome (PHQ-9)	Keine bis milde Symptome	725	20,3	25,4	54,3
	Mittelschwere Symptome	507	25,6	32,1	42,2
	Schwere Symptome	591	35,4	29,6	35,0
Symptome generalisierte Angststörung (GAD-7)	Keine bis milde Symptome	1.018	22,2	27,5	50,3
	Mittelschwere Symptome	489	31,1	30,9	38,0
	Schwere Symptome	319	34,2	27,9	37,9
		Fällt leicht Nein zu sagen zu Sex, den ich nicht möchte.			
		n	Stimmt nicht zu (%)	Teils / Teils (%)	Stimmt zu (%)
Zufriedenheit mit dem jetzigen Leben (Skala 0-10)	Niedrig (0-3)	206	29,1	14,1	56,8
	Mittel (4-7)	1.310	17,4	15,6	66,9
	Hoch (8-10)	420	7,4	11,4	81,2
Depressive Symptome (PHQ-9)	Keine bis milde Symptome	766	8,5	11,0	80,5
	Mittelschwere Symptome	524	18,5	16,4	65,1
	Schwere Symptome	614	24,1	17,9	58,0
Symptome generalisierte Angststörung (GAD-7)	Keine bis milde Symptome	1.063	10,5	12,4	77,0
	Mittelschwere Symptome	514	23,0	16,3	60,7
	Schwere Symptome	337	23,7	19,0	57,3

4.4.2 Transitionsprozesse

Transitionsprozesse benennen wir hier in einem eigenständigen Abschnitt, weil sie zum einen von zentraler Bedeutung für die Gesundheit von trans und nicht-binären Menschen sind und weil sie zum anderen nicht überwiegend den Empowerment- oder Belastungsfaktoren zugeordnet werden, sondern beides sein können. In unserer Analyse haben wir die Kategorie „Transitionsprozesse“ unter Empowerment-Faktoren insgesamt 50 Mal kodiert und die Kategorie „Transitionsprozesse und Geschlechtsdysphorie“ unter „Belastungsfaktoren“ insgesamt 69 Mal. Unter „Belastungen“ sind Transitionsprozesse und Geschlechtsdysphorie zu einer Kategorie zusammengefasst, weil sich beide Items nicht trennscharf voneinander abgrenzen lassen. Im letzten Abschnitt gehen wir auf der Basis der quantitativen Ergebnisse auf das sexuelle Verhalten im Transitionskontext ein, das mit HIV/STI-Infektionsrisiken verbunden sein kann.

4.4.2.1 Transitionsprozesse als Belastung

Als belastend benannten die Teilnehmer*innen insbesondere die medizinisch-bürokratischen Aspekte von Transitionen; somatische Probleme wie z.B. Komplikationen nach geschlechtsangleichenden OPs machten nur einen Bruchteil der Codierungen aus. Das Gatekeepingsystem wurde von den Teilnehmer*innen jedoch als erhebliche Belastung für die psychische Gesundheit erfahren. Darunter wurden all jene bürokratischen oder psychopathologisierenden Aspekte gezählt, die es trans und nicht-binären Personen erschweren oder unmöglich machen eine Transition zu beginnen oder welche die Bedingungen einer Transition jenseits von medizinischen Möglichkeiten und den Bedürfnissen der betreffenden Personen restriktiv regulieren. Dies umfasste z.B. die Vorgaben der Krankenkassen zur Kostenübernahme von geschlechtsangleichenden Maßnahmen, die bürokratischen und diagnostischen Prozesse die daraus folgen, aber auch die zeitlichen Verzögerungen aufgrund des Mangels von kompetenten und transaffirmativen Behandler*innen oder nicht nachvollziehbaren Ablehnungen von Kostenübernahmen durch die Krankenkassen (Für die „Regeln des Transitionssystems“ siehe [Infobox 7](#) unter 4.1.3 Transitionsprozesse). Mio, ein Teilnehmer des Wochenendes für Jüngere, formulierte es folgendermaßen:

*„Ich weiß nicht, ob das zu dem [Thema sexuelle Gesundheit] passt, aber generell zu den geschlechtsangleichenden Operationen, ich finde das ist mit zu viel Bürokratie verbunden. Also, zum Beispiel der Antrag für die Kostenübernahme an die Krankenkassen. Manche wissen gar nicht wie man überhaupt den Antrag schreibt, was man da überhaupt wirklich reinschreiben muss und wie das alles formuliert wird und sehr viele Krankenkassen lehnen das einfach auch grundlos ab. Und man muss da immer wieder dagegen ankämpfen und ich finde das ist eine ziemlich belastende Situation.“
(Mio, Jüngere_Feld 4, Pos. 83)*

Guido, ein*e andere*r Teilnehmer*in des Wochenendes, ergänzte in anderen Worten:

*„[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 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, Jüngere_Feld 4, Pos. 93)*

Guido bezog sich hier einerseits auf die Notwendigkeit eines „krankheitswertigen Leidensdrucks“, den die MDS-Richtlinie als eine Voraussetzung zur Kostenübernahme von geschlechtsangleichenden Maßnahmen benennt (siehe [Infobox 7](#) unter 4.1.3 Transitionsprozesse). Andererseits bezog sie*er sich darauf, dass trans Personen die Einleitung von geschlechtsangleichenden Maßnahmen nicht selbst entscheiden können,

sondern dafür eine psychische Diagnose sowie eine Behandlungsempfehlung durch ihren begleitenden Psychotherapeut*in oder Psychiater*in benötigen. Damit können trans Personen die eigene geschlechtliche Selbstbestimmung nicht frei ausüben, sondern sind auf außenstehende Gatekeeper*innen angewiesen. Den Behandler*innen wird vom Medizinsystem ein Expert*innenstatus zugeschrieben, der mit Entscheidungsmacht über die Lebensgestaltung von behandlingssuchenden trans und nicht-binären Menschen einhergeht. Geschlechtsidentität kann allerdings nicht von Außenstehenden objektiv festgestellt werden; eine Feststellung durch externe „Expert*innen“ ist somit gar nicht möglich. Diese Unmöglichkeit wird innerhalb der Communitys unter anderem dadurch ausgedrückt, von „sogenannten Expert*innen“ zu sprechen statt von „Expert*innen“. Die erlebten Hürden in der Trans-Gesundheitsversorgung wurden von den Teilnehmer*innen mit einer psychopathologisierenden Haltung assoziiert, die in das Transitionssystem eingeschrieben ist und die sie als transfeindlich deuteten:

*„Ich finde es hat was krass Transphobes, dass trans Menschen so viele Hürden überwinden müssen, um letztlich zu sein oder zu werden, wer sie sind. Wo andere Menschen, also cis Menschen, die zum Beispiel ein Auge verloren haben, viel schneller an Epithesen oder Sonstiges rankommen, bloß, weil trans Menschen immer noch dieses Vorurteil abkriegen, dass die dann doch einfach ein bisschen verwirrt und komisch sind.“
(Jonah, Juengere_Feld 4, Pos. 112)*

Bemerkenswert ist, dass zu diesen Themen, mit der Ausnahme einer einzigen Aussage eines einzelnen Teilnehmer*innen, zwischen den Teilnehmer*innen über alle Fokusgruppen hinweg ein Konsens bestand. In der entsprechenden Diskussion am Wochenende für Jüngere, die wir hier exemplarisch verwenden, wurden die jeweiligen Redebeiträge zum Transitionssystem von anderen Teilnehmer*innen durch Nicken, Klatschen und andere nonverbale Zeichen der Zustimmung begleitet (Doku_9_Jüngere_Mitschrift, Pos. 129-137). Dabei bedienten sich die Teilnehmer*innen oft einer verkürzten Sprache, in der die Kritik am Transitionssystem oft gar nicht mehr ausgesprochen, sondern nur noch referenziert wurde, in dem Vertrauen, dass andere Teilnehmer*innen und anwesende Forscher*innen den gleichen Diskussionsstand haben und die Kritik teilen würden. Das Transitionssystem wurde einheitlich als zu langwierig, als psychopathologisierend, entmündigend und zu wenig selbstbestimmt beschrieben. Die Hürden, geeignete Behandler*innen zu finden, die sowohl kompetent als auch gewillt sind, die Behandlung durchzuführen, wurden als groß beschrieben. Dies galt für somatische Behandler*innen wie Endokrinolog*innen genauso wie für psychotherapeutische Behandler*innen, die Indikationsschreiben für somatische Behandlungen ausstellen.

Beim Wochenende für Jüngere wurde die Diskussion, die eigentlich „sexuelle Gesundheit“ zum Thema hatte, von den Teilnehmer*innen immer wieder auf die Aspekte von medizinischer Trans-Gesundheitsversorgung zurückgeführt. Luciano benannte, wie die mentalen Belastungen durch das Transitionssystem ihn davon abhalten, sich um andere wichtige Themen, wie seine sexuelle Gesundheit zu kümmern:

„Als Mann gelesen zu werden ist für mich extrem wichtig um überhaupt auch andere Angebote annehmen zu können. Also, ich sträube mich gerade extrem davor zur Frauenärztin oder zum Frauenarzt zu gehen, weil das wieder so viel Erklärungsarbeit ist, dass man trans ist. Generell dieser ganze Schritt Richtung der Transidentität ist unfassbar schwer und langwierig und das ist super belastend und entsprechend finde ich es dann noch schwieriger, Sexuelle-Gesundheits-Angebote wahrzunehmen, wenn ich es noch nicht einmal schaffe, die Person zu sein, die ich letztlich dort anmelde, um getestet zu werden.“ (Luciano, Juengere_Feld 4, Pos. 66)

Neo stellte einen direkten Bezug von Transitionsversorgung zu sexueller Gesundheit her und formulierte: „Ich weiß jetzt nicht, wie passend das hier ist, aber ich finde halt, dass [Hormontherapie] irgendwie auch zu

sexueller Gesundheit zählt, weil sich da auch nochmal viel verändert, auch emotional“ (Neo, Juengere_Feld 4, Pos. 63).

Das bestehende Transitionssystem limitiert Menschen allerdings auch in der Entwicklung ihrer Persönlichkeit bzw. darin, welche Identitätswürfe eigentlich denkbar sind. Auch wenn die medizinisch-fachlichen AWMF-Leitlinien inzwischen die Existenz nicht-binärer Identitäten anerkennen und sie in die Behandlungsoptionen einschließen, tun das die MDS-Richtlinien nicht. Die Kosten für geschlechtsangleichende Maßnahmen werden nur übernommen, wenn Behandlungssuchende eine binäre Transidentität präsentieren. Vik, eine nicht-binäre transfeminine Person, formulierte es folgendermaßen:

„Also ganz lange habe ich diesen Körper als sehr männlich wahrgenommen und das fand ich scheiße. Und wusste halt gar nicht [...], weil es einfach kein Konzept von Nicht-Binarität gibt und dann habe ich angefangen, mich als trans zu definieren und medizinisch zu transitionieren, habe dann diese Schublade 'binär-weiblich' übergestülpt bekommen und das fand ich am Anfang auch befreiend [...] Und jetzt seit so anderthalb Jahren [merke ich], das ist nicht die Endstation. Das ist vielleicht eine gute Zwischenstation gewesen [...] Und jetzt, ja, bin ich so ein bisschen auf der Suche. [...] Also ich weiß, dass mein Körper nicht-binär ist, aber es ist halt die Frage, was das bedeutet.“
(Vik, EI_Vik, Pos. 36)

Sie*er führte aus, dass die fehlende Inklusion von nicht-binären Lebensentwürfen sich auch konkret auf die Qualität der medizinischen Versorgung auswirke, da den Fachärzt*innen seiner*ihrer Erfahrung nach die Expertise fehle, nicht-binäre Transitionen zu begleiten:

*„Also ich bin da auch nicht gut aufgehoben bei meinen Personen, die meine Hormontherapie übernehmen, [...] ich mache gerade Micro-Dosing, da weiß halt keine Person, wie sich das irgendwie auf irgendwas auswirkt. Beziehungsweise, ich blocke auch mein Testo nicht und das geht in den Köpfen von ganz vielen Mediziner*innen irgendwie nicht.“* (Vik, EI_Vik, Pos. 22)

4.4.2.2 Geschlechtsdysphorie

Unabhängig von bürokratischen Hürden erleben oder erlebten viele der Teilnehmer*innen allerdings auch Geschlechtsdysphorie. Diese wirkt sich auf verschiedene Art und Weise auf die sexuelle Gesundheit aus. Zum einen beschrieben viele Teilnehmer*innen insbesondere in den biografischen Arbeiten, vor ihrer Transition und/oder ihrem Coming-out massive Geschlechtsdysphorie erlebt zu haben. Aaron, ein trans Mann, schrieb: "Negativ 10 [Jahre alt]: Start der Pubertät, fühle mich hässlich als Mädchen, nicht weiblich, versuchte mich dennoch anzupassen, kompensierte mit pink + langen blonden Haaren“ (Aaron Doku_9_Jüngere_Zeitstrahle, Pos. 96-97). Zum anderen formulierten viele Teilnehmer*innen, wie ihre Geschlechtsdysphorie es ihnen insgesamt unmöglich machte, Sexualität mit anderen zu teilen. Orlando schrieb in ihrem Zeitstrahl, dass die Geschlechtsdysphorie es ihr gleich aus zweierlei Gründen unmöglich machte, Sexualität mit anderen Menschen 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. → kein Sex, keine Beziehung, keine Zärtlichkeit“ (Orlando, Doku_9_Jüngere_Zeitstrahle, Pos. 249-251).

Charlys sexuelle Biografie-Arbeit bildet exemplarisch viele der Muster ab, die im Zusammenhang mit Geschlechtsdysphorie und Sexualität immer wieder benannt wurden. Auch er beschrieb, dass die körperlichen Veränderungen durch die Pubertät ihm das Erleben von Sexualität „sehr schwer gemacht“ haben: „ich habe mich schwergetan, meinen Körper als ‚meinen Körper‘ zu erkennen und wahrzunehmen“ (Charly, Doku_9_Jüngere_Zeitstrahle, Pos. 133). Die ersten Erfahrungen mit Anderen waren für ihn „hilfreich und hinderlich“, „weil ich das Gefühl hatte, mich nicht als ich selbst verlieben zu können“ (Pos. 134). Mit 17 outete er sich erstmals als lesbische Frau, hinterfragte seine Geschlechtsidentität allerdings immer wieder, in immer kürzer werdenden Zyklen (Pos. 140-142). Er ging eine Beziehung mit einer lesbischen Frau ein, konnte in dieser jedoch keine Sexualität zulassen, weil ihm sein Körper unangenehm war und trennte sich schließlich von seiner Partnerin. Danach versuchte er, als heterosexuelle Frau zu leben:

„Ich wollte ‚richtig‘ sein, auch ‚endlich‘ Sex haben und habe überkompensiert. Habe nach der belastenden ‚lesbischen‘ Erfahrung viele cis Männer gedated und mit ihnen geschlafen. Fand den Sex weiter furchtbar. Ich wurde sehr auf ‚Weiblichkeit‘ reduziert.“
(Charly, Doku_9_Jüngere_Zeitstrahle, Pos. 146)

In den folgenden Jahren probierte Charly viel aus, stieg in die BDSM-Community ein, mit ambivalenten, zum Teil auch gewaltvollen Erfahrungen, hatte ungeoutet Sex mit schwulen Männern, wünschte sich dabei sehnlichst, einer von ihnen zu sein und bezeichnete sich selbst, zunächst scherzhaft, als schwulen Mann. Über eine weitere Beziehung mit einer lesbischen Frau und viel Selbsterfahrung konnte er sich eine lustvolle Sexualität aufbauen und outete sich, erst innerlich dann äußerlich, als trans Mann. Er litt aber sowohl an dem Label der Beziehung als „lesbisch“ und entwickelte, durch die Selbstfindung, auch neue dysphorische Erfahrungen: „Steigende Dysphorie beim Sex, weil endlich leben in meiner passenden Rolle. Diskrepanz zwischen wie ich bin vs. wie ich mich fühle wird größer“ (Pos. 170-171). Charly und seine Partnerin öffneten ihre Beziehung, er machte positive sexuelle Erfahrungen mit anderen trans Personen. Charlys Biografie-Arbeit endet mit einem optimistischen Ausblick: „Im Wissen, dass meine medizinische Transition bald beginnt, kann ich meinen Körper mehr annehmen. Sex mit Shirt ist besser als ohne“ (Pos. 175).

Die Muster in Charlys Biografie traten an diversen Stellen in unserem Datenmaterial zu Tage. Viele Teilnehmer*innen beschrieben ähnliche Ablehnung ihres geschlechtlichen Körpers vor Transition und/oder Coming-out, oft in Verbindung mit verinnerlichter Trans-Negativität, Körperdysphorie, ambivalentem Erleben von Sexualität oder auch selbstverletzendem Verhalten.

Einige Teilnehmer*innen beschrieben auch ambivalente Erfahrungen zu Geschlechtsdysphorie und Sexualität, in zweierlei Richtungen. Zum einen berichteten einige Teilnehmer*innen von ambivalenten Gefühlen in Bezug auf vergeschlechtlichte Organe, weil sie diese nach dem gängigen Trans-Narrativ als dysphorisch erleben „sollten“, das aber nicht tun. „Brüste dürfen sich nicht gut anfühlen da das weiblich ist“ (Elliot, Doku_4 Ältere, Pos. 181) und „wenn du auf penetrativen ‚vaginalen‘ Sex stehst, dann bist du kein echter trans Mann“ (ebd., Pos. 178). Mit diesen Worten kritisierte Elliot vom Wochenende für Transitionsältere transnormative Narrative aus seiner eigenen Community. Auf der anderen Seite berichteten einige Teilnehmer*innen auch, aus einem trans-emanzipatorischen und sexpositivem politischen Anspruch heraus den Druck zu verspüren mit ihren vergeschlechtlichten Körperteilen „okay“ sein zu müssen, sie diese aber stattdessen dysphorisch erleben:

„Und das war schwierig für mich, weil ich einen politischen Anspruch [hatte], dass ich irgendwie total okay sein muss mit meiner Vulva und mit allen Teilen von meiner Vulva und dass ich jetzt alles experimentieren muss mit meiner Vulva und alles machen muss. [...] Das funktioniert mit manchen Teilen von meinem Körper, aber zum Beispiel mit meiner Vagina funktioniert das nicht. Das löst in mir krasse Gefühle von etwas aus, das ich nur Dysphorie nennen kann.“ (Aiden, Subkulturen_Feld2+3, Pos. 36)

Vanessa, eine Trans-Beraterin, zog im Expert*inneninterview eine Verbindung von Vulnerabilität für sexuell übertragbare Infektionen und Transitionen; einerseits, weil trans Personen in einer Transitionsphase per se vulnerabler seien, andererseits, weil die euphorischen Gefühle, endlich sie selbst sein zu können, auch unvorsichtig machen können:

„Also generell wissen wir ja, dass Menschen in einer Transition noch einmal ein ganzes Stück vulnerabler sind, ne? In Bezug auf STIs würde ich jetzt einmal sagen: Wenn du in so einer Phase von Trans-Euphorie bist, das kenne ich aus der Beratung, dass Leute für sich stimmiger sind und dass es dann irgendwie im Dating noch einmal viel einfacher wird und dass sie dann richtig in die Vollen gehen.“ (Vanessa, Transkription_Experteninterview, Pos. 94)

4.4.2.3 Transitionsprozesse (und Coming-out) als Empowerment

Denn größtenteils wurden Transitionsprozesse und Coming-out-Prozesse von den Teilnehmer*innen als Empowerment und als bestärkend für die sexuelle Gesundheit erlebt. Transition und Coming-out wurden als ein Zugewinn von Freiheit erlebt. Individuell gewählte Transitionsschritte stärkten die Körperzufriedenheit, das Selbstbewusstsein und machten für manche Menschen Sexualität erst möglich.

Schon das Coming-out als trans oder nicht-binär und/oder die Entscheidung für eine Transition veränderte etwas für die Menschen. Hval formulierte im Einzelinterview:

„Also, unterstützt hat mich [...] diese Entscheidung, zu transitionieren. Das war ein Punkt. Also dabei sind die Schritte nicht so wichtig, sondern eher das Bewusstwerden. Es ging gar nicht darum, ob [ich] jetzt die OP [mache] und das Ergebnis, sondern es geht mehr um dieses Bewusstsein, sich mit sich selbst diesen Freiraum zu nehmen und auch zu überlegen, was will ich eigentlich mit diesem Gefäß, mit diesem Körper. Also, was ist wichtig dafür, dass ich so gut durchs Leben gehen kann.“ (Hval, El3_hval, Pos. 40)

In ihren Biografie-Arbeiten benannten die Teilnehmer*innen ihr Coming-out (innerlich wie äußerlich) in aller Regel als hilfreich. Lelo beschriftete sein*ihre „non-binary awakening“ mit den Zeilen: „Erfahrungen von früher & Gefühle lassen sich benennen, mehr einordnen; Wohlfühlen in Gender expression & sexuelle Wünsche“ (Lelo, Doku_9_Jüngere_Zeitstrahle, Pos. 384-386). Luciano beschrieb es mit den Worten: „Das Outing: Es fühlt sich dann einfach an, als könntest du frei sein, als könntest du einfach dein Leben leben, so wie du es willst“ (Luciano, Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 1, Pos. 10). Aiden schrieb in seiner Biografie-Arbeit, „durch das Outing als trans auch mehr Offenheit in anderen Bereichen“ zu erleben (Aiden, Doku_3 Sexuelle Szenen Subkulturen, Pos. 199). Auch die Vorschau auf eine Transition kann stärken, wie bei Charly, der seinen Körper besser annehmen konnte in dem Wissen, dass die Veränderungen bald beginnen würden (Charly, Doku_4 Ältere, Pos. 175)

Wichtig war dabei, dass es sich um individuelle Transitionsentwürfe handelt. Was genau eine Transition bedeutet, war für jede*n Teilnehmer*innen unterschiedlich. In unserem Datenmaterial finden sich viele Einträge zu Hormontherapie, oft mit großer Erleichterung/Euphorie verbunden. Ricardo schreibt: „Testo yay! Euphorie! Selbstbestimmung, sich outen, YAY!“ (Ricardo, Doku_2 BIPoC, Pos. 288). Weiterhin gibt es viele Einträge zu Mastektomien, also der Entfernung einer weiblich gelesenen Brust und dem Aufbau eines männlichen Brustprofils. Berichte von Genitalangleichungen sind seltener. Ahmet z.B. beschrieb in seinem Zeitstrahl: „Mastektomy; Hysterektomy; rechtliche Transition; Hormone wirken mehr; nach weiteren 8 Jahren Penoid-Aufbau; Σ 17 Operationen im Lauf von 10 Jahren“ (Ahmet, Doku_2 BIPoC, Pos. 187-192). Viele Teilnehmer*innen nahmen jedoch keine genitalangleichenden Operationen in Anspruch und entschieden sich bewusst dagegen. Für Kai z.B. stellte sich gar nicht die Frage nach genitalangleichenden Operationen, sondern ob Kai sich auch ohne Mastektomie wohlfühlen kann:

„Wie will ich transitionieren? Soziale Transition macht Sex-Talk leichter, besser, berührender; körperliche Transition: HRT wichtig, aber ‚offizieller‘ Weg zu große Hürde, kann ich mich ohne Mastektomie auch mit cis Personen nackt/sexuell wohlfühlen/entspannen“ (Kai, Doku_9_Jüngere_Zeitstrahle, Pos. 76)

Für Kai war der ‚offizielle Weg‘, also eine Transition nach Richtlinien, mit zu vielen Hürden verbunden, deshalb entschied er*sie sich für eine Selbstmedikation mit Testosteron ohne ärztliche Begleitung (ebd. Pos. 68). Kai betrieb Microdosing mit Testosterongel, also die Applikation geringfügiger Mengen von Testosteron, um sanfte und geringfügige Maskulinisierungen am eigenen Körper zu erreichen. Nach einigen Monaten setzte sie*er das Testosteron wieder ab, weil es ihm*ihr am Zugang zum Präparat und emotionaler Unterstützung fehlte, fing aber einige Zeit später wieder damit an. Kai beschrieb die Selbstmedikation als „Genderbestätigung“ (ebd.), aber auch als „Selbstermächtigung“ (ebd.). Der Begriff „Selbstermächtigung“ ist hier in dem Kontext zu betrachten, dass die Regeln des Transitionssystems bis heute nicht-binären Personen den Zugang zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen und damit die Umsetzung der eigenen geschlechtlichen Selbstbestimmung, verwehren (siehe Infobox 7 „die Regeln des medizinischen Transitionssystems unter 4.1.3 Transitionsprozesse). Kai hätte also formell keinen Zugang zu einer Hormontherapie erlangen können. Außerdem ist die Form der Hormontherapie, die Kai eigenmächtig in Anspruch genommen hat, nämlich Microdosing, in den MDS-Richtlinien ebenso nicht vorgesehen. Kai hat sich also über die Regeln des Medizinsystems hinweggesetzt und sich selbst ermächtigt, den eigenen Körper seiner*ihrer Geschlechtsidentität individuell anzupassen, indem sie*er den offiziellen Weg umging.

Für manche Teilnehmer*innen gehörten auch (psychische) Veränderungen des Körperbilds zur Transition dazu. Diese Erlebnisse von Phantomkörpern oder Phantomkörperteilen behandeln wir unter 4.4.3 Empowermentfaktoren ausführlicher. Für Yoli, eine Teilnehmerin aus dem Tagesworkshop sexuelle Subkulturen, war die Fähigkeit, ihren Phantomkörper wahrzunehmen, also die psychische Veränderung ihres Körperbilds ein wichtiger Bestandteil ihrer Transition:

„Als dann die Mauer hin zum transweiblichen Erleben durchbrochen war, [gehe ich aufs Klo] und ich will im Stehen pinkeln und ich mach den Reißverschluss auf und in dem Moment habe ich die körperliche Gewissheit: Da ist eine Vagina und kein Penis. Und ein Glücksgefühl ist da [...] Und das war körperliche Realität [...] Und dann habe ich das meiner Frau erzählt [...] Naja, wie wenn du an einem Steinhäufen den Untersten wegnimmst und das andere purzelt dann hinterher. [... lacht] Unglaublich! [schnipst mit den Fingern] Initial! Tja, ja. Das war echt das geilste Erlebnis.“ (Yoli, Subkulturen_Feld2+3, Pos. 82)

Auch Sexualität verändert sich mit einer Transition. Für einige Teilnehmer*innen war Sex vor oder während der Transition gar nicht denkbar, sondern wurde erst (wieder) möglich, nachdem ihre Transition für sie abgeschlossen war. SweetOrchid erzählte im Einzelinterview, dass sie ihre Transition und die Zeit danach als eine zweite Pubertät erlebte: „Noch bevor die letzte OP abgeschlossen war, habe ich gemerkt, dass meine Libido wieder deutlich, deutlich aktiver wird, also, dass ich wirklich ein Verlangen habe“ (EI2_SweetOrchid, Pos. 110). Und: „Als dann, wie man so schön sagt, meine Transition abgeschlossen war, nachdem alle OPs durch waren, nachdem alles ausgeheilt war: Da steckte ich tatsächlich in einer Art von Pubertät.“ (ebd. Pos. 106). SweetOrchid begab sich im Folgenden auf eine bewusste Suche, eignete sich Sexualität neu an und experimentierte dabei ein halbes Jahr lang bewusst herum: „Intensiv experimentiert heißt: Ich habe mich tatsächlich ausschließlich One-Night-Stands gewidmet; mit Frauen, mit Männern, mit queer, mit trans [...]“ (Pos. 112).

Andere Teilnehmer*innen lebten sowohl vor, nach, als auch während ihrer individuellen Transition Sexualität, doch die Sexualität veränderte sich durch die Transition. Einige entdeckten, dass sich ihre sexuelle Orientierung veränderte. So finden sich in den Biografie-Arbeiten unserer Teilnehmer*innen einige Hinweise darauf, dass sich ihre vormalig als lesbisch gelesene Sexualität zu schwuler Sexualität entwickelte. Doch auch

das körperliche Erleben von Sexualität veränderte sich durch die körperlichen Veränderungen der Transition, zum Beispiel durch Hormontherapie. Marvin beschrieb in der Fokusgruppe, wie sich sein sexuelles Erleben veränderte, als die Klitoris durch Testosteron-Therapie wuchs und deutlich an Größe gewann:

„Die Phase vor ein paar Monaten, als der Bottom Growth sehr zugelegt hatte und sich die Empfindung sehr zu so einem Gefühl [hin veränderte]: da bewegt sich eine Vorhaut über etwas beim Blow Job [...] Und es war so: Wow, es fühlt sich total anders an [...] und es ist auch viel größer geworden! [...] Nice, sehr geil! [...] Orgasmus viel leichter als früher und viel entspannter und so: Ah, ja das tut dir wohl gut! Und ja, auf mehreren Ebenen einfach sehr geiles aber auch erfülltes Erlebnis und sich auch bestätigt zu fühlen in dem Schritt, Testo zu nehmen.“ (Marvin, Würzburg_Feld2+3, Pos. 125)

4.4.2.4 Sexuelles Verhalten im Kontext von Transitionsprozessen

Im Rahmen der quantitativen Online-Befragung wurden die Teilnehmer*innen um eine Einschätzung gebeten, inwieweit sich das Präventionsverhalten im Verlauf der Transitionsphasen geändert hat (Tabelle 31). Gefragt wurde nach ungeschütztem Sex, jedoch nicht mit wie vielen Partner*innen die Befragten ungeschützten Sex hatten und auch nicht nach weiteren Kontexten, mit denen höhere oder geringere Infektionsrisiken einhergehen können (z.B. Beziehungsformen). Von 162 Teilnehmer*innen, die aktuell nicht offen geoutet leben haben 76 Angaben zu ihrem Verhalten mit einem höheren Risiko für HIV/STI gemacht bevor sie sich innerlich ihrer Identität bewusst geworden sind (missing: 86). Von diesen berichteten, 53,9%, dass sie damals keinen Sex hatten und 25,0%, dass ihr Verhalten nicht unterschiedlich war verglichen mit dem jetzigen Zeitpunkt. Auf der anderen Seite berichteten 15,8%, dass sie vor ihrer inneren Bewusstwerdung ihrer Identität häufiger ungeschützten Sex hatten als zum jetzigen Zeitpunkt, 5,3% berichteten, dass sie seltener ungeschützten Sex hatten in dieser Phase.

Tabelle 31 Sexuelles Verhalten während verschiedener Phasen im Verlauf der Transition

	n	Ich hatte häufiger ungeschützten Sex als jetzt (%)	Ich hatte seltener ungeschützten Sex als jetzt (%)	Ich hatte genauso häufig ungeschützten Sex wie jetzt (%)	Ich hatte damals keinen Sex (%)
Teilnehmer*innen , die aktuell nicht geoutet leben, zum Verhalten vor ihrer inneren Bewusstwerdung	76	15,8%	5,3%	25,0%	53,9%
Teilnehmer*innen , die aktuell geoutet leben, zum Verhalten vor ihrem äußeren Coming-out	1.915	22,7%	7,3%	29,6%	40,5%
Teilnehmer*innen zu ihrem Verhalten während sie versucht haben, in Ihrem bei Geburt zugeschriebenen Geschlecht zu leben	1.639	23,3%	6,9%	23,9%	45,9%

Von 2.752 Teilnehmer*innen, die aktuell geoutet leben machten 1.915 Angaben zum Verhalten mit einem höheren Risiko für HIV/STI vor ihrem äußeren Coming-out (missing: 837). Insgesamt berichteten 40,5%, dass sie in der Phase keinen Sex hatten und 29,6%, dass ihr Präventionsverhalten im Vergleich zum jetzigen Zeitpunkt unverändert ist. Mehr als ein Fünftel gaben jedoch an, dass sie in der Phase vor ihrem äußeren Coming-out häufiger ungeschützten Sex hatten als jetzt und 7,3% berichteten selteneren ungeschützten Sex (Tabelle 31). Insgesamt 2.356 Teilnehmer*innen gaben an, dass sie im Rahmen ihrer Transition eine oder mehrere Phasen hatten, in denen sie versucht haben, in ihrem bei der Geburt zugeschriebenen Geschlecht zu leben. Von diesen machten 1.639 Angaben zu ihrem Präventionsverhalten während dieser Phasen (missing: 717). Auch hier gab etwa die Hälfte an, während dieser Phasen keinen Sex gehabt zu haben und etwa ein Viertel berichtete ein unverändertes Präventionsverhalten im Vergleich zu jetzt. 23,3% berichteten, häufiger als jetzt ungeschützten Sex gehabt zu haben und 6,9% berichteten von seltenerem ungeschützten Sex. Im Rahmen der Befragung wurde allerdings nicht weiter erhoben, ob und mit wie vielen Partner*innen die Befragten ungeschützten Sex hatten, so dass sich aus der Angabe alleine nicht herauslesen lässt, ob in diesen Phasen tatsächlich höhere sexuelle Risiken bestanden.

4.4.3 Empowermentfaktoren

In diesem Abschnitt sollen Faktoren beleuchtet werden, die trans und nicht-binäre Menschen stärken – psychosozial und im Sexualleben. In der qualitativen Teilstudie haben wir in der Auswertung der Daten dafür die Kategorie „Empowermentfaktoren“ zusammengetragen. Dabei wurden insgesamt 666 Einträge codiert, wovon 89 davon in die Subkategorien „Transitionsprozesse“ und „Coming-out“ entfielen und hier nicht miteingeschlossen sind (siehe hierfür 4.4.2.3 Transitionsprozesse (und Coming-out) als Empowerment). Die verbleibenden 571 Einträge, verteilt auf 14 Subkategorien, konnten wir nach Abschluss des Codiervorgangs in zwei Themenkomplexe sortieren: „Selbststärkung“ sowie „Interaktion und Umgebung“, die wir im Folgenden vorstellen. In der quantitativen Teilstudie haben wir den Teilnehmer*innen im Rahmen der Befragung acht Thesen zur internalisierten Transpositivität vorgestellt und die eigene Einstellung bzw. Zustimmung dazu abgefragt.

4.4.3.1. Selbststärkung

Im Bereich Selbststärkung haben wir die folgenden Faktoren herausgearbeitet: Wissen rund um sexuelle Gesundheit, Selbsterfahrung und Körperaneignung, Selbstbehauptung und Trans/Nicht-Binarität als Ressource.

Unter „Wissen rund um sexuelle Gesundheit“ haben wir Aussagen codiert, in denen Teilnehmer*innen darauf abzielten, auch das eigene Wissen zu sexueller Gesundheit, HIV/STI-Prävention und Schutzstrategien als Bestärkung wahrzunehmen. Lukas, der als Berater in einem Peer-Projekt arbeitet, beschrieb, wie Wissen selbst Empowerment sein kann, aber eben auch eine Voraussetzung für Empowerment ist:

„Wissen und Empowerment. [...] Auch zum Beispiel Wissen zu Kondomen, PrEP, zum Beispiel auch Schutz durch Therapie. Dass man so das Wissen hat und ich glaube auch 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 vor Sachen“ (Lukas, Transkription_Experteninterview, Pos. 121).

Unter Selbsterfahrung und Körperaneignung haben wir eine Vielzahl von Aussagen zusammengefasst, wenn Teilnehmer*innen von persönlichen positiven Lernerfahrungen in Bezug auf ihre Sexualität (und Identität) berichteten. Dies umfasste z.B. Schlüsselmomente in der Entwicklung und Erkundung ihrer individuellen Sexualität, emotionale stärkende Entwicklungen wie das Ablegen von Scham, Lernprozesse den eigenen Körper mehr annehmen zu können und besser kennen zu lernen und ähnliches. Die Aussagen umfassen ein weites Feld. Ein zentrales gemeinsames Element war die Entwicklung einer individuellen Sexualität, welche die Teilnehmer*innen für sich selbst als passend erachteten, oftmals im Kontrast zu gesellschaftlichen

Normen. Manche Teilnehmer*innen benannten Masturbation als einen wichtigen Faktor, auch im Sinne eines Abgrenzens zur partnerschaftlichen Sexualität, als Praxis, die es ihnen gestattete, sich voll auf sich selbst zu konzentrieren unabhängig von den sexuellen Bedürfnissen eines potentiellen Gegenübers. Für andere fand die Selbsterfahrung gerade in partnerschaftlicher Sexualität statt, zum Beispiel im Rahmen von Slow Sex oder Tantra. Zwei immer wiederkehrende Motive waren die Selbsterfahrung im BDSM, die von den meisten Teilnehmer*innen als sehr befreiend beschrieben wurde (mehr zu BDSM siehe 4.2.2.1 Gelebte Sexualität), sowie die Selbsterfahrung in der Sexualität mit anderen trans oder nicht-binären Personen. Aber auch entlang anderer Marginalisierungskategorien kann erstmalig gemeinschaftlich erlebte Sexualität eine bestärkende Erfahrung sein. So berichtete Ahmet auf dem Wochenende für BIPOC von seiner ersten BDSM-Erfahrung mit einer anderen PoC, die selbst nicht-binär verortet war:

„Und die andere Situation ist mit einer anderen Person-of-Color Person und mit der Person habe ich das erste Mal Kink geübt und die Person ist nicht-binär und wir beide erleben im Alltag viel Rassismus und Homophobie und Transphobie und Patriarchat, wie wir aufgewachsen sind und auch in der Familienstruktur. Und das hat ja einen gewissen Einfluss in unserem Gehirn, also das ist etwas Gelerntes und wir haben diesen Space gehabt, wo wir das verarbeiten konnten durch Kink-Sex. Und was für mich auch noch sehr schön war: Es war für uns beide das erste Mal und wir haben beide davor Gefühle von Scham gehabt und wir haben das zusammen konfrontiert und haben beide gesagt: ‚Ich mag das eigentlich, das macht voll Spaß mit dir‘. Das Ganze war sehr bewusst. Und was mir auch noch sehr gefallen hat, dass ich aktiv mich um die andere Person gekümmert habe. Ja, ich hatte den dominanten Teil, oder den, der Macht hatte, aber ich habe mich sehr aktiv um die andere Person gekümmert. Und sonst habe ich mich bisher nie so um eine Person gekümmert. Und das hat sich so gut angefühlt. So viel Consent einfach, überall Consent. Und ja, das war ein Highlight.“ (Ahmet, BIPOC_Feld2+3, Pos. 6)

Zusätzlich zu den Aspekten der sexuellen Peer-Erfahrung und des Empowerment zu BDSM schnitt Ahmet hier auch noch die Themen Überwindung von Scham und das Prinzip Konsens an (zu Konsens siehe auch den folgenden Abschnitt zu Interaktion und Umgebung). Weitere Aspekte in Bezug auf Selbsterfahrung waren auch das Erleben von Selbstwirksamkeit, z.B. wenn Teilnehmer*innen die Erfahrung machten, ihrem Gegenüber sexuelle Lust bereiten zu können. Viele betonten, dass die Entwicklung der eigenen individuellen Sexualität ein Lernprozess war, der zum Teil Jahre andauerte und auch nie abgeschlossen würde. Die meisten Teilnehmer*innen berichteten von einer insgesamt positiven Entwicklung hin zu mehr Freiheit, mehr Individualität und mehr Selbstbewusstsein in der Sexualität:

„Also ich glaube, mein Highlight aus meinem Zeitstrahl ist die Erkenntnis, dass ich jetzt eigentlich die beste, selbstbestimmteste und befriedigendste [sic] Sexualität einfach lebe. Das es einfach so ein stetiges Es-wird-besser ist. Das war mein persönliches Highlight.“ (Yäñikka, BIPOC_Feld2+3, Pos. 6)

Ein weiteres zentrales gemeinsames Element waren Prozesse, den eigenen Körper anzunehmen und besser kennenzulernen. Dies haben wir unter dem Stichwort „Körperaneignung“ zusammengefasst. Diese Prozesse fanden auf ganz unterschiedliche Art und Weise statt. So berichteten einige Teilnehmer*innen davon, dass ihnen z.B. verschiedene Formate der Körperarbeit wie Sexological Bodywork, Seminare zur Körperwahrnehmung, gemeinschaftliche Sexualität mit Partner*innen (siehe hierzu auch den nächsten Abschnitt zu Umgebung und Interaktion) oder das Mitwirken an queeren Pornografie-Projekten hierbei weitergeholfen hatten. Wir verwenden hier den Begriff „Körperaneignung“, weil der Prozess oft über das bloße ‚bessere Kennenlernen‘ des eigenen Körpers hinausgeht. Viele Teilnehmer*innen beschrieben Gefühle der Entfremdung zum eigenen Körper, aus Geschlechtsdysphorie, Minoritätenstress, aber auch als Resultat von Trauma und Gewalterfahrungen. Diese Gefühle zu überwinden und das Gefühl zu entwickeln, vollständig Eigentümer*in des eigenen Körpers zu sein, war und ist für viele Teilnehmer*innen ein langwieriger aber

auch bestärkender Prozess. Ein*e Teilnehmer*in des Wochenendes für BIPOC beschrieb dies im Nachgang an das eigentliche Wochenende in einem anonym abgegebenen Extra-Statement:

„Das ‚Falschsein‘ musste ich mir mühsam abgewöhnen; es war so schwer, wie mit dem Rauchen aufzuhören. Mein Körperumriss ist eine Herausforderung; bis zu lustvollem Erleben ist es tageweise sehr weit; ich bin so wütend wegen allem, was ich erleben musste, dass ich mir meinen Körper aktiv erkämpfe! Genuss als Rache, quasi. Oder Wiedergutmachung.“ (Anonym, Doku_Extra-Statements_BIPOC, Pos. 1)

Für manche Teilnehmer*innen spielte auch die Entdeckung des eigenen Phantomkörpers in der Körperaneignung eine Rolle. Dies bezeichnet das Phänomen, wenn trans/nicht-binäre Personen einen vergeschlechtlichten Körper, bzw. vergeschlechtlichte Körperteile spüren können, für die es keine physische Repräsentanz gibt. Jonah beschrieb in der Fokusgruppe, wie er*sie durch Konzentration auf den eigenen Phantomkörper in der Sexualität weniger Dysphorie und mehr Genuss erleben könne:

„So ein Durchbruchmoment was so auch Sex als nicht-binäre Person angeht: [...] beim Sex meinen Phantomkörper mit einzubeziehen. [...] Und das hat mir dann so gezeigt [...], dass ich die Möglichkeit habe, einfach nur durch Imagination Unterschiede zu erwirken und das dann plötzlich einfach wieder zu genießen.“ (Jonah, Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 2, Pos. 15-17)

Yoli beschrieb beim Workshop für Angehörige sexueller Subkulturen nicht nur, wie sie durch Imagination ihren Penis als Vagina erleben konnte, sondern dass die imaginative Konstruktion, das Erleben des eigenen Phantomkörpers gemeinschaftlich mit ihrer*m Massagepartner*in hergestellt wurde:

„Für mich war sehr hilfreich, dass ich, wenn ich bei der Tantra-Massage war, vorher gesagt habe: ‚Ich bin transweiblich. Ich habe diesen Penis. Schaffst du es, [...] meinen Lingam so zu berühren, als sei er eine Yoni? [...] Und wenn sie ‚Ja‘ gesagt hat, dann war das so. Und wenn er sagte, ‚das finde ich aber schwierig für mich‘, dann sagte ich: ‚Dann lassen wir’s‘. Dazu ist ja das Vorgespräch da, dass man das klärt, was hier zwischen den Personen gehen kann. Und in den Situationen, wo dann mein Lingam berührt werden konnte in der Yoni-Lingam-Massage, wie eine Yoni, das war dann wundervoll, ne? Dann kann ich genau spüren: Wo sind meine Schamlippen? Wo ist die Clit? Wie ist das mit der Regung so? Das ist aber ja ein Körperbild, was ich habe. Ich erlebe das tatsächlich als Yoni. Ja. [...] Das ist also nicht nur irgendwas, wo ich jetzt eine Vorstellung habe, sondern eine Körperwahrnehmung. Das ist ja so toll.“ (Yoli, Subkulturen_Feld2+3, Pos. 37)

Zusätzlich zu den Aspekten von Körperaneignung beschrieb Yoli in dem vorangehenden Zitat auch einen Akt der Selbstbehauptung. Unter „Selbstbehauptung“ haben wir Aussagen der Teilnehmer*innen zusammengefasst, in denen sie davon berichteten, die eigenen Bedürfnisse gegenüber anderen zum Ausdruck zu bringen. Die Aussagen dieser Kategorie beziehen sich dabei einerseits darauf, die eigenen Wünsche aktiv zum Ausdruck zu bringen (verbal oder nonverbal), andererseits auf die Fähigkeit, die eigenen Grenzen in der Sexualität zu kommunizieren und umzusetzen. In einer Kleingruppenarbeit zu Körperlichkeit und Sprache diskutierten die Teilnehmer*innen des Wochenendes für Transitionsältere Möglichkeiten, wie sie sich erfolgreich selbst behaupten könnten, wenn ein Gegenüber die für sie falschen Begriffe für ihre Körperlichkeit verwende. Die Gruppe einigte sich auf die Strategie des „freundlichen Aufklärens“ (Doku_4 Ältere, Pos. 44) und hielt schriftlich fest: „—> korrigieren und aufklären: ‚Nein, das ist nicht mein Wort.‘ bzw. ‚[I]ch bevorzuge das Wort [...]‘“ (Kleingruppe 3, Doku_4 Ältere, Pos. 52).

Mit dem Schlagwort „Trans/Nicht-Binarität als Ressource“ haben wir Aussagen kodiert, in denen Teilnehmer*innen zum Ausdruck brachten, die eigene Transgeschlechtlichkeit/Nicht-Binarität als Ressource oder stärkenden Faktor in anderen Lebensbereichen, zum Beispiel der Sexualität, zu erleben. So beschrieben einige Teilnehmer*innen wie die Auseinandersetzungsprozesse um die eigene Geschlechtsidentität und das subsequente dekonstruieren von gesellschaftlichen Normen ihnen das Gefühl gab, sich auch in anderen Bereichen von gesellschaftlichem Erwartungsdruck frei machen zu können und sich auch in anderen Feldern selbstbewusster und gestärkt zu fühlen. Kim beschrieb in einer Fokusgruppendifkussion des Wochenendes für Transitionsältere, wie sie*er es als Vorteil betrachtete, trans zu sein, weil es ihm*ihr das Gefühl gab, auch im Bereich Sexualität freier und experimentierfreudiger geworden zu sein:

„Mit dem Experimentieren, [...] ich habe das Gefühl, dass cis Menschen einfach eingeschränkter sind in den Rollen die sie wählen können, nicht nur wenn es um Sexualität geht [zustimmende Laute der anderen]. Und das gerade auch beim Thema Sexualität [...] Irgendwie habe ich das Gefühl, da habe ich auch einen Vorteil dadurch, dass ich trans bin. [andere stimmen zu] So, dass ich sagen kann: ‚Ja, komm, scheiß drauf! Lass es uns ausprobieren.‘“ (Kim, Aeltere_Feld2+3, Pos. 157)

4.4.3.2 Interaktion und Umgebung

Im Bereich Interaktion und Umgebung haben wir die folgenden Faktoren herausgearbeitet: Community und Peerkontakte, Konsens und Kommunikation, Sex als Stärkungsfaktor, bestärkende Partner*innen, eine allgemeine Anerkennung der Geschlechtsidentität, sichtbar inklusive Räume, Rollenvorbilder, angemessene (An)Sprache, Exotisierung und Fetischisierung (als Empowermentfaktor) sowie Therapie. Auch hier lassen sich viele der Aussagen gleich mehreren Subkategorien zuordnen. Hier konnten wir in der Analyse drei zentrale Elemente identifizieren, die sich quer durch das Datenmaterial hindurchzogen: Community und Peerkontakte, Konsens und Kommunikation sowie Sex als Stärkungsfaktor.

Unter Community und Peer-Kontakte haben wir all jene Aussagen zusammengefasst, in denen die Teilnehmer*innen zum Ausdruck brachten, dass sie den Austausch mit Peers oder den Austausch innerhalb ihrer jeweiligen Communitys als bestärkend empfanden. Viele Teilnehmer*innen benannten dabei, dass ihre Community ihnen dabei ein Gefühl von Gemeinschaft vermittele, eine Gemeinschaft, in der sie Menschen mit geteilten oder ähnlichen Erfahrungen trafen und gegenseitige Unterstützung geben und/oder finden konnten. Mio beschrieb in einer Fokusgruppe eine solche Erfahrung mit den Worten:

*„[Und hilfreich war] dann in einer Jugendgruppe in [Süddeutsche Großstadt] von [Einrichtung sexuelle Gesundheit 3] zu erfahren, die eben kostenlos und anonym für trans und nicht-binäre Menschen testen und ein Angebot gemacht haben an dem Tag. Und dann bin ich da eben mit lauter Freund*innen zuerst ins Café und wir sind dann alle der Reihe nach dann da hoch und haben uns testen lassen, das war ziemlich nice und empowernd.“ (Mio, Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 2, Pos. 106)*

Zusätzlich zu dem Aspekt von Empowerment durch Peers und Community beschrieb Mio hier auch den empowernden Effekt von sichtbar inklusiven Räumen. Nicht nur erlebte er eine Aktivität mit seinen trans/nicht-binären Freund*innen, sie machten auch gemeinsam die Erfahrung, einen Raum zu sexueller Gesundheit zu betreten, dort willkommen und explizit angesprochen zu sein. Auch der Austausch mit anderen trans/nicht-binären Menschen zu Sexualität und sexueller Gesundheit wurde von vielen Teilnehmer*innen als bestärkend benannt. Für manche fand dieser Austausch insbesondere im Freund*innenkreis statt, andere suchten sich communitybasierte Lernorte, um sich z.B. in Workshops und Seminaren zu Themen wie sexueller Gesundheit, aber auch Körpererleben und generell Sexualität auszutauschen. Einige Teilnehmer*innen betonten, im Austausch mit Peers (in nicht-sexuellen Settings) gelernt zu haben, über Sex und Sexualität zu sprechen und zu kommunizieren. Insbesondere die Teilnehmer*innen des Wochenendes für BIPoC betonten, dass der Austausch mit anderen queeren BIPoC wichtig und sehr bestärkend für sie war.

Auch Internet-Communitys spielten für viele Teilnehmer*innen eine wichtige Rolle. Hier fanden viele Teilnehmer*innen z.B. zum ersten Mal passende Vorbilder, die für sie bei ihrer eigenen Suche nach Identität und Sexualität hilfreich waren, z.B. durch trans Youtuber*innen. Aber auch in anderen Feldern wurden Online-Communitys als stärkend benannt, zum Beispiel queer-feministische Pornografie-Plattformen oder auch der Austausch zwischen autistischen trans Personen: „Also, zum Beispiel verfolge ich gerade [im Internet] sehr diese Diskussion in der autistischen Community über den Begriff ‚Autigender‘, [...] ein Begriff dafür, dass die meisten Autist*innen sagen, irgendwie ist unser Verständnis von geschlechtlicher Identität anders“ (hval, El3_hval, Pos. 70).

Community ist allerdings nicht nur ein Ort des Austauschs, sondern für viele Teilnehmer*innen auch ein Ort des Kennenlernens. Es können verschiedene Beziehungen geknüpft werden - sowohl sexuelle Gelegenheitskontakte als auch für langfristige Beziehungen. Diverse Teilnehmer*innen beschrieben insbesondere in ihren sexuellen Biografie-Arbeiten, dass ihre ersten sexuellen und/oder romantischen Kontakte mit anderen trans/nicht-binären Menschen für sie enorm bestärkend waren. Einerseits, weil sie dabei einem Gegenüber begegneten, bei dem sie sich gesehen und verstanden fühlten und andererseits, weil sie darauf vertrauen konnten, von ihrem Gegenüber in ihrer Geschlechtsidentität gesehen und respektiert zu werden. Weiterhin entfielen Vulnerabilitäten, wie die Sorge als trans/nicht-binäre Person defizitär für das sexuelle (cis) Gegenüber zu sein (siehe hierzu 4.4.4.2 Minoritätenstress). Vik führte im Einzelinterview noch weitere Aspekte aus, warum er*sie sexuelle Kontakte „mit anderen bi, pan, queer, nicht-binär, trans Personen“ (Vik, EI1_Vik, Pos. 97) bevorzugt:

„Ich kann [...] mich mehr fallen lassen und die Kommunikation ist auch eine ganz andere über Sex. [...] Wenn ich jetzt als Gegenbeispiel die cis schwule Community anbringe, also, [mit anderen bi, pan, queer, nicht-binär, trans Personen] ist halt nicht der Fokus auf Top-Bottom-Stuff. [...] Sondern es ist halt einfach so, dass es eine generelle Offenheit darüber gibt: ‚Was passiert? Welche Rolle nimmt wer ein?‘ [...] Es gibt nicht so ein Skript ‚So passiert Sex‘. [...] Also am Anfang [war es] noch ein bisschen überfordernd, davon weg zu kommen [...] und dann erst mal so richtig anzufangen darüber zu reden, was passiert und was nicht. Und ich habe irgendwie das Gefühl, in so schwuler Community ist das noch eher so: ‚So passiert!‘ [...] Darum fand ich es am Anfang ein wenig überfordernd, aber auch mittlerweile total befreiend. So mit nicht-cis männlichen oder halt nicht-cis schwulen Personen Sex zu haben. Einfach, weil es dieses Skript nicht so gibt.“ (Vik, EI1_Vik, Pos. 95-99)

Vik sprach hier den Aspekt an, dass sich, zumindest in bestimmten Teilen der trans und nicht-binären Communitys, eine eigene Sexuallkultur entwickelt hat, die stark auf Kommunikation basiert, gerade weil die Abläufe von sexuellen Interaktionen nicht anhand von allgemeingültigen Skripten vorhergesagt werden können, sondern jede sexuelle Interaktion zwischen den Beteiligten ausgehandelt werden muss. Sexuelle Kontakte zwischen trans Personen werden im Community-Jargon auch mit „T4T“ abgekürzt, was für ‚Trans for Trans‘ steht. Neo beschrieb eine sexuelle Begegnung mit einer anderen trans Person beispielsweise mit den Worten: „besonders toll: T4T hotter spontaner Sex; gemeinsam excited & neugierig sein <3; hilfreich: mich im Flirten üben <3“ (Neo, Doku_9_Jüngere_Zeitstrahle, Pos. 404-406).

Das zweite zentrale Element von „Interaktion und Umgebung“ ist „Konsens und Kommunikation“. Dabei handelt es sich um eine induktive Kategorie. Das Thema wurde von den Teilnehmer*innen jeweils eigenständig eingebracht und es zieht sich konsequent durch das Datenmaterial hindurch. Dabei handelt es sich um eine komplexe Praxis/Kultur mit verschiedenen Facetten. Im Zentrum steht die bewusste Zustimmung zu bestimmten Handlungen in sexuellen Settings und das aktive Abfragen von Zustimmung. Daran schließt sich eine Kultur der Kommunikation an, bei der es darum geht, sexuelle Handlungen nicht nur abzusprechen und auszuhandeln, sondern auch Wünsche und Tabus aktiv zu benennen und zu erfragen. Es

entsteht eine stetige Kommunikation beim Sex, um die Bedürfnisse aller Beteiligten zu befriedigen und die Grenzen aller Beteiligten zu erkennen, zu benennen und zu wahren.

Lelo beschreibt seine*ihre ersten Berührungspunkte mit Konsens-Kultur mit den folgenden Worten:

*„[...] und die Person hat angefangen über Konsens zu reden und ich hatte davor mit dem Begriff noch nie Berührung gehabt. Und es war so richtig schön, zu erfahren: Ah, ja klar, Menschen können sich fragen, ob sie Lust haben sich zu küssen oder Sex zu haben und so. Und das [hat mich] sehr vieles danach in einem anderen Blick oder aus einer anderen Perspektive sehen lassen. Das hat mein Leben glaube ich sehr nachhaltig verändert.“
(Lelo, Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 2, Pos. 7)*

Die Teilnehmer*innen erlebten das Prinzip Konsens dabei in beide Richtungen als empowernd. Sowohl die Erfahrung, aktiv nach ihrer Zustimmung zu sexuellen Handlungen gefragt zu werden und sich jederzeit, ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen, Nein sagen zu können, aber auch die eigene Praxis des aktiven Abfragens wurde als bestärkend empfunden, weil sie auch den Teilnehmer*innen Klarheit darüber gibt, welche Handlungen sie selbst durchführen dürfen und dabei die Gewissheit haben, die Integrität ihres Gegenübers nicht zu verletzen. Ein*e Teilnehmer*in formulierte, dass die Praxis, vor sexuellen Handlungen Absprachen zu treffen, für sie auch bestärkend sei, selbst wenn ein sexuelles Gegenüber sich an diese Absprachen nicht halten wolle. Die Tatsache, dass diese jedoch explizit getroffen wurden, bestärke sie*ihn darin, die eigenen Grenzen dann auch durchzusetzen:

„Für mich fand ich es in Situationen bestärkend, wenn ich auf meine Regeln bzw. unsere Absprachen verweisen konnte. Wenn dann eine Person mehrmals versucht, doch die Vereinbarung zu umgehen, empfinde ich das als sehr respektlos. Akzeptanz ist bestärkend. Und mit der Zeit wird es immer einfacher.“ (Sascha, Doku_4 Ältere, Pos. 363)

Damit sprach Sascha auch den Aspekt an, dass Konsens und Kommunikation Praxen sind, die Übung erfordern und mit zunehmender Erfahrung leichter fallen. Für manche Teilnehmer*innen war es wichtig zu betonen, dass Konsens verbal ausgehandelt wird, andere betonten, dass auch nonverbale Aushandlungen legitim seien. Eine Fokusgruppe des Wochenendes für Jüngere diskutierte, dass die Voraussetzung, sexuelle Handlungen verbal im Vorfeld zu verhandeln hochschwierig sei und dass sowohl die eigene Sprachfähigkeit, Übung und Erfahrung, als auch Bildungsprivilegien dem im Wege stehen könnten. Im Gegenteil seien einige Menschen so sensibel und ausdrucksfähig in ihrer nonverbalen Kommunikation, dass ein echter Konsens auch nonverbal hergestellt werden könne. Die Gruppe war sich jedoch einig darüber, dass „Überredung“ zu sexuellen Handlungen keinen Konsens, sondern sexuelle Übergriffigkeit darstelle (2022_04_30_Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 2, Pos. 41-47). Charly fasste es mit der Formel zusammen: „ein Ja ist ein Ja und sobald man ein Vielleicht hat und eine andere Person muss mich überreden, dann ist es halt kein Konsens, dann ist es einfach schon ein Nein“ (ebd., Pos. 42).

Peter beschrieb in seiner sexuellen Biografie-Arbeit eine Beziehung, die auf Kommunikation und Konsens basierte und damit einen wichtigen empowernden Entwicklungsschritt in seiner sexuellen Biografie darstellte:

„2. Freund [positiver als 1. Freund] —> mehr Annäherung von mir, aktiver —> sehr geduldig, viele Massagen, kuscheln, Respekt der Grenzen, viele Gespräche über Bedürfnisse & Wünsche —> gemeinsam duschen [Steigerung in der positiven Erfahrung] —> erster Sex, viel ausprobiert, viel Kommunikation, Bestärkung in positiver Körperentwicklung, sehr liebevoll, Recht auf Selbstbestimmung“ (Peter, Doku_4 Ältere, Pos. 107).

Ein Beispiel, das zum Themenfeld Konsens und Kommunikation immer wieder positiv hervorgehoben wurde, war BDSM (mehr zu BDSM siehe 4.2.2.1 Gelebte Sexualität). Gerade weil BDSM oft Handlungen beinhaltet, zu denen ein Konsens niemals implizit vorausgesetzt werden kann, existiert eine ausgeprägte Kultur der Aushandlung, zumindest unter den Teilnehmer*innen des qualitativen Forschungsteils. Kim beschrieb BDSM als empowernden Faktor in ihrer*seiner sexuellen Biografie mit den Worten: „Hilfreich → Kinky/queeres Playdate mit vorherigen Consent-Talk planen“ (Kim, Doku_4 Ältere, Pos. 206).

Konsens und Kommunikation waren allerdings nur ein Aspekt, den die Teilnehmer*innen als bestärkend im Zuge von BDSM-Dynamiken benannten. Allgemein empowernde Faktoren von BDSM- oder „Kink“-Dynamiken haben wir gemeinsam mit den Subkategorien „Guter Sex“, „Transactional Sex“ und „Gender-conforming Sex“, und zu der Kategorie „Sex als Stärkungsfaktor“ zusammengefasst.

So berichtete Aiden in der Fokusgruppe zu sexuellen Subkulturen, wie die BDSM-Beziehung zu einer Partner*in ihn bestärkte. Er erlebte den Sex nicht nur als bestärkend, weil er ihn als schön, als guten Sex, empfand, sondern auch die der Beziehung innewohnenden Kink-Dynamiken bestärkten ihn und erlaubten ihm, neue Seiten an sich zu entdecken:

„[...] mit dieser Frau habe ich [vor 8 Jahren] angefangen, eine romantische, platonische, sexuelle Beziehung zu führen, die sich dann weiterentwickelt und mehr Dimensionen bekommen hat. Und mittlerweile haben wir auch eine Kink-Beziehung, eine dominante-submissive Beziehung. Und wir entdecken auch Dinge von unserer Sexualität [...]. Und es ist einfach sehr schön, festzustellen, wie alle diese Bereiche dazukommen in der Beziehung und wie wir uns auch gegenseitig entdecken auf dieser körperlichen Ebene. [...] Und wo ich auch neue Dinge von mir kennenlerne. Zum Beispiel bin ich auch vorher schon in einer BDSM-Top-Position gewesen, aber eher so als sadistische Person oder als Service-Top. Und im Moment entdecke ich meine dominante Seite, die ich nicht dachte, dass ich sie hätte, aber das kommt jetzt. Und das ist eine superschöne Entdeckungsreise, wo ich auch viel lerne über mich.“ (Aiden, Subkulturen_Feld2+3, Pos. 81)

Mit „transactional Sex“ haben wir Aussagen kodiert, in denen Teilnehmer*innen sexuelle Interaktionen zwar als empowernd benannten, aber nicht, weil der Sex besonders gut oder besonders schön war, sondern weil für sie ein Wertaustausch auf einer anderen Ebene stattfand. Die meisten Einträge dieser Kategorie beziehen sich auf Sexarbeit. Jenseits des monetären Austauschs benannten die Teilnehmer*innen noch weitere Ebenen, auf denen Transaktionen stattfanden. Shiwon bezeichnete seine*ihre Sexarbeit als BDSM-Top auch als „Ventil für

¹ Es handelt sich um eine grafisch gestaltete Biografie-Arbeit. Die eckigen Klammern geben Informationen der grafischen Gestaltung wider, wie z.B. eine Linie in einem Koordinatensystem.

die absolute Mittelmäßigkeit oder Untermittelmäßigkeit von Sex, den ich manchmal mit cis Männern habe“ (Shiwon, BIPoC_Feld2+3, Pos. 6). Der monetäre Aspekt der Sexarbeit sei auch ein Ausgleich, ein „Schmerzensgeld“ (ebd.) für Exotisierung und den „anderen Shit, den ich mit sonst im Alltag umsonst anziehen muss“ (ebd.). Gerade in diesem monetären Setting erlebe Shiwon diese Fetischisierung allerdings auch als empowernd (ebd.). Fetischisierung und Exotisierung kamen als Empowermentfaktoren mit insgesamt 6 Einträgen deutlich seltener vor denn als Belastungsfaktoren (33 Einträge), es kam als Thema in unterschiedlichen Gruppen jedoch wiederholt auf.

Weiterhin beschrieb Orlando in ihrer Biografie-Arbeit ihre Zeit als Sexarbeitende mit folgenden Worten:

„3 Monate, ~20 Kunden (alle cis, hetero). Von cis-hetero Männern sexuell begehrt zu werden [...] hat mich in meiner Rolle als Frau bestätigt. Hat mich aber auch objektifiziert, entmenschlicht [...]. Letztendlich habe ich meinen Körper billig an Fremde verkauft, weil ich süchtig nach Bestätigung war und mich damit selbst entwertet. → Schluss mit Sexarbeit. Im Nachhinein hat mich die Erfahrung selbstbewusster, reifer, erwachsener werden lassen. Kein Trauma.“ (Orlando, Doku_9_Jüngere_Zeitstrahle, Pos. 259)

Orlando beschrieb hier neben dem Aspekt von transactional Sex auch die Funktion als Gender-Bestätigung, die Sex haben kann. Die Tatsache, dass heterosexuelle cisgeschlechtliche Männer sie als Frau beehrten, bestätigte ihre eigene Geschlechtsidentität als Frau. Diese Funktion von Sex als Bestätigung des eigenen Genders zieht sich ebenfalls durch das Datenmaterial hindurch. Die Genderbestätigung fand für die Teilnehmer*innen dabei entweder dadurch statt, dass sie von einer Person in ihrer Geschlechtsidentität begehrt wurden - z.B. als Frau von (heterosexuellen) Männern oder auch als Mann von (schwulen) Männern. Dies kann allerdings auch dadurch geschehen, dass sie in der sexuellen Interaktion eine sexuelle Rolle einnahmen, die stereotyperweise Mitgliedern ihres Identitätsgeschlechts zugeschrieben werden (z.B. penetrieren als Mann oder aufnehmen als Frau). Diese Dinge müssen nicht zusammenfallen. Ganz im Gegenteil kann die Anerkennung des eigenen Genders durch ein sexuelles Gegenüber es für manche Teilnehmer*innen auch gerade ermöglichen, sich unabhängig von Geschlechterstereotypen im Sex zu verhalten:

„Ich glaube, was mich sehr gestärkt hat, waren die Erfahrungen, wo ich das Gefühl hatte, ich werde von meinem Gegenüber als Mann wahrgenommen und ich kann auch als Mann in einem schwulen Setting Bottom sein, also devot-masochistisch oder auch aufnehmend. Und ich kann mich trotzdem als Mann erleben und werde auch von den anderen Personen so gesehen.“ (Neo, Subkulturen_Feld2+3, Pos. 21)

Die Anerkennung bzw. Bestätigung des eigenen Genders durch Partner*innen haben wir auch als „Gender-conforming Partner*innen“ codiert. Hier finden sich viele Überschneidungen zu „Gender-confirming Sex“ es gibt jedoch noch weitere Aspekte darin. In der Interaktion mit Gender-bestätigenden Partner*innen kann auch eine gemeinschaftliche Ko-Konstruktion eines geschlechtskongruenten Körpers stattfinden, z.B. wenn der*die Partner*in den Phantomkörper gemeinschaftlich mit der trans/nicht-binären Person erschafft. Um an dieser Stelle auf Yolis Erfahrungen mit Tantra zurück zu greifen (siehe oben „Selbststärkung“): „Schaffst du es, [...] meinen Lingam so zu berühren, als sei er eine Yoni? [...] Und wenn sie ‚Ja‘ gesagt hat, dann [...] kann ich genau spüren: Wo sind meine Schamlippen? Wo ist die Clit?“ (Yoli, Subkulturen_Feld2+3, Pos. 37). Ricardo beschrieb die Überschneidung von Gender-confirming Sex und Gender-confirming Partner*innen mit den Worten:

„Ich glaube, ich fühle mich sehr gestärkt, wenn ich gesehen bin, während Sex und so. Wenn die Partnerin oder die Person mir gegenüber mich anschaut und mich wirklich sieht, wie ich mich sehe. Und wenn das passiert, ich glaube, ich kann das auch spüren. [...] Penetrieren und sich gegenseitig sehen, wenn das passiert, wird meine Männlichkeit gesehen und das fühlt sich sehr euphorisch an. Und dann... Und dadurch muss ich mir

keine Sorgen machen. Ich kann mich comfortable fühlen“ (Ricardo, BIPoC_Feld2+3, Pos. 6).

Die Teilnehmer*innen berichteten jedoch auch an anderen Stellen davon, dass akzeptierende und unterstützende Partner*innen für sie eine wichtige Ressource und große Bestärkung darstellten. Auch dies zog sich als zentrales Thema durch das Datenmaterial hindurch.

Zuletzt möchten wir an dieser Stelle auf den Aspekt von Therapie als Empowermentfaktor eingehen. Mit insgesamt nur 6 Einträgen handelt es sich um eine der kleinsten Subkategorien. Wir halten es jedoch für wichtig, hier darauf einzugehen, um die Bedeutung von Therapie für die Empowermentprozesse der Teilnehmer*innen in Kontext setzen zu können. In den Fokusgruppen wurde (Psycho-)Therapie als bestärkender Faktor nicht diskutiert (somatische Hormonersatztherapien schon). Die sechs Einträge dieser Kategorie finden sich alle in den biografischen Einzelarbeiten. Oftmals wurde der Kontext nicht ganz klar, sondern es wurde lediglich das Stichwort „Therapiestart“ (Doku_2 BIPoC, Pos. 365) als positives Ereignis vermerkt oder auch „Therapie für Indikationsschreiben begonnen“ (Doku_9_Jüngere_Zeitstrahle, Pos. 471). Aus dem Kontext der biografischen Arbeiten ließ sich jedoch schließen, dass zumindest drei der sechs Einträge sich auf die (verpflichtende) Psychotherapie im Rahmen einer Transition nach MDS-Richtlinien bezogen. Bei zweien dieser Einträge ist nicht klar, ob sich der positive Aspekt lediglich auf die Tatsache bezog, dass eine sogenannte Begleittherapie angefangen werden und die weiteren Voraussetzungen für die Einleitung von weiteren Transitionsmaßnahmen damit geschaffen werden konnten, oder ob die Therapie an sich hilfreich war. Bei einem einzelnen Eintrag geht dies aus dem Kontext klar hervor: „Unterstützung hin zu positiver Körperwahrnehmung in Therapie“ (Doku_4 Ältere, Pos. 102).

4.4.3.3 Empowermentfaktoren und sexuelle Zufriedenheit

Wir haben den Teilnehmer*innen im Rahmen der Online-Befragung acht Thesen zur internalisierten Transpositivität vorgestellt und die eigene Einstellung bzw. Zustimmung 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.“. Die Antworten wurden anhand einer Skala mit Punkten versehen und daraus ein Summenwert gebildet. Von 2.131 Personen, die Angaben zu diesen Thesen gemacht haben (missing: 946), hatten 36,3% einen Summenwert, der eher zustimmend zu den positiven Thesen war, 63,7% hatten einen Summenwert, der eher auf eine neutrale oder ablehnende Haltung hinweist.

Die soziale Einbettung kann sich ebenfalls positiv auf das Selbstwertgefühl und die Selbstbestimmung auswirken. So gaben von 2.113 Personen 58,9% an, dass sie 3 oder mehr Personen zu ihren engen Kontakten zählen, auf die sie sich bei persönlichen Problemen verlassen können (missing: 964). Dem gegenüber gaben 38,2% an, dass sie ein bis zwei dieser Personen in ihrem Umfeld haben und 2,9% gaben an, keine Person im engeren Umfeld zu haben. Auch die Einbindung in das soziale Umfeld wurde im Rahmen der Befragung erhoben: Von 2.147 Teilnehmer*innen (missing: 930) stimmten 88,6% der These zu, dass sie Menschen in ihrem Umfeld haben, die sie so annehmen, wie sie sind, 8,0% gaben teils/teils an und 3,4% stimmten der These nicht zu. Weiterhin gaben von 2.141 Teilnehmer*innen 57,9% an, dass sie sich als Teil einer oder mehreren Gruppen fühlen, die ihre Ansichten und Werte teilen, 22,0% gaben teils/teils an und 20,1% verneinten dies (missing: 936).

Diese positiven Faktoren waren auch mit einer höheren Zufriedenheit mit dem Sexualleben assoziiert (Tabelle 32). Personen, die den Thesen internalisierter Transpositivität zustimmten, gaben auch seltener an, dass sie eine niedrigere Zufriedenheit mit dem Sexualleben haben (22,7% vs. 27,6%). Darüber gaben Personen mit ≥ 3 engen sozialen Kontakten häufiger eine hohe Zufriedenheit mit dem Sexualleben an, als Personen mit weniger oder keinen sozialen Kontakten (Tabelle 32). Auch Teilnehmer*innen, die im sozialen Umfeld angenommen

wurden und solche, die sich als Teil einer oder mehrerer Gruppen fühlen, gaben häufiger eine hohe Zufriedenheit mit ihrem Sexualleben an (Tabelle 32).

Tabelle 32 Assoziationen von Empowermentfaktoren mit sexueller Zufriedenheit

		Zufriedenheit mit dem Sexualleben (Skala von 1-10) (%)			
		n	Niedrig (1-3)	Mittel (4-7)	Hoch (8-10)
Thesen zu internalisierter Transpositivität	Ablehnend bis neutral	1.290	27,6%	43,9%	28,5%
	Zustimmend	753	22,7%	45,4%	31,9%
Zahl enger sozialer Kontakte	Keine	59	50,8%	35,6%	13,6%
	1-2 Personen	767	30,4%	43,4%	26,2%
	3 oder mehr Personen	1.200	21,3%	45,8%	32,9%
Personen im Leben, die einen annehmen wie man ist	Keine Zustimmung	69	50,7%	34,8%	14,5%
	Teils / Teils	165	44,8%	33,9%	21,2%
	Zustimmung	1.826	23,0%	45,7%	31,3%
Zugehörigkeit zu einer Gruppe mit gleichen Interessen	Keine Zustimmung	407	41,3%	35,1%	23,6%
	Teils / Teils	452	26,5%	49,1%	24,3%
	Zustimmung	1.197	20,2%	45,5%	34,3%

4.4.3.4 Empowermentfaktoren und mögliche sexuelle Risiken

Beim Eingehen möglicher sexueller Risiken ergab sich ein differenzierteres Bild (Tabelle 33). Personen, die den Thesen internalisierter Transpositivität zustimmen, gaben häufiger an, dass sie auch mögliche sexuelle Risiken eingehen (20,7% vs. 16,0%, missing: 1.807). Im Gegensatz dazu war das Eingehen möglicher sexueller Risiken seltener bei Teilnehmer*innen, die in ihrem sozialen Umfeld angenommen werden.

Tabelle 33 Assoziationen von Empowermentfaktoren mit Eingehen möglicher sexueller Risiken

		Eingehen möglicher sexueller Risiken ¹		
		n	Nein (%)	Ja (%)
Thesen zu internalisierter Transpositivität	Ablehnend bis neutral	781	84,0	16,0
	Zustimmend	489	79,3	20,7
Zahl enger sozialer Kontakte	Keine	26	73,1	26,9
	1-2 Personen	429	83,2	16,8
	3 oder mehr Personen	802	82,5	17,5
Personen im Leben, die einen annehmen wie man ist	Keine Zustimmung	36	52,8	47,2
	Teils / Teils	84	75,0	25,0
	Zustimmung	1.159	83,5	16,5
Zugehörigkeit zu einer Gruppe mit gleichen Interessen	Keine Zustimmung	222	81,5	18,5
	Teils / Teils	279	81,7	18,3
	Zustimmung	776	82,5	17,5

¹ Mögliche sexuelle Risiken wurden definiert als a) Sex mit mehreren Partner*innen bei inkonsistentem Kondomgebrauch und ohne HIV-Präexpositionsprophylaxe sowie b) Sex unter Drogeneinfluss in den letzten 12 Monaten

4.4.3.5 Empowermentfaktoren und Verhandlungskompetenz

Bei der Gestaltung des Sexuallebens ergab sich eine höhere Zustimmung bei Teilnehmer*innen mit internalisierter Transpositivität und bei Personen mit einer höheren Zahl sozialer Kontakte (Tabelle 34). Auch Teilnehmer*innen, die sich in ihrem Umfeld angenommen fühlen und solche mit einer Gruppenzugehörigkeit stimmten dieser These häufiger zu. Das Ablehnen-Können unerwünschter sexueller Handlungen war nicht mit internalisierter Transpositivität assoziiert (Tabelle 34). Im Gegensatz dazu gaben Teilnehmer*innen mit mehr sozialen Kontakten, Teilnehmer*innen, die sich in ihrem sozialen Umfeld angenommen fühlen und Teilnehmer*innen, die sich Gruppen zugehörig fühlen, häufiger an, dass es ihnen leichtfällt, „Nein“ zu Sex zu sagen, den sie nicht möchten.

Tabelle 34 Assoziationen von Empowermentfaktoren mit sexueller Verhandlungskompetenz

		Fällt leicht Bedürfnisse zu äußern und Sex mitzugestalten			
		n	Stimmt nicht zu (%)	Teils / Teils (%)	Stimmt zu (%)
Thesen zu internalisierter Transpositivität	Ablehnend bis neutral	1.142	29,3	30,5	40,2
	Zustimmend	667	22,5	25,3	52,2
Zahl enger sozialer Kontakte	Keine	49	38,8	32,7	28,6
	1-2 Personen	672	31,3	28,4	40,3
	3 oder mehr Personen	1.078	23,2	28,5	48,3
Personen im Leben, die einen annehmen wie man ist	Keine Zustimmung	57	47,4	26,3	26,3
	Teils / Teils	133	41,4	30,1	28,6
	Zustimmung	1.634	25,0	28,5	46,5
Zugehörigkeit zu einer Gruppe mit gleichen Interessen	Keine Zustimmung	354	33,3	31,4	35,3
	Teils / Teils	399	34,8	29,6	35,6
	Zustimmung	1.068	21,8	27,4	50,7
		Fällt leicht Nein zu sagen zu Sex, den ich nicht möchte			
		n	Stimmt nicht zu (%)	Teils / Teils (%)	Stimmt zu (%)
Thesen zu internalisierter Transpositivität	Ablehnend bis neutral	1.207	16,9	15,0	68,1
	Zustimmend	690	15,5	14,1	70,4
Zahl enger sozialer Kontakte	Keine	50	22,0	22,0	56,0
	1-2 Personen	711	20,1	14,9	65,0
	3 oder mehr Personen	1.125	13,7	14,0	72,4
Personen im Leben, die einen annehmen wie man ist	Keine Zustimmung	59	40,0	11,9	49,2
	Teils / Teils	144	26,4	19,4	54,2
	Zustimmung	1.709	14,9	14,3	70,9
Zugehörigkeit zu einer Gruppe mit gleichen Interessen	Keine Zustimmung	360	25,6	15,3	59,2
	Teils / Teils	427	17,3	18,0	64,6
	Zustimmung	1.120	13,1	13,1	73,8

4.4.4 Belastungsfaktoren

Im qualitativen Teil stellte „Belastungsfaktoren (für die sexuelle Gesundheit)“ eine der 5 Hauptkategorien der Analyse mit insgesamt 931 Einträgen dar. Die Subkategorien „sexuelle Risikosituationen“ (51 Einträge) und „Transitionsprozesse/Geschlechtsdysphorie“ (70 Einträge) beschreiben wir jedoch unter 4.3.3.1 Schutzstrategien der Teilnehmer*innen des qualitativen Teils bzw. 4.4.2.1 Transitionsprozesse als Belastung. Damit verbleiben 810 Einträge unter Belastungsfaktoren, die wir mehrheitlich in diesem Abschnitt beschreiben. Von den Belastungsfaktoren konnten wir insgesamt 516 Einträge unter „Minoritätenstress“ zusammenführen. Zunächst gehen wir jedoch auf die kleineren Kategorien „fehlendes Wissen“ (95 Einträge)

und „fehlender Austausch/Community“ (38 Einträge) ein. Eine weitere Kategorie „Intersektionale Aspekte“ (82 Einträge) integrieren wir als Querschnitt in den Fließtext.

In den letzten drei Abschnitten gehen wir auf die Assoziation zwischen verschiedenen psychosozialen Belastungsfaktoren und der sexuellen Zufriedenheit (4.4.4.3), das sexuelle Verhalten mit einem höheren HIV/STI-Risiko (4.4.4.4) und die Verhandlungskompetenz (4.4.4.5) ein.

4.4.4.1 Fehlendes Wissen und fehlender Austausch

Die Einträge um „fehlendes Wissen“ haben wir in drei unterschiedliche Subkategorien sortiert bzw. drei unterschiedlichen Aspekten zugeordnet: fehlendes Wissen seitens trans und nicht-binärer Menschen, fehlendes Wissen seitens Berater*innen und fehlendes Wissen seitens der Wissenschaft (ungeklärte fachliche Fragen). Die letzten beiden Aspekte behandeln wir unter 4.5.2.2 Negative Versorgungserfahrungen.

Unsere Teilnehmer*innen benannten verschiedene Formen von Wissenslücken für sich selbst, aber auch ihre Peers, oft aus einer inzwischen informierten Retrospektive. Diese lassen sich unterteilen in: fehlendes Wissen über bestehende Angebote der sexuellen Gesundheit, also z.B. eine Unkenntnis darüber, wo sie sich testen lassen konnten, aber auch fehlendes Wissen zu sexueller Gesundheit, also z.B. welche Infektionsrisiken bestanden und welche Schutzmöglichkeiten es dazu gäbe. Oft machten die Teilnehmer*innen auch keine Unterscheidung auf zwischen HIV und anderen STI. Dies hing auch mit dem „Messaging“, der Art der Informationsvermittlung zusammen, welche die Teilnehmer*innen erlebt haben. Einige Teilnehmer*innen berichteten, in ihrer Jugend hauptsächlich über Schwangerschaftsverhütung aufgeklärt worden zu sein oder lediglich über die Notwendigkeit, Kondome (beim penetrativ-insertiven penil-vaginalen Verkehr) zu benutzen. Orlando beschrieb ihr vormaliges Bewusstsein für Safer Sex selbstkritisch mit den Worten „Safer Sex ist, wenn ich ein Kondom benutze, und wenn nicht, dann können schlimme Sachen passieren“ (Orlando, Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 1, Pos. 121). Insbesondere die Sexualpädagogik in der Schule erlebten die Teilnehmer*innen durchgehend als mangelhaft, da sie ausschließlich auf hetero- und cisgeschlechtliche Menschen, Körper und sexuelle Interaktionen ausgerichtet war (mehr dazu unter 4.5.3 Bedarfe aus Sicht der Teilnehmer*innen.)

Ein wichtiger Aspekt hierzu waren auch fehlende Informationen der Teilnehmer*innen spezifisch zu den körperlichen Besonderheiten von trans/nicht-binären Menschen, sowohl zu HIV/STI-Übertragungswegen, als auch zu Schwangerschaft und allgemeiner sexueller Hygiene/Pflege (mehr dazu unter 4.5.3 Bedarfe aus Sicht der Teilnehmer*innen). Lelo fasste die Gesamtsituation recht treffend zusammen:

„Und [ich merke immer wieder, dass] teilweise vor manchen Situationen so übergroße Angst gehabt wird und vor anderen Situationen, die risikobehaftet sind, gar keine Angst gehabt wird, oder dass Menschen total skurrile Risikoeinschätzungen haben. Und das nicht, weil die Menschen nicht kompetent sind, sondern weil es ihnen einfach niemand erklärt hat und [...] gerade als trans Person, deren Körper du nie im Biobuch findest, wäre es umso schöner, dass darauf Bezug genommen wird und nicht nur zwei binäre cis Dyakörper abgebildet sind [...]“ (Lelo, Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 2, Pos. 139).

Während Kontakt zu anderen trans/nicht-binären Menschen und Peer-Austausch von den Teilnehmer*innen in der Regel als stärkend wahrgenommen wird (siehe 4.4.3 Empowermentfaktoren), wurde fehlende Anbindung an die Communitys, fehlende oder unzureichende Kommunikation mit Sexpartner*innen sowie fehlender Peer-Austausch oft als Belastung benannt.

Fehlende Anbindung an trans und nicht-binäre Communitys wurde von vielen Teilnehmer*innen insbesondere in ihren Biografie-Arbeiten als Belastungsfaktor, oft vor dem Coming-out, benannt. Jay, eine nicht-binäre Person vom Wochenende für Jüngere benannte es in seiner*ihrer Biografie-Arbeit sehr knapp mit: "[schlecht:] kein Zugang zu queeren Kontexten und Begriffen" (Doku_9_Jüngere_Zeitstrahle, Pos. 33). Tonks verknüpfte in ihrer*seiner sexuellen Biografie-Arbeit sogar eine Mehrheit der als „hinderlich“ beschriebenen Aspekte der eigenen sexuellen Sozialisation mit fehlender Kommunikation mit Sexpartner*innen. Tonks beschrieb die negativen Aspekte eines One-Night-Stands mit den Worten:

„hinderlich: kurz vorher getroffen; wenig Kommunikation; keine Bedürfnisse abgesprochen“ (Doku_4 Ältere, Pos. 87). Beim nächsten Eintrag, einer mehrjährigen Beziehung schrieb Tonks zwar „viel Kommunikation“ auf der Hilfreich-Seite, balancierte das allerdings direkt mit „mangelnde *klare* Kommunikation“ [kursive Hervorhebung durch Autor*innen] sowie „wenig Konsens, wenig Stopp sagen und hören, fehlende Wörter“ auf der Hinderlich-Seite (ebd., Pos. 91). Tonks übte sich im Laufe der Zeit viel in Kommunikation. Seine*ihre letzte biografische Station hatte fast nur „hilfreiche“ Einträge u.a. „Offenheit; Kommunikation; keine Tabus; klarer Konsens; Nachfragen, absichern; Vertrauen; Erfahrung“ (Pos. 93). Die „hinderliche“ Seite hatte nur noch einen Eintrag, aber auch dieser war auf Kommunikation bezogen: „nachfragen crasht manchmal den Moment“ (Pos. 93).

Elliot benannte in seiner Biografie-Arbeit, dass ihm durch fehlende Community-Anbindung auch Rollenvorbilder fehlten: „In der Outingphase haben mir Rollenmodelle/Vorbilder gefehlt, es gab nur eine weitere transmaskuline Person. Leider hatte ich zu dieser Person kein Vertrauensverhältnis“ (Doku_4 Ältere, Pos. 335). Aber auch bei Kontakt in die Community kann Austausch fehlen. Die transweiblichen Teilnehmer*innen des Wochenendes für Transitionsältere diskutierten, dass sie insbesondere in der transweiblichen Community einen aktiven Peer-Austausch zu Sexualität vermissten:

„[...] bei transweiblichen Communitys ist Sex einfach oft einfach wahnsinnig 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, Aeltere_Feld2+3, Pos. 34).

Die Gruppe diskutierte daraufhin, was Hintergründe dafür sein könnten und stellte eine Verknüpfung zu der Exotisierung und Fetischisierung her, der insbesondere transweibliche Personen oft ausgesetzt sind (mehr zu Fetischisierung im Abschnitt zu Minoritätenstress), die bei vielen transweiblichen Personen eine bewusste Abkehr von Sexualität bzw. Austausch zu Sexualität auslöse:

„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, dass ich total nachvollziehen kann, wenn einige trans Frauen sagen, sie brauchen untereinander einen safe Space, in dem sie nicht darüber sprechen müssen“ (Margot, Aeltere_Feld2+3, Pos. 35).

Jenny berichtete im Anschluss von ihrer Erfahrung im asiatischen Raum, indem sie teilweise aufgewachsen sei und dem dort bestehenden „Große-Schwester-Kleine Schwester-Prinzip“ (Jenny, Aeltere_Feld2+3, Pos. 73), bei dem ganz selbstverständlich Wissen zu sexueller Gesundheit, Safer Sex Strategien und Schutzstrategien vor körperlichen Übergriffen Community-intern von einer Person an die nächste weitergegeben werde und sie dies hier in Deutschland schmerzlich vermisse. Im Gegenteil, ihr begegneten immer wieder „ganz viele junge trans Mädels, die schon sexuell aktiv sind, die wirklich nach jedem Tropfen Wissen, den ich fallen lasse, lechzen. Genauso wie ich damals in ihrem Alter, weil es dir niemand erzählt“ (ebd.)

Peter ergänzte die Diskussion mit einer transmännlichen Perspektive und berichtete, wie er sich als trans Mann oft scheue, innerhalb der Community offen über seine gelebte Sexualität zu sprechen, aufgrund transnormativer Erwartungen, als trans Mann keinen aufnehmenden Vaginalverkehr zu praktizieren:

„Ich kenne genug Menschen [...] für die klar ist: Ich kann mich nur als Mann definieren, wenn ich mit Hilfe von Toys das ersetze, was bei mir gerade noch nicht vorhanden ist. Und die Tatsache, dass ich, um es jetzt mal ganz explizit zu sagen, vaginalen Sex zwischendurch habe, ist für die so ein No-Go [jemand stimmt zu], dass ich mit denen auch gar nicht das Interesse hätte, darüber zu sprechen, weil ich weiß, da werde ich so

derbst in etwas ganz Intimen abgelehnt, dann spreche ich da einmal drüber und nie wieder“ (Peter, Aeltere_Feld2+3, Pos. 41).

Der fehlende Austausch, den die Teilnehmer*innen hier beklagten, stand damit nicht für sich, sondern war eingebettet in verschiedenste weitere Stressoren aus dem Bereich Minoritätenstress, wie Fetischisierung und Exotisierung durch cis Personen aber auch transnormative Narrative aus der eigenen Community.

4.4.4.2 Minoritätenstress

Unter Minoritätenstress haben wir viele unterschiedliche psychosoziale Belastungsfaktoren zusammengefasst, die sich hierunter subsumieren lassen. In unserer Analyse haben wir die folgenden Aspekte herausgearbeitet, die sich allerdings oftmals nicht trennscharf unterscheiden lassen: Transnegativität (internalisierte wie externe), cis-, hetero-, und transnormative Partner*innen und Umwelt, das Absprechen von Geschlechtsidentität durch Außenstehende oder „misgendern“, Diskriminierungserfahrungen im Medizinbereich, Vulnerabilitäten, psychische oder emotionale Abhängigkeit, Exotisierung und Fetischisierung, Tabuisierung und Scham, sowie Aspekte, die sich keiner dieser Kategorien zuordnen lassen sondern nur mit dem Gesamtkonzept von Minoritätenstress erfasst werden können. Weitere Aspekte, die wir Minoritätenstress zugeordnet haben, aber nicht hier beschreiben, waren „übergreifige Sprache“ (siehe 4.2.1) und Gewalterfahrungen (siehe gleiches Kapitel, weiter unten).

Transnegative Erfahrungen zogen sich oft durch Biografie und Alltag der Teilnehmer*innen hindurch. Sie fanden in alltäglichen Begegnungen, bei Ärzt*innenbesuchen, in familiären und intimen Beziehungen, aber auch in nicht-interaktiven Medien statt. Joy formulierte im Workshop für Angehörige aus sexuellen Subkulturen:

„Kann ich an dieser Stelle ein paar kritische Worte zu [Internetdatingplattform 1] loswerden? Also, ich habe jetzt die neuesten Entwicklungen nicht mitverfolgt, aber vor buchstäblich ein paar Jahren noch haben alle Artikel, die sie zum Thema Trans geschrieben haben, eigentlich nur wirklich schlimmste Transfeindlichkeit reproduziert. [...] Also, es wurden Slurs verwendet, es wurden Falschinformationen gestreut. Es war furchtbar. Und auch die Einträge im Sinne von ‚Welches Geschlecht bin ich‘, das hat sich bis heute nur minimal verbessert“ (Joy, Subkulturen_Feld4, Pos. 73).

An Joys Beispiel verdeutlicht sich, wie Trans-Negativität sich auch ganz ohne direkte zwischenmenschliche Interaktion negativ auf die psychosexuelle Gesundheit auswirken kann. Die Plattform, die ihr*ihm eigentlich eine positive Erfahrung vermitteln sollte, wurde durch ihre transnegativen Inhalte zu einem Belastungsfaktor. Die Plattform stellte aber nicht nur eine einzelne Instanz dar, sondern ihre Inhalte wirkten sich auf ihre Nutzer*innen aus, z.B. wie Leser*innen Informationen zu Trans-Themen aufnehmen, welche Informationen sie erlangen und auch, auf welche Art und Weise sich Nutzer*innen in ihrer Geschlechtsidentität im Online-Dating darstellen können.

Diskriminierungserfahrungen im medizinischen Bereich waren für die Teilnehmer*innen keine Seltenheit. In unserer Analyse haben wir nach Diskriminierungserfahrungen in der HIV/STI-Versorgung, in der medizinischen Versorgung zu sexueller Gesundheit, im Transitionssystem (hierzu siehe auch 4.4.2 Transitionsprozesse) sowie in der medizinischen Versorgung allgemein unterschieden. Insgesamt haben wir diese Kategorie 81 Mal codiert. Diskriminierungserfahrungen zogen sich dabei durch alle Bereiche. So berichtete Guido von einem Krankenhausaufenthalt, bei dem er*sie über mehrere Tage durchgängig im falschen Geschlecht angesprochen wurde, obwohl die Krankenkassenkarte bereits den selbstgewählten Namen abbildete:

*Ich war im Februar wegen einer eingebluteten Eierstockzyste im Krankenhaus, auf der gynäkologischen Station [...]. Und ich habe das zwar in den Gesprächen den Ärzt*innen gegenüber angesprochen, dass sie mich bitte nicht mit Frau ansprechen sollen. Das mit dem Namen war nicht so das Problem, weil meine Krankenkasse zum Glück meinen*

Namen geändert hat auf der Versicherungskarte, aber das mit der Anrede hat gar nicht funktioniert. Also ich wurde konsequent als ‚Frau‘ angesprochen und da war ich mehrere Tage und das war eine sehr belastende Situation“ (Guido, Juengere_Feld 4, Pos. 75).

Im falschen Geschlecht angesprochen zu werden, wird in der Community als ‚misgendern‘ bezeichnet und taucht in allen Lebensbereichen auf, nicht nur im Medizinsystem. Dies kann versehentlich passieren oder mit einer aktiven Negierung der geschlechtlichen Identität des Gegenübers einhergehen. Im Datenmaterial der qualitativen Teilstudie wurde von den Teilnehmer*innen auch insbesondere im familiären Umfeld und in Zusammenhang mit intimen Partner*innen benannt. ‚Misgendern‘ kann auch ‚Deadnaming‘ beinhalten, dies bezeichnet die Ansprache mit oder die Bezeichnung mit dem alten, bei Geburt zugewiesenen Vornamen, der in der Community oft als ‚Deadname‘ bezeichnet wird.

Diskriminierungserfahrungen im medizinischen System wurden von den Teilnehmer*innen oftmals befürchtet bzw. erwartet. Das bedeutet, dass Diskriminierungserfahrungen so alltäglich waren, dass die Teilnehmer*innen es als besonderes Ereignis hervorhoben, wenn sie positive Erfahrungen machen. Je öfter sie negative Erfahrungen machten, umso mehr suchten sie Ausweichstrategien, versuchten z.B. medizinische Angebote völlig zu meiden oder zumindest den Kontakt mit Gesundheitspersonal und Berater*innen zu minimieren. Dies machte sie auch vulnerabler in Bezug auf sexuelle Gesundheit. Noah, der*die als Berater*in in einer lokalen Aidshilfe arbeitet, berichtete im Expert*inneninterview:

„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, Transkription_Experteninterview, Pos. 98).

Noah führte im Folgenden aus, was dies langfristig für negative Konsequenzen für die sexuelle Gesundheit haben kann, z.B., wenn eine unentdeckte Chlamydieninfektion in die Ovarien wandere, und eine normalerweise als harmlos eingestufte Infektion damit schwere gesundheitliche Folgen wie Unfruchtbarkeit nach sich ziehen kann. Noah äußerte die Vermutung, dass dies in Zusammenhang mit fehlender Fachexpertise bei Mediziner*innen stehen könne: „und wenn Mediziner*innen besser geschult, also sensibilisiert wären, dann würde das vielleicht nicht so passieren“ (ebd.).

Sascha berichtete von einer Beratungssituation, an der beispielhaft deutlich wird, wie ein cisnormatives Setting und vermeintlich wohlmeinende Aussagen von Berater*innen sich negativ auf die psychosoziale Gesundheit und die Versorgungserfahrung auswirken können:

„Abstriche zum Beispiel. Wenn ich dann sage, ich möchte keinen Analabstrich machen [dann] muss ich nie die Hose ausziehen. Das heißt, sie stellen nie fest, dass sie zum Beispiel einen vaginalen Abstrich machen könnten oder sollten [...] Und das heißt, du kriegst nicht die Versorgung, die du bräuchtest, wenn du nicht selber über diesen Schatten springst [dich im Beratungsgespräch als trans/nicht-binär zu outen ...] Aber... wenn das schon bei den Zetteln anfängt und dann sitzt du bei einer Ärztin, die zwar super freundlich ist, aber [...] Und dann erklärst du das: ‚Ich bin trans Mann‘ – ‚Wirklich? Ich habe noch nie einen trans Mann mit Bart gesehen‘“ Sascha, (2021_12_05_Aeltere_Feld4, Pos. 79).

Sascha wurde hier mit einem cisnormativen System konfrontiert, also einem System, das Cisgeschlechtlichkeit zunächst voraussetzt und in dem er sich als trans Person aktiv positionieren und dabei die Angst vor einer Diskriminierungserfahrung überwinden muss, wenn er die Versorgung erfahren möchte, die er benötigt, weil die verwendeten Anamnesebögen Trans und Nicht-Binarität nicht, oder nicht adäquat, erfassen. Dabei begegnete er einer Fachperson, die zwar wohlmeinend war und auch bereits erste Erfahrungen in der Arbeit mit trans Personen gemacht hat, auf seine Offenbarung aber trotzdem mit einer Exotisierung reagierte. Er berichtete anschließend, „in dem Moment“ (Pos. 83) den Mut besessen zu haben, die Ärztin aufzuklären, dass

es sich dabei aber um eine Hürde handele und dass es vielen anderen Menschen in entsprechenden Situationen schwerfalle, diese Hürden zu bewältigen (ebd.).

Andere Teilnehmer*innen berichten Strategien, wie sie sich psychosozial absicherten, bevor sie Angebote in Anspruch nahmen, aber auch, welcher organisatorisch und psychisch-emotionaler Mehraufwand damit verbunden war:

„Also trans Sein ist ja auch ein Teilzeitjob, was man alles an Zeit aufwendet, Ressourcen aufwendet, Energie aufwendet, ich könnte fünf andere Hobbies betreiben [...], wenn die Gesellschaft damit anders umginge und ich finde das auch frustrierend. [...] Und dazu gehört ja auch sowas wie, ich rufe da an bei den Beratungsstellen und frage: ‚Hey, hattet ihr schon mal eine trans Person da?‘ Man muss ja auch vorher abchecken. Oder dann rufe ich meine Beziehungsperson an: ‚Du, ich geh heute zum Test, hast du danach Zeit, falls ich emotionale Sorgearbeit brauche?‘ Das ist einfach nicht ok, dass wir vielmehr Zeit und vielmehr Ressourcen brauchen für alles, weil wir uns immer absichern müssen und Wege viel länger und komplexer sind“ (Neo, Jüngere_Feld 4, Pos. 94).

Neo hatte damit zwar einen Weg gefunden, mit den Schwierigkeiten umzugehen, die er*sie im Gesundheitssystem erlebte und eine Umgebung, die sie*ihn unterstützt. Der Umgang beanspruchte aber deutlich mehr Ressourcen, als es ohne Minoritätenstress der Fall wäre. Andere Teilnehmer*innen vermieden Diskriminierungserfahrungen, indem sie Kontakte zu Fachpersonal vollständig vermieden. Eine Teilnehmer*in merkte an „das einzige unproblematische Beratungs- oder Testangebot, das [er*sie] kenne“ (Jüngere_Feld 4, Pos. 16), seien Home-Test-Kits, bei dem die Anwender*innen die Abstriche selbst zu Hause durchführen und anschließend per Post ins Labor schickten. Dies stelle aber eine ökonomische Hürde dar, weil diese Kits von den Anwender*innen selbst gezahlt werden müssen.

Minoritätenstress durch das Gesundheitssystem ist allerdings nur ein Themenkomplex von mehreren. Die Teilnehmer*innen berichteten ebenfalls von Erfahrungen mit Sexualpartner*innen und in intimen Beziehungen, die komplex miteinander interagieren und proximale Stressoren im Sinne des Minoritätenstresses nach sich ziehen und weiter zur Vulnerabilität der Personen beitragen. Insbesondere Exotisierung oder Fetischisierung (33 Codierungen) fand oft im intimen Rahmen statt. Davon berichteten insbesondere transweibliche Teilnehmer*innen. Orlando formulierte prägnant wie die Fetischisierung, die sie durch cismännliche Sexualpartner erlebte, mit einer Objektifizierung und damit Entmenschlichung einhergingen und bezeichnete dies als „Leitmotiv“ (Orlando, Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 1, Pos. 134), das ihre sexuellen Erfahrungen prägte:

„[Fetischisierung heißt] Objektifizierung und weniger als eine Person gesehen zu werden, mit dem man jetzt Sex hat - also Sex nicht als soziale Erfahrung, sondern Sex eher als Abenteuer mit einer First Personality. Also die Person hat gerade mit mir Sex und ich bin eher eine Kuriosität, ich bin eher etwas, was man dann halt ausprobiert. Ich kann mir vorstellen, dass diese Entpersonalisierung [...] also ich meine das wirklich stark gefühlt zu haben [...] Und das weiß man ja, trans Frauen sind in der Gefahr als Sexobjekt [...] wahrgenommen zu werden und ich glaube, das macht es dem Gegenüber dann leichter, nicht safe zu sein. Nicht safe im Sinne von Vorkehrungen zu treffen gegen sexuelle Krankheiten oder [...] dass quasi emotional nicht so sehr bedacht wird, ob man die trans Frau jetzt anstecken könnte [...] Weil eine Entpersonalisierung stattfindet, also, weil eben nicht mit einem sozialen Gegenüber interagiert wird, das einfach ein normales Leben hat und mit den Konsequenzen leben muss, sondern weil einfach die Person verschwindet“ (Orlando, Jüngere_Feld 2+3_Gruppe 1, Pos. 136-139).

Dies bringt gleich mehrere Aspekte mit sich. Zum einen benannte Orlando hier die emotionale Belastung, die damit einherging, von einem sexuellen Gegenüber nicht als vollständige Person gesehen und als solche behandelt zu werden. Sie erlebte eine Herabwürdigung durch ihr Gegenüber, eine Entmenschlichung. Zum

anderen ging dies mit einer Rücksichtslosigkeit durch ihre Sexualpartner einher, die ihr gegenüber weniger gewillt waren, ihr Bedürfnis bzgl. Safer Sex und Risikomanagement zu respektieren. Neben den transweiblichen Teilnehmer*innen berichteten insbesondere BIPOC-Teilnehmer*innen von Exotisierungs- und Fetischisierungserfahrungen, sowie Teilnehmer*innen des Wochenendes für Transitionsältere.

Alex sprach die Vermutung aus, dass cisgeschlechtliche Sexpartner*innen von trans Personen, die trans Personen fetischisieren, dabei selbst Scham über das eigene Begehren erleben. Auch dies wirke sich wiederum negativ auf die trans Personen aus, die das erleben:

„Was mir auch immer wieder so auffällt auf Gayromeo: Ganz viele, die trans maskuline Personen für Sex suchen, haben kein Profilbild. Sie stehen selber nicht dazu. Das finde ich auch schon gewalttätig. Oder sie löschen ständig ihr Profil und dann kommen sie immer wieder auf mein Profil. [...] Also dieser Struggle, den cis Menschen haben, die auf uns stehen. (...) Das ist halt so sinnbildlich dieses immer wieder uns anschreiben und löschen, abschreiben, löschen. Das ist auch die Transphobie, vor der sie selbst Angst haben. Sie haben Angst, dafür verurteilt zu werden dafür, dass sie auf uns stehen. Das baden letztendlich auch wir aus.“ (Alex, BIPOC_Feld2+3, Pos. 6).

Auch die Teilnehmer*innen selbst berichteten viel von eigenen Gefühlen von Scham, aber auch von Beschämungen, insbesondere in Kindheit und Jugend, sexnegativen Botschaften oder davon, dass Sexualität tabuisiert wurde (insgesamt 74 Codierungen). Dies bezog sich auf eine komplexe Fülle von Themen; angefangen von Schuldgefühlen bei ersten körperlichen Selbsterkundungen: „Erstes Mal Masturbieren → Ein Gefühl v. Schuldgefühlen belastete Emotionen bezgl. Selbstbefriedigung“ (Doku_2 BIPOC, Pos. 90) über „Immer wieder feminine Kleidung gekauft/getragen und entsorgt mit maximalen Druck innerlich“ (Doku_8_Würzburg_Zeitstrahle, Pos. 39)“ bis hin zu "die Scham zu existieren und nicht nach Wunsch zu fühlen, zu begehren, auszusehen, zu reagieren, zu funktionieren" (Doku_Extra-Statements_BIPOC, Pos. 1). Viele der Teilnehmer*innen kämpften mit verinnerlichter Transnegativität. Dies machte sie oft vulnerabel in sexuellen Situationen und konnte die Verhandlungskompetenz bzgl. sexueller Gesundheit schmälern:

„Ich [finde] mich immer noch in Situationen wieder, [in denen] ich nicht darauf bestehe, dass wir ein Kondom verwenden aus diesem Gefühl heraus, dass mein Körper an sich schon ein Umstand ist für die andere Person. Also, die andere Person muss sich ja schon mit meinem trans Körper irgendwie zufriedengeben [...] ich bin vielleicht nicht der Einzige, dem das passiert, dass da Grenzen überschritten werden. Weil das ja auch nicht so ist, dass ich sie nie kommuniziere, sondern [...], dass sie einfach nicht eingehalten werden, und ich dann ... aus diesem Denken heraus dann nicht darauf bestehe“ (Ji, BIPOC_Feld2+3, Pos. 6).

Diese Thematik wurde an unterschiedlichen Stellen immer wieder Thema. Die Teilnehmer*innen berichteten von vielen weiteren Aspekten in Bezug auf Vulnerabilität und Minoritätenstress, z.B. Angst davor, ihr jeweiliges (sexuelles) Gegenüber zu verärgern, Machtgefälle in Beziehungen, in denen sie nicht das Gefühl hatten gut für die eigenen Bedürfnisse eintreten zu können, Probleme mit ‚Passing‘, Selbstverleugnung, Depressionen, Suizidgedanken, dem Gefühl die eigene Trans/Nicht-Binarität nicht ausleben zu können, sondern eine cisgeschlechtliche Identität ‚spielen‘ zu müssen.

Minoritätenstress als trans/nicht-binäre Person wirkte sich aber auch auf die Umgebung aus. So konnten die Belastungen von Partner*innen zur eigenen oder kollektiven Belastung für eine Partnerschaft, Gruppe oder Community werden:

„Mein [ebenfalls transmännlicher] Partner dissoziiert so stark beim Sex, dass ich jedes Mal hilflos daneben sitze. Ich weiß nicht, was ich machen kann. Es wirkt sich negativ auf unsere Beziehung aus, dass mein Partner nie einen Orgasmus hat, dass der Sex immer von Unterbrechungen und Abstürzen gekennzeichnet ist. Meine Bitte an ihn eine

Therapie zu machen, wird als pathologisierend missverstanden. Ich finde keine Unterstützung für uns, keine Ansprechperson oder Beratungsstelle. Die Beziehung geht u. a. davon kaputt“ (Daniel, Doku_4 Ältere, Pos. 272).

4.4.4.3 Belastungsfaktoren und sexuelle Zufriedenheit

Verschiedene Belastungsfaktoren für die sexuelle Gesundheit wurden auch im Rahmen der quantitativen Erhebung gemessen. Einen relevanten Belastungsfaktor kann internalisierte Transnegativität darstellen, indem z.B. negative Einstellungen zur eigenen Identität als wahr empfunden werden und sich auf das Wohlbefinden aber auch das Verhalten auswirken. Internalisierte Transphobie (hier Transnegativität genannt) wurde mittels des standardisierten GMSR-Fragebogens gemessen, wie er von Testa et al. entwickelt wurde und von Jäggi übersetzt wurde [44, 95]. Im Rahmen der Befragung wurde die Zustimmung zu acht Thesen gemessen, die trans-Negativität ausdrücken, z.B. „Meine geschlechtliche Identität stört mich.“ oder „Wenn ich an meine geschlechtliche Identität denke, fühle ich mich unglücklich.“. Aus den Antworten wird ein Summenwert gebildet, der eine Zustimmung oder Ablehnung zu diesen Thesen ausdrückt. Von den 2.123 Teilnehmer*innen, die Angaben zu dieser Frage machten (missing: 954), waren die Antworten bei 20,9% der Personen eher zustimmend zu Thesen der internalisierten Transnegativität. Bei 79,1% wurden die Thesen eher ablehnend oder neutral bewertet.

Auch Gefühle der Einsamkeit oder Isolation können sich auf das sexuelle Verhalten und die sexuelle Gesundheit auswirken. Insgesamt gaben 48,1% der Teilnehmer*innen an, sich in den letzten zwei Wochen belastet gefühlt zu haben aufgrund von Ausgrenzung (n = 2.110, missing: 967). 79,6% gaben an, sich einsam gefühlt zu haben (n = 2.150, missing: 927) und 65,0% gaben Gefühle der Isolation an (n = 2.136, missing: 941).

Gewalterfahrungen können sich ebenfalls negativ auf die sexuelle Gesundheit auswirken (siehe auch Kapitel 4.2.3.2 Gestaltungsmacht und Verhandlungskompetenz des Sexlebens). Von 1.863 Teilnehmer*innen gaben 58,6% an, dass ihnen jemals Gewalt angedroht oder sie körperlich bedroht wurden (missing: 1.214). Immerhin 20,7% gaben an, dass ihnen dies innerhalb der letzten zwölf Monate widerfahren ist.

Belastungsfaktoren, wie internalisierte Transphobie, Belastungen durch Ausgrenzt werden, durch Einsamkeit und durch Isolation waren alle assoziiert mit einer reduzierteren Zufriedenheit mit dem Sexualleben (Tabelle 35). Teilnehmer*innen, die einen Summenscore im GMSR-Fragebogen hatten, der Zustimmung zu Thesen internalisierter Transnegativität signalisierte, gaben nur zu 20,8% eine hohe Zufriedenheit mit dem Sexualleben an verglichen mit 32,2% der Teilnehmer*innen, die keine Indikation für internalisierte Transnegativität hatten (n = 2.035, missing: 1.042). Auch Teilnehmer*innen die Belastung durch Ausgrenzung angaben, waren seltener häufig hoch zufrieden mit dem Sexualleben als diejenigen, die dies nicht angaben (24,8% vs. 35,0%, n = 2.026, missing: 1.051). Vergleichbare Muster fanden sich bei Teilnehmer*innen, die Belastung durch Einsamkeit und Isolation angaben (Tabelle 35).

Tabelle 35 Assoziationen von Belastungsfaktoren mit sexueller Zufriedenheit

		Zufriedenheit mit dem Sexualleben (Skala von 1-10)			
		n	Niedrig (1-3) (%)	Mittel (4-7) (%)	Hoch (8-10) (%)
Thesen zu internalisierter Transnegativität	Ablehnend bis neutral	1.617	22,3	45,6	32,2
	Zustimmend	418	40,0	39,2	20,8
Belastung durch Ausgegrenzt werden	Nein	1.057	22,4	42,6	35,0
	Ja	969	29,0	46,2	24,8
Belastung durch Einsamkeit	Nein	421	13,8	43,5	42,8
	Ja	1.642	28,8	44,6	26,6
Belastung durch Isolation	Nein	719	17,2	44,4	38,4
	Ja	1.329	30,0	44,2	25,7
Jemals Gewalt im Alltag erfahren	Nein	734	25,1	43,3	31,6
	Ja	1.067	27,0	44,6	28,4

4.4.4.4 Belastungsfaktoren und sexuelle Risiken

In der quantitativen Teilstudie wurde untersucht, ob diese Belastungsfaktoren auch mit häufigerem Eingehen möglicher sexueller Risiken assoziiert waren (Tabelle 36). Die Definition möglicher sexueller Risiken wurde bereits im Kapitel „4.4.3.4 Empowermentfaktoren und mögliche sexuelle Risiken“ beschrieben. Aus den Daten ist erkennbar, dass Belastung durch Einsamkeit ebenfalls mit einem häufigeren Eingehen sexueller Risiken assoziiert war (19,3% vs. 13,8%, $n = 1.283$, missing: 1.794). Vergleichbare Zusammenhänge wurden bei der Belastung durch Isolation gefunden (20,3% vs. 14,9%, $n = 1.273$, missing: 1.804) und jemals Gewalt im Alltag erfahren zu haben (20,0% vs. 13,5%, $n = 1.122$, missing: 1.955). Wir haben keine Evidenz für einen Zusammenhang vom Eingehen sexueller Risiken mit internalisierter Transnegativität und Belastung durch Ausgegrenzt werden gefunden.

Tabelle 36 Assoziationen von Belastungsfaktoren mit Eingehen möglicher sexueller Risiken

		n	Eingehen möglicher sexueller Risiken ¹	
			Nein (%)	Ja (%)
Thesen zu internalisierter Transnegativität	Ablehnend bis neutral	1.017	82,4	17,6
	Zustimmend	245	81,6	18,4
Belastung durch Ausgegrenzt werden	Nein	668	83,7	16,3
	Ja	588	79,8	20,2
Belastung durch Einsamkeit	Nein	297	86,2	13,8
	Ja	986	80,7	19,3
Belastung durch Isolation	Nein	509	85,1	14,9
	Ja	764	79,7	20,3
Jemals Gewalt im Alltag erfahren	Nein	421	86,5	13,5
	Ja	701	80,0	20,0

¹ Mögliche sexuelle Risiken wurden definiert als a) Sex mit mehreren Partner*innen bei inkonsistentem Kondomgebrauch und ohne HIV-Präexpositionsprophylaxe sowie b) Sex

4.4.4.5 Belastungsfaktoren und Verhandlungskompetenz

Auch die Verhandlungskompetenz, sexuelle Erlebnisse selbst zu gestalten und unerwünschten Sex abzulehnen war assoziiert mit beschriebenen Belastungsfaktoren (Tabelle 37). Teilnehmer*innen mit Anzeichen von internalisierter Transnegativität stimmten seltener zu, dass es ihnen leichtfällt, Bedürfnisse zu äußern und Sex mitzugestalten (34,3% vs. 47,2%, $n = 1.803$, missing: 1.274) sowie Nein zu sagen zu Sex, den sie nicht möchten (58,5% vs. 71,9%, $n = 1.891$, missing: 1.186). Auch Personen, die Belastung durch Ausgegrenzt werden, Belastung durch Einsamkeit und Belastung durch Isolation und Gewalterfahrungen angaben, stimmten den beiden Thesen seltener zu als diejenigen, die diese Belastungen nicht angaben (Tabelle 37).

Tabelle 37 Assoziationen von Belastungsfaktoren mit sexueller Verhandlungskompetenz

		Fällt leicht Bedürfnisse zu äußern und Sex mitzugestalten			
		n	Stimmt nicht zu (%)	Teils / Teils (%)	Stimmt zu (%)
Thesen zu internalisierter Transphobie	Ablehnend bis neutral	1.433	24,3	28,5	47,2
	Zustimmend	370	36,2	29,5	34,3
Belastung durch Ausgegrenzt werden	Nein	926	22,8	28,1	49,1
	Ja	867	30,7	29,4	39,9
Belastung durch Einsamkeit	Nein	389	20,3	26,7	53,0
	Ja	1.441	28,5	29,3	42,3
Belastung durch Isolation	Nein	651	20,1	24,7	55,1
	Ja	1.165	30,1	31,0	38,9
Jemals Gewalt im Alltag erfahren	Nein	612	22,4	30,7	46,9
	Ja	974	28,6	26,9	44,5
		Fällt leicht Nein zu sagen zu Sex, den ich nicht möchte			
		n	Stimmt nicht zu (%)	Teils / Teils (%)	Stimmt zu (%)
Thesen zu internalisierter Transphobie	Ablehnend bis neutral	1.503	14,2	13,9	71,9
	Zustimmend	388	24,5	17,0	58,5
Belastung durch Ausgegrenzt werden	Nein	985	10,7	12,9	76,4
	Ja	895	22,3	16,6	61,0
Belastung durch Einsamkeit	Nein	409	9,5	11,0	79,5
	Ja	1.508	18,1	15,6	66,2
Belastung durch Isolation	Nein	689	9,4	11,6	79,0
	Ja	1.214	19,8	16,6	63,6
Jemals Gewalt im Alltag erfahren	Nein	655	10,1	14,0	75,9
	Ja	1.013	19,1	14,4	66,5

4.5 Beratung, Testung und Versorgung

In der qualitativen Datenerhebung haben wir die Teilnehmer*innen danach gefragt, welche Angebote der sexuellen Gesundheit sie kennen, welche sie nutzen, wie ihre Erfahrungen mit diesen Angeboten sind, wie die Angebote gestaltet sein müssten, um zielgruppenspezifisch angemessen zu sein und welche weiteren Bedarfe sie im Bereich sexuelle Gesundheit für trans und nicht-binäre Menschen sehen. In der quantitativen Online-Erhebung haben wir Daten zu Verfügbarkeit und Barrieren der Inanspruchnahme von Angeboten, zur Nutzung von und den Erfahrungen mit Angeboten der sexuellen Gesundheit erhoben und stellen diese im Folgenden dar. Anschließend präsentieren wir die von den Teilnehmer*innen des qualitativen Teils formulierten Bedarfe für eine adäquate Versorgung in der sexuellen Gesundheit.

4.5.1 Verfügbarkeit und Barrieren der Inanspruchnahme

In diesem Kapitel beschreiben wir Angebote der sexuellen Gesundheit sowie ihre Eignung für trans und nicht-binäre Menschen aus Sicht der Teilnehmer*innen des qualitativen Teils. Anschließend stellen wir quantitative Daten zur Erreichbarkeit und Verfügbarkeit dieser Angebote dar.

4.5.1.1 Angebote der sexuellen Gesundheit und ihre Eignung für trans und nicht-binäre Menschen

In unseren Workshops baten wir die Teilnehmer*innen, alle Angebote der sexuellen Gesundheit aufzulisten, die ihnen bekannt waren. Diese Auflistungen umfassten regelmäßig alle gängigen Beratungs- und Testangebote wie Aidshilfen, Checkpoints, Gesundheitsämter, niedergelassene Fachärzt*innen (gynäkologische und urologische Praxen, Allgemeinmediziner*innen und HIV-Schwerpunktpraxen) und meist auch Angebote der sexuellen Gesundheit, die über die Thematik HIV und STI hinausgingen, wie Familien- und Antigewaltberatungsstellen sowie sexualpädagogische Träger. Die Teilnehmer*innen benannten jedoch auch regelmäßig Angebote außerhalb der Regelversorgung, wie Körperarbeit, Sexological Bodywork, Tantra, Sexshops, queere Pornografie, Bücher und Webseiten als Informationsquelle, aber auch Social Media (z.B. Instagram) und Blogs. Immer wieder als besonders hilfreich hervorgehoben wurden privat betriebene Webseiten, die durch Nutzer*innenbeiträge Namen von transkompetenten Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen sammeln.

Im Anschluss an die Auflistung von Angeboten wurden diese in den Fokusgruppen diskutiert. Dabei wurde regelmäßig eine Diskrepanz zwischen dem Wissen um das Vorhandensein von Angeboten und der Einschätzung dieser Angebote als kompetent im Bereich Trans/Nicht-Binarität deutlich. Angebote, die nicht auf trans/nicht-binäre Menschen spezialisiert waren, bzw. keinen entsprechenden Sensibilisierungsprozess durchlaufen hatten, wurden in der Regel nicht als kompetent und nicht als sicherer, diskriminierungsfreier Raum eingestuft (siehe hierzu 4.5.2.2 Negative Versorgungserfahrungen). Für manche Teilnehmer*innen war dies ein Ausschlusskriterium, Angebote nicht in Anspruch zu nehmen selbst wenn ein konkreter Bedarf bestand, andere beschrieben spezifische Strategien, mit diesen Hürden umzugehen (siehe 4.4.4.2 Minoritätenstress). Eine große Barriere, um Angebote der sexuellen Gesundheit in Anspruch zu nehmen, war damit das Identifizieren von geeigneten Angeboten. Das Wissen um geeignete Angebote wurde dabei entweder über Mund-zu-Mund-Information, Community-Kanäle oder die oben beschriebenen Webseiten geteilt.

Insgesamt wurden geeignete Angebote von den Teilnehmer*innen als Seltenheit beschrieben und als besonders positiv hervorgehoben. Dabei gab es zwei Sorten von Good-Practice-Beispielen, die genannt wurden: Erstens Checkpoints oder Schwerpunktpraxen, die mit Community-Anbindung einen expliziten Schwerpunkt auf die Versorgung von trans/nicht-binären Menschen gelegt haben und die sich auf einige wenige Großstädte konzentrieren: „In [Großstadt 1] gibt es die [Schwerpunktpraxis Nr. 1], die sich speziell an nicht-binäre trans Personen richtet. Da bin ich und die sind ganz großartig“ (Vera, Subkulturen_Feld4, Pos. 19). Hier wurden durch die verschiedenen Fokusgruppen hinweg deutschlandweit immer wieder die gleichen Adressen benannt (insgesamt weniger als fünf). Die Teilnehmer*innen nahmen zum Teil große Strecken in Kauf, um diese Angebote wahrzunehmen. Darüber hinaus benannten manche Teilnehmer*innen gelegentlich regionale Angebote wie ärztliche Einzelpraxen, die sich durch die individuelle Aneignung von Fachkompetenz positiv

hervorhoben: „[...] also ich habe gerade eine sehr positive Erfahrung bei einem Gynäkologen gemacht, der sich anscheinend mit der Wirkung von Testo auf Schleimhäute sehr gut auskennt [...]“ (Fynn, Würzburg_Feld4, Pos. 88).

In der Regel überwogen die negativen Erfahrungsberichte. In einer Fokusgruppe folgte ein negativer Erfahrungsbericht auf den nächsten, bis die Moderation intervenierte und in die Gruppe fragte, ob jemand positive Erfahrungen teilen könne:

*M: „Hat denn jemand irgendwo gute Erfahrungen gemacht? Und wenn ja, wo?“
Jay: „Ich kann anfangen, aber es war nicht in Deutschland“. [Allgemeines Lachen] (Jay, Juengere_Feld 4, Pos. 50-51)*

Diese negativen Erfahrungen wirkten abschreckend auf die Teilnehmer*innen. Je mehr negative Erfahrungen sie machten, und je mehr negative Erfahrungsberichte sie von ihren Peers hörten, umso geringer war ihre Bereitschaft ein unbekanntes Angebot auszuprobieren, bei dem sie noch nicht wissen, wie gut ihre Versorgungserfahrung sein wird. Sie entwickelten eine Diskriminierungserwartung die zu einer Barriere der Inanspruchnahme von Angeboten wurde (siehe 4.4.4.2 Minoritätenstress). Dabei war die Tendenz dahingehend, dass je komplexer die Mehrfachmarginalisierung und je vulnerabler die Person ist, umso geringer war die Bereitschaft, diese Hürde zu überwinden.

Insgesamt konnten wir feststellen, dass die Teilnehmer*innen eine deutliche Tendenz zu Peer-Angeboten zeigten, also Angeboten in denen trans/nicht-binäre Menschen von trans/nicht-binären Menschen beraten und/oder behandelt werden. Ebenfalls gut angenommen wurden Angebote, die einen Schwerpunkt auf trans/nicht-binäre Versorgung legen. Dieser Schwerpunkt musste allerdings explizit sichtbar gemacht werden. Wenn zu einem bestehenden Angebot keine Informationen zu finden waren, ob und inwiefern ein Sensibilisierungsprozess und eine inhaltliche Auseinandersetzung mit trans/nicht-binären Bedarfen stattgefunden hat, gingen die Teilnehmer*innen in der Regel davon aus, dort keine gute Versorgungserfahrung zu machen (siehe oben).

Die als positiv erlebten Angebote finden sich am ehesten in Metropolen. Eine Tendenz, die wir in der Analyse erkennen konnten ist, dass die Versorgung umso prekärer wird, je kleiner der Wohnort bzw. je ländlicher die Gegend ist. Teilnehmer*innen, die auf dem Land wohnten, berichteten in der Regel davon, keine geeigneten Angebote in ihrer Gegend zu kennen. Manchmal berichteten Teilnehmer*innen auch davon, dass bestehende Strukturen vor Ort sich weigerten, sie zu versorgen und sie, um das benötigte Angebot in Anspruch nehmen zu können, dann auf weiter entfernte Städte ausweichen mussten.

Auch die bestehenden Angebote, die von den Teilnehmer*innen als trans/nicht-binär-kompetent erlebt wurden, wurden nicht mehr durchgängig als positiv wahrgenommen, wenn weitere Intersektionalitätsaspekte hinzukommen. So berichtete Ji während des Wochenendes für BIPOC:

*„Es gibt in [Großstadt 1] ... Ich habe das auch aufgeschrieben für die, die das vielleicht nicht kennen. Es gibt diese [Schwerpunktpraxis Nr.1]. [...] Da arbeitet [ein*e transkompetente*r Ärzt*in]. Und das ist irgendwie voll nice und ich gehe aber dann da hin und es ist eine weiße Person und die Fragen, die ich von [dem*der Ärzt*in] gestellt bekomme, sind ganz klar an weiße Menschen gerichtet. Das heißt, [den BIPOC-Teil], den lasse ich dann einfach draußen, wenn ich da reingehe. Da kann ich dann mit [trans] Sachen kommen, aber andere müssen draußen bleiben“ (Ji, Feld4, Pos. 6).*

Ji nahm hier eine Differenzierung vor. Er*sie bewertete die Kompetenz in Bezug auf Trans-Themen in der Schwerpunktpraxis als hoch, sah sich jedoch in seiner*ihrer Lebensrealität als Person mit Rassismuserfahrungen nicht gesehen und auch nicht adäquat versorgt. Die fehlende Perspektive von Personen mit Rassismuserfahrungen oder die fehlende Sensibilisierung für die Bedarfe von Personen mit

Rassismuserfahrungen machte es für Ji notwendig, nur einen Teil seiner*ihrer Anliegen in der Schwerpunktpraxis zu besprechen und für andere spezifische Anliegen, andere Versorger*innen zu finden.

Ein weiterer Aspekt, der vielfach genannt wurde, war der Wunsch, Termine online buchen zu können, bzw. die Hürde, die es für die Teilnehmer*innen darstellte, wenn dies nicht möglich war. Guido berichtete:

„Ich finde online Termine zu vereinbaren viel, viel angenehmer. Ich habe das bisher nur bei einer Praxis mal machen können und ansonsten muss man überall anrufen und das finde ich so anstrengend, weil ich, also in meinem Fall beim Endokrinologen versucht habe, da durch zu kommen. Den Einen habe ich einfach seit einem Monat nicht erreichen können telefonisch, da ist immer die Mailbox dran, egal zu welcher Uhrzeit ich anrufe. Und bei dem anderen habe ich drei Tage lang versucht anzurufen“ (Guido, Juengere_Feld 4, Pos. 63).

Eine niedrigschwellige Option, die von vielen Teilnehmer*innen als positiv hervorgehoben wurde, waren Home-Sampling-Testkits. Diese können bequem nach Hause bestellt, die Abstriche dann eigenständig durchgeführt und die Proben anschließend ins Labor eingeschickt werden. Diese Option wurde von vielen Teilnehmer*innen als niedrigschwellig empfunden, da sie die Gefahr von diskriminierenden Situationen durch Personal von Beratungs- und Teststellen vollständig ausschleüßte. Kai zeigte in der Fokusgruppe auf, dass diese Option allerdings auch mit einem Mangel an Beratung einhergehe. Es handelt sich damit vor allem um eine Ausweichstrategie. Kai formulierte seine Kritik folgendermaßen:

„Das Problem ist, dass man da nicht eigentlich eine gute Beratung bekommt, sondern dass man halt nur emotionalen Stress, Diskriminierungserfahrungen vermeidet. Aber eigentlich finde ich es blöd, wenn ich eine Beratungssituation meiden muss, weil ich weiß, dass die belastend ist [...] Und [diese Testkits sind] eigentlich das einzige unproblematische Beratungs- oder Testangebot, das ich kenne“ (Kai, Juengere_Feld 4, Pos. 16).

Jay berichtete von einer guten Versorgungserfahrung mit Home-Sampling-Testkits, die allerdings nicht in Deutschland, sondern in Großbritannien stattgefunden hatte:

„Ich habe in Großbritannien studiert und habe da ein Testkit nach Hause bestellt. Es war sehr unkompliziert, es ging in fünf Minuten, es war ein guter Fragebogen der vor allem nach Praktiken und involvierten Genitalien [fragte und] verschiedene Bezeichnungen beinhaltet hat und ich habe es dann allein zu Hause gemacht und habe die Ergebnisse bekommen. Aber genau was du meintest, die Beratung war da nicht so dabei. Wo ich schon gedacht hab, die Frage, wie kann das vielleicht noch besser aufgebaut werden? Und das Testkit war kostenlos“ (Jay, Juengere_Feld 4, Pos. 51).

Auch kritisierten die Teilnehmer*innen, dass Home-Sampling-Testkits in Deutschland nicht kostenfrei angeboten würden, und damit eine finanzielle Hürde darstellten. Zudem wurde auch bemängelt, dass die vorhandenen Home-Sampling-Testkits nur für cis Personen konzipiert seien und trans Personen damit wieder nicht konzeptionell eingeschlossen seien:

„Soweit ich weiß [gibt es] drei Arten von Testkits, also für Frauen, für hetero Männer und für Männer, die Sex mit Männern haben. Und das ist eine Kategorisierung, die ich ziemlich problematisch finde. Das ist auch etwas, was mich ein bisschen hindert, das zu nutzen. Ich würde mir ein Universalkit oder etwas Ähnliches wünschen, damit könnte ich mich mehr anfreunden“ (Vera, Subkulturen_Feld4, Pos. 27).

Trotz all dieser kritischen Punkte wurden Home-Sampling-Testkits von den Teilnehmer*innen deutlich positiv bewertet.

4.5.1.2 Erreichbarkeit und Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von HIV/STI-Beratung

Um die wahrgenommene Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von HIV/STI-Beratungsangeboten zu untersuchen, stellten wir den Teilnehmer*innen der Online-Befragung die Frage, ob sie Beratungsangebote kennen, die sich explizit an trans und/oder nicht-binäre Menschen richten. Von 2.340 Personen bejahten 21,2% diese Aussage (missing: 737). Befragt nach der Zeit, die sie zum nächstgelegenen HIV/STI-Beratungs- und Testangebot für trans und nicht-binäre Menschen benötigen, gaben von 453 Personen 87,0% an, bis zu 60 Minuten an, 10,8% Personen gaben über 60 Minuten an und 2,2% äußerten, dass der Ort für sie zu weit weg sei (missing: 42).

Um Barrieren für die Inanspruchnahme von HIV/STI-Beratung und Testung zu identifizieren, fragten wir die Studienteilnehmer*innen, warum sie sich nicht zu HIV/STI beraten oder testen haben lassen (siehe [Abbildung 17](#)).

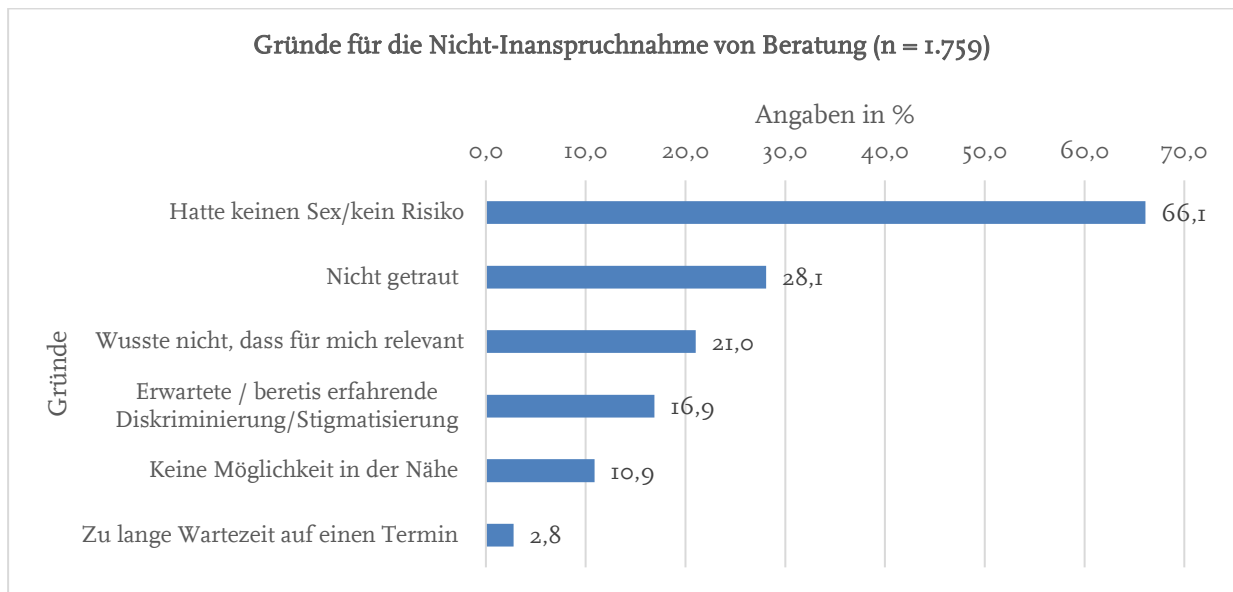


Abbildung 17 Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von Beratung (Mehrfachnennungen möglich)

Von den 1.759 Personen, die keine Beratung in Anspruch genommen haben, gaben über zwei Drittel (66,1%) an, keinen Sex bzw. kein Risiko für HIV und weitere sexuell übertragbare Infektionen gehabt zu haben (missing: 5). In Bezug auf emotionale wahrgenommenen Hürden gaben 28,1% der Befragten an, sich nicht getraut zu haben. Weiterhin gaben 16,9% der Befragten an, bereits Diskriminierung bzw. Stigmatisierungen erfahren zu haben oder dies im Beratungskontext zu erwarteten. Noch 10,9% der Befragten berichteten, dass sie keine Möglichkeit einer Beratung in ihrer Nähe hätten. Von dieser Personengruppe wohnte über ein Drittel (34,2%) in einer Großstadt, während 10,5% in einer Metropole lebten, sowie 14,2% der auf dem Land bzw. in einem Dorf (n = 190, missing: 1). Aus diesen Zahlen könnte sich ableiten, dass trotz gegenläufiger Annahme auch in Großstädten eine Versorgungslücke besteht. Da diese Fallzahlen allerdings gering sind, ist die Aussagekraft beschränkt. Lediglich ein kleiner Teil der Befragten gab an, dass ihnen die Wartezeiten für einen Termin zu lang waren. Die Teilnehmer*innen nehmen also insbesondere Hürden für eine Inanspruchnahme wahr, die auf Scham, Stigmatisierung und erfahrende oder befürchtete Diskriminierung verweisen.

4.5.2 Nutzung von und Erfahrungen mit Beratungsangeboten

Im Folgenden beschreiben wir die qualitativen Ergebnisse in Bezug auf positive und negative Versorgungserfahrungen. Im Anschluss stellen wir die quantitativen Daten dar. Wir beginnen mit den Ergebnissen zu Beratungswunsch und der Inanspruchnahme von Beratungen. Danach zeigen wir die

genutzten Beratungsangebote auf und gehen auf die Zufriedenheit mit der Beratung ein. Abschließend beschreiben wir die quantitativen Ergebnisse der Beratungserfahrungen.

4.5.2.1 Positive Versorgungserfahrungen

In diesem Abschnitt beschreiben wir Versorgungserfahrungen, die von den Teilnehmer*innen als positiv hervorgehoben wurden. Wie unter 4.5.1 Verfügbarkeit und Barrieren der Inanspruchnahme bereits erwähnt, bezogen sich positive Versorgungserfahrungen einerseits auf Schwerpunktpraxen oder Checkpoints, die sich explizit einen Schwerpunkt im Bereich Trans/Nicht-Binarität angeeignet hatten, andererseits auf vereinzelte regionale Angebote. Bei Letzteren war die Expertise meist nicht institutionell verankert, sondern bezog sich auf eine Einzelperson, die die notwendige Expertise in das Projekt, den Träger oder die Praxis einbrachte, beispielsweise weil sie selbst trans und/oder nicht-binär war.

Insgesamt bezog sich ein großer Teil der positiven Versorgungserfahrungen auf Peer-Beratung. In der Peer-Beratung fühlten sich die Teilnehmer*innen in der Regel sicher vor diskriminierenden Versorgungserfahrungen, sie gingen davon aus, ihre trans/nicht-binär-spezifischen Fragen fachlich beantwortet zu bekommen und fanden es einfacher, diese auch zu thematisieren. Noah berichtete im Expert*inneninterview, dass sein Träger auch explizit mit dem Peer-Ansatz werbe. Die ratsuchenden Personen könnten direkt bei Anmeldung ankreuzen, von einer trans Person beraten werden zu wollen. Oft reiche das Wissen allein für die Ratsuchenden aus und die Trans/Nicht-Binarität selbst sei dann im eigentlichen Gespräch oft gar kein Thema mehr: „die Menschen wurden meinem Zimmer zugeordnet für das Beratungsgespräch und dann war es manchmal gar nicht Thema, sondern es ging halt nur um das Grundgefühl, glaube ich“ (Noah, Transkription_Experteninterview, Pos. 56).

Vanessa berichtete in diesem Kontext auch von einem Konzept namens „TIN Testing Day“ (Vanessa, Transkription_Experteninterview, Pos. 52). Dies steht für „Trans, Inter, Nonbinary Testing Day“ und bezeichnet ein Konzept, zu bestimmten Tagen (oder auch bestimmten Stunden) entweder explizit oder exklusiv trans, inter und nicht-binäre Menschen anzusprechen:

„Also [der] Trans, Inter und Nonbinary Testing-Day spricht noch einmal ganz fokussiert TIN Personen an. Ich glaube das ist in jedem Fall total hilfreich für die TIN Community, einfach dieses Gefühl zu haben, ich werde jetzt noch einmal speziell angesprochen und dann kann ich sichergehen, dass ich da nicht diskriminiert werde oder dass es zu unangenehmen Erlebnissen dort kommt“ (Vanessa, ebd.).

TIN Testing Days wurden von diversen Teilnehmer*innen als positive Versorgungserfahrung hervorgehoben, auch wenn sie nicht als Peer-Beratung stattfinden, sondern zum Beispiel in einer ganz regulären niedergelassenen Praxis:

„Ich war einmal in einer Stadt in der ich nicht lebe 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 Warteraum sitzen auch keine anderen Personen. Das fand ich total gut und da würde ich mir wünschen, dass es das mehr gibt“, (Orlando, Juengere_Feld 4, Pos. 53).

Orlando bezog sich hier darauf, dass „keine anderen Personen“ im Wartezimmer saßen. Damit wurde einerseits für die Patient*innen eine Community-Situation geschaffen, in der sie sich wohlfühlen konnten und keine Sorge vor Diskriminierungen durch andere Patient*innen haben mussten. Der Community-Aspekt wirkte allerdings auch vertrauensstiftend für die wartenden Patient*innen, da, wie unter 4.5.1.1 beschrieben trans/nicht-binäre Personen oftmals auf die Empfehlung von anderen trans/nicht-binären Personen vertrauen.

Die Erfahrungen in den spezialisierten Checkpoints und Schwerpunktpraxen wurden fast durchweg als positiv beschrieben. Die Teilnehmer*innen hoben besonders die folgenden Aspekte hervor: Zuallererst, dass sie sich

respektvoll und rücksichtsvoll behandelt fühlten, sowie dass in der Regel eine Peer-Beratung möglich war und dass sie die Möglichkeit hatten, nicht von medizinischem Personal an intimen Stellen angefasst zu werden, sondern stattdessen die notwendigen Abstriche nach vorheriger Besprechung selbstständig im Bad vornehmen konnten. Weitere Elemente, die von den Teilnehmer*innen als positive Erfahrungen hervorgehoben wurden: Berater*innen, die im Beratungsgespräch vor Abstrichen genau besprachen, wann welche Probe zu welchem Zweck entnommen würde. Als wichtig betonten die Teilnehmer*innen außerdem, dass die Berater*innen keine cis- oder transnormativen Vorannahmen bzgl. ihrer Sexualpraktiken trafen, sondern beispielsweise konkret nachfragten:

„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, Subkulturen_Feld4, Pos. 19).

Dabei fand hier nicht nur ein konkretes Nachfragen durch das Personal statt, sie verzichteten dabei auch auf geschlechtsspezifische Sprache: der*die behandelnde Person fragte nicht nach „Vagina“ oder „Penis“, sondern nach „Körperteilen“. Andere Teilnehmer*innen hoben auch positiv hervor, wenn Berater*innen fragten, welche Worte sie für die Körperstellen der Patient*innen verwenden sollten und sich an die entsprechende Antwort hielten.

Vanessa betonte im Expert*inneninterview auch, dass diese Best-Practice-Beispiele sich nicht einfach aus sich heraus entwickelten, sondern dass eine intensive Auseinandersetzung und viel konzeptionelle Arbeit dahinterstehe:

*[Die] Berater*innen von [Einrichtung für sexuelle Gesundheit 1], die sagten, die hätten sich im Vorfeld auch relativ viele Gedanken gemacht, wie sie in der Beratung mit trans Personen umgehen, wie sie Genitalien ansprechen et cetera; wie sie sie auch dann auch 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, Transkription_Experteninterview, Pos. 52).*

Wie wichtig diese konzeptionellen Überlegungen sind und wie sehr sie die Versorgungserfahrung verbessern und Zugangsbarrieren reduzieren thematisierte Yoli in ihrem Bericht ebenfalls:

„[In Großstadt 1] gibt es die [Schwerpunktpraxis Nr. 1], die sich speziell an nicht-binäre trans Personen richtet. Da bin ich und die sind ganz großartig. Wenn es die nicht gegeben hätte, wäre ich deutlich nervöser gewesen, irgendwo hinzugehen und hätte wahrscheinlich auch so Sachen wie regelmäßige STI Tests einfach weggeschoben, solange es quasi nicht dringend ist oder nötig ist. Weil ich auch nach wie vor Angst habe vor cis schwulen Räumen; also nicht Angst, ihr wisst wahrscheinlich, was ich meine“ (Yoli, Subkulturen_Feld4, Pos. 19).

Yolis Zusatz, nicht direkt „Angst“ vor „cis schwulen Räumen“ zu haben, aber „ihr wisst wahrscheinlich, was ich meine“, kann im Kontext des Datenmaterials und gängiger Community-Diskurse als Sorge, Skepsis oder auch negative Erwartungshaltung/Diskriminierungserwartung beim Besuch von cis schwulen Räumen verstanden werden. Viele Teilnehmer*innen äußerten eine ähnliche Skepsis, als trans und/oder nicht-binäre Personen Räume aufzusuchen, deren Angebote sich nicht explizit an trans und nicht-binäre Menschen richteten, selbst wenn diese Räume Teil des queeren Spektrums waren (siehe auch 4.5.2.2 Negative Versorgungserfahrungen).

4.5.2.2 Negative Versorgungserfahrungen

Nach den Erfahrungen der Teilnehmer*innen hatten viele Berater*innen keine Erfahrung mit trans und nicht-binären Menschen. Ihnen fehlte es sowohl an der nötigen Sozialkompetenz, um adäquat mit trans/nicht-binären Menschen in Kontakt zu treten, als auch an dem nötigen spezifischen Fachwissen. Daher erlebten viele Teilnehmer*innen unbeabsichtigte diskriminierende Situationen. Manchmal machten Teilnehmer*innen jedoch auch Versorgungserfahrungen mit offen transnegativ auftretendem Personal in der Versorgung (für den Abschnitt zu Diskriminierungserfahrungen in der Versorgung siehe 4.4.4.2 Minoritätenstress).

Eine der am häufigsten genannten negativen Versorgungserfahrungen war, wenn Teilnehmer*innen nicht gemäß ihrer Geschlechtsidentität behandelt wurden oder behandelt werden konnten. Hier war oft schon die passende Anrede das Problem, wenn z.B. eine trans Frau als „Herr“ angesprochen wurde, das gewünschte Pronomen oder Namen nicht verwendet, ignoriert, vergessen oder auch nach mehrfacher Korrektur nicht korrekt verwendet wurde. Hiervon waren nicht-binäre Menschen besonders häufig betroffen. Diese Problematik setzte sich in den Anamnesebögen fort, die in den entsprechenden Einrichtungen verwendet wurden. Teilnehmer*innen berichteten häufig davon, nur zwei Geschlechtsoptionen auf den Bögen ankreuzen zu können. Ein weiteres Problem waren gegenderte Bögen, nach männlich und weiblich sortiert, die allerdings nur auf cisgeschlechtliche Körper bezogen waren. Werden diese Bögen dann anhand des äußeren Erscheinungsbilds verteilt, stimmen die abgebildeten Genitalien und Schleimhäute gegebenenfalls nicht mit der körperlichen Verfasstheit der Behandlungssuchenden überein. Versorgungssuchende trans und nicht-binäre Personen machten so zunächst die Erfahrung, in dem Angebot, das sie gerade in Anspruch nehmen wollten, konzeptionell nicht mit eingeschlossen zu sein. Manche Teilnehmer*innen berichteten, in solchen Fällen nicht zu intervenieren, sondern stattdessen die „falsche“ Beratung in Anspruch zu nehmen, also zum Beispiel als trans Mann, der vorrangig aufnehmenden vaginalen Verkehr mit schwulen Männern praktiziert, ausschließlich zu Analverkehr informiert zu werden. Andere Teilnehmer*innen berichteten, in solchen Situationen die eigene Transgeschlechtlichkeit zu thematisieren und manche beschrieben auch, sich situativ unterschiedlich zu entscheiden. Mio fasste diesen Themenkomplex folgendermaßen zusammen:

„Bei uns [in unserer lokalen Aidshilfe, wenn die] Leute zum Checkpoint kommen, müssen sie ihr Geschlecht ankreuzen auf einem Fragebogen und die vier Optionen sind MSM, also Männer, die Sex mit Männern haben, eigentlich gemeint sind Menschen mit Penis die Analsex haben, dann kann man noch ankreuzen, Heteromann, Frau oder divers. Und ich fühle mich in keiner Kategorie so richtig repräsentiert und ich finde auch, das sind keine Geschlechterkategorien [...] und es heißt halt auch nicht, dass man dann passend beraten wird. Weil, 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. Ich muss mich dann ewig outen, muss es offenlegen oder ich nehme in Kauf, das halt an mir vorbei beraten wird. Und ich mache gerne Bildungsarbeit, aber nur gegen Geld und nicht in einer persönlichen Situation, wo ich eigentlich eine Beratungsleistung möchte“ (Mio, Juengere_Feld 4, Pos. 18-20).

Damit sprach Mio einen weiteren Themenkomplex an: die Umkehr des Informationsflusses von Berater*innen und Beratungssuchenden. Hval formulierte dies im Einzelinterview mit den Worten: „Für mich ist [es] so, dass ich, gerade wenn es um Beratungs-Settings geht, dass ich das Gefühl habe: Wer berät jetzt am Ende eigentlich wen?“ (Hval, El3_hval, Pos. 58). Dieser Themenkomplex hat zwei grundlegende Aspekte: Zum einen erlebten viele Teilnehmer*innen Beratungs-/Versorgungssituationen, in denen die Berater*innen mangels Grundlagenwissens zu trans/nicht-binären Identitäten und Lebenswelten anfangen, den Teilnehmer*innen Fragen zu diesen grundlegenden Aspekten zu stellen und die Teilnehmer*innen sich in

der Situation wiederfanden, Grundlagenwissen zu vermitteln, obgleich sie selbst eigentlich gerade ein Angebot in Anspruch nehmen und ihre eigenen Anliegen klären wollten.

Zum anderen erlebten viele Teilnehmer*innen Situationen, in denen ihr eigenes Fachwissen das ihrer Berater*innen/Versorger*innen überstieg. So schrieb eine Person im ersten Online-Workshop:

*„[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. Denn ich bin fast immer besser informiert als meine Ärzt*innen“ (Anonym, Online_Feld_4_Angebote_Erwartungen, S. 1).*

Diese Berichte waren keine Einzelfälle. Dabei handelt es sich bei der oben geschilderten Situation noch um eine in Relation gute Versorgungserfahrung, da der Arzt seine Unkenntnis offenlegte, im Nachgang recherchierte und im nächsten Gespräch die passenden Informationen geben konnte. Einige Teilnehmer*innen berichteten jedoch auch davon, dass ihre Berater*innen/Versorger*innen ihnen falsche Informationen vermittelt hätten, die sie nur aufgrund ihrer eigenen intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema als solche erkannt hätten. Ein Teilnehmer nannte hierfür das Beispiel von Wirkungszeiträumen von PrEP in transmännlicher Vaginalschleimhaut. Diese Erfahrungen erhöhten das Misstrauen gegenüber Berater*innen und Versorger*innen. Im Kontext von fehlendem Fachwissen auf Seiten von Berater*innen und Versorger*innen trat in der Analyse jedoch noch ein weiteres Thema zu Tage: trans/nicht-binär-spezifische Fachfragen, die bis heute nicht abschließend geklärt sind (siehe hierzu 4.5.3 Bedarfe aus Sicht der Teilnehmer*innen).

Viele Teilnehmer*innen berichteten mit Bezug auf Versorgungserfahrungen auch von Situationen, in denen das fehlende Grundlagenwissen zu trans und nicht-binären Lebenswelten zu falschen Vorannahmen auf Seiten der Berater*innen über Lebenswandel und Verhalten mit einem höheren Risiko für HIV/STI führte:

*„Und auch da super viel Unwissen ist und ganz viele Zuschreibungen an mich und meinen Körper passieren, aber auch an meine Lebensqualität und an meine Risiken und an meine Sexualpraktiken, an meine Sexualpartner*innen und so weiter. Und ich, [...] Fehlinformationen bekomme und/oder nicht genug Informationen“ (Luciano, Juengere_Feld 4, Pos. 79).*

Ein anderes auftretendes Problem waren die mangelnde Sensibilität und Rücksichtnahme auf spezifisch trans/nicht-binäre Fragestellungen in der Versorgungssituation. Ypsilon formulierte ihren Wunsch, Ärzt*innen sollten nicht nur mehr Fachwissen haben als sie selbst, sondern auch mit fehlendem Fachwissen sensibel umgehen:

„Naja, es muss ja ein Arzt erstmal überhaupt die Spezifika... Ich meine, es wirkt ja unterschiedlich, je nach was für ein Körper und Hormonhaushalt da vorliegt. Und er muss ja erstmal ein bisschen mehr dazu wissen, als ich und mir Dinge erklären können oder vielleicht auch Ängste nehmen oder vielleicht auch irgendwas, was mir an Risiken nicht bewusst war, sagen können oder irgendwas was ich vermute, was ein Risiko ist, sagen können, dass es vielleicht nicht so ist oder wie auch immer. Also das reicht ja nicht, dass der dann sagt, bei cis Männern ist das soundso und bei cis Frauen ist das jetzt soundso, das bringt mir nichts“ (Ypsilon, Würzburg_Feld4, Pos. 78).

Ypsilon formulierte hier eine Enttäuschung darüber, aufgrund ihrer Transgeschlechtlichkeit nicht das Niveau an Sensibilität in der Interaktion zu erfahren, wie sie es benötigen würde, um eine gute Versorgungserfahrung zu machen und wie sie cisgeschlechtliche Patient*innen eventuell machten. Die Teilnehmer*innen berichteten jedoch auch andere Erlebnisse mit unsensiblen bis abwertenden Berater*innen, z.B. in Form von Kommentaren über das Erscheinungsbild der Teilnehmer*innen oder in Form von transnegativen Witzen –

zum Teil auch in Unkenntnis der Tatsache gerade einer trans/nicht-binären Person gegenüber zu sitzen (für den Abschnitt zu Diskriminierungserfahrungen in der Versorgung siehe 4.4.4.2 Minoritätenstress). Lukas berichtete von einer Situation, in der ein vermutlich harmlos gemeinter Witz seiner Berater*in bei ihm das Gefühl auslöste, einer Person gegenüber zu sitzen die „so gar keinen Plan hat“ (2022_02_04_Transkription_Experteninterview, Pos. 50):

„Sie hat dann zweimal Witze gemacht, dass ‚so etwas‘ in der Beratung mich ja nicht betreffen könnte, weil ich ja keine Frau bin und einen Penis habe, statt mich irgendwann in diesem Gespräch zu fragen, was eigentlich mein Geschlecht, meine Sexualität oder meine Genitalien sind. [...] Und beim zweiten Mal hat sie angefangen: ‚Ja eigentlich müsste ich jetzt hier über das Thema Schwangerschaft mit dir reden, aber, haha, das muss ich ja nicht‘. Und das war der Moment wo ich so meinte, ‚Sorry, aber so Sie können mich ja einmal fragen‘“ (Lukas, ebd.).

Ein weiteres Thema war die fehlende Sensibilisierung von Gesundheitspersonal bei der Durchführung von Tests. Beispiele hierfür waren ein fehlendes Bewusstsein dafür, wie schambehaftet Genital-Abstriche für trans/nicht-binäre Personen sein können oder die fehlende Ankündigung, Absprachen oder fehlende Einholung von Zustimmung vor körperlichen Berührungen, insbesondere im Intimbereich. Neo berichtete von einer Versorgungserfahrung, die gleich mehrere der genannten Aspekte beinhaltet:

„Und [in einer Testsituation im Gesundheitsamt] wurden auch Kommentare zu meiner Vagina gemacht und wie die so aussah [...]. Und es gab eine Situation, wo ich die Person darum gebeten habe, zu stoppen, bevor die Person das Spekulum in meine Vagina reingemacht hat und die Person hat nicht zugehört und hat das trotzdem gemacht. Und das fand ich alles ziemlich krass. Ich weiß, dass die Person nicht mehr in dem Gesundheitsamt arbeitet. Aber irgendwie bin ich als Nutzer immer noch sehr unzufrieden und ich weiß, dass es auch anderen so gegangen ist. Und ich überlege im Moment, ob ich vielleicht eine Beschwerde [schreibe] oder so“ (Neo, Subkulturen_Feld4, Pos. 16).

Ein weiteres Thema, das öfter zur Sprache kam, waren negative Versorgungserfahrungen mit Institutionen (Aidshilfen, Beratungsstellen, Gesundheitsämter), die mit der eigenen Trans-Kompetenz warben, dies in der Praxis allerdings nicht erfüllen konnten. Diese Berichte kamen weniger häufig vor als Berichte über nicht-kompetente Stellen, wurden von den Teilnehmer*innen aber mit deutlich mehr Empörung bis hin zu offener Wut vorgebracht. So berichtete Lukas von einer Erfahrung in einer Teststelle für trans und cis MSM, die nicht wusste, wie sie bei einem trans Mann ohne Penis Abstriche vornehmen konnten. Er beschrieb seine Enttäuschung mit den Worten: „[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, Transkription_Experteninterview, Pos. 46). Ysay beschrieb eine solche Erfahrung mit den Worten:

„[Meine lokale Aidshilfe,] die haben sich wirklich auf die Fahnen geschrieben: ‚Wir sind trans fortgebildet‘. Und ich habe vorher angerufen, ich habe mich angemeldet, [...] und die meinten: ‚Ja, komm vorbei, wir haben einen Berater für dich‘. Ich hätte halt gern so eine Risikoberatung gehabt, ich hatte halt ein paar Risikokontakte. Ich wollte gern ein paar Tests machen und der Berater, den ich hatte, der kannte den Unterschied zwischen trans Frau und trans Mann nicht. Er kannte ihn nicht“ (Ysay, Würzburg_Feld4, Pos. 50).

In einzelnen, seltenen Fällen berichteten Teilnehmer*innen auch davon, dass größere lokale, nicht-sensibilisierte Beratungsangebote, die sich für sensibilisiert hielten, im Konkurrenzkampf um öffentliche Fördergelder kleinere, besser qualifizierte Peer-Beratungsangebote verdrängten, oder dass einzelne Träger Angebote für transgeschlechtliche Menschen mit in ihre Förderanträge aufnahmen, um Fördergelder für die Zielgruppe zu erhalten, ohne jedoch die entsprechende Expertise aufzubauen, diese auch zu versorgen. In

diesen Zusammenhängen betonten die Teilnehmer*innen, dass es notwendig sei, eine Form der unabhängigen Überprüfbarkeit von Trans-Inklusion, wie ein Qualitätssiegel zu haben, um solche Entwicklungen zu verhindern (siehe auch 4.5.3 Bedarfe aus Sicht der Teilnehmer*innen).

Zuletzt möchten wir auf ausgewählte strukturelle Missstände eingehen, die zu negativen Versorgungserfahrungen auf Teilnehmer*innenseite beitrugen, auf welche die jeweiligen Berater*innen/Versorger*innen jedoch selbst keinen oder nur begrenzten Einfluss haben. So berichteten verschiedene Teilnehmer*innen davon, dass ihre Ärzt*innen spezifische Leistungen der sexuellen Gesundheit aufgrund ihres Geschlechtseintrags nicht abrechnen konnten. Kläuschen sagte:

„Ich war letztens beim Gynäkologen und hab eine Leistung in Anspruch bekommen und da geht's nämlich nicht um den Umgang, das war alles super fein, sondern es geht um das System dahinter. 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. [...] Und er sagte, ‚Ja, ich werde das Problem in der Zeit nicht lösen‘ er macht sich dann am nächsten Tag Gedanken, wie er das löst“ (Kläuschen, Aeltere_Feld4, Pos. 29-33).

In Kläuschens Fall wurde der versorgende Arzt seiner Verantwortung gerecht, nahm sich des Problems an, ohne die Verantwortung auf seinen Patienten zu übertragen und Kläuschen würdigte die Haltung und das fachliche Handeln des Arztes. Trotzdem machte Klaus eine negative Versorgungserfahrung.

Ein weiteres strukturelles Problem ist die fehlende Anerkennung von trans/nicht-binären Personen als vulnerable Zielgruppe in Bezug auf HIV/STI. Im Expert*inneninterview diskutierten Vanessa und Noah diese Problematik aus ihrer Erfahrung in der Aidshilfe-Arbeit (Vanessa/Noah, Transkription_Experteninterview, Pos. 54-55). Oftmals sei die Förderlandschaft so gestaltet, dass nur für MSM als Zielgruppe Gelder für Beratung und Testung zur Verfügung gestellt würden. Vanessa berichtete, dass ein Träger, der trotz dieser Beschränkung trans Personen in sein Angebot inkludieren wollte, vor dem Problem stand, die trans/nicht-binären Personen nicht direkt ansprechen zu können. Denn die Zielgruppe lief unter dem Fördertopf MSM „so am Rande mit“ (ebd., Pos. 54). Dies hatte aber zur Folge, dass kein adäquates, trans-inklusives Angebot gemacht werden konnte, da sich ein solches ja gerade dadurch auszeichnet, dass trans und nicht-binäre Menschen explizit und auch fachlich-inhaltlich angesprochen werden. Noah stimmte zu und ergänzte die Gefahr für lokale Träger, Fördergelder zu verlieren, wenn er seine Zielgruppe zu offensichtlich über den Förderbereich MSM ausweite:

„Weil dann haben wir halt gar keine Möglichkeit, Testangebote zu machen und hier bei uns sind wir halt die einzigen, die überhaupt Testangebote machen. Seit Corona macht nicht einmal das Gesundheitsamt Tests, sodass wir die einzige Anlaufstelle sind, die HIV Tests anonym kostenlos anbietet. Oder nur anonym, weil kostenlos geht nicht wegen der Gelder, die wir nicht kriegen. Das ist super schwierig“, (Noah, ebd., Transkription_Experteninterview, Pos. 55).

Trotzdem versuchten einige Träger, trans und manchmal auch nicht-binäre Personen unter dem Label „MSM“ mit zu versorgen. Dies entsprach allerdings oft nicht den Bedürfnissen von trans und nicht-binären Menschen. Im Gegenteil, diverse Teilnehmer*innen äußerten Kritik daran, unter „MSM“ subsummiert zu werden, wenn das nicht ihrer Verortung entsprach. Des Weiteren wurden Angebote für MSM von den Teilnehmer*innen meist nicht per se als transsensibel wahrgenommen, sondern oft eher mit Skepsis betrachtet. Verschiedene Teilnehmer*innen äußerten die Sorge, auch hier vereinnahmt zu werden von länger bestehenden Projekten, die zwar queer seien, aber sich lediglich um das „Label“ Trans ergänzten, ohne sich die entsprechende Expertise anzueignen. Joy äußerte sich in einer Diskussion um schwule Peer-Projekte, die sich um die Themen Trans und Nicht-Binarität erweitern:

„[...] und ich will, dass die [beratende] Person tatsächlich Kenntnisse und Fähigkeiten [im trans und nicht-binären Bereich] hat und eine Sensibilisierung [...] nicht nur so eine politische Positionierung [...] und dann muss eine Auseinandersetzung, eine Weiterbildung stattfinden zu einem Prozess, damit das passieren kann. Solche Strukturen verändern sich nicht von heute auf morgen“ (Joy, Subkulturen_Feld4, Pos. 56-58).

Als besonders belastend benannten die Teilnehmer*innen Versorgungserfahrungen, in denen sie Mehrfachdiskriminierung erfuhren bzw. in Bezug auf mehrere Identitätsaspekte keine adäquate Versorgungserfahrung machten. Shiwon berichtete aus seiner*ihrer Erfahrung als rassismuserfahrene*r Sexarbeiter*in. In den Beratungsstellen zu Sexarbeit erlebe sie*er das Stigma, das mit Sexarbeit verknüpft sei, in der gynäkologischen Praxis rassistische Zuschreibungen und es fehle ihm*ihr das Vertrauen, das Thema Sexarbeit zu thematisieren:

„Und es wäre nice, wenn wir Sexworker nicht immer so unsere komischen Hinterräumchen haben, wo wir dann jetzt auch mal hingehen können und getestet werden können. Weil ich das bei der Frauenärztin eh nicht erzählen brauche. Weil die möchte lieber über Safaris mit mir sprechen [...], weil ich ja aussehe, wie ich aussehe. [...] Weil [Sexwork] immer noch so promisk is, oder wie nennt man das? So dirty? Wir sind ja eh alle dreckig, keine Ahnung. Deswegen muss man uns so in irgendwelche Hinterhöfe führen [...] Es gibt [in meiner Stadt] so eine Beratungsstelle zu Sexarbeit und die sind halt - beide Orte sind im Hinterhof auf jeden Fall. Man muss das schon kennen, um das zu kennen“ (Shiwon, BIPoC_Feld4, Pos. 6).

4.5.2.3 Beratungswunsch und Inanspruchnahme

Von 2.322 Befragten wollten 45,3% in den letzten fünf Jahren eine Beratung zu sexueller Gesundheit und HIV/STI in Anspruch nehmen (missing: 755, [Abbildung 18](#)). Unabhängig von den Angaben zum Beratungswunsch nahm von 2.400 Befragten etwas über ein Viertel (26,5%) Beratung in den letzten fünf Jahren in Anspruch (missing: 677). Von den 636 Personen, die angaben, Beratung in den letzten fünf Jahren genutzt zu haben, antworteten noch 592 Befragte auf die Frage, ob sich das genutzte Angebot explizit an trans und nicht-binäre Menschen richtete (missing: 44). 16,2% bejahten diese Aussage.

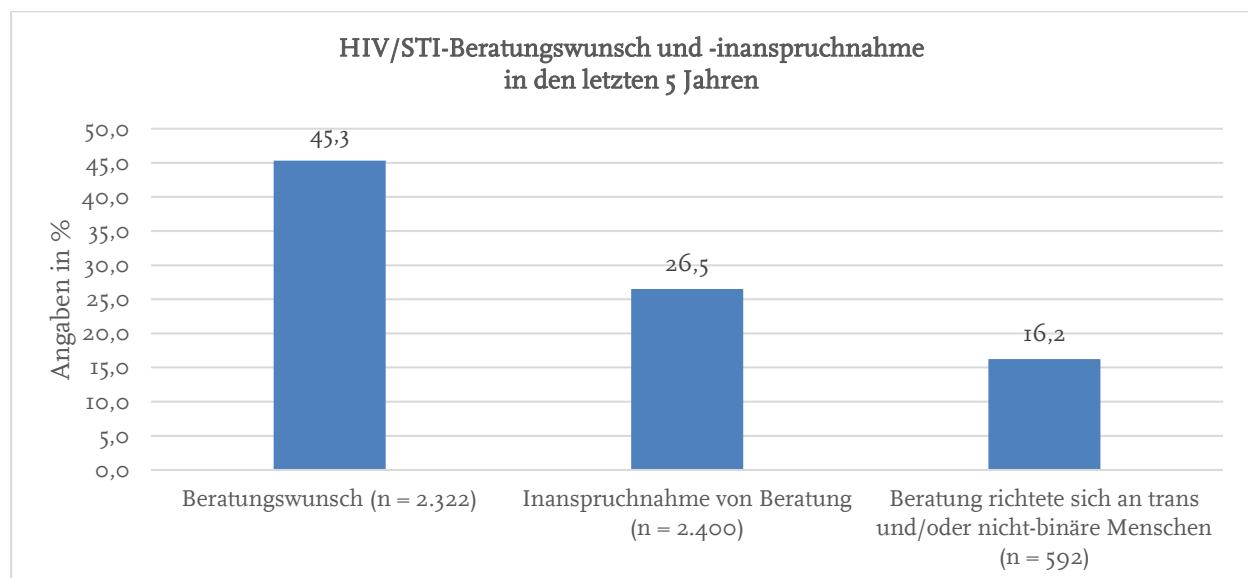


Abbildung 18 HIV/STI-Beratungswunsch und -inanspruchnahme in den letzten 5 Jahren

Die jüngsten und ältesten Altersgruppen (18 bis 29 und über 50 Jahre) nahmen im Vergleich zu den mittleren Altersgruppen (30 bis 39 und 40 bis 49 Jahre) seltener Beratung in Anspruch (22,0% und 20,9% gegenüber

35,0% und 38,6%, n = 2.400, missing: 677). Hinsichtlich der Größe des Wohnortes zeigte sich, dass auf dem Land bzw. Dorf und in Kleinstädten lebende Befragte jeweils zu 12,7% (Land/Dorf: n = 244, missing: 56, Kleinstadt: n = 251, missing: 70) angaben, Beratung genutzt zu haben. In mittleren und Großstädten lagen die Werte höher (Mittlere Stadt: 20,8%, n = 413, missing: 109, Großstadt: 26,6%, n = 867, missing: 242). Mit 42,0% am häufigsten ließen sich Personen beraten, die in einer Metropole wohnen (n = 576, missing: 169). 12/37 Personen (32,4%, missing: 17), die angaben, in wechselnden Unterkünften zu leben, ließen sich beraten. Da die Fallzahlen gering und die Lebensumstände der Personengruppe heterogen sind, können die Zahlen nur eingeschränkt interpretiert werden.

Differenziert nach verhaltensbezogenen Parametern zeigte sich, dass Personen, die angaben, in den letzten zwölf Monaten für Sex bezahlt worden zu sein, gleichzeitig häufiger angaben, in den letzten fünf Jahren Beratung genutzt zu haben. So gaben 50/94 Personen (53,2%, missing: 10), die in den letzten zwölf Monaten für Sex bezahlt wurden, an, in den vergangenen fünf Jahren ein Beratungsangebot genutzt zu haben. Personen, die in den letzten zwölf Monaten für Sex bezahlt hatten, gaben ähnlich häufig an, in den letzten fünf Jahren ein Beratungsangebot genutzt zu haben, wie Personen, die nicht für Sex bezahlt hatten (für Sex nicht bezahlt: 610/2.324, 26,2%, missing: 60 vs. für Sex bezahlt: 16/48, 33,3%, missing: 13). Aufgrund der geringen Fallzahlen, sind diese Werte allerdings begrenzt aussagekräftig. Personen, die mit mehr als einer Person in den vergangenen zwölf Monaten Sex mit Schleimhautkontakt hatten, gaben häufiger an, in den letzten fünf Jahren eine Beratung genutzt zu haben (n = 1.405, missing: 1.672). Fast die Hälfte der Befragten (46,5%), die Sex mit Schleimhautkontakt mit zwei bis drei Personen hatten, nutzte in den letzten fünf Jahren eine Beratung (Abbildung 19). Dies war zu zwei Dritteln der Fall (64,2%), wenn die Befragten mit vier oder mehr Personen Schleimhautkontakte in den vergangenen zwölf Monaten hatten.

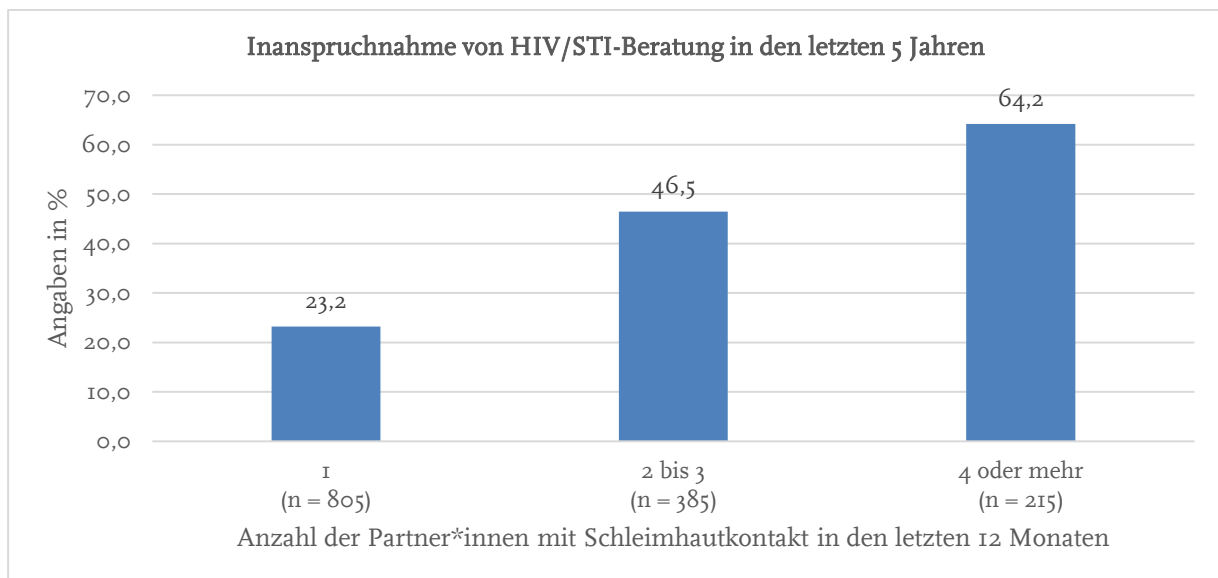


Abbildung 19 Inanspruchnahme von HIV/STI-Beratung in den letzten fünf Jahren

In den letzten zwölf Monaten Sex unter Drogeneinfluss gehabt zu haben, gaben 10,1% Befragten an (n = 2.436, missing: 641). Von diesen machten 225 Personen eine Angabe zur Inanspruchnahme von Beratung (missing: 22) und 42,2% gaben an, eine Beratung in Anspruch genommen zu haben gegenüber 24,8% ohne sexualisierten Drogengebrauch (n = 2.137, missing: 52).

4.5.2.4 Genutzte Beratungsangebote

Von den Teilnehmer*innen der Online-Befragung, die in den letzten 5 Jahren eine Beratung in Anspruch genommen haben, wollten wir wissen, welches HIV/STI-Beratungs- und Testangebot sie zuletzt genutzt haben. Mit jeweils 23,7% waren fachärztliche Praxen/ HIV-Schwerpunktpraxen sowie Checkpoints/ Aidshilfen

und mit 22,6% hausärztliche/ allgemeinmedizinische Praxen die meistgenutzten Beratungsorte (n = 629, missing: 7, [Abbildung 20](#)). Vergleichsweise selten wurden HIV Selbsttests und Einsendetests genutzt.

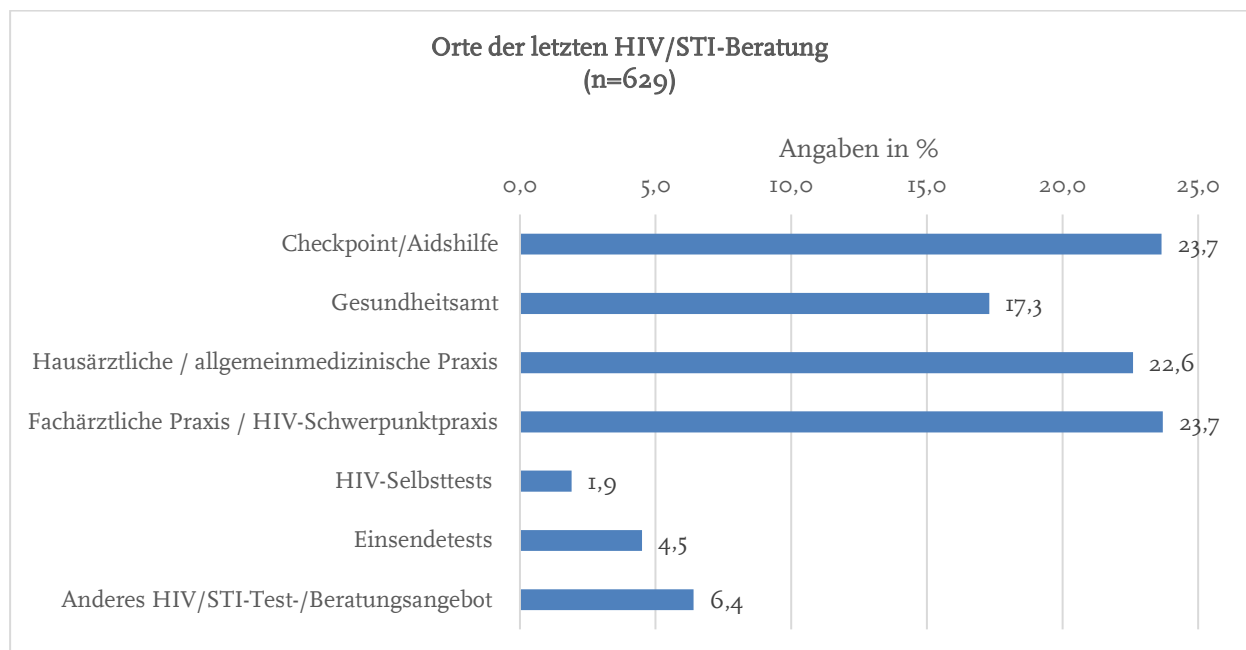


Abbildung 20 Orte der letzten HIV/STI-Beratung

Insgesamt 588 Befragte machten sowohl Angaben zu ihrem letzten Beratungsort als auch dazu, ob sich das zuletzt genutzte Angebot an trans und/oder nicht-binäre Menschen richtete. Mit 33,6% bzw. 19,4% berichteten am häufigsten die Personen, die einen Checkpoint/ eine Aidshilfe (46/137, missing: 12) und Personen, die eine fachärztliche Praxis/ HIV-Schwerpunktpraxis (28/144, missing: 5) als letzten Beratungsort angaben, dass sich das Angebot an trans und/oder nicht-binäre Menschen richtete.

4.5.2.5 Zufriedenheit mit der Beratung

Von 636 Personen, die in den letzten fünf Jahren Beratung genutzt haben, machten 591 Befragte Angaben, wie zufrieden sie mit der Unterstützung und den Informationen waren, die sie bei ihrem letzten HIV/STI-Test oder ihrer Beratung von der jeweiligen Einrichtung erhalten haben (missing: 45). Insgesamt waren über zwei Drittel der Befragten (66,5%) mit der letzten Beratung sehr bis eher zufrieden. Allerdings zeigten sich auch 15,7% der Befragten eher bis sehr unzufrieden mit der letzten Beratung.

Differenziert nach den Beratungsorten unterschied sich die Zufriedenheit mit der zuletzt genutzten Beratung ([Abbildung 21](#)). Aufgrund der geringen Fallzahlen beschränken sich die folgenden Angaben auf die vier am häufigsten genutzten Orte: Checkpoint/Aidshilfe (n = 147, missing: 2), Gesundheitsamt (n = 107, missing: 2), hausärztliche bzw. allgemeinmedizinische Praxis (n = 126, missing: 16) und fachärztliche bzw. HIV-Schwerpunktpraxis (n = 141, missing: 9). Die letztgenannten Beratungsorte wurden ähnlich bewertet. Etwa zwei Drittel waren sehr bis eher zufrieden und ein Drittel nur teilweise zufrieden bis sehr unzufrieden. Lediglich das Angebot die Checkpoints bzw. Aidshilfen wurde besser bewertet. Hier waren 78,9% sehr bis eher zufrieden und 21,1% teilweise zufrieden bis sehr unzufrieden.

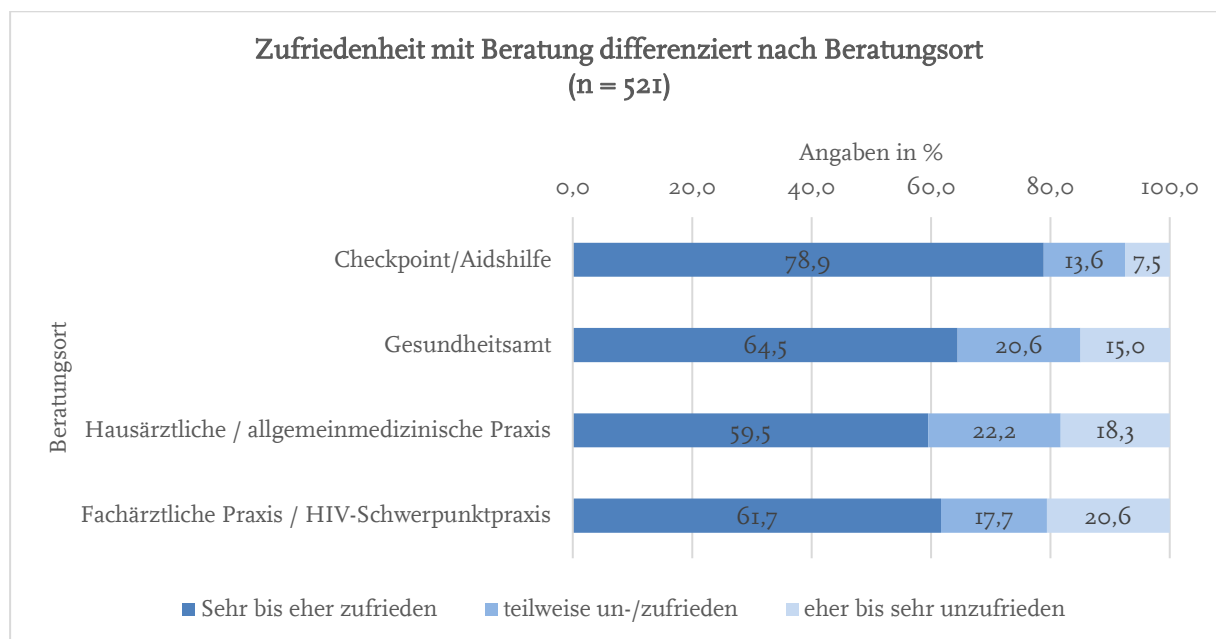


Abbildung 21 Zufriedenheit mit Beratung differenziert nach dem zuletzt genutzten Beratungsort

Die Zufriedenheit mit dem letzten Beratungsangebot lag höher, wenn sich das Angebot explizit an trans und nicht-binäre Menschen richtete (Abbildung 22). Von 553 Befragten liegen Angaben zur Angebotsausrichtung und zur Zufriedenheit mit der letzten Beratung vor (missing: 83). Sehr bis eher zufrieden waren 88,4% der Befragten, die ein Angebot für trans und nicht-binäre Menschen nutzten gegenüber 62,4% der Personen, die ein Angebot ohne eine solche Ausrichtung genutzt haben. Eher bis sehr unzufrieden mit der Beratung waren 4,2% der Befragten, die angaben, ein spezifisch auf die Communitys ausgerichtetes Angebot genutzt zu haben. Diese Werte lagen mit 18,6% höher, wenn das Angebot keine solche Ausrichtung aufwies.

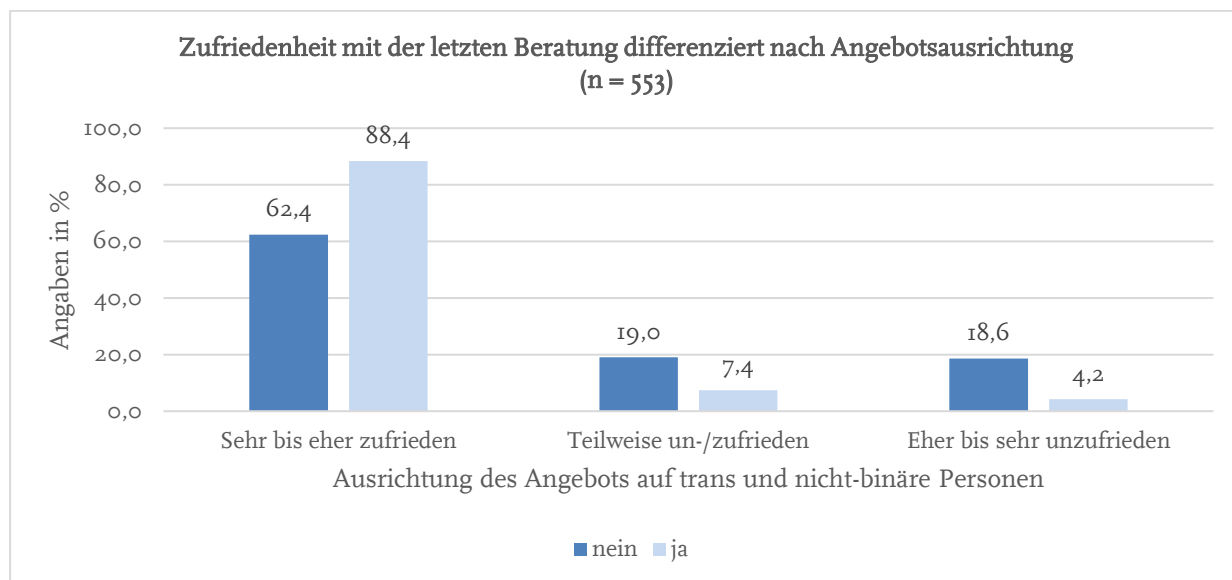


Abbildung 22 Zufriedenheit mit der letzten Beratung differenziert nach Angebotsausrichtung

4.5.2.6 Erfahrungen mit der Beratung

Auf der Grundlage der Daten der Online-Befragung stellen wir im Folgenden die Ergebnisse vor, welche Erfahrungen die Befragten mit dem von ihnen zuletzt genutzten Beratungsangebot gemacht haben (n = 636). Wir haben verschiedene Aspekte erfragt, inwiefern die geschlechtliche Identität und sexuelle Orientierung der Befragten in der Beratung akzeptiert wurde (Abbildung 23). Bezüglich der Frage nach dem selbstgewählten

Namen, Pronomen und der geschlechtlichen Identität gaben etwas mehr Personen (40,9%, n = 582, missing: 54) an, dass diese Angaben bei der (Online-)Anmeldung gemacht werden konnten als dass diese Angaben beim Erstkontakt bzw. Gesprächsbeginn erfragt wurden (32,4%, n = 581, missing: 55). Wenn das Angebot trans und nicht-binäre Personen adressierte, gaben 71,4% an, dass sie beim Erstkontakt bzw. zu Beginn der Beratung nach ihrem selbstgewählten Namen, ihrem Pronomen und ihrer geschlechtlichen Identität gefragt wurden (missing: 5 vs. 24,2%, missing: 42 ohne Ausrichtung auf trans und nicht-binäre Personen, Tabelle 38).

Eine wertschätzende Haltung und eine respektvolle Sprache drückt sich beispielsweise dadurch aus, dass die Beratenden erfragen, welche Begriffe für einzelne Körperteile verwendet werden und diese dann im weiteren Gesprächsverlauf verwenden. Für 37,5% der Befragten war dies bei der letzten Beratung gegeben (n = 581, missing: 55).

Knapp zwei Drittel (58,2%) stimmte der Aussage eher oder voll und ganz zu, dass ihre geschlechtliche Identität und sexuelle bzw. romantische Orientierung nicht in Frage gestellt wurde und Beratende offen für verschiedene neue Lebenswelten waren (n = 581, missing: 55). Differenziert nach der Ausrichtung des Angebots zeigte sich, dass dies bei 87,9% der Fall war, wenn sich das Angebot an trans und nicht-binäre Menschen richtete (n = 91, missing: 5) im Vergleich zu 52,2% bei Angeboten ohne diese Ausrichtung (n = 454, missing: 42).

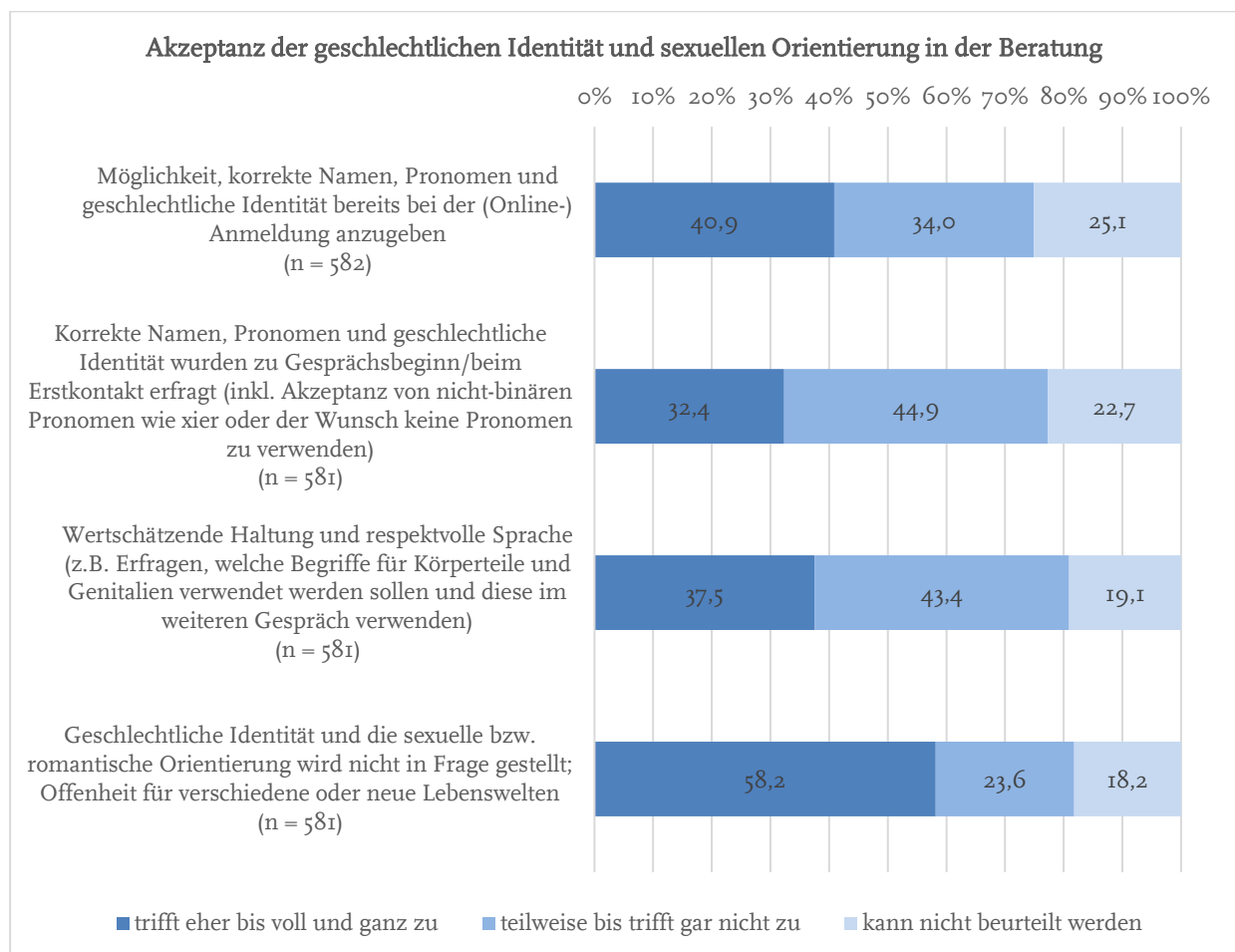


Abbildung 23 Akzeptanz der geschlechtlichen Identität und sexuellen Orientierung in der Beratung

Tabelle 38 Akzeptanz der geschlechtlichen Identität und sexuellen Orientierung differenziert nach Ausrichtung der letzten Beratung auf trans und nicht-binäre Personen

	Ausrichtung der letzten Beratung auf trans und nicht-binäre Personen	n	Trifft eher bis voll und ganz zu (%)	Trifft teilweise bis gar nicht zu (%)	Kann nicht beurteilt werden (%)
Möglichkeit, korrekte Namen, Pronomen und geschlechtliche Identität bereits bei der (Online-) Anmeldung anzugeben	Ja	91	80,2	12,1	7,7
	Nein	454	32,6	38,8	28,6
Korrekte Namen, Pronomen und geschlechtliche Identität wurden zu Gesprächsbeginn/beim Erstkontakt erfragt (inkl. Akzeptanz von nicht-binären Pronomen wie xier oder der Wunsch keine Pronomen zu verwenden)	Ja	91	71,4	18,7	9,9
	Nein	454	24,2	50,9	24,9
Wertschätzende Haltung und respektvolle Sprache (z.B. Erfragen, welche Begriffe für Körperteile und Genitalien verwendet werden sollen und diese im weiteren Gespräch verwenden)	Ja	91	75,8	18,7	5,5
	Nein	454	30,8	48,2	20,9
Geschlechtliche Identität und die sexuelle bzw. romantische Orientierung wird nicht in Frage gestellt; Offenheit für verschiedene oder neue Lebenswelten	Ja	91	87,9	9,9	2,2
	Nein	454	52,2	26,7	21,1

Ein weiteres Thema, das im Rahmen der Erfahrungen mit Beratung abgefragt wurde, war die Verfügbarkeit von Community-gerechten Informationen und einer geeigneten Beratungsumgebung (Abbildung 24). Insgesamt 579 bzw. 580 Teilnehmer*innen machten Angaben zu diesem Themenbereich (missing: 56 bzw. 57). Der Aussage, dass bei der letzten in Anspruch genommenen Beratung auf trans und nicht-binäre Menschen zugeschnittene Informationen zu HIV/STI vorhanden waren, stimmten 17,1% voll zu. Auf der anderen Seite gaben 48,4% an, dass dies nicht zutraf und 34,5% gaben an, dass sie dies nicht beurteilen können. Der Anteil der Befragten, die dieser These zustimmten war deutlich höher bei den Teilnehmer*innen, deren Beratungsangebot auf trans und nicht-binäre Personen ausgerichtet war (64,8%) als bei denen, deren Beratungsangebot sich nicht speziell an diese Communitys richtete (7,5%).

Personen aus trans und nicht-binären Communitys können aufgrund ihrer Erfahrungen im Gesundheitssystem ein stark belastetes oder emotionales Verhältnis zu medizinischen Einrichtungen haben. Insgesamt 21,8% der Befragten gaben an, dass das Personal bei ihrer letzten Beratung sensibilisiert war für diese Situation, 35,8% gaben an, dass dies nicht zutraf und 42,5% konnten dazu kein Urteil abgeben. Auch hier zeigte sich, dass Personen, deren letzte Beratung auf trans und nicht-binäre Menschen ausgerichtet war, häufiger der These zustimmten (47,3%) als Personen, deren letzte Beratung nicht entsprechend ausgerichtet war (16,8%).

Auch die Verfügbarkeit von genderneutralen Räumlichkeiten, z.B. Toiletten, beim letzten Beratungsangebot wurde abgefragt. Hier gaben 34,5% an, dass dies gewährleistet war, 39,4% gaben an, dass dies nicht zutraf und 26,1% gaben an, dass sie dies nicht beurteilen können. Auch dieser Aspekt war häufiger gewährleistet bei Personen, die eine Beratung aufsuchten, die sich an trans und nicht-binäre Menschen richtete (73,6% im Vergleich zu 28,1%).

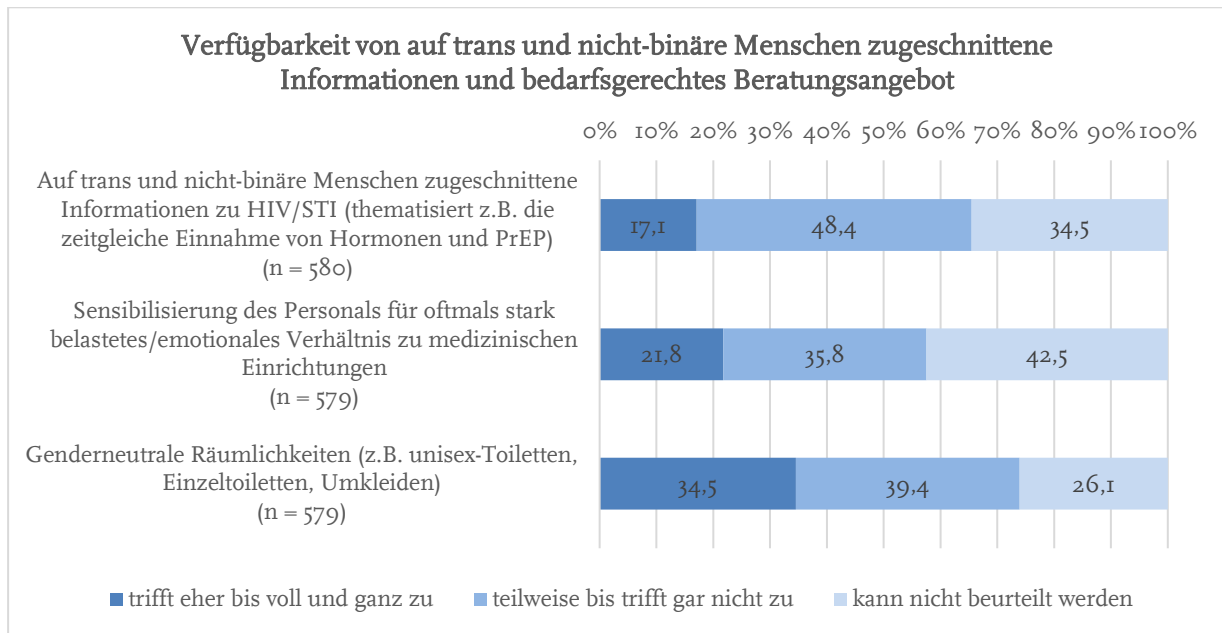


Abbildung 24 Verfügbarkeit von auf trans und nicht-binäre Menschen zugeschnittene Informationen und bedarfsgerechtes Beratungsangebot

Tabelle 39 Verfügbarkeit von auf trans und nicht-binäre Menschen zugeschnittene Informationen und bedarfsgerechtes Beratungsangebot differenziert nach Ausrichtung der letzten Beratung auf trans und nicht-binäre Personen

	Ausrichtung der letzten Beratung auf trans und nicht-binäre Personen	n	Trifft eher bis voll und ganz zu (%)	Trifft teilweise bis gar nicht zu (%)	Kann nicht beurteilt werden (%)
Auf trans und nicht-binäre Menschen zugeschnittene Informationen zu HIV/STI (thematisiert z.B. die zeitgleiche Einnahme von Hormonen und PrEP)	Ja	91	64,8	22,0	13,2
	Nein	453	7,5	54,7	37,7
Sensibilisierung des Personals für oftmals stark belastetes/emotionales Verhältnis zu medizinischen Einrichtungen	Ja	91	47,3	24,2	28,6
	Nein	452	16,8	38,3	44,9
Genderneutrale Räumlichkeiten (z.B. unisex-Toiletten, Einzeltoiletten, Umkleiden)	Ja	91	73,6	15,4	11,0
	Nein	452	28,1	44,5	27,4

Der nächste Abschnitt behandelt individuelle Bedarfe und die Berücksichtigung von Lebenssituationen im Rahmen der letzten Beratung. Mehr als die Hälfte der Befragten (52,8%) gab an, dass auf die individuellen HIV/STI-Beratungs- und Testbedürfnisse eingegangen wurde, während 30,2% sagten, dass dies nicht zutraf und 17,1% angaben, dass sie dies nicht beurteilen können (n = 580, missing: 56). Der Anteil derjenigen Teilnehmer*innen, die dieser These zustimmten, lag deutlich höher bei denjenigen, die eine Beratung in

Anspruch genommen hatten, die auf trans und nicht-binäre Menschen ausgerichtet war, als bei den Befragten, deren Beratung dies nicht war (83,5% vs. 46,6%).

Weniger als ein Fünftel der Befragten stimmte der These zu, dass bei der letzten Beratung auf die individuell unterschiedlichen sexuellen Risiken und Lebenssituationen von trans und nicht-binären Menschen berücksichtigt wurde ($n = 580$, missing: 56) (Abbildung 25). Auch hier lag der Anteil deutlich höher bei den Befragten, deren letzte Beratung sich an trans und nicht-binäre Menschen richtete (52,7% vs. 12,1%).

Zur These, dass bei der letzten Beratung keine vorgefassten Annahmen zur Ausformung der Genitalien, dem sexuellen Verhalten und der geschlechtlichen Identität gemacht wurden, machten 581 Teilnehmer*innen Angaben (missing: 55). Von diesen gaben 33,6% an, dass dies voll zutraf, 35,5% gaben an, dass dies nur teilweise oder nicht zutraf und 31,0% konnten dies nicht beurteilen. Dies war fast dreimal so häufig bei den Befragten gewährleistet, deren letzte Beratung auf trans und nicht-binäre Menschen ausgerichtet war (74,7% vs. 25,8%).

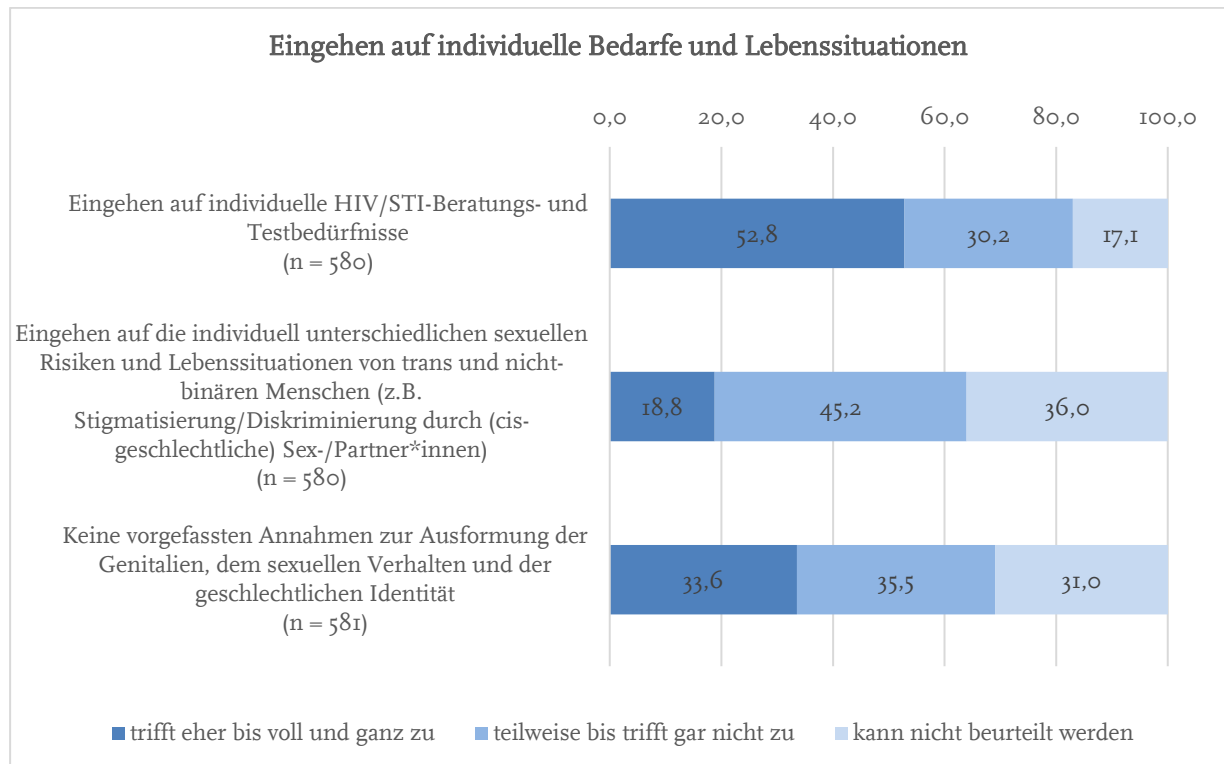


Abbildung 25 Eingehen auf individuelle Bedarfe und Lebenssituationen

Tabelle 40 Eingehen auf individuelle Bedarfe und Lebenssituationen differenziert nach Ausrichtung der letzten Beratung auf trans und nicht-binäre Personen

	Ausrichtung der letzten Beratung auf trans und nicht-binäre Personen	n	Trifft eher bis voll und ganz zu (%)	Trifft teilweise bis gar nicht zu (%)	Kann nicht beurteilt werden (%)
Eingehen auf individuelle HIV/STI-Beratungs- und Testbedürfnisse	Ja	91	83,5	13,2	3,3
	Nein	453	46,6	33,6	19,9
Eingehen auf die individuell unterschiedlichen sexuellen Risiken und Lebenssituationen von trans und nicht-binären Menschen (z.B. Stigmatisierung/Diskriminierung durch (cisgeschlechtliche) Sex-/Partner*innen)	Ja	91	52,7	27,5	19,8
	Nein	453	12,1	49,0	38,9
Keine vorgefassten Annahmen zur Ausformung der Genitalien, dem sexuellen Verhalten und der geschlechtlichen Identität	Ja	91	74,7	20,9	4,4
	Nein	454	25,8	38,8	35,5

Die Berücksichtigung intersektionaler Bedarfe hinsichtlich möglicher Rassismuserfahrungen, Mehrsprachigkeit und Religionszugehörigkeit wurde ebenfalls erhoben (Abbildung 26). Hierzu machten 581 bzw. 580 Teilnehmer*innen Angaben (missing: 55 bzw. 56). Bezüglich des Vorhandenseins von Antirassismus und Awareness geschultem Personal mit Sensibilität Personen mit Rassismuserfahrungen und auch BIPoC, gab der Großteil der Befragten an, dies nicht beurteilen zu können. Nur 8,6% gaben an, dass dies zutraf bei ihrer letzten Beratung und 12,0% gaben an, dass dies nur teilweise oder gar nicht zutraf. Der Anteil, bei denen dies gewährleistet war, war etwa dreimal höher in der Gruppe, deren letzte Beratung auf trans und nicht-binäre Personen ausgerichtet war (19,8% vs. 6,4%, Tabelle 41).

Ein vorhandenes mehrsprachiges Beratungsangebot oder die mögliche Organisation von Übersetzungen wurden von 16,2% angegeben während 11,5% dies nicht gewährleistet sahen (Abbildung 26). Auch hier gab der Großteil der Teilnehmer*innen an, dass sie dies in Bezug auf ihren letzten Besuch nicht beurteilen konnten. Befragte, deren letzte Beratung auf trans und nicht-binäre Menschen ausgerichtet war, gaben häufiger an, dass dies gewährleistet war (36,3% vs. 11,7%, Tabelle 41).

Ein akzeptierender und sensibler Umgang mit Menschen jeder Religion war im Rahmen der letzten Beratung bei 10,5% der Befragten gewährleistet, bei 6,0% nicht und 83,4% gaben an, dass sie dies nicht beurteilen konnten (Abbildung 26). Der Anteil derjenigen, bei denen dies zutraf war etwas höher in der Gruppe der Befragten, deren letzte Beratung auf trans und nicht-binäre Menschen ausgerichtet war (15,4% vs. 9,5%, Tabelle 41).

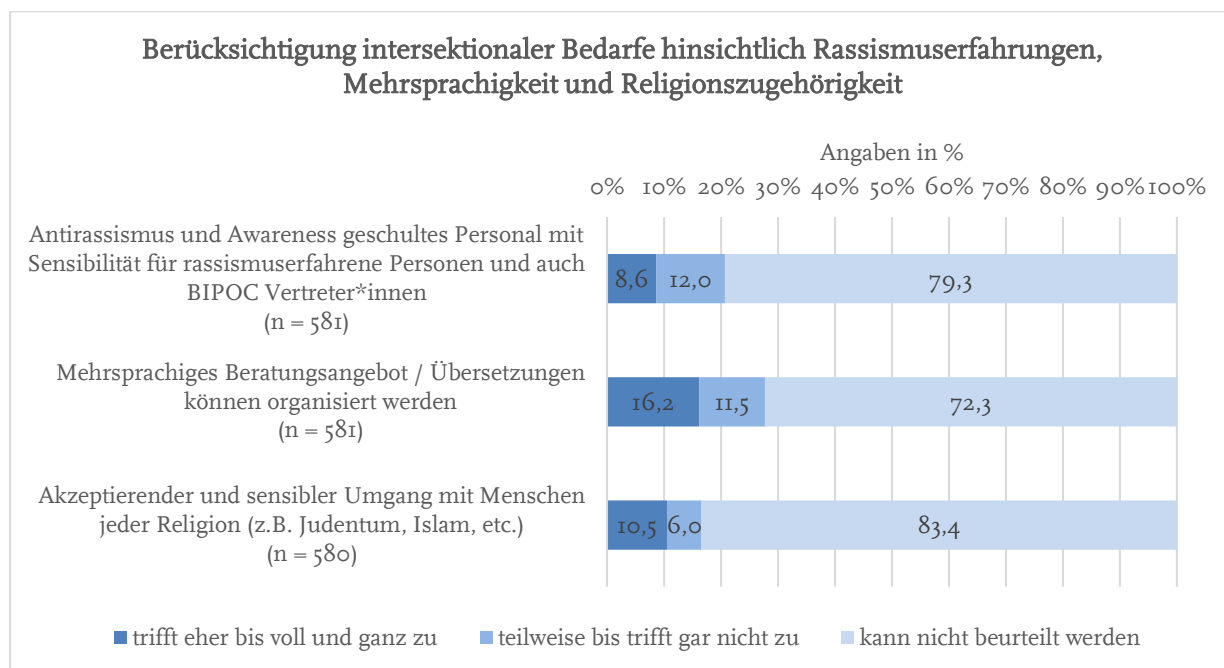


Abbildung 26 Berücksichtigung intersektionaler Bedarfe hinsichtlich möglicher Rassismuserfahrungen, Mehrsprachigkeit und Religionszugehörigkeit

Tabelle 41 Berücksichtigung intersektionaler Bedarfe hinsichtlich möglicher 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	n	Trifft eher bis voll und ganz zu (%)	Trifft teilweise bis gar nicht zu (%)	Kann nicht beurteilt werden (%)
Antirassismus und Awareness geschultes Personal mit Sensibilität für rassismuserfahrene Personen und auch BIPOC Vertreter*innen (Black, Indigenous, Person of Color)	Ja	91	19,8	11,0	69,2
	Nein	454	6,4	12,1	81,5
Mehrsprachiges Beratungsangebot / Übersetzungen können organisiert werden	Ja	91	36,3	17,6	46,2
	Nein	454	11,7	9,9	78,4
Akzeptierender und sensibler Umgang mit Menschen jeder Religion (z.B. Judentum, Islam, etc.)	Ja	91	15,4	7,7	76,9
	Nein	453	9,5	5,3	85,2

Bei Thema akzeptierender Umgang mit Sexualität in der Beratung wurden zwei Thesen abgefragt, zu denen 581 (missing: 55) bzw. 580 (missing: 56) Befragte Angaben machten (Abbildung 27). Das Vorhandensein eines akzeptierenden und positiven Umgangs mit den sexuellen Bedürfnissen von Menschen unabhängig vom Alter traf bei 35,8% der Befragten eher oder voll und ganz zu. Bei 13,1% der Befragten traf dies nur teilweise oder nicht zu und 51,1% konnten dies nicht beurteilen. Eine sex-positive Einstellung ohne Wertung bezüglich Partner*innen, Freund*innen, Erlebnissen aus der Community oder Nachgehen von Sexarbeit war bei 56,0%

der Befragten gewährleistet, bei 18,3% traf dies nur teilweise oder gar nicht zu und 25,7% konnten dies nicht beurteilen.

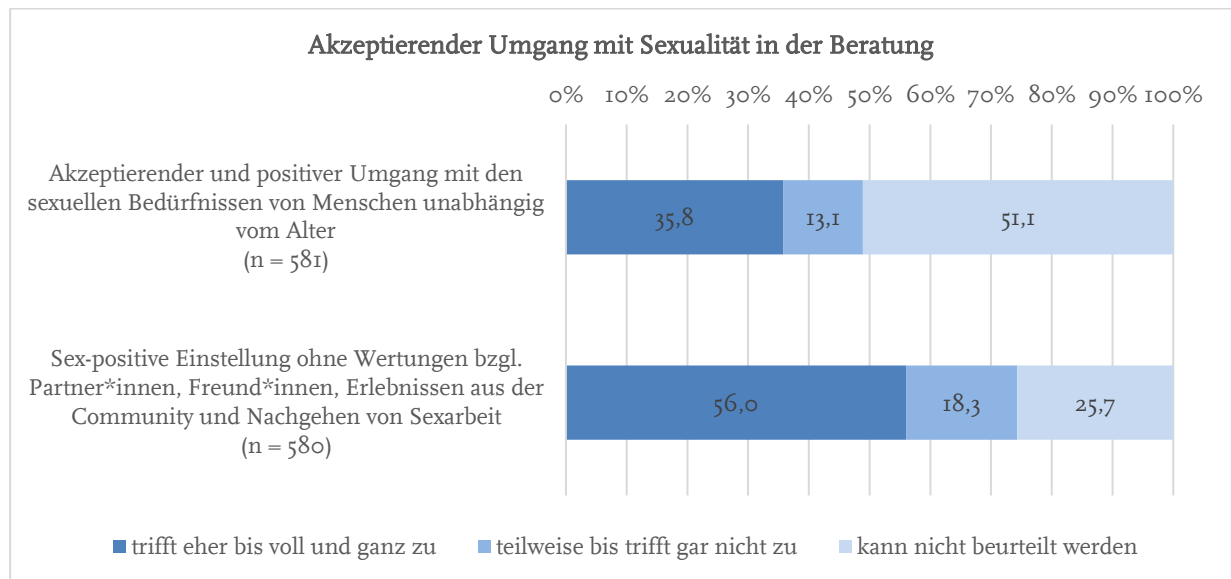


Abbildung 27 Akzeptierender Umgang mit Sexualität in der Beratung

Bei beiden Aspekten lag der Anteil derjenigen mit einer positiven Bewertung höher bei Teilnehmer*innen, deren letzte Beratung auf trans und nicht-binäre Personen ausgerichtet war (Tabelle 42).

Tabelle 42 Akzeptierender Umgang mit Sexualität differenziert nach Ausrichtung der letzten Beratung auf trans und nicht-binäre Personen

	Ausrichtung der letzten Beratung auf trans und nicht-binäre Personen	n	Trifft eher bis voll und ganz zu (%)	Trifft teilweise bis gar nicht zu (%)	Kann nicht beurteilt werden (%)
Akzeptierender und positiver Umgang mit den sexuellen Bedürfnissen von Menschen unabhängig vom Alter	Ja	91	53,8	8,8	37,4
	Nein	454	33,0	13,7	53,3
Sex-positive Einstellung ohne Wertungen bzgl. Partner*innen, Freund*innen, Erlebnissen aus der Community und Nachgehen von Sexarbeit	Ja	91	84,6	5,5	9,9
	Nein	453	49,9	21,2	28,9

Ein weiterer abgefragter Aspekt, war das Vorhandensein von Peer-Beratung durch Menschen die nicht nur trans und/oder nicht-binär sind, sondern gleichzeitig auch weiteren Gruppen angehören, die von Diskriminierung betroffen sind (**Abbildung 28**). Hierzu machten 578 Befragte Angaben (missing: 58). Insgesamt gaben nur 6,9% an, dass dies eher oder voll und ganz bei ihrer letzten Beratung zutraf und bei 47,6% traf dies nur teilweise oder gar nicht zu (45,5% gaben an, dass sie das nicht beurteilen können). Teilnehmer*innen, deren letzte Beratung auf trans und nicht-binäre Menschen ausgerichtet war, gaben häufiger an, dass dies auf ihre letzte Beratung zutraf (20,9% vs. 4,0%, Tabelle 43). Der hohe Anteil an

Personen, die angaben, dass sie die Aussage nicht beurteilen können, verweist auch darauf, dass nicht alle intersektionalen Benachteiligungsdimensionen (z.B. soziale Herkunft) für die Personen sichtbar sind, die Beratung in Anspruch nehmen.

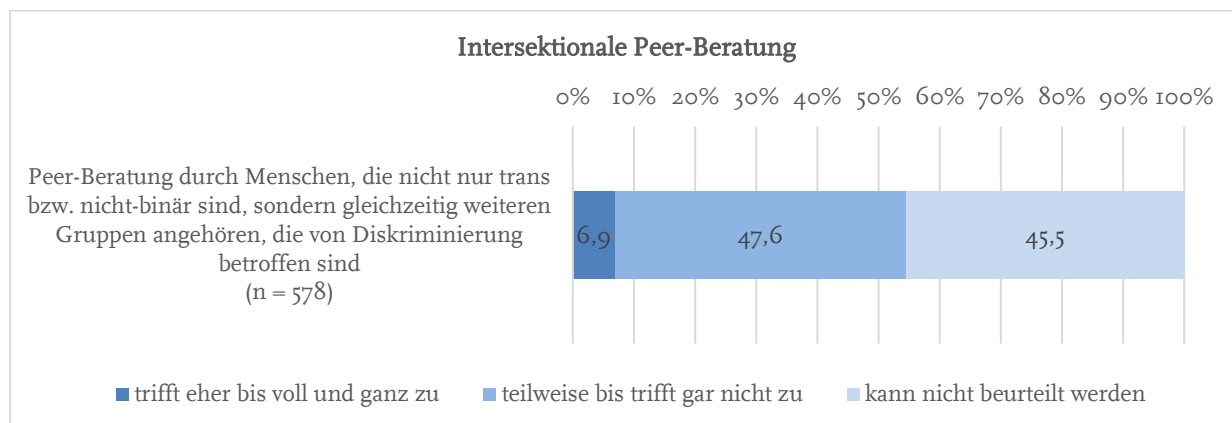


Abbildung 28 Intersektionale Peer-Beratung

Tabelle 43 Intersektionale Peer-Beratung differenziert nach Ausrichtung der letzten Beratung auf trans und nicht-binäre Personen

Intersektionale Peer-Beratung	Ausrichtung der letzten Beratung auf trans und nicht-binäre Personen	n	Trifft eher bis voll und ganz zu (%)	Trifft teilweise bis gar nicht zu (%)	Kann nicht beurteilt werden (%)
Peer-Beratung durch Menschen, die nicht nur trans bzw. nicht-binär sind, sondern gleichzeitig weiteren Gruppen angehören, die von Diskriminierung betroffen sind	Ja	91	20,9	33,0	46,2
	Nein	451	4,0	50,8	45,2

Weiterhin wurden Erfahrungen zu barrierearmen Beratungsangeboten und Wissen zu Bedarfen von Menschen mit chronischen Erkrankungen abgefragt (Abbildung 29). Bezüglich des barrierearmen Zugangs zur Beratung (z.B. rollstuhlgerechte Räume und Sanitäreinrichtungen, Hilfen für Sehbeeinträchtigte reizarme Umgebung) machten 579 Befragte Angaben (missing: 57). Insgesamt 26,1% gaben an, dass dies bei ihrer letzten Beratung eher oder voll und ganz zutraf. Dieser Wert war vergleichbar bei Personen, die eine Beratung besuchten, die sich an trans und nicht-binäre Menschen richtete und Personen, deren Beratung nicht explizit auf diese Communitys ausgerichtet war (Tabelle 44). Darüber hinaus 36,8% gaben an, dass dies nur teilweise zutraf und 37,1% konnten dies nicht beurteilen (Abbildung 29).

Die Verfügbarkeit unterstützter Kommunikation, z.B. durch einfache oder leichte Sprache, Bilder oder Puppen wurde ebenfalls erhoben (Befragte mit Angaben: 580, missing: 56). Während die Mehrzahl der Befragten dies nicht bewerten konnte (60,9%), gaben 10,0% an, dass dies eher oder voll und ganz erfüllt war und 29,1% gaben an, dass dies nur teilweise oder nicht gewährleistet war. Bei Befragten, deren letzte Beratung sich an trans und nicht-binäre Menschen richtete, gaben mehr Befragte an, dass sie gewährleistet war, als Befragte, deren letzte Beratung sich nicht explizit an diese Communitys richtete (Tabelle 44).

Als weiterer Aspekt wurde abgefragt, ob im Rahmen der Beratung Wissen über die Bedarfe von Menschen mit chronischen Erkrankungen, z.B. Depressionen, berücksichtigt wurde. Hierzu machten 578 Befragte Angaben (missing: 58). Von diesen gaben 16,8% an, dass dies eher oder voll und ganz zutraf, 26,6% gaben an, dass dies

nur teilweise oder nicht zutraf und 56,6% gaben an, dass sie dies nicht beurteilen konnten. Auch hier war der Anteil der Teilnehmer*innen, bei denen dies zutraf, höher in der Gruppe der Befragten, deren letzte Beratung sich an trans und nicht-binäre Communitys richtete (Tabelle 44).

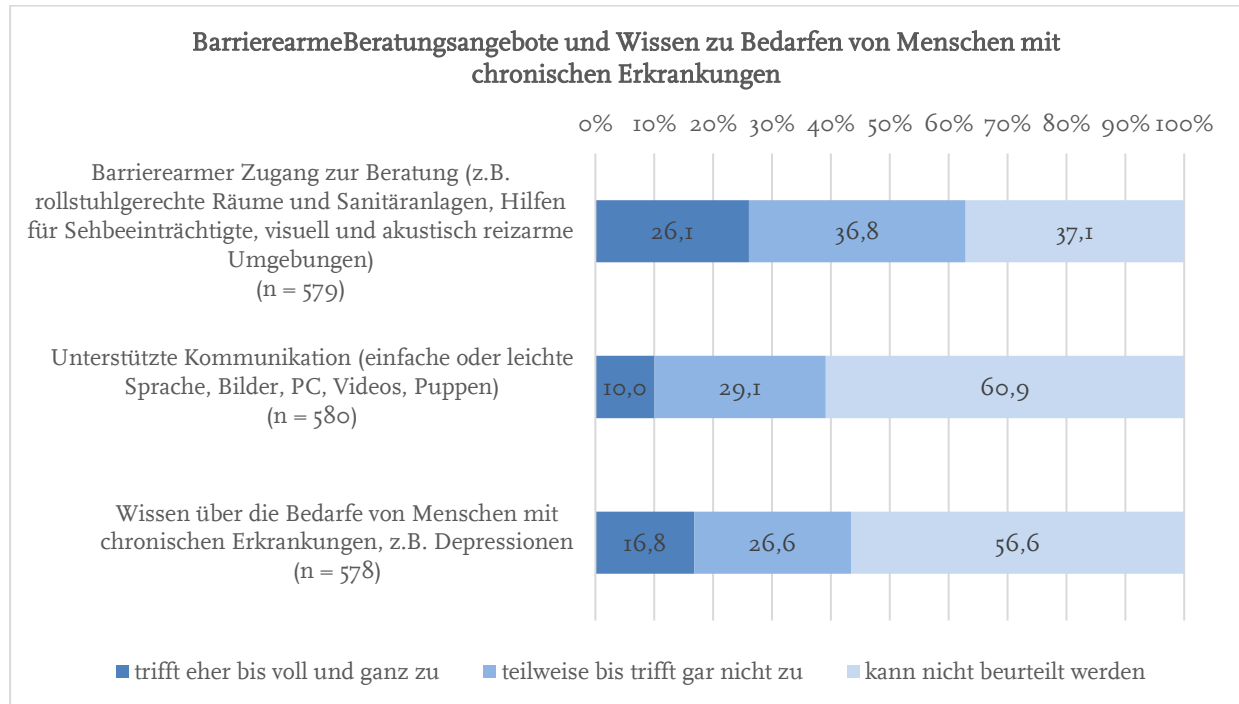


Abbildung 29 Barrierearme Beratungsangebote und Wissen zu Bedarfen von Menschen mit chronischen Erkrankungen

Tabelle 44 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	n	Trifft eher bis 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	91	26,4	34,1	39,6
	Nein	452	26,3	36,5	37,2
Unterstützte Kommunikation (einfache oder leichte Sprache, Bilder, PC, Videos, Puppen)	Ja	91	20,9	26,4	52,7
	Nein	453	7,3	29,8	62,9
Wissen über die Bedarfe von Menschen mit chronischen Erkrankungen, z.B. Depressionen	Ja	91	28,6	23,1	48,4
	Nein	451	14,4	27,5	58,1

4.5.3 Bedarfe aus Sicht der Teilnehmer*innen

Um die Bedarfe der Teilnehmer*innen in Bezug auf Angebote der sexuellen Gesundheit zu ermitteln, haben wir die Teilnehmer*innen einerseits nach ihren Versorgungserfahrungen (siehe vorherigen Abschnitt) und andererseits direkt nach ihren Bedarfen und Erwartungen an die sexuelle Gesundheitslandschaft gefragt.

Ein Großteil der Antworten gingen weit über "kosmetische" Nachjustierungen hinaus, da die zugrundeliegenden strukturellen Probleme aus Sicht der Teilnehmer*innen zu tiefgreifend sind. Stattdessen forderten die Teilnehmer*innen einen fundamentalen Wandel im Versorgungssystem mit einer systematischen Inklusion von trans/nicht-binären Thematiken in alle relevanten Gesellschafts- und Versorgungsbereiche um eine adäquate Versorgung in der Zukunft möglich zu machen. Die prägnantesten/relevantesten Aspekte haben wir hier zusammengefasst.

Diese lassen sich grob gliedern in die folgenden Bereiche: Ausbau bzw. Neuschaffung von trans/nicht-binär-kompetenten Beratungs- und Testangeboten zu HIV und STI, flächendeckende Weiterbildung zu Trans/Nicht-Binarität von Personal im Bereich sexuelle Gesundheit, mehr sexuelle Bildung für trans/nicht-binäre Menschen und zu trans/nicht-binären Themen, mehr Intersektionalität in den Angeboten sowie verschiedene gesamtgesellschaftliche Paradigmenwechsel.

In Bezug auf Angebote der sexuellen Gesundheit, insbesondere Beratung- und Testung zu HIV/STI, gingen die Forderungen der Teilnehmer*innen sehr deutlich in Richtung mehr „peer-to-peer Beratung!!!“ (Doku_4 Ältere, Pos. 421), wie zum Beispiel die Teilnehmer*innen des Wochenendes für Transitionsältere in einer stillen Gruppendiskussion schrieben. Unabhängig davon forderten sie, als Zielgruppe konzeptionell eingeschlossen zu werden und auf sensibilisiertes und fachlich informiertes Personal zu treffen, das Antworten auf trans/nicht-binär-spezifische Fragestellungen geben kann. Zu einer sensiblen Ansprache gehörten für sie insbesondere die Anerkennung ihrer Geschlechtsidentität, die sprachliche Berücksichtigung ihrer Wünsche zu Anrede, Namen und Pronomen, die Erfragung und Verwendung von für sie akzeptablen Begrifflichkeiten für vergeschlechtlichte Körperteile, bei gleichzeitiger Akzeptanz und Kenntnis von der Vielfalt von gelebter Sexualität in ihren Communitys. Diese Forderungen gelten für die direkte Interaktion zwischen Personal und Nutzer*innen der Angebote genauso wie für schriftliche Interaktionen wie Anamnesebögen oder Online-Terminbuchungssysteme.

Niederschwellige Möglichkeiten, Termine zu vereinbaren, wie Online-Terminbuchungssysteme wurden auch vielfach genannt. „Onlinebuchung, Leute, ne? Es ist 2022“, sagte Marvin dazu (Marvin, Würzburg_Feld4, Pos. 70). Viele Teilnehmer*innen betonten, dass sie sich kostenlose, intersektional inklusive Angebote wünschen, die bei Bedarf mehrsprachig, online oder in einfacher Sprache angeboten werden können. Die Teilnehmer*innen des Wochenendes für BIPoC schrieben in einer schriftlichen Einheit auf die Frage, wie Angebote der sexuellen Gesundheit gestaltet sein sollten:

„[U]nbedingt Rassismusfrei; BIPoC inklusiv, Personal auch inklusive BIPoC + trans, inter*.“ (Doku_2 BIPoC, Pos. 473).*

Weiterhin benannten einige Teilnehmer*innen auch die Notwendigkeit von Beratungs- und Testangeboten für trans/ nicht-binäre Geflüchtete, Menschen ohne Krankenversicherung sowie nicht-angemeldeten Sexarbeiter*innen. Oberste Priorität hatte dabei für viele Teilnehmer*innen, sich zunächst in den Angeboten sicher zu fühlen, sicher vor Diskriminierung, auch in ihren intersektionalen Identitäten, um sich zu intimen Themen wie gelebter Sexualität öffnen zu können. Einige Teilnehmer*innen betonten allerdings auch ihren Wunsch nach allgemeinem Ausbau von Beratungsstrukturen, zu verschiedenen Themen rund um sexuelle Gesundheit, einerseits weil manche in strukturschwächeren Gegenden leben, in denen selbst das reguläre Beratungs- und Testangebot nur unzureichend vorhanden ist, andererseits weil viele Teilnehmer*innen betonten, dass die Angebote, die sie in ihrer sexuellen Gesundheit am meisten gestärkt hätten, Angebote waren die gerade nicht in der regulären Versorgungslandschaft angeboten würden, wie z.B. Körpertherapie oder

Sexological Bodywork, aber auch insbesondere Peer-Austausch und selbstorganisierte Community-Angebote (siehe hierfür auch 4.4.3.2 Interaktion und Umgebung).

Wichtig bei der Sensibilisierung bzw. dem Ausbau von Angeboten hin zur Inklusion von trans/nicht-binären Themen war für die Teilnehmer*innen dabei, dass die Strukturen ihre Inklusion offen sichtbar machen sollen. Ob und wie trans/nicht-binäre Thematiken konzeptionell miteingeschlossen werden, müsse von den Strukturen explizit sichtbar gemacht werden, denn die Zielgruppe fühle sich nicht angesprochen, wenn sie nicht explizit angesprochen würde. Manche Teilnehmer*innen äußerten hier, dass ihnen schon ein Button auf der Webseite oder eine transinklusive Regenbogenfahne (wie z.B. die Progress-Pride-Flag) ausreichen würde. Andere wünschten sich, dass trans und nicht-binäre Menschen sowie Vertreter*innen weiterer Diversitätskategorien auch in der Bildsprache von Trägern inkludiert würden. Wieder andere betonten, dass all diese Dinge nicht ausreichen würden, weil sie befürchteten, ein Träger könnte ausschließlich mit trans/nicht-binärer Inklusion werben, ohne die notwendigen Auseinandersetzungsprozesse tatsächlich geführt zu haben (siehe hierzu 4.5.2.2 Negative Versorgungserfahrungen). Stattdessen müsse die Art der Auseinandersetzung, der durchlaufene Sensibilisierungsprozess in der Selbstdarstellung des Trägers sichtbar gemacht werden. Im Zuge dieser Thematik brachten mehrere Teilnehmer*innen die Idee eines Qualitätssiegels für trans/nicht-binär-inklusive Angebote der sexuellen Gesundheit auf:

„Da vorne kann man ganz viele [trans/nicht-binär-inklusive] Aufkleber an die Tür kleben, aber die Leute, die müssen halt auch ernsthaft diese Fragen, [...] sich auch beantworten, wenn sie professionell da arbeiten. Und dann bräuchte ich auch irgendein Qualitätssiegel oder sowas, keine Ahnung“ (Fynn, Würzburg_Feld4, Pos. 52).

Die Teilnehmer*innen leiteten aus ihren eigenen Erfahrungen der Mangel-Versorgung umfassende Fortbildungsbedarfe für bestehende Strukturen ab. Als Zielgruppen hierfür benannten sie Ärzt*innen, Mitarbeitende des Gesundheitssystems, der Aidshilfen sowie Gesundheitsämter. So schrieben die Teilnehmer*innen des Wochenendes für Transitionsältere auf: „Flächendeckende Behandler*innenschulungen zu trans* und enby (fachlich + Umgang) + inter*“ (Doku_4 Ältere, Pos. 419). Die einen forderten flächendeckende Grundlagenschulungen zu trans und nicht-binären Themen, andere betonten die Notwendigkeit, diese Themen schon in die Studiengänge und Ausbildungscurricula medizinischer Berufe aufzunehmen, und zwar nicht nur in Bezug auf trans/nicht-binäre Themen, sondern intersektional auch mit Blick auf Rassismussensibilität und weitere Aspekte:

*„[...] Dass einfach schon in der Ausbildung, in der Schule, im Studium et cetera, dass da schon der Ansatz ist, dass inklusiver gedacht wird und Lehrpläne erweitert werden. [Nicht:] wir haben jetzt hier trans, inter, non-binary BIPOC`s, da müssen wir jetzt ein spezielles Angebot machen, sondern, nein, die medizinischen Fachleute und Sozialarbeiter*innen und so weiter, DIE müssen gebildet werden. Und DIE müssen das mitdenken können und da muss halt irgendwo die Stellschraube gedreht werden“ (Alex, BIPOC_Feld4, Pos. 6).*

Alex forderte an dieser Stelle auch einen Paradigmenwechsel, weg von der Idee, immer spezifischere Angebote für immer schmalere Intersektionen von verschiedenen Communitys zu gestalten, sondern stattdessen breitflächig intersektionale Haltung bei medizinischem und anderem Fachpersonal voran zu treiben.

Im Kontext von fehlender Expertise auf Seiten von Berater*innen und Versorger*innen trat in der Analyse jedoch noch ein weiteres Thema zu Tage: trans/nicht-binär-spezifische Fachfragen, die bis heute nicht abschließend geklärt sind. So herrschte bei vielen Teilnehmer*innen die Meinung vor, dass Testosterontherapie bei transmaskulinen Personen kein ausreichender Schutz vor ungewollter Schwangerschaft darstelle. Entsprechende Aussagen von Ärzt*innen oder Gesundheitspersonal ordneten sie als Mythos ein. Nach unserem eigenen Kenntnisstand handelt es sich hierbei jedoch um eine fachliche Frage, die aufgrund von fehlenden spezifischen Studien zu diesem Thema nicht vollständig geklärt ist [24]. Es zeigt

jedoch, dass auch ein Bedarf nach fachlich fundierten, vertrauenswürdigen Informationsquellen zu Themen der sexuellen Gesundheit von trans und nicht-binären Menschen besteht, sowie ein Bedarf nach weitergehender fachlicher Klärung und gegebenenfalls Forschung in diesem Bereich. Weitere Fragen zu denen unsere Teilnehmer*innen fachlichen Klärungsbedarf benannten, waren: verlässliche Informationen zum Übertragungsrisiko von HIV in Bezug auf Schleimhäute in trans/nicht-binären Körpern (sowohl in Bezug auf die Wirkung von Hormonersatztherapien als auch nach Operationen), Informationen zur Wirkung von PrEP auf Schleimhäute in trans/nicht-binären Körpern, Fragen zur Pflege der Vaginalflora nach Genitaloperationen bei trans Frauen, Informationen zur Pflege der Vaginalflora ohne Genitaloperationen bei trans Männern, insbesondere bei atrophierender Schleimhaut und ggf. Wechselwirkungen von lokalen Östrogentherapien auf das STI- und/oder Schwangerschaftsrisiko, Zeugungsfähigkeit von transfemininen Personen unter Östrogentherapie, medizinische Informationen zu Microdosing sowie der potentielle Nutzen von HPV-Impfungen für trans Frauen.

Bezüglich der Art der Aufbereitung von fachlichen Informationen gab es gegenläufige Wünsche unter den Teilnehmer*innen. Die einen wünschten sich zielgruppenspezifisch aufbereitete Informationen zu HIV/STI und sexueller Gesundheit für trans und nicht-binäre Personen, die anderen plädierten für die konsequente Miteinbeziehung von trans/nicht-binär spezifischen Infos in allgemeinen Materialien:

„Immer dieses Othering-Prinzip: es gibt eine Broschüre zu Safer Sex und dann haben wir hier noch eine Beipackbroschüre für trans Personen. [...] Also mich persönlich stört das total. Ich fühle mich immer wie der laktosefreie Quark im Supermarkt, der irgendwo anders steht und den man suchen muss, anstelle einfach im Kühlregal bei allen anderen Molkeprodukten mit zu stehen“ (Noah, Transkription_Experteninterview, Pos. 83).

Über die regulären Angebote der sexuellen Gesundheit hinaus meldeten viele Teilnehmer*innen jedoch auch deutlichen Bedarf im Bereich der sexuellen Bildung an. Einerseits nannten sie sexuelle Bildung für trans/nicht-binäre Menschen zu trans/nicht-binären Themen, andererseits auch insgesamt Grundlagenwissen zu geschlechtlicher Vielfalt in der allgemeinen Bildung, zum Beispiel der Schule, zu vermitteln. Gerade die Teilnehmer*innen des Wochenendes für Jüngere bemängelten, dass die Sexualpädagogik, die sie in der Schule erfahren hatten, weder trans/nicht-binäre Lebensentwürfe miteinschloss, noch ein erweitertes Safer Sex-Verständnis vermittelte, das psychosoziale Komponenten wie Konsens und Kommunikation, Verhandlungskompetenz oder auch physische Safer Sex Kenntnisse thematisiert hätte, jenseits der Botschaft, in jedem Fall Kondome zu benutzen. Stattdessen wünschten sie sich auch Informationen zu geschlechtlicher Identität, zum Umgang mit sexualisierter Gewalt, aber auch Sexualität jenseits von Penetration, Kink-Lebensweisen, nicht-monogamen Beziehungskonzepten und vielem mehr. Luciano schlug vor, auch die Selbstexploration der eigenen Geschlechtsidentität könne Teil des Lehrplans werden:

[...] Wenn es irgendwann einen Zeitpunkt gibt wo Kinder selbst entscheiden, wer sie sind und [das] selbst [herausfinden können]. Also, mit Leitfäden, mit Übungen dazu sich selbst zu entdecken, körperlich, aber auch emotional und in der Identität. Das würde ich mir wünschen, weil ich glaube, dass es das bei mir auch viel früher schon erleichtert hätte, zu wissen, wer ich bin. (Luciano, Juengere_Feld 4, Pos. 113)

Auch im Feld Schule plädierten einige Teilnehmer*innen dafür, dass Grundlagensensibilisierung flächendeckend und verpflichtend für Lehrpersonal stattfinden sollte:

*„Also, ich finde da ist noch viel zu wenig Sensibilität für das Thema und das ist eigentlich wirklich so ein Querschnittsthema, was in alle Bereiche rein muss, was einfach ein grundlegendes Wissen darstellt und wo ich es ganz cool fände, wenn es da mehr Fortbildungsangebote gäbe, die auch verpflichtend sind, zum Beispiel für Lehrer*innen, dass das Teil der Ausbildung wird. So, dass [...] auch die Leute in Verantwortungspositionen sich fortbilden müssen“ (Margot, Aeltere_Feld4, Pos. 23-25).*

Darüber hinaus wünschten sich viele Teilnehmer*innen ganzheitliche sexuelle Bildungsangebote von und für trans und nicht-binäre Menschen, in denen Themen wie HIV/STI Prävention, Empowerment, emotionale/psychosoziale Komponenten sexueller Gesundheit, Verhandlungskompetenz und gelebte Sexualität jenseits von cis- und heterosexuellen Normen spezifisch zugeschnitten auf die Situation von trans und nicht-binären Menschen, vermittelt und im Peer-Kontext besprochen werden können. Einige Teilnehmer*innen berichteten, dass für sie die Datenerhebungsworkshops dieser Studie, die einige der genannten Elemente in ihrem sexualpädagogischen Rahmenprogramm beinhalteten, für sie hilfreiche und bestärkende Erfahrungen bzgl. ihrer sexuellen Gesundheit waren:

„Aber [um] meine Sexualität, meine Romantik, meinen Körper kennen zu lernen, dafür brauch ich Erfahrungsberichte. Dafür braucht es Räume, wo Leute darüber reden, wie jetzt zum Beispiel das Forschungswochenende [...] Das ist das, was mich weiterbringt“ (hval, El3_hval, Pos. 74).

Darüber hinaus benannten die Teilnehmer*innen noch einige weitere Bedarfe bezüglich sexueller Bildung, wie zum Beispiel Sexualberatung für trans/nicht-binäre Menschen, aber auch für Paare, bei denen eine Person trans/nicht-binär, die andere Person cisgeschlechtlich ist, Angebote zu Tantra und BDSM (sowohl theoretische Informationen als auch Praxis-Workshops) sowie Beratungsangebote zu Elternschaft, Schwangerschaft und Familienplanung für trans/nicht-binäre Menschen.

Gerade mit Bezug auf die vorhandene Intersektionalität von Angeboten der sexuellen Gesundheit formulierten die Teilnehmer*innen Verbesserungsbedarf. Ein*e Teilnehmer*in äußerte auch die Ansicht, dass es nicht möglich sei, das bestehende System zu reformieren und in Bezug auf intersektionale Bedarfe zu sensibilisieren:

„Das Fundament stimmt nicht. Man muss es einreißen, abschaffen und neu aufbauen. [...] Ich glaube überhaupt nicht daran, dass es möglich ist, diese weißen vom Kolonialismus und zwei-Geschlechter-System, cis, hetero-Norm-System geprägten Einrichtungen - Da gibt es überhaupt keine Chance, da was zu schrauben. Es ist hundertmal versucht worden. Es ist immer auf unsere Kosten. Es funktioniert nicht und das, was nicht funktioniert, funktioniert auf unsere Kosten nicht. Wir sind unzählige Male verletzt, diskriminiert, ausgegrenzt, geschlagen worden, et cetera, auch in diesen Institutionen, bei den Aidshilfen, bei den LGBT-Institutionen. Und immer noch werden wir gefragt, was man denn ändern könnte, damit auch wir uns wohlfühlen“ (Ahmet, BIPoC_Feld4, Pos. 6).

Auch in anderen Bereichen forderten manche Teilnehmer*innen einen fundamentalen Paradigmenwechsel. So forderten verschiedene Teilnehmer*innen des Wochenendes für Jüngere in ihren Extra-Statements, in Medizin und medizinischer Forschung pauschal nicht mehr mit den Kategorien männlich und weiblich zu arbeiten, sondern spezifischer zu verfahren:

„Im medizinischen Kontext wird zwar inzwischen zw. Männern und Frauen unterschieden, aber diese Unterscheidung greift zu kurz, weil medizinisch eigtl. irrelevante soziale Kategorien verwendet werden. Es sollte eher nach den genauen medizinischen Unterschieden (z.B. an welchen Hormonen liegt es?) geforscht werden, um auch für Trans- und abinäre Personen relevant zu sein“ (Doku_9_Jüngere_Extra-Statements, Pos. 6).*

Weiterhin diskutierten die Teilnehmer*innen des Wochenendes für Transitionsältere, dass selbstorganisierte Angebote innerhalb ihrer Communitys immer wieder Lücken füllten, die

eigentlich hoheitliche Aufgaben darstellen (Doku_4 Ältere, Pos. 487). Elliot beschrieb es mit den Worten:

„Als ich meine sexuelle Biographie aufgeschrieben haben, [ist mir aufgefallen], dass mir ganz viele Situationen eingefallen sind, wo es um Fremdbestimmung ging, wo ich mich nicht selbstbestimmt artikulieren konnte. Dann habe ich in Workshops in subkulturellen Kontexten gelernt, über meinen Körper zu sprechen, meinen Körper wahrzunehmen. [...] Damit dann wieder Grenzerfahrungen gemacht. Und so weiter und so fort. Das meine ich auch damit, dass noch nicht einmal Basisbedürfnisse abgedeckt werden. Zum Beispiel durch die Schulbildung [...], dass du nicht mit einem Selbstbewusstsein über deinen Körper aufwächst und dass viele erstmal sexualisierte Gewalt erfahren und gar keine freie Sexualität leben können und sich dann erst subkulturell Wissen aneignen müssen und dann vielleicht irgendwann an einem Punkt sind, zu sagen: ‚Jetzt habe ich ein erfülltes Sexleben.‘ Aber das ist halt ein langer Weg dahin und da sind halt ganz viele Bereiche noch gar nicht in der Mainstream-Bildung angekommen. Deswegen glaube ich, dass es wichtig ist, dass das mehr in die ganze Gesellschaft geht [mehrere Menschen stimmen zu] und Wissen wird, was leicht zur Verfügung steht und nicht erst in subkulturellen Kontexten selbstorganisiert [...] immer wieder organisiert werden muss“ (Elliot, Ältere_Feld4, Pos. 66-67).

Insbesondere die Teilnehmer*innen des Wochenendes für BIPoC diskutierten auch gesellschaftliches Stigma rund im HIV/STI im Speziellen, aber auch Sexualität im Allgemeinen. Auch hier sahen sie die Verantwortung, Stigma abzubauen, bei der Mehrheitsgesellschaft:

„[...] und die Ursache wird irgendwie gar nicht angetouched, weil die Ursache liegt halt einfach in der Mehrheitsgesellschaft, die bis heute nicht aufgeklärt ist, die dazu führt, dass überhaupt irgendwelche Stigmas entstehen. Und da denkt irgendwie niemand dran, dass man einfach mal so den Otto-Normal-Bürger mal aufklären soll, der halt von nichts eine Ahnung hat“ (Yäšikka, BIPoC_Feld4, Pos. 6).

Hierin wurde der Wunsch nach einem gesamtgesellschaftlichen Wandel von unseren Teilnehmer*innen ausgedrückt. In unserer derzeitigen Gesellschaft gibt es verschiedenste marginalisierte Personengruppen, die Stigmatisierung und Diskriminierung erfahren. Um also zur Entstigmatisierung von Minoritäten beizutragen, wiesen sie darauf hin, dass ein gesellschaftliches Umdenken und darauf basierendes Handeln notwendig sei.

Zuletzt möchten wir hier auf eine allgemeine Forderung hinweisen, die sich immer wieder durch das Datenmaterial hindurchzieht: Die Forderung nach Selbstbestimmung in der medizinischen Trans-Gesundheitsversorgung und nach der Einführung eines Selbstbestimmungsgesetzes zur Vornamens- und Personenstandsänderung für trans und nicht-binäre Personen:

„Aber es reicht ja nicht, in diesem 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, BIPoC_Feld4, Pos. 6).

5 Diskussion

5.1 Qualitativer Teil

Im Folgenden diskutieren wir die Ergebnisse des qualitativen Teils gegen den Forschungsstand entlang der Struktur des Ergebnisteils, anschließend in Bezug auf das Modell des Minoritätenstress und zuletzt vergleichen wir die Ergebnisse der drei unterschiedlichen Teilgruppen der Wochenendformate (BIPoC, Transitionsältere und Jüngere) in einer Queralyse miteinander.

5.1.1 Diskussion der Ergebnisse gegen den Forschungsstand

In Bezug auf Kapitel 4.1.1 Geschlechtliche Identitäten lässt sich festhalten, dass die Vielfalt an geschlechtlichen Identitäten und sexuellen Orientierungen sich in dieser Form auch in der Literatur wiederfindet. Auch der geringfügige Anteil von heterosexuellen Personen findet sich in dieser Form in der Literatur, wenn Daten zur sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität von trans und nicht-binären Personen außerhalb eines klinischen Settings erhoben werden wie bei Kuper et al. [10]. In Bezug auf 4.2.1 Körper und Sprache ist die Umbenennung von vergeschlechtlichten Körperteilen ein in der Literatur hinreichend bekanntes Phänomen [76-80, 82]. Die Sprachlosigkeit, mit der einige Teilnehmer*innen in Bezug auf ihre vergeschlechtlichten Körperteile ringen, wird in dieser Form auch bei Hamm beschrieben [80].

Mit Bezug auf 4.2.2.1 Gelebte Sexualität können wir festhalten, dass die Vielfalt an gelebter Sexualität sich auch gut mit der Literatur deckt. So war es für einige Teilnehmer*innen von großer Bedeutung, Sexualität zu praktizieren, der stereotyp mit der Geschlechterrolle zusammenfällt, also als Mann zu penetrieren oder als Frau aufnehmenden Sex zu praktizieren, wie beispielsweise bei Kruber beschrieben [78]. Für andere war es wichtig und bestärkend sich von genau solchen Zuschreibungen zu lösen und beispielsweise als Mann aufnehmenden vaginalen Verkehr [79] und als Frau insertiven Verkehr zu genießen [80]. Die Sorge mancher Teilnehmer*innen als nicht „trans genug“ zu gelten, wenn sie offen über ihre gelebte Sexualität sprechen, die stereotypen Vorannahmen entgegen läuft, wird als „das Trans-Narrativ“ an diversen Stellen in der Literatur beschrieben zum Beispiel bei Hamm und Sauer [55] und Hamm [80]. Wie präsent BDSM in den Lebensrealitäten der Teilnehmer*innen ist, deckt sich mit den Arbeiten von Bauer und Hamm [80, 82]. Bei Hamm findet sich außerdem eine ähnlich deutliche Präsenz von nicht-monogamen Lebensformen wie in dieser Studie.

Mit Bezug auf 4.2.3 Selbstbestimmung und (un-)sichere Rahmenbedingungen ist das erweiterte Safer Sex-Verständnis, das wir in Bezug auf die Teilnehmer*innen dieser Studie herausgearbeitet haben, nach unserem Kenntnisstand in der Literatur so noch nicht beschrieben worden. Die Betonung unserer Teilnehmer*innen, sich beim Sex und mit ihren intimen Partner*innen sicher fühlen zu wollen, zeigt, dass dies für trans und nicht-binäre Menschen keine Selbstverständlichkeit ist, sondern das Bewusstsein, dass auch von intimen Partner*innen ein Gefährdungspotential ausgehen kann, tief im Community-Diskurs verwurzelt ist. Dies passt mit veröffentlichten Studien zusammen, die herausgearbeitet haben, dass trans und nicht-binäre Personen häufiger verbaler, physischer und sexueller Gewalt durch Partner*innen ausgesetzt sind als cis Personen [28]. Die Berichte zu BDSM als positives Lernfeld für Konsens und Kommunikation finden sich ebenfalls in der Literatur, zum Beispiel, aber sicher nicht erstmalig, bei Hamm [80].

Mit Bezug auf 4.3.2 Wissen können wir festhalten, dass auch in der Literatur bislang festgestellt wurde, dass das Wissen um PrEP und PEP in trans und nicht-binären Communitys bisher wenig verbreitet ist, vgl. Wolton et al. [52]. Die Kritik insbesondere der jüngeren Teilnehmer*innen dieser Studie in Bezug auf mangelnde Sexualpädagogik im Bildungssystem deckt sich mit den Ergebnissen von Bradford et al., die herausgearbeitet haben, dass sexualpädagogische Curricula dringend überarbeitet werden müssen, um jungen trans Personen in der sexuellen Bildung gerecht zu werden [56]. Das Ausweichen auf alternative Informationsquellen von Community-Workshops bis Pornografie, um sich trans/nicht-binär spezifisches Wissen zu sexueller Gesundheit anzueignen wird in dieser Form auch von Hamm beschrieben [80].

Mit Bezug auf 4.3.3 Schutzstrategien ist die Vergleichsliteratur mehr als nur spärlich. Wir können jedoch festhalten, dass die Teilnehmer*innen der qualitativen Teilstudie ein umfangreiches Repertoire und ein differenziertes Verständnis von Schutz gezeigt haben, das neben der psychosozialen Komponente von Safer Sex auch pragmatische Aspekte wie ein verstärktes Bewusstsein für Hand- und Mundhygiene miteinschließt. Dies ist nachvollziehbar, denn obgleich dies keine trans/nicht-binär-spezifische Praktik ist, sind diese Aspekte doch für viele trans und nicht-binären Personen besonders relevant, da postoperative Genitalschleimhäute oder Schleimhäute unter Hormontherapie anfälliger für Infektionen sein können [24].

Mit Bezug auf 4.4.2 Transitionsprozesse können wir festhalten, dass sowohl die belastenden als auch die bestärkenden Faktoren von Transitionsprozessen, die wir in dieser Studie herausgearbeitet haben, in der Literatur bereits gut belegt sind. Die belastenden Faktoren finden sich beispielsweise bei FRA, [25, 26, 32, 36, 49, 55, 59] wieder. Die bestärkenden Aspekte von Transitionen sind zum Beispiel bei Appenroth et al. 2022, Tree McGrath 2018, Hamm 2020, Engelmann 2022 belegt [34, 45, 48, 80]. An dieser Stelle untermauern unsere Ergebnisse den Forschungsstand.

Mit Bezug auf 4.4.3 Empowermentfaktoren für die sexuelle Gesundheit insgesamt sind wenige Quellen vorhanden. Die Aspekte von Selbststärkung (Selbsterfahrung und Körperaneignung, Selbstbehauptung und Trans/Nicht-Binarität als Ressource) sowie Interaktion und Umgebung (insbesondere bestärkende Partner*innen sowie Community und Peer-Support) decken sich zu weiten Teilen mit sexuellen Strategien und Lernprozessen, die bei Hamm 2020 beschrieben werden [80]. Insbesondere die Bedeutung von bestärkenden Partner*innen wird in der Literatur vielfach benannt [76-78]. Die von unseren Teilnehmer*innen beschriebenen Veränderungen des Körperbildes bis hin zu Erfahrungen von Phantomkörperteilen sind ebenfalls gut belegt [82, 83]. Langer *et al.* kamen in einer ersten quantitativen Erhebung sogar zu dem Ergebnis, dass die Hälfte aller trans Personen „trans phantoms“ erlebt. Die Aspekte von Community und Peer-Support werden auch im Modell des Minoritätenstress nach Meyer 2003 [42] als bestärkende Faktoren benannt und im angepassten Modell nach Hendricks/Testa als Resilienzfaktoren beschrieben [23]. Auch Günther et al. verwenden den Begriff der Resilienzfaktoren um diese Aspekte zu beschreiben [32]. Für eine ausführlichere Diskussion unserer Ergebnisse in Bezug auf das Minoritätenstressmodell siehe 5.1.2 Diskussion Minoritätenstress.

Mit Bezug auf 4.4.4 Belastungsfaktoren gibt es gut beschriebene Evidenz, die sich weitestgehend mit unseren Ergebnissen deckt. Fast die Hälfte aller Codierungen dieser umfangreichen Kategorie lassen sich mit dem Modell des Minoritätenstress beschreiben (für eine ausführlichere Diskussion hierzu siehe 5.1.2 Diskussion Minoritätenstress). Auch bezüglich der Belastungsfaktoren tragen unsere Ergebnisse mehr dazu bei, den bestehenden Forschungsstand zu untermauern als zu erweitern. Hier genannt werden sollten jedoch zumindest die Aspekte von Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen. Diese werden in der Literatur z.B. auch von der Europäischen Agentur für Grundrechte und der Antidiskriminierungsstelle des Bundes belegt [25, 26, 54]. Ein anderer Kernaspekt von Minoritätenstress den unsere Teilnehmer*innen vielfach benannt haben, waren Exotisierung und Fetischisierung. Auch diese sind in der Literatur sehr gut belegt, so zum Beispiel bei Anzani et al. 2021 [37]. Jenseits von Minoritätenstress benannten die Teilnehmer*innen des qualitativen Teils nicht nur fehlendes Wissen, sondern auch den Zugang zu Wissen als Belastungsfaktor. So fiel es vielen Teilnehmer*innen schwer, gut fundierte Informationsquellen zu trans/nicht-binär-spezifischen Fragen der sexuellen Gesundheit zu finden, wie z.B. Testosterontherapie und Schwangerschaftsrisiko oder auch die Langzeitwirkungen von Hormonen auf Schleimhäute. Auch nach unserem Kenntnisstand besteht hier eine Lücke, sowohl in Bezug auf verbesserte, evidenzbasierte Erkenntnisse an sich, als auch deren Aufbereitung für die Zielgruppe.

Mit Bezug auf Kapitel 4.5 Beratung, Testung und Versorgung können wir festhalten, dass trans und nicht-binäre Menschen unterversorgt sind. Kernpunkt dieser Feststellung ist, dass die Teilnehmer*innen des qualitativen Teils Angebote der sexuellen Gesundheit in der Regel nicht als für trans und nicht-binäre Menschen geeignet einstufen, wenn diese Angebote sich nicht explizit auf trans und nicht-binäre Menschen spezialisiert und einen entsprechenden Sensibilisierungsprozess durchlaufen hatten. Hier unterscheiden sich

die Ergebnisse des qualitativen und des quantitativen Teils, da in der quantitativen Online-Befragung fast zwei Drittel der Befragten angaben, sich auch in einem nicht-spezialisierten Setting gut beraten zu fühlen (siehe 5.2.4 Beratung zur sexuellen Gesundheit und HIV/STI). Für diese Unterschiede kann es verschiedene Gründe geben. Zum einen wurde die Frage nach der Zufriedenheit qua Setting nur den Personen gestellt, die auch Beratung in Anspruch genommen haben. Trans und nicht-binäre Personen, die aufgrund negativer Erfahrungen oder Angst vor Diskriminierungen keine Angebote (mehr) in Anspruch nehmen, sind hier nicht abgebildet, machen aber auch einen erheblichen Teil der Grundgesamtheit aus (siehe 4.5.1.2 Erreichbarkeit und Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme von HIV/STI-Beratung). Zum anderen fanden die Diskussionen der qualitativen Teilnehmer*innen vor dem Hintergrund intensiver Auseinandersetzung mit den Rahmenbedingungen der Beratungs- und Testlandschaft statt. Eine Person, die sich gerade über erlebte Diskriminierungserfahrungen im Beratungssetting und darüber, wie Beratung eigentlich sein sollte, ausgetauscht hat, wird vielleicht höhere Ansprüche formulieren, was gute Beratung ausmacht, als eine Person, die alleine an der Online-Befragung teilnimmt und für diese Reflektionen keinen Anhaltspunkt und/oder kein Gegenüber hat. Diese Daten wurden bisher in dieser Form für Deutschland noch nicht erhoben und stellen damit ein neues Ergebnis dar. Sie korrespondieren aber sehr gut mit der bestehenden Literatur, z.B. der Erhebung der Europäischen Agentur für Grundrechte (FRA) [25, 26], die zu dem Ergebnis kam, dass trans und nicht-binäre Personen in Deutschland zu einem erheblichen Teil Diskriminierungen im Gesundheitswesen erfahren sowie den Ergebnissen von Safer et al. von 2016, welche die bestehenden Barrieren genauer in Bezug auf Angebote der sexuellen Gesundheit analysierten [49, 96]. Weiterhin korrespondieren die Ergebnisse gut mit Guethlein, welche die häufig mangelnde Fachkompetenz von medizinischem Gesundheitspersonal in Bezug auf trans und nicht-binäre Menschen herausgearbeitet haben [36]. Angebote der sexuellen Gesundheit, die sich spezifisch auf die Versorgung trans und nicht-binärer Menschen spezialisiert haben, wurden von den Teilnehmer*innen sehr positiv bewertet. Diese waren allerdings sehr selten. Neben vereinzelt fachlich gut informierten kleineren Angeboten wie einzelne gynäkologische Praxen, benannten die Teilnehmer*innen durch alle Veranstaltungen hinweg immer wieder dieselben drei Schwerpunktangebote in deutschen Großstädten, auch wenn sie selbst oft mehrere hundert Kilometer entfernt wohnten. Die Ergebnisse lassen auf eine fundamentale Versorgungslücke in der sexuellen Gesundheitsversorgung für trans und nicht-binäre Menschen schließen. Es besteht ein deutlicher Nachbesserungsbedarf, nicht nur bezüglich der Schaffung weiterer Schwerpunktangebote, sondern auch in Bezug auf die Grundsensibilisierung von medizinischem Personal insgesamt für die Lebensrealitäten von trans und nicht-binären Menschen. Dies wurde auch von den Teilnehmer*innen selbst mit Nachdruck gefordert und deckt sich auch mit bestehenden Forderungen von Interessensverbänden [65]. Es korrespondiert auch gut mit den Ergebnissen von Brandt et al. von 2022, die herausfanden, dass LSBTI-spezifisches Fachwissen bisher kaum in medizinischen Ausbildungen vermittelt wird [70]. Tatsächlich korrespondiert der Großteil der von den Teilnehmer*innen formulierten Bedarfen mit bestehenden Empfehlungen von Interessensverbänden und Peer-Forscher*innen. So findet sich die Forderung der Teilnehmer*innen nach mehr Peer-Beratung auch beim Bundesverband Trans* [65] und die Forderung nach mehr Selbstbestimmung im medizinischen System bei den Vorschlägen für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans-Gesundheitsversorgung von Hamm/Sauer [55].

5.1.2 Diskussion Minoritätenstress

Im Folgenden werden wir unsere Ergebnisse mit dem Minoritätenstress-Modell nach Meyer sowie mit der adaptierten Version nach Hendricks und Testa diskutieren [23, 42]. Wir werden beide Modelle heranziehen, da die adaptierte Version auf der Version von Meyer aufbaut und spezifische Stressoren für trans und nicht-binäre Personen ergänzt hat, sich jedoch einige Stressoren ähneln. Wir werden in der Diskussion zunächst die distalen Stressoren und anschließend die proximalen Stressoren erläutern und abschließend schauen, ob und wenn ja welche Resilienzfaktoren mit unserem Datenmaterial herausgearbeitet werden konnten und diese mit den im Modell genannten abgleichen.

Distale Stressoren: Während Meyer in seinem Modell unter den distalen Stressoren ebenso konkrete Gewalterfahrungen und diskriminierende institutionelle Strukturen als auch stereotype Ansichten der Mehrheitsgesellschaft zusammenfasst, ergänzen Hendricks/Testa Diskriminierung, Ablehnung und Schikanie auf Grund der geschlechtlichen Identität. Weiterhin zählen sie das Absprechen der geschlechtlichen Identität zu den distalen Stressoren. Wir konnten in unserem Ergebnisteil aufzeigen, dass alle hier genannten Stressoren auch von unseren Teilnehmer*innen benannt wurden. Die von den Teilnehmer*innen beschriebenen Diskriminierungserfahrungen in der generellen medizinischen Versorgung und der HIV/STI-Versorgung haben wir als Belastungsfaktor herausarbeiten können. Die beschriebenen Erfahrungen sind vielfältig und ziehen für trans und nicht-binäre Personen Konsequenzen nach sich. Einerseits konnten wir aufzeigen, dass negative Erfahrungen antizipiert werden (siehe proximale Stressoren). Andererseits bedeutete dies aber für unsere Teilnehmer*innen zum Teil auch, dass sie nicht die Beratung und/oder Behandlung bekamen, die sie gebraucht hätten. Sie standen vor der Frage, ob sie sich outen, um gegebenenfalls die angemessene, auf ihre Körper und Lebensrealitäten abgestimmte, Behandlung zu bekommen. Oder aber sie outeten sich nicht und die Beratung/ Behandlung war nicht angemessen. In der Konsequenz ist diese innere Auseinandersetzung eine Folge der Diskriminierungserfahrungen, die die Teilnehmer*innen berichteten und kann somit die psychische Gesundheit im Sinne des Minoritätenstress beeinflusst werden. Die unpassende Beratung/Behandlung kann negative Konsequenzen für die physische Gesundheit nach sich ziehen, wenn beispielsweise die in Beratung vermittelten Informationen in Bezug auf Körper und Lebensrealitäten der Teilnehmer*innen nicht mehr zutreffen. Weiterhin benannten die Teilnehmer*innen rechtliche Grundlagen wie das fehlende Selbstbestimmungsgesetz als belastend. Wir konnten aufzeigen, dass das derzeitige Gatekeeping-System mit all seinen bürokratischen und psychopathologisierenden Aspekten von den Teilnehmer*innen als belastend empfunden wird. Dies inkludiert z.B. die Vorgaben der Krankenkassen zur Kostenübernahme von geschlechtsangleichenden Maßnahmen [93], die Voraussetzungen zur Einleitung somatischer Maßnahmen nach den medizinisch-fachlichen Leitlinien [94] und die bürokratischen und diagnostischen Prozesse, die daraus folgen. Gleichzeitig zählen hier aber auch die zeitlichen Verzögerungen aufgrund mangelnder kompetenter und transaffirmativer Behandler*innen oder die berichteten willkürlichen Ablehnungen von Kostenübernahmen durch die Krankenkassen dazu. Diese Faktoren können im Sinne der Modelle als distale Stressoren angesehen werden.

Weiterhin beschrieben einige Teilnehmer*innen (sexualisierte) Gewalterfahrungen in der Vergangenheit, die ebenfalls zu den distalen Stressoren zählen. Mit Blick auf die adaptierte Version von Hendricks/Testa können wir sehen, dass auch die hier genannten distalen Stressoren von unseren Teilnehmer*innen beschrieben wurden [23]. So haben wir unter 4.4.4.2 Minoritätenstress aufzeigen können, dass im falschen Geschlecht angesprochen zu werden (misgendering) versehentlich passieren kann oder aber mit einer aktiven Negierung der geschlechtlichen Identität des Gegenübers einhergeht. Somit beschrieben einige Teilnehmer*innen die Erfahrung, dass ihnen in unterschiedlichen Settings, vom familiären Umfeld bis hin zum Arzt*innenbesuch, die geschlechtliche Identität abgesprochen wurde. Zudem beschrieben unsere Teilnehmer*innen auch immer wieder transnegative Erfahrungen, die für sie alltäglich sind und sich durch ihre Biographien ziehen. Hierbei benannten sie Ablehnungserfahrungen, die sie aufgrund ihrer geschlechtlichen Identität machten. So wurde von einer Internetplattform berichtet, die eigentlich gender-affirmativ sein sollte, sich aber als transnegativ herausstellte. Ein anderer Teilnehmer berichtete von Hassnachrichten, die er auf einem schwulen Datingportal zugeschickt bekam, nachdem er sich als trans outete. Bei sexuellen Handlungen beschrieben manche Teilnehmer*innen ebenfalls Exotisierung und Fetischisierung, die sie von Sexualpartner*innen oder in intimen Beziehungen erfuhren. Diese wurde von einigen Teilnehmer*innen als Objektifizierung und Entmenschlichung empfunden. Somit lässt sich auch diese Objektifizierung unter transnegativen Erfahrungen fassen und kann somit als distaler Stressor angesehen werden.

Es wird deutlich, dass sich die von Meyer und Hendricks/Testa benannten distalen Stressoren in unserem Datenmaterial wiederfinden.

Proximale Stressoren: Zu den proximalen Stressoren zählen Hendricks/Testa neben der internalisierten Transnegativität, die negative Erwartungshaltung, Diskriminierungen aufgrund der eigenen geschlechtlichen Identität zu erleben [23]. Außerdem zählen sie das Verschleiern der geschlechtlichen Identität ebenfalls dazu.

Als ersten proximalen Stressor betrachten wir die internalisierte Transnegativität. Transnegative Erfahrungen haben wir bereits als distalen Stressor beschrieben, mit denen sich trans/nicht-binäre Personen stets konfrontiert sehen. Diese alltäglichen Erfahrungen können von diesen verinnerlicht werden. Werden diese transnegativen Bilder und Einstellungen internalisiert, können diese als wahr empfunden werden und sich negativ auf das Selbstbild der jeweiligen Person auswirken. Folglich können das Selbstvertrauen und der Selbstwert gemindert werden. Unsere Teilnehmer*innen beschrieben die Auswirkungen der internalisierten Transnegativität in Bezug auf ihre sexuelle Verhandlungskompetenz. Sie beschrieben eine erhöhte Vulnerabilität, da sie ihren eigenen Körper schon als Umstand für das Gegenüber empfanden und somit nicht noch zusätzlich auf ihre Safer Sex-Vorsätze bestehen wollten. Weiterhin beschrieben unsere Teilnehmer*innen, dass die verinnerlichte Transnegativität sich auch darin zeigte, dass sie Angst hatten, ihre Partner*innen zu verärgern oder Machtgefälle in Beziehungen beschrieben, in denen sie nicht das Gefühl hatten, für ihre eigenen Bedürfnisse eintreten zu können. Sie beschrieben im Zuge dessen ebenfalls Depressionen und Suizidgedanken als Folge, worin sich die psychische Belastung sehr deutlich zeigte.

Als zweiten proximalen Stressor beschreiben Hendricks/Testa eine negative Erwartungshaltung, aufgrund der eigenen geschlechtlichen Identität Diskriminierungen zu erleben [23]. Wir konnten aufzeigen, dass diese Diskriminierungserwartung von unseren Teilnehmer*innen beschrieben wurde und sich für diese zu einer Barriere der Inanspruchnahme von Angeboten der sexuellen Gesundheit entwickelt hat. Die negativen Erfahrungsberichte der Teilnehmer*innen überwogen deutlich und berichtete positive Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung stellten eher die Ausnahme als die Regel dar. Die Teilnehmer*innen beschrieben, dass die Bereitschaft ein unbekanntes Angebot auszuprobieren geringer wurde, je häufiger sie schlechte Erfahrungen machten. Die realen Diskriminierungserfahrungen, die wir als distalen Stressor herausgearbeitet haben, wurden von unseren Teilnehmer*innen aufgrund dieser Erfahrungen also antizipiert und befürchtet. Folglich konnten wir aufzeigen, dass die Teilnehmer*innen gewisse Ausweichstrategien entwickelten, die sich in der Konsequenz langfristig negativ auf die sexuelle Gesundheit auswirken könnten, wenn Ärzt*innenbesuche und andere Kontakte mit Gesundheitspersonal und Berater*innen gemieden oder erst sehr viel später in Anspruch genommen werden.

Als dritten und somit letzten proximalen Stressor beschreiben Hendricks/Testa das Verschleiern der eigenen geschlechtlichen Identität [23]. Die ständige Umsicht und Vorsicht, die dieser Stressor nach sich zieht sowie die Angst „aufzufliegen“ und weitere Diskriminierung zu erleben, kann eine immense Belastung für trans und nicht-binäre Personen darstellen. Dieser Faktor wurde von unseren Teilnehmer*innen ebenfalls beschrieben. In Bezug auf die gesundheitliche Versorgung beschrieben die Teilnehmer*innen vor allem die innere Ambivalenz, die ein cis-normatives Gesundheitssystem nach sich zieht. Das bedeutet, dass trans und nicht-binäre Personen häufig vor der Frage standen, ob sie sich aktiv als trans/nicht-binär positionieren und somit die Angst vor einer weiteren Diskriminierungserfahrung überwinden mussten, um die Versorgung zu bekommen, die sie benötigten. Anderenfalls wurde beschrieben, dass aus Schutz vor weiteren Diskriminierungen die geschlechtliche Identität verschleiert wurde, die Personen dann aber auch nicht die Versorgung erhielten, die sie eigentlich benötigten. Ein weiterer Aspekt, in dem diese Ambivalenz beschrieben wurde, ist die Selbstoffenbarung Dates und Sexpartner*innen gegenüber. Hierbei beschrieben einige Teilnehmer*innen, sich online nicht direkt als trans zu outen, um Hassnachrichten zu vermeiden. Gleichzeitig benannte ein Teilnehmer, dass er in schwulen Darkrooms das Risiko eingeht, sich als trans zu outen bzw. geoutet zu werden. In dem Moment, in dem eine Person ein Passing hat, so die Person weiter, wird davon ausgegangen, dass man sicher vor Diskriminierungen und Gewalt sei. Er habe jedoch auch bereits gewaltvolle Reaktionen erlebt von potentiellen Sexpartnern, die ihm vorwarfen sie "getäuscht" zu haben, weil sie aufgrund seines Passings angenommen hatten mit einem cis Mann zu interagieren. Diese innere Antizipation und Sorge vor Gewalt können dazu führen, dass Teilnehmer*innen den eigenen trans/nicht-binären Status

verschleiern wollen. In sexuellen Kontakten stellt sich dies aber als unmöglich dar, so dass andere Teilnehmer*innen beschrieben, dass sie direkt mit ihren Gegenübern kommunizierten oder durch die eigene Nacktheit ihre Körper zeigten. Unsere Teilnehmer*innen sprachen aber auch davon, dass sie ihre geschlechtliche Identität als trans/nicht-binär teilweise nicht ausleben können und stattdessen eine cisgeschlechtliche Identität spielen müssen.

Wir konnten somit aufzeigen, dass alle im Modell genannten proximalen Stressoren auch von unseren Teilnehmer*innen beschrieben werden und einen Einfluss auf die psychische Gesundheit von trans und nicht-binären Personen nehmen können.

Resilienzfaktoren: Sowohl im Modell von Meyer als auch im Modell von Hendricks/Testa werden Faktoren beschrieben, die sich positiv auf die psychische Gesundheit auswirken können [23, 42]. Während Meyer von sozialem Support und Bewältigungsstrategien auf individueller und Community-Ebene spricht, sprechen Hendricks/Testa von sogenannten Resilienzfaktoren. Hierzu zählen letztere einerseits den Anschluss an die Communitys und andererseits das Stolzsein auf die eigene geschlechtliche Identität – in unserer Arbeit als Transpositivität bezeichnet.

Wir konnten in unserer Analyse die Bedeutung der Communitys herausarbeiten. Die Teilnehmer*innen beschrieben den positiven Charakter den Community- und Peerkontakte für sie hatten. Hierbei beschrieben sie einerseits den Austausch mit den Peers als bestärkend. Dies konnten wir beispielsweise in Bezug auf den Aspekt „Körper und Sprache“ aufzeigen und einige Teilnehmer*innen berichteten, dass sie erst durch diesen Peer-Austausch gelernt hätten über Sex und Sexualität zu sprechen und zu kommunizieren. Weiterhin benannten die Teilnehmer*innen, dass ihnen ihre Communitys dabei ein Gefühl von Gemeinschaft vermitteln würden – eine Gemeinschaft, in der sie Menschen mit geteilten oder ähnlichen Erfahrungen trafen und sich gegenseitig unterstützen konnten. Hierzu kann weiterhin gezählt werden, dass wir aufgezeigt haben, dass sichtbar inklusive Räume als bestärkende Orte empfunden wurden. Die Erfahrung in bestimmten Räumen willkommen und explizit angesprochen zu sein, kann sich bestärkend für die Menschen anfühlen. Zudem wurden auch Online-Communitys als bestärkend empfunden, da hierdurch beispielsweise passende Vorbilder gefunden wurden, die bei der eigenen Suche nach Identität und Sexualität hilfreich waren.

Während Transpositivität expliziter im quantitativen Studienteil erhoben wurde, konnten wir auch im qualitativen Teil herausarbeiten, dass die eigene Transgeschlechtlichkeit/Nicht-Binarität als Ressource oder stärkender Faktor angesehen wird. Unsere Teilnehmer*innen beschrieben zum Teil, dass ihnen Auseinandersetzungsprozesse um die eigene Geschlechtsidentität und das subsequente Dekonstruieren von gesellschaftlichen Normen das Gefühl gab, sich auch in anderen Bereichen von gesellschaftlichem Erwartungsdruck frei machen zu können und sich auch in anderen Feldern selbstbewusster und gestärkt zu fühlen. Ein*e Teilnehmer*in verwies positiv darauf, im Bereich Sexualität nun freier und experimentierfreudiger zu sein.

Insgesamt lässt sich also festhalten, dass in unserem Datenmaterial sowohl distale und proximale Stressoren als auch Resilienzfaktoren im Sinne von Hendricks/Testa zu finden sind. Das Modell erweist sich an dieser Stelle als hilfreich um aufzuzeigen, inwiefern sich unterschiedliche Belastungs- und Empowermentfaktoren auf die psychische Gesundheit von trans und nicht-binären Menschen auswirken können. Der Fokus der vorliegenden Arbeit ist aber nicht die psychische, sondern die sexuelle Gesundheit. Wir konnten aufzeigen, dass die beschriebenen Belastungsfaktoren beispielsweise die Verhandlungskompetenz von trans und nicht-binären Personen und somit auch die sexuelle Gesundheit beeinflussen können. Die psychische und die sexuelle Gesundheit sind nicht losgelöst voneinander zu betrachten und bedingen sich gegenseitig. Um die Auswirkungen der Belastungs- und Empowermentfaktoren genauer zu verstehen, ist weitere Forschung hierzu nötig. Das Minoritätenstressmodell kann hierbei eine wichtige theoretische Grundlage darstellen.

5.1.3 Diskussion – Queranalyse Gruppenwochenenden

Wir haben eine Teilanalyse der Datensets vorgenommen. Hierbei haben wir die Daten der drei Fokusgruppen-Wochenenden verglichen, d.h. wir haben uns angeschaut, welche Unterschiede und Gemeinsamkeiten es zwischen den Aussagen der Teilnehmer*innen der verschiedenen Wochenenden gibt. Es gibt wenige Unterschiede bzw. spezifische Themen, die in den jeweiligen Wochenenden fokussiert wurden. Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich der Großteil der Aussagen durch alle Subgruppen hindurchzieht. Bei vielen Hauptkategorien sowie Subkategorien ließen sich keine Unterschiede feststellen.

Es gab hierbei jedoch einige wenige Unterschiede, die wir im Folgenden darstellen möchten. Das Wochenende für Transitionsältere war das einzige Wochenende, welches die COVID-Pandemie erwähnt hat. Hierbei wurden Sorgen über Einsamkeit formuliert und aufgrund zunehmender Prekarität durch die Pandemie, die Überlegung mit Sexarbeit zu beginnen.

Bei der Bewerbung der Angebote waren sich alle Gruppen einig, dass sie online verfügbar sein sollten. Die Teilnehmer*innen vom Wochenende für Transitionsältere wünschten sich aber eine Ansprache und Bewerbung, die generationensensibel gestaltet ist, d.h. im besten Fall „ohne Denglisch und schlichte Farben“ (Doku_4 Ältere, Pos. 445-446) verwendend. Hierbei wird deutlich, dass Einrichtungen und Beratungs- und Teststellen ihre Angebote für verschiedene Subgruppen der trans und nicht-binären Communitys unterschiedlich ausrichten müssen, damit möglichst viele Personen dieser Communitys erreicht werden. Auch mit Blick auf das Alter sind die Communitys divers und dies soll in der Konzeption von Angeboten und deren Bewerbung berücksichtigt werden.

Ein weiterer Unterschied wird deutlich, wenn wir uns die Thematik Scham genauer ansehen. Zwar wird dieses Thema in allen Subgruppen erwähnt und als belastend beschrieben, doch unterscheiden sich die Ursachen, Gründe und Auslöser der empfundenen Scham. Während einige Teilnehmer*innen des Wochenendes für Transitionsältere eher von einer körperlich besetzten Scham sprachen und vermeintlich ordinäre Begrifflichkeiten wie „Möse“ Scham auslösten, war bei vielen Teilnehmer*innen des Wochenendes für Jüngere ein fehlendes Wissen häufig ein Auslöser für Scham. So wurde am Wochenende für Jüngere mehrfach davon berichtet, nicht gut über sexuelle Gesundheit im Allgemeinen und HIV/STI im Besonderen informiert zu sein. Die gesellschaftliche Stigmatisierung von Sexualität und sexuell übertragbaren Krankheiten, gepaart mit schlechter Sexualpädagogik führte bei vielen jüngeren Teilnehmer*innen zu einer Scham, die sich durch bessere sexuelle Bildung bereits in der Schule verringern ließe. Einige Teilnehmer*innen des Wochenendes für BIPOC sprachen von einer Scham von außen, einer Art Beschämung, die sie internalisierten. Dies führte zu einer Scham zu existieren. Somit zeigt sich auch hier, dass in der Interaktion mit trans und/oder nicht-binären Personen Scham nicht gleich Scham ist, sondern vielmehr darauf geachtet werden muss, was die momentanen Auslöser dafür sind, um die dadurch entstehende Belastung zu minimieren, denn Schamgefühlen können sich im Laufe des Lebens verändern. Sie können sich gegebenenfalls auflösen und/oder neue dazukommen.

Bei der Konzeption der Studie wurde eine paritätische Aufteilung von transweiblichen, transmännlichen und nicht-binären Teilnehmer*innen angestrebt. Im Verlauf der Datenerhebung zeichnete sich jedoch sehr deutlich ab, dass es uns nicht gelang, genügend transweibliche und/oder nicht-binäre AMAB Personen für die Teilnahme zu gewinnen (siehe hierzu auch Limitationen). Viele unserer Daten sind somit aus einer transmännlichen und/oder nicht-binären AFAB-Perspektive formuliert, sodass die Sexualität von trans Frauen weniger thematisiert wurde. Dies kann zum einen daran liegen, dass es bedeutend schwerer ist, als wohlmöglich einzige trans Frau in diesem Setting über Sexualität und sexuelle Gesundheit zu sprechen. Dies trifft auf alle drei Wochenendveranstaltungen zu, doch wurde beim Wochenende für Transitionsältere auch explizit thematisiert, dass es eine Erfahrung sei, dass Sex(ualität) in transweiblichen Communitys ausgeblendet wird und der Austausch hierüber fehlt. Der Grund hierfür könnte sein, dass das Wochenende für Transitionsältere die einzige Wochenend-Veranstaltung war, an der mehr als eine trans Frau teilgenommen

hat. Folglich war dies die einzige Veranstaltung, auf der sich ein tatsächlicher Austausch zwischen trans Frauen entwickeln konnte.

Wie bereits erwähnt, berichteten einige Teilnehmer*innen des Wochenendes für Jüngere von Schamgefühlen aufgrund fehlenden Wissens bezüglich sexueller Gesundheit und STIs. Dieses fehlende Wissen und der Verweis auf eine mangelhafte Sexualpädagogik wurde von diesen Teilnehmer*innen im Vergleich mit den Teilnehmer*innen des Wochenendes für BIPoC sowie des Wochenendes für Transitionsältere sehr viel häufiger thematisiert. Der Wunsch nach diverserer und besserer Aufklärungsarbeit in der Schule und einer Sexualpädagogik, die nicht hetero- und cis-normativ ist, wurde ebenfalls besonders häufig von den Teilnehmer*innen dieses Wochenendes formuliert. Die Teilnehmer*innen dieses Wochenendes waren zwischen 17-24 Jahre alt. Somit konnte die eigene Erfahrung mit der Sexuaufklärung in der Schule vermeintlich noch präsenter sein als in den anderen beiden Gruppen. Gleichzeitig ist die Lebenserfahrung insgesamt und damit in der Regel auch die Akkumulation von Wissen zu sexueller Gesundheit im Laufe des Lebens zu diesem Zeitpunkt geringer, als im Vergleich mit älteren Personen. Dies könnte eine Erklärung sein, warum dieser Aspekt am Wochenende für Jüngere häufiger benannt wurde. Das fehlende Wissen in Bezug auf Sexualität und somit auch zu sexuell übertragbaren Infektionen wurde ebenso von einigen Teilnehmer*innen benannt, wie das fehlende Wissen zu Testmöglichkeiten. So berichteten einige Teilnehmer*innen, dass nicht nur inadäquate Risikoeinschätzungen in der Vergangenheit vorgenommen wurden, sondern das Unwissen in der Vergangenheit auch zu starken psychischen Belastungen (z.B. im Sinne einer Angstsymptomatik) geführt habe. Es wird deutlich, dass das Wissen zu sexueller Gesundheit generell, aber insbesondere bei jüngeren trans und nicht-binären Personen, angemessen aufbereitet, beworben und zugänglich gemacht werden muss. Die Folgen, die dieses Unwissen nach sich zieht, können durch eine bessere Präventionsarbeit verhindert oder zumindest minimiert werden.

An allen Wochenenden wurde das Thema Mehrfachmarginalisierung und Intersektionalität aufgegriffen und angesprochen. Jedoch wird bei der Analyse der Teildatensets deutlich, dass die Thematisierung von Intersektionalität und Rassismus sehr viel häufiger am Wochenende für BIPoC erfolgte. Dies ist mit Hinblick auf die negative Betroffenheit der BIPoC-Teilnehmer*innen in Bezug auf Rassismus kein überraschendes Ergebnis. Intersektionale Perspektiven ermöglichen Diskriminierungsstrukturen in ihrer Verwobenheit zu erfassen, sodass die trans und nicht-binären BIPoC-Teilnehmer*innen diese bereits einnahmen, wenn sie von ihren eigenen Erfahrungen sprachen, da ihre Lebensrealität durch die Verschränkung von verschiedenen Diskriminierungsachsen bestimmt wird. Die beschriebenen rassistischen Erfahrungen in der deutschen Gesellschaft und im deutschen Gesundheitssystem wirkten sich maßgeblich auf die Forderungen der BIPoC-Teilnehmer*innen aus. So wurde beispielsweise geäußert, dass bestehende Angebote nicht komplex genug für die Lebensrealitäten seien, die unsere Teilnehmer*innen abbildeten. Somit forderten sie nicht nur spezifische Angebote für trans und nicht-binäre Personen, sondern Angebote, die Mehrfachmarginalisierungen konsequent berücksichtigen und sich danach ausrichten. Diesen intersektionalen Ansatz forderten zwar auch Teilnehmer*innen anderer Veranstaltungen, doch waren diese Forderungen hier am ausgeprägtesten. Die alltäglichen Rassismuserfahrungen, die ebenfalls in sexuellen Situationen erfahren wurden, wurden von einigen Teilnehmer*innen mit Blick auf ein erweitertes Safer Sex-Verständnis thematisiert. Hierbei formulierten einige Teilnehmer*innen des Wochenendes für BIPoC den Wunsch, dass dieses Verständnis ebenfalls eine emotional-psychoziale Komponente enthalten sollte, die die Sicherheit von marginalisierten Gruppen berücksichtigt. Während auch an den anderen Wochenenden für eine Erweiterung des Safer Sex-Verständnisses plädiert wurde, waren es die BIPoC-Teilnehmer*innen, die auch an dieser Stelle das Thema der Rassismussensibilität platzierten. Die Wahrung von Grenzen und die dafür nötigen Absprachen haben wir unter Konsens und Kommunikation als einen wichtigen Faktor herausgearbeitet, der in vielen Datenerhebungsveranstaltungen genannt wurde – hierbei ging es häufig aber um das Einholen von Konsens vor bestimmten körperlichen Berührungen oder sexuellen Handlungen. Das Besondere an der Diskussion am Wochenende für BIPoC war jedoch, dass bestimmte marginalisierte Personengruppen und deren physische und psychische Unversehrtheit inkludiert werden sollten. Das bedeutet also eine Sensibilisierung für die

Bedürfnisse und Vulnerabilitäten bestimmter Personengruppen und deren Inklusion in ein erweitertes Safer Sex-Verständnis, welches vermittelt wird.

Abschließend lässt sich also festhalten, dass die Gemeinsamkeiten der drei verschiedenen Teilgruppen überwiegen, sich bei der genaueren Analyse aber durchaus gewisse Themen unterscheiden.

5.1.4 Limitationen des qualitativen Studienteils

Es handelt sich um eine explorative, erste Studie zur sexuellen Gesundheit von trans und nicht-binären Menschen in Deutschland. Im qualitativen Teil haben wir Erfahrungen von trans und nicht-binären Menschen mittels schriftlicher Methoden und Fokusgruppen erhoben. Die Erhebungsmethode bringt zwangsläufig Einschränkungen mit sich. So sind Fokusgruppen gut geeignet, um Community-Diskurse oder Gruppennarrative zu erheben, sie bergen jedoch immer das Risiko, dass abweichende Perspektiven, die dem Gruppennarrativ entgegenlaufen, im Gruppensetting aufgrund sozialer Unerwünschtheit nicht geäußert werden. Dies wurde über die Möglichkeit von Extra-Statements abgedeckt, kann sich allerdings trotzdem als Verzerrung im Datenmaterial manifestieren.

Weiterhin unterlag das Teilnehmer*innensample verschiedenen Beschränkungen. So ist es uns im Rekrutierungsprozess nicht gelungen, eine paritätische Aufteilung mit transmännlichen, transweiblichen und nicht-binären Teilnehmer*innen zu erreichen. Im Gegenteil: es entschieden sich nur sehr wenige trans Frauen für eine Teilnahme. Die meisten Teilnehmer*innen der Workshops waren entweder transmännlich oder entstammten dem nicht-binären AFAB-Spektrum (AFAB steht für „assigned female at birth“; „bei der Geburt weiblich zugewiesen“). Dies spiegelt einen allgemeinen Trend wieder. Community-Veranstaltungen sind heute deutlich stärker trans-maskulin dominiert als noch vor 10 Jahren. Dies kann zu einer sich selbst bestätigenden Prophezeiung werden: verschiedene trans Frauen äußerten im Vorgespräch die Sorge, „die Einzige“ unter trans Männern zu sein. Von einzelnen Interessierten wissen wir, dass sie sich aus diesem Grund gegen eine Teilnahme entschieden haben. Aufgrund dieses Sample-Bias entschieden wir uns dazu, die Einzelinterviews ausschließlich mit trans Frauen und nicht-binären AMAB-Personen („assigned male at birth“; „bei der Geburt männlich zugewiesen“) zu führen, um das Geschlechterverhältnis etwas mehr auszugleichen. Für zukünftige, ähnlich gelagerte Studien wäre es essentiell, ein eigenes Forschungswochenende/eine eigene Forschungsveranstaltung ausschließlich für trans Frauen und nicht-binäre AMAB-Personen anzubieten.

Auch weitere mehrfachmarginalisierte Personengruppen konnten wir nicht adäquat für die Studie gewinnen. So wäre eine tiefere Einbindung von trans/nicht-binären Sexarbeiter*innen in die Studie wünschenswert gewesen. Zwar haben mehrere Personen mit Erfahrungen in der Sexarbeit an der Studie teilgenommen. Diese entschieden sich jedoch aus einer vergleichsweise selbstbestimmten Perspektive für die Art von Arbeit. Die Perspektiven von Menschen, die sich aus vulnerableren Gründen für Sexarbeit entscheiden, Sprachbarrieren erleben, gegebenenfalls Illegalisierung und Migrantisierung erfahren, konnten in diese Studie nur mittelbar über das Expert*innen-Gruppeninterview abgedeckt werden. Hier ist dringend weitere partizipative Forschung vonnöten, was derzeit im Rahmen des partizipativen Forschungsprojekts zu Sexarbeit seitens der DAH geschieht. Weiterhin ist es uns nur bei einzelnen Veranstaltungen gelungen, barrierefreie Veranstaltungsorte zu finden, was die Zugänglichkeit für Menschen mit körperlichen Einschränkungen reduziert hat. Auch dies konnte zu einem gewissen Grad durch das Angebot der Online-Veranstaltungen aufgefangen werden. Dieses Setting (90 min rein schriftlich versus 1-2 Tage im Gruppensetting) war allerdings kein hinreichender Ersatz. Die Beschränkung auf deutsche Sprache hat außerdem zum Ausschluss von Personen geführt, die zwar in Deutschland wohnen, allerdings kein Deutsch sprechen.

Auch konnte das Potential des Datenmaterials im Hinblick auf intersektionale Perspektiven nicht vollständig ausgeschöpft werden. Die aus Anonymisierungsgründen getroffene Entscheidung, die einzelnen Erhebungselemente nicht zu personenbezogenen Datensets zu verknüpfen, hat auch dazu geführt, dass die Positionierung, aus der Teilnehmer*innen eine bestimmte Aussage heraus getroffen haben, im Nachhinein

nicht mehr nachvollziehbar war – während die Teilnehmer*innen selbst diese natürlich nicht in jedem Moment explizit benannt haben. Zuletzt möchten wir festhalten, dass wir auch mit unserer Analyse das Potential des Datenmaterials nicht erschöpft haben. Zwar konnten wir unsere Fragestellungen beantworten. Das Material birgt allerdings noch viel Potential für weitere Analysen.

5.2 Quantitativer Teil

Das Ziel des quantitativen Studienteils war es, erstmals Daten für Deutschland zu generieren, in welchem Ausmaß Personen aus trans und nicht-binären Communitys von HIV und STIs betroffen sind, welche Faktoren bei Sexualität und sexuellen Risiken eine Rolle spielen und welche Bedarfe und Erfahrungen im Kontext von Sexualität und HIV/STI-Prävention, Beratung und Versorgung bestehen. Im Folgenden gehen wir zunächst auf die Qualität und Aussagekraft der erhobenen Daten ein, um anschließend die Ergebnisse hinsichtlich unserer formulierten Forschungsfragen zu diskutieren. Limitationen der Online-Befragung sind in den jeweiligen Unterkapiteln mit benannt.

5.2.1 Qualität und Aussagekraft der Daten

Die Online-Befragung liefert erstmals quantitative Daten zur sexuellen Gesundheit und HIV/STI in trans und nicht-binären Communitys in Deutschland. Die Grundgesamtheit von trans und nicht-binären Menschen ist für Deutschland nicht bekannt (vgl. 2 Forschungsstand). Aufgrund der Einschlusskriterien für unsere Online-Befragung (eigene Verortung in trans/nicht-binären Communitys) konnte keine repräsentative Stichprobe aus Bevölkerungsregistern gezogen werden, sondern es handelt sich um eine Gelegenheitsstichprobe. Damit können Verallgemeinerungen der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation nicht ohne weiteres erfolgen. Auch sind Verzerrungen aufgrund des Erhebungswegs über das Internet möglich, aber nicht weiter rekonstruierbar. Insbesondere durch die im Kapitel 3.2 Quantitative Teilstudie beschriebenen Manipulationsversuche durch Personen, die feindliche Einstellungen gegenüber trans und nicht-binären Personen zeigten, sind Verzerrungen in den Daten möglich. Falsche Angaben haben wir wie im benannten Kapitel versucht, durch eine akribische Datenbereinigung aus dem Datensatz zu entfernen. Gegenüber diesen Einschränkungen kann dennoch festgestellt werden, dass mit 3.077 Befragten eine hohe Zahl an Community-Mitgliedern rekrutiert wurde, so dass eine gewisse Belastbarkeit der Daten gegeben ist.

Die geschlechtliche Identität wurde über zwei Fragen erhoben: zum einen mit einer Freitext-Angabe und zum anderen wurden die Befragten gebeten, sich einer von sechs Kategorien zuzuordnen. Dass insgesamt 936 unterschiedliche Bezeichnungen im Rahmen der Freitext-Erhebung erfasst wurden, zeigt, dass in den Communitys eine große Vielfalt an Identitätsentwürfen existieren, die auch im qualitativen Teil bereits sichtbar wurde.

Da im Fragebogen die Möglichkeit bestand, Fragen zu überspringen, liegen für unterschiedliche Angaben verschiedene Fallzahlen vor, die bei den Ergebnissen jeweils mit berichtet werden. Je weniger Personen eine Frage beantwortet haben, desto weniger können Aussagen auf die Gesamtheit der Studienteilnehmer*innen verallgemeinert werden.

Wie bereits an verschiedenen Stellen des Berichts betont, handelt es sich um eine Querschnittsstudie, so dass keine zeitlichen und damit kausalen Zusammenhänge zwischen Einflussfaktoren und gesundheitlichen Outcomes hergestellt werden können.

Bezüglich ausgewählter soziodemographischer Angaben zeigen sich Abweichungen der Stichprobe im Vergleich zur Gesamtbevölkerung. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung sind die jüngeren Altersgruppen unter den Studienteilnehmer*innen deutlich stärker vertreten. So ist die Gruppe der 18 bis 29-jährigen mit 61% im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (13% im Jahr 2022) überrepräsentiert [97]. Diese Verteilung lässt sich auch in anderen Studien zeigen [9] und kann möglicherweise darauf zurückgeführt werden, dass es teilweise gesellschaftlich akzeptierter ist, sich als trans und/oder nicht-binär zu identifizieren und deshalb

insbesondere jüngere Menschen dies auch tun. Hinsichtlich der Einkommenssituation zeigte sich, dass etwa die Hälfte der Befragten über kein (6,3%) oder ein geringes Einkommen bis 1.000€ (45,3%) verfügte. Das vergleichsweise geringere Einkommen kann auf mögliche Diskriminierungen auf dem Arbeitsmarkt verweisen. Gleichzeitig kann dieser Umstand auch auf das überdurchschnittlich junge Alter der Studienteilnehmer*innen zurück zu führen sein, da möglicherweise einige Befragte noch über kein Einkommen aus Lohnarbeit, sondern über Ausbildungsförderung (BAföG) oder Unterhalt verfügen. Da die Grundgesamtheit von trans und nicht-binären Menschen in Deutschland nicht bekannt ist, können keine Rückschlüsse gezogen werden, ob es sich bei beiden soziodemographischen Merkmalen um einen Selektionsbias oder um eine Abbildung der Alters- und Einkommensverteilung in den Communitys handelt.

5.2.2 Sexuelle Gesundheit und HIV/STI-Prävalenzen

Ein Sexualleben zu haben, gaben 44,9% der Befragten an. Für 38,2% der Befragten traf dies nur teilweise zu und für 16,9% war dies nur eingeschränkt bzw. nicht der Fall. Mit ihrem Sexualleben sehr zufrieden waren 30,1% der Befragten, 44,9% lagen im mittleren Bereich und 24,9% waren unzufrieden mit ihrem Sexualleben.

In der Online-Befragung gaben 30,8% der Teilnehmer*innen an, dass es ihnen nicht immer leichtfalle, ‚Nein‘ zu Sex zu sagen, den sie nicht möchten und 54,7% gaben an, dass es ihnen nicht immer leichtfalle, ihre Bedürfnisse beim Sex zu äußern und diesen 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.

In der Online-Befragung gab ein Großteil der Befragten an, ihren Sex so gestalten zu können, dass sie sich vor HIV/STI schützen können (87,6%), sowie nur mit Partner*innen (86,3%) und nur an Orten Sex zu haben (89,0%), mit bzw. an denen sie sich sicher fühlen. Sicherheit beim Sex schließt die physische und psychische Integrität und damit auch den Schutz vor Diskriminierung und Gewalt mit ein. 74,7% der Online-Befragten gaben an, dass ihnen schnell intime Fragen gestellt wurden, die cis-geschlechtlichen Personen so nicht gestellt würden. 70,3% wurden zumindest einmal in ihrem Leben in einem sexuellen Kontext nicht in ihrer geschlechtlichen Identität anerkannt. 82,4% haben mindestens einmal unangemessene Kommentare über ihren Körper oder Körperteile erlebt. Fast 75,4% wurden jemals gegen ihren Willen angefasst, knapp die Hälfte der Befragten (46,6%) erlebten sexuelle Handlungen gegen ihren Willen und 24,8% gaben an, mindestens einmal in ihrem Leben vergewaltigt worden zu sein. Hinsichtlich der Verhandlungskompetenz und diskriminierenden und gewaltvollen Erfahrungen wiesen trans und nicht-binäre Personen in der Online-Befragung eine erhöhte Vulnerabilität auf, wie es ebenso in der bisherigen Forschungsliteratur in Deutschland und international beschrieben wurde [25, 28, 29].

In der Online-Befragung berichteten 17 von 2.335 Personen, eine HIV-Diagnose erhalten zu haben. Dies entspricht einer selbst-berichteten Prävalenz von 0,7%. 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%) [98], jedoch höher als die geschätzte Prävalenz in der Gesamtbevölkerung (0,1%) [99]. Allerdings können wir aufgrund der nicht-repräsentativen Stichprobe in unserer Befragung nicht überprüfen, inwieweit Verzerrungen der Studienpopulation in Bezug auf die Gesamtbevölkerung bestehen und die Prävalenzen uneingeschränkt vergleichbar sind. Dennoch weisen die Ergebnisse darauf hin, dass trans und nicht-binäre Menschen in Deutschland eine vulnerable Gruppe in Bezug auf HIV sind.

Die für die Studienpopulation ermittelte selbst-berichtete HIV-Prävalenz von 0,7% liegt unter den Angaben aus internationalen Studien, welche stark schwanken und teilweise sehr hoch sind [3-5, 11]. Mögliche Gründe für die Diskrepanzen können z.B. durch unterschiedliche Studiensettings und Gesundheitssystemen im Vergleich zu unserer Studienpopulation entstehen. Für Studien, die Teilnehmer*innen über STI-Kliniken rekrutieren ist es beispielsweise wahrscheinlicher, dass diese in den vergangenen zwölf Monaten Sex mit Schleimhautkontakt hatten, was bei unseren Studienteilnehmer*innen zu 60,8% der Fall war.

Konsistent mit der internationalen Forschungsliteratur finden wir auch in unseren Daten das Muster, dass trans Frauen im Vergleich zu Personen mit anderer geschlechtlicher Verortung stärker von HIV betroffen zu sein scheinen [3-5, 11]. Die Zahlen in unserer Stichprobe waren allerdings zu gering für vergleichende statistische Analysen. Darüber hinaus wie fanden wir innerhalb der Gruppe, welche sich zwar im trans und/oder nicht-binären Spektrum verortete, aber für sich weitere Bezeichnungen verwendete, die höchste selbst-berichtete HIV-Prävalenz (1/24 Personen berichtete eine HIV-Diagnose). Diese Angaben beruhen aber auf einer sehr kleinen Fallzahl, so dass hier von einer hohen Unsicherheit bezüglich der Prävalenz ausgegangen werden muss und es sich auch um einen zufälligen Wert handeln kann. Die vorliegenden Ergebnisse untermauern den Befund, dass weiblich identifizierte Personen vulnerabler hinsichtlich HIV zu sein scheinen.

In Bezug auf die Häufigkeiten von weiteren STI gaben 21 (0,9%) an, jemals mit Syphilis diagnostiziert worden zu sein, 63 (2,7%) mit Gonorrhoe und 105 (4,5%) mit Chlamydien. Im internationalen Vergleich sind diese Prävalenzen niedriger [12].

Bezüglich der Prävalenz für eine Hepatitis C und Hepatitis B-Diagnosen gaben jeweils 0,6% der Studienteilnehmer*innen an, jemals eine Hepatitis B bzw. Hepatitis B-Diagnose erhalten zu haben. Auch diese Werte liegen unterhalb der Zahlen im internationalen Vergleich [16].

5.2.3 Einflussfaktoren

In der Studie konnten wir verschiedene soziale und psychologische Faktoren identifizieren, die mit einer guten sexuellen Gesundheit assoziiert sind. So zeigte sich, dass sich die soziale Einbettung sich positiv auf das Selbstwertgefühl und die Selbstbestimmung auswirken kann [19]. 58,9% der Befragten gaben an, dass sie drei oder mehr Personen zu ihren engen Kontakten zählen, auf die sie sich bei persönlichen Problemen verlassen können. Teilnehmer*innen mit mehr sozialen Kontakten, Teilnehmer*innen, die sich in ihrem sozialen Umfeld angenommen fühlen und Teilnehmer*innen, die sich Gruppen zugehörig fühlen, gaben häufiger an, dass es ihnen leichtfällt, „Nein“ zu Sex zu sagen, den sie nicht möchten. Belastungsfaktoren, wie internalisierte Transnegativität, Belastungen durch Ausgegrenzt werden, durch Einsamkeit und durch Isolation waren alle assoziiert mit einer reduzierteren Zufriedenheit mit dem Sexualleben. Gefühle der Einsamkeit oder Isolation und Gewalterfahrungen können negativ mit der Verhandlungskompetenz assoziiert sein, insofern dass Sex weniger gut abgelehnt werden kann, wenn dieser nicht gewünscht ist. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass in der Forschungsliteratur beschrieben wird, dass trans und nicht-binären Communitys psychische Belastungen wie Angststörungen weit verbreitet sind, zeigt sich ein besonderer Präventions- und Versorgungsbedarf [31, 32].

Einen weiteren Faktor bilden verinnerlichte Einstellungen zur eigenen geschlechtlichen Identität. So gaben Personen, die den Thesen internalisierter Transpositivität zustimmten, seltener an, dass sie eine niedrigere Zufriedenheit mit dem Sexualleben haben (22,7% vs. 27,6%). Gleichzeitig gaben Personen, die den Thesen internalisierter Transpositivität zustimmen, häufiger an, dass sie auch mögliche sexuelle Risiken eingehen (20,7% vs. 16,0%). Dieses Muster könnte darauf hindeuten, dass das Personen, die eine innere positive Einstellung zu ihrer Identität haben, gleichzeitig auch sexuell zufrieden sein können und eine Sexualität leben, die gleichzeitig mit einem erhöhten Risiko für HIV und STI einhergehen könnte. Diese Personengruppe könnte von einem auf sie zugeschnittenen Präventionsangebot profitieren. Teilnehmer*innen mit Anzeichen von internalisierter Transnegativität stimmten seltener zu, dass es ihnen leichtfällt, Bedürfnisse zu äußern und Sex mitzugestalten (34,3% vs. 47,2%) sowie ‚Nein‘ zu sagen zu Sex, den sie nicht möchten (58,5% vs. 71,9%).

Weiterhin zeigte sich hinsichtlich der Gestaltungsmacht des Sexlebens, dass die meisten Befragten den Ort, an dem sie Sex haben und mit wem sie Sex haben bestimmen können und den Sex so ausgestalten können, dass sie sich so sicher vor HIV/STI geschützt fühlen, wie sie es wünschen. Dennoch zeigen sich auch hier Defizite, die auf eine Vulnerabilität hinweisen. Mit unseren Befunden können wir den aktuellen

Forschungsstand hinsichtlich der Gestaltungsmacht und Verhandlungskompetenz von trans und nicht-binären Menschen differenzierter beschreiben [19].

Hinsichtlich des Präventionsverhalten im Verlauf der Transitionsphasen zeigt sich, dass dieses sich in einzelnen Phasen ändern kann. Dabei zeigte sich ein Muster in unseren Daten insofern, dass in bestimmten Phasen circa jede zweite Person keinen Sex hatte und ein kleinerer Teil der Befragten häufiger ungeschützten Sex hatte. 53,9% der Teilnehmer*innen, die zum Befragungszeitpunkt nicht offen geoutet lebten, berichteten, dass sie keinen Sex hatten, bevor sie sich ihrer geschlechtlichen Identität bewusst wurden, und 15,8% berichteten, dass sie in dieser Phase häufiger ungeschützten Sex hatten als zum jetzigen Zeitpunkt. Diese Daten basieren auf einer kleinen Fallzahl von 76 Befragten, so dass diese Befunde begrenzt belastbar sind. Insgesamt berichteten 40,5% der Teilnehmer*innen, die zum Befragungszeitpunkt geoutet lebten, für die Phase vor ihrem äußeren Coming-out, dass sie damals keinen Sex hatten und mehr als ein Fünftel gaben an, dass sie in der Phase häufiger ungeschützten Sex hatten als zum Befragungszeitpunkt. Etwa die Hälfte der Befragten, die eine oder mehrere Phasen hatten, in denen sie versucht haben, in ihrem bei der Geburt zugeschriebenen Geschlecht zu leben, gaben an, in diesen Phasen keinen Sex gehabt zu haben und 23,3% berichteten, häufiger als jetzt ungeschützten Sex zu haben. Im Rahmen der Befragung wurde allerdings nicht weiter erhoben, ob und mit wie vielen Partner*innen die Befragten ungeschützten Sex hatten, so dass sich aus der Angabe alleine nicht herauslesen lässt, ob in diesen Phasen tatsächlich ein höhere sexuelle Risiken bestanden. Hier besteht ein detaillierterer Forschungsbedarf über die Kontexte und Gründe für das sexuelle Verhalten, um Infektionsrisiken im Transitionskontext besser quantifizieren und einschätzen zu können.

In der Studie haben wir die Teilnehmer*innen nach verhaltensbezogenen Risiken für mögliche HIV/STI-Infektionen gefragt. Insgesamt 1,8% Befragten mit zwei oder mehr Sexualpartner*innen in den letzten zwölf Monaten gaben an, eine HIV-Diagnose erhalten zu haben gegenüber 0,3% der Befragten mit einem*r Sexualpartner*in. Vergleichbare Verteilungen waren bei den anderen STI zu beobachten. 10,1% der Teilnehmer*innen gaben an, dass sie in den letzten zwölf Monaten Sex unter Einfluss von Drogen hatten. Es zeigte sich, dass diese Teilnehmer*innen häufiger angaben, jemals Diagnosen von HIV und STI (HIV: 3,9%, Syphilis: 5,7%, Gonorrhoe: 13,7%, Chlamydien: 15,2%) erhalten zu haben als Teilnehmer*innen, die keinen sexualisierten Drogengebrauch berichteten (HIV: 0,3%, Syphilis: 0,3%, Gonorrhoe: 1,6%, Chlamydien: 3,4%). 2,5% der Befragten gaben an, in den letzten zwölf Monaten für Sex bezahlt zu haben und 4,3% gaben an, in den vergangenen zwölf Monaten für Sex bezahlt worden zu sein. Teilnehmer*innen, die jemals für Sex bezahlt hatten, berichteten häufiger von HIV- und STI-Diagnosen (HIV: 9,5%, Syphilis: 3,8%, Gonorrhoe: 19,2%, Chlamydien: 15,4%) als diejenigen, die angaben, dies nicht getan zu haben (HIV: 0,4%, Syphilis: 0,8%, Gonorrhoe: 2,2%, Chlamydien: 4,2%). Teilnehmer*innen, die angaben, in den letzten zwölf Monaten für Sex bezahlt worden zu sein, gaben auch häufiger an, jemals eine HIV/STI-Diagnose erhalten zu haben (HIV: 2,7%, Syphilis: 3,7%, Gonorrhoe: 17,1%, Chlamydien: 14,6%) als diejenigen, die dies nicht angaben (HIV: 0,5%, Syphilis: 0,8%, Gonorrhoe: 2,0%, Chlamydien: 4,0%). Die beschriebenen Assoziationen werden in der internationalen Forschungsliteratur als wichtige Einflussfaktoren für HIV/STI-Diagnosen diskutiert [19, 22, 23]. Einschränkend zu den dargestellten sexuellen Verhaltensweisen muss festgehalten werden, dass im Rahmen der Befragung kein zeitlicher Zusammenhang zwischen der Anzahl der Sexpartner*innen, dem sexualisierten Drogenkonsum, sowie dem Angebot und der Inanspruchnahme von Sexarbeit und der HIV/STI-Diagnose erhoben wurde, so dass zwischen diesen beiden Angaben keine zeitlichen oder kausalen Zusammenhänge aus den Daten abgeleitet werden können. Dennoch weisen die Ergebnisse möglicherweise auf vulnerable Gruppen innerhalb der Communitys hin, die von HIV/STI Test- und Beratungsangeboten profitieren könnten.

Das Wissen und die Nutzung von PrEP und PEP sind in trans und nicht-binären Communitys noch kaum verbreitet. Dieser Befund deckt sich mit einer Studie aus London [52]. Hier zeigt sich eine Versorgungslücke hinsichtlich angepasster Informationen spezifisch für trans und nicht-binäre Menschen. Darüber hinaus bedarf es weiterer klinischer Grundlagenforschung in diesem Bereich.

5.2.4 Beratung zur sexuellen Gesundheit und HIV/STI

10,9% der Teilnehmer*innen ohne Beratung innerhalb der letzten 5 Jahre berichteten, dass ein Grund für die Nicht-Inanspruchnahme war, dass sie keine Beratungsmöglichkeit in ihrer Nähe hätten. Von dieser Personengruppe wohnte über ein Drittel in einer Großstadt, während in einer Metropole lebende Menschen nur zu 10,5% und 14,2% der auf dem Land bzw. in einem Dorf lebenden Menschen diese Hürde benannten. Diese Befunde zeigen, dass trans und nicht-binäre Menschen auch in Großstädten eine Versorgungslücke wahrnehmen. Da die zugrundeliegenden Fallzahlen allerdings gering sind, ist die Aussagekraft beschränkt. Die Teilnehmer*innen nehmen insbesondere Hürden für eine Inanspruchnahme wahr, die auf Scham, Stigmatisierung und erfahrende oder befürchtete Diskriminierung verweisen. Dieser Befund deckt sich mit bisherigen Forschungsergebnissen, die insbesondere auf Diskriminierung fokussieren [27, 96].

Übereinstimmend mit der Forschungsliteratur zeigt sich in den Daten eine Lücke zwischen Beratungswunsch und Inanspruchnahme durch trans und nicht-binäre Personen [50]. 45,3% der Befragten wollte in den letzten fünf Jahren eine Beratung zu sexueller Gesundheit und HIV/STI in Anspruch nehmen. Etwas über ein Viertel (26,5%) der Teilnehmer*innen hat in den letzten fünf Jahren Beratung in Anspruch genommen.

Erstmals für Deutschland konnten wir quantitativ beschreiben, welche Beratungsorte von trans und nicht-binären Personen genutzt werden und wie sie diese bewerteten. Mit jeweils 23,7% wurden fachärztliche Praxen/ HIV-Schwerpunktpraxen sowie Checkpoints/ Aidshilfen und mit 22,5% wurden hausärztliche bzw. allgemeinmedizinische Praxen am meisten genutzt. Diese Beratungsorte wurden von den Befragten ähnlich bewertet. Etwa zwei Drittel waren sehr bis eher zufrieden mit der letzten Beratung und ein Drittel nur teilweise zufrieden bis sehr unzufrieden. Lediglich das Angebot der Checkpoints/ Aidshilfen wurde besser bewertet. Hier waren 78,9% sehr bis eher zufrieden und 21,1% teilweise zufrieden bis sehr unzufrieden. Es zeigte sich, dass die Zufriedenheit besser war, wenn das Beratungsangebot sich explizit an trans und nicht-binäre Menschen richtete. Jedoch waren auch die Mehrzahl der Teilnehmer*innen mit der letzten Beratung sehr oder eher zufrieden, auch wenn sich diese nicht explizit an trans und nicht-binäre Menschen richtete. Die Befragten gaben in Bezug auf Beratungen, die sich explizit an trans und nicht-binäre Menschen richtete, häufiger an, sich in ihrer geschlechtlichen Identität anerkannt zu fühlen und berichteten häufiger, dass auf trans und nicht-binäre Personen zugeschnittene Informationen zur Verfügung standen. Darüber hinaus gaben sie eher an, dass in der Beratung auf ihre individuellen Bedürfnisse und Lebenssituationen eingegangen wurde. Im Hinblick auf die Berücksichtigung intersektionaler Bedarfe hinsichtlich möglicher Rassismuserfahrungen, Mehrsprachigkeit und Religionszugehörigkeit sowie barrierearme Beratungsangebote und Wissen zu Bedarfen von Menschen mit chronischen Erkrankungen zeigten sich jedoch auch bei diesen Angeboten Defizite.

Im qualitativen Teil wurden auch Einsendetests und Selbsttests als Möglichkeit benannt, einen Test in Anspruch zu nehmen. In unseren Daten wurden diese allerdings nur selten in Anspruch genommen. Die vergleichsweise seltene Inanspruchnahme von HIV-Selbsttests und Einsendetests könnte zum einen auf einen Wunsch nach einer ausführlicheren Beratung und Begleitung verweisen. Da diese Angebote kostenpflichtig sind, könnten möglicherweise auch finanzielle Gründe eine Rolle gespielt haben, diese nicht in Anspruch zu nehmen.

6 Empfehlungen

Die nachfolgenden Empfehlungen haben wir zur besseren Übersichtlichkeit sortiert und Themenfeldern zugeordnet. Wir beginnen 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, 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, anderer Fachbereiche und 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. Andersrum 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, selbst Abstriche durchzuführen.
3. Eine respektvolle und anerkennende Sprache soll verwendet werden.
 - 3.1. Bei der Anmeldung für einen Termin soll der selbst gewählte 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 die 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 Beratende 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, bei möglichen Konflikten aufgrund der Zugehörigkeit zu trans und nicht-binären und zu religiösen Communitys und/oder bei inneren Wertekonflikten in ihrer 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 einen akzeptierenden und positiven Umgang mit den sexuellen Bedürfnissen von Menschen unabhängig vom 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 diese mit medizinischem Personal und entsprechenden Einrichtungen oftmals negative Erfahrungen machen und Diskriminierungen erleben.

Empfehlungen zur Entwicklung von Aidshilfen & Beratungsstellen (freie Träger, ÖGD & 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 die psychosoziale Dimension (vgl. Kapitel 4.2.3 „Selbstbestimmung und (un-)sichere Rahmenbedingungen“) 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, öffentlicher Gesundheitsdienst (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 (vgl. 4.5.2.2 Negative Versorgungserfahrungen) mit abdecken, wie 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 (vgl. 4.4.2.1 Transitionsprozesse als Belastung).
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 überarbeitet werden (ICD-11, aktuelle AWMF-Leitlinie),
 - 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 (vgl. 4.1.3 Transitionsprozesse).

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 (LSBTI Personen, BIPOC, Menschen, die behindert werden) und 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 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 miteinschließt.
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 sexueller 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, in 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.

7 Literaturverzeichnis

1. WHO. *Sexual Health*. 2023 [cited 2023; Available from: https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_1.
2. Downing, J.M. and J.M. Przedworski, *Health of Transgender Adults in the U.S., 2014-2016*. Am J Prev Med, 2018. **55**(3): p. 336-344.
3. James, S.E., Herman, J.L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L. & Anafi, M., *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality, 2016.
4. Stutterheim, S.E., et al., *The worldwide burden of HIV in transgender individuals: An updated systematic review and meta-analysis*. PLoS One, 2021. **16**(12): p. e0260063.
5. Van Gerwen, O.T., et al., *Prevalence of sexually transmitted infections and human immunodeficiency virus in transgender persons: a systematic review*. Transgender Health, 2020. **5**(2): p. 90-103.
6. Pöge, K., et al., *Die gesundheitliche Situation von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen*. Journal of Health Monitoring, 2020. **5**(S1): p. 2-30.
7. Arcelus, J., et al., *Systematic review and meta-analysis of prevalence studies in transsexualism*. European Psychiatry, 2015. **30**(6): p. 807-815.
8. Deutsch, M.B., *Making It Count: Improving Estimates of the Size of Transgender and Gender Nonconforming Populations*. LGBT Health, 2016. **3**(3): p. 181-5.
9. Pöge, K., et al., *Erhebung geschlechtlicher Diversität in der Studie GEDA 2019/2020-EHIS – Ziele, Vorgehen und Erfahrungen*. Journal of Health Monitoring, 2022(2): p. 52--61.
10. Kuper, L., R. Nussbaum, and B. Mustanski, *Exploring the Diversity of Gender and Sexual Orientation Identities in an Online Sample of Transgender Individuals*. Journal of sex research, 2011. **49**: p. 244-54.
11. Becasen, J.S., et al., *Estimating the Prevalence of HIV and Sexual Behaviors Among the US Transgender Population: A Systematic Review and Meta-Analysis, 2006-2017*. Am J Public Health, 2018: p. e1-e8.
12. Van Gerwen, O.T., et al., *Prevalence of Sexually Transmitted Infections and Human Immunodeficiency Virus in Transgender Persons: A Systematic Review*. Transgend Health, 2020. **5**(2): p. 90-103.
13. Magno, L., et al., *HIV Testing Strategies, Types of Tests, and Uptake by Men Who have Sex with Men and Transgender Women: A Systematic Review and Meta-analysis*. AIDS Behav, 2023. **27**(2): p. 678-707.
14. Vaites Fontanari, A.M., et al., *HIV-related care for transgender people: A systematic review of studies from around the world*. Soc Sci Med, 2019. **230**: p. 280-294.
15. Del Río-González, A.M., et al., *Global scoping review of HIV prevention research with transgender people: Transcending from trans-subsumed to trans-centred research*. J Int AIDS Soc, 2021. **24**(9): p. e25786.
16. Moradi, G., et al., *The prevalence of hepatitis C and hepatitis B in lesbian, gay, bisexual and transgender populations: a systematic review and meta-analysis*. Eur J Med Res, 2022. **27**(1): p. 47.
17. Parsons, J.T., et al., *Syndemic Conditions, HIV Transmission Risk Behavior, and Transactional Sex Among Transgender Women*. AIDS Behav, 2018. **22**(7): p. 2056-2067.
18. Reisner, S.L., et al., *Sexual risk behaviors and psychosocial health concerns of female-to-male transgender men screening for STDs at an urban community health center*. AIDS Care, 2014. **26**(7): p. 857-64.
19. Magno, L., et al., *Stigma and discrimination related to gender identity and vulnerability to HIV/AIDS among transgender women: a systematic review*. Cad Saude Publica, 2019. **35**(4): p. e00112718.
20. Sevelius, J., *"There's no pamphlet for the kind of sex I have": HIV-related risk factors and protective behaviors among transgender men who have sex with nontransgender men*. J Assoc Nurses AIDS Care, 2009. **20**(5): p. 398-410.
21. Wenz, B., et al., *High variability of HIV and HCV seroprevalence and risk behaviours among people who inject drugs: results from a cross-sectional study using respondent-driven sampling in eight German cities (2011–14)*. BMC public health, 2016. **16**(1): p. 1-14.
22. Hibbert, M.P., et al., *A narrative systematic review of sexualised drug use and sexual health outcomes among LGBT people*. International Journal of Drug Policy, 2021. **93**: p. 103187.
23. Hendricks, M.L. and R.J. Testa, *A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model*. Professional Psychology: Research and Practice, 2012. **43**(5): p. 460.
24. Coleman, E., et al., *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8*. Int J Transgend Health, 2022. **23**(Suppl 1): p. S1-s259.
25. FRA - European Union Agency for Fundamental Rights, *Being Trans in the European Union - Comparative analysis of EU LGBT survey data*. 2014.
26. FRA - European Union Agency for Fundamental Rights, *A long way to go for LGBTI equality 2020*, Luxemburg: Publications Office of the European Union.

27. Sauer, A. and A. Güldenring, *Die Gesundheitsversorgung für Trans*-Männlichkeiten–Stand, Defizite, Bedarfe*. Petra Kolip; Klaus Hurrelmann (Hg.): Handbuch Geschlecht und Gesundheit. Männer und Frauen im Vergleich. Bern: Hogrefe, 2017: p. 231-244.
28. Ablona, A.e.a., *Trans & Non-Binary People*. 2018.
29. Voss, H.-J., et al., *PARTNER 5 - Erwachsene 2020 Primärbericht: Sexuelle Grenzverletzungen und sexualisierte Gewalt*. 2022.
30. Kruber, A.W., Konrad; Bathke, Gustav-Wilhelm; Voss, Heinz-Jürgen *PARTNER 5 Erwachsene 2020. Primärbericht: Sexuelle Grenzverletzungen und sexualisierte Gewalt*. . 2021, Hochschule Merseburg: Merseburg, Deutschland.
31. Kasprowski, D., et al., *Geringere Chancen auf ein gesundes Leben für LGBTQI*-Menschen*. DIW Wochenbericht, 2021. **88**(6): p. 80-88.
32. Günther, M., et al., *Psychotherapeutische Arbeit mit trans* Personen*. Handbuch für die Gesundheitsversorgung, 2019. **2**.
33. Hickson, F., et al., *Sexual and mental health inequalities across gender identity and sex-assigned-at-birth among men-who-have-sex-with-men in Europe: findings from EMIS-2017*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020. **17**(20): p. 7379.
34. Appenroth, M.N., et al., *Sexual happiness and satisfaction with sexual safety among German trans men who have sex with men: results from EMIS - 2017*. Journal of the International AIDS Society, 2022. **25**: p. e25992.
35. Martin, T.K. and D. Coolhart, *“Because your dysphoria gets in the way of you... it affects everything.” The mental, physical, and relational aspects of navigating body dysphoria and sex for trans masculine people*. Sexual and Relationship Therapy, 2022. **37**(1): p. 82-99.
36. Guethlein, N., et al., *Healthcare for Trans* gender People in Germany: Gaps, Challenges, and Perspectives*. Frontiers in neuroscience, 2021. **15**: p. 718335.
37. Anzani, A., et al., *“Being talked to like I was a sex toy, like being transgender was simply for the enjoyment of someone else”: Fetishization and sexualization of transgender and nonbinary individuals*. Archives of Sexual Behavior, 2021. **50**(3): p. 897-911.
38. Van Schuylenbergh, J., J. Motmans, and G. Coene, *Transgender and non-binary persons and sexual risk: A critical review of 10 years of research from a feminist intersectional perspective*. Critical Social Policy, 2018. **38**(1): p. 121-142.
39. de Souza Nascimento, S. and L.G. Brito, *Transfeminine Bodies: Survival and Resilience Experiences in Brazil*. 2022.
40. Center for Intersectional Justice. *Intersektionalität in Deutschland, Chancen Lücken und Herausforderungen*. 2019 [20.04.2023]; Available from: https://www.dezim-institut.de/fileadmin/PDFDownload/CIJ_Broschuere_190917_web.pdf.
41. Crenshaw, K., *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. University of Chicago Legal Forum, 1989. **1989**(1): p. 139-167.
42. Meyer, I.H., *Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence*. Psychological bulletin, 2003. **129**(5): p. 674.
43. Rood, B.A., et al., *Expecting rejection: Understanding the minority stress experiences of transgender and gender-nonconforming individuals*. Transgender Health, 2016. **1**(1): p. 151-164.
44. Testa, R.J., et al., *Development of the gender minority stress and resilience measure*. Psychology of sexual orientation and gender diversity, 2015. **2**(1): p. 65.
45. Tree-McGrath, C.A.F., et al., *Sexuality and gender affirmation in transgender men who have sex with cisgender men*. International Journal of Transgenderism, 2018. **19**(4): p. 389-400.
46. Iantaffi, A. and W.O. Bockting, *Views from both sides of the bridge? Gender, sexual legitimacy and transgender people's experiences of relationships*. Culture, health & sexuality, 2011. **13**(03): p. 355-370.
47. Burns, J.A., W.J. Beischel, and S.M. van Anders, *Hormone therapy and trans sexuality: A review*. Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity, 2022.
48. Engelmann, A.J., S. Nicklisch, and T.O. Nieder, *Components of Good Sex in Young Urban Trans People Assigned Female at Birth: A Qualitative Interview Study*. The Journal of Sexual Medicine, 2022. **19**(11): p. 1687-1706.
49. Safer, J.D., et al., *Barriers to health care for transgender individuals*. Current opinion in endocrinology, diabetes, and obesity, 2016. **23**(2): p. 168.
50. Bockting, W., Huang, C-Y., Ding, H., Robinson, B., Rosser, S., *Are Transgender Persons at Higher Risk for HIV Than Other Sexual Minorities? A Comparison of HIV Prevalence and Risks*. International Journal of Transgenderism, 2005. **8**(2-3): p. 123-131.

51. Hibbert, M.P., et al., *Psychosocial and sexual factors associated with recent sexual health clinic attendance and HIV testing among trans people in the UK*. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 2020. **46**(2): p. 116-125.
52. Wolton, A.J., *Trans: Mission A community-led HIV testing initiative for trans people and their partners at a London sex-on-premises venue*. *HIV Nursing*, 2018. **18**(2): p. 24-29.
53. Nic Giolla Easpaig, B., et al., *A systematic review of the health and health care of rural sexual and gender minorities in the UK, USA, Canada, Australia and New Zealand*. *Rural Remote Health*, 2022. **22**(3): p. 6999.
54. Bartig, S.K., Dorina; Le, Ha Mi; Lewicki, Aleksandra, *Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen—Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung*. 2021: Antidiskriminierungsstelle des Bundes.
55. Hamm, J.A. and A.T. Sauer, *Perspektivenwechsel: Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung*. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 2014. **27**(01): p. 4-30.
56. Bradford, N.J., et al., *Sex education and transgender youth: 'Trust means material by and for queer and trans people'*. *Sex Education*, 2019. **19**(1): p. 84-98.
57. T'Sjoen, G., et al., *European Society for Sexual Medicine position statement "Assessment and hormonal management in adolescent and adult trans people, with attention for sexual function and satisfaction"*. *The Journal of Sexual Medicine*, 2020. **17**(4): p. 570-584.
58. Vincent, B., *Breaking down barriers and binaries in trans healthcare: The validation of non-binary people*. 2019, Taylor & Francis. p. 132-137.
59. Vincent, B.W., *Non-binary gender identity negotiations: Interactions with queer communities and medical practice*. 2016, University of Leeds.
60. Whittle, S., Turner, L., Combs, R., Rhodes, S., *Transgender EuroStudy: Legal Survey and Focus on the Transgender Experience of Health Care*. https://tgeu.org/wp-content/uploads/2009/11/transgender_web.pdf, accessed [02.09.2019], 2008.
61. Dang, M., et al., *Barriers and Facilitators to HIV Pre-Exposure Prophylaxis Uptake, Adherence, and Persistence Among Transgender Populations in the United States: A Systematic Review*. *AIDS Patient Care STDS*, 2022. **36**(6): p. 236-248.
62. Matacotta, J.J., F.J. Rosales-Perez, and C.M. Carrillo, *HIV Preexposure Prophylaxis and Treatment as Prevention - Beliefs and Access Barriers in Men Who Have Sex With Men (MSM) and Transgender Women: A Systematic Review*. *J Patient Cent Res Rev*, 2020. **7**(3): p. 265-274.
63. Sevelius, J.M., et al., *'I am not a man': Trans-specific barriers and facilitators to PrEP acceptability among transgender women*. *Global public health*, 2016. **11**(7-8): p. 1060-1075.
64. Wilson, E., et al., *Awareness, interest, and HIV pre-exposure prophylaxis candidacy among young transwomen*. *AIDS Patient Care and STDs*, 2016. **30**(4): p. 147-150.
65. Bundesverband Trans. *Policy Paper Gesundheit. Trans*-Gesundheitsversorgung. Forderungen an die medizinischen Instanzen und an die Politik*. 2017; Available from: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/120620/0c5e19af792f13569e13407bf0bbf825/trans-gesundheitsversorgung-bv-trans-data.pdf>.
66. Dubin, S.N., et al., *Transgender health care: improving medical students' and residents' training and awareness*. *Advances in medical education and practice*, 2018: p. 377-391.
67. Köhler, A., et al. *Transsexualität, Transgender, Trans*: Aktuelle Entwicklungen in Forschung und Gesundheitsversorgung*. in *Geschlecht und Gesundheit*. 2018. Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.
68. Lampalzer, U., et al., *Was benötigen LSBTI-Menschen angesichts ihrer Sexual- und Geschlechtsbiografien für eine bessere Gesundheitsversorgung?* *Zeitschrift für Sexualforschung*, 2019. **32**(01): p. 17-26.
69. Rich, A., et al., *Sexual HIV risk among gay, bisexual and queer transgender men: findings from interviews in Vancouver, Canada*. *Culture, health & sexuality*, 2017. **19**(11): p. 1197-1209.
70. Brandt, G., et al., *Medical Students' Perspectives on LGBTQI+ Healthcare and Education in Germany: Results of a Nationwide Online Survey*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022. **19**(16): p. 10010.
71. Poteat, T., A.L. Wirtz, and S. Reisner, *Strategies for engaging transgender populations in HIV prevention and care*. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 2019. **14**(5): p. 393-400.
72. Sharma, A., et al., *Variations in testing for HIV and other sexually transmitted infections across gender identity among transgender youth*. *Transgender health*, 2019. **4**(1): p. 46-57.
73. Witzel, T.C., et al., *Impact and acceptability of HIV self-testing for trans men and trans women: A mixed-methods subgroup analysis of the SELPHI randomised controlled trial and process evaluation in England and Wales*. *EClinicalMedicine*, 2021. **32**: p. 100700.

74. Pulice-Farrow, L., K.A. Gonzalez, and L. Lindley, 'None of my providers have the slightest clue what to do with me': Transmasculine individuals' experiences with gynecological healthcare providers. *International Journal of Transgender Health*, 2021. **22**(4): p. 381-393.
75. Ross, M.B., et al., *Experienced barriers of care within European treatment seeking transgender individuals: A multicenter ENIGI follow-up study*. *International Journal of Transgender Health*, 2023. **24**(1): p. 26-37.
76. Bettcher, T.M., *When selves have sex: What the phenomenology of trans sexuality can teach about sexual orientation*. *Journal of Homosexuality*, 2014. **61**(5): p. 605-620.
77. Doorduyn, T. and W. Van Berlo, *Trans people's experience of sexuality in the Netherlands: a pilot study*. *Journal of homosexuality*, 2014. **61**(5): p. 654-672.
78. Kruber, A. *Trans* und sexuell?! Transidentität, sexuelle Zufriedenheit und Sexualberatung*. in *Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung*. 2016. Psychosozial-Verlag.
79. Edelman, E.A. and L. Zimman, *Boycunts and bonus holes: Trans men's bodies, neoliberalism, and the sexual productivity of genitals*. *Journal of homosexuality*, 2014. **61**(5): p. 673-690.
80. Hamm, J.A., *Trans* und Sex. Gelingende Sexualität zwischen Selbstannahme, Normüberwindung und Kongruenzerleben*. 2020: Psychosozialverlag.
81. Hamm, J.A. and T.O. Nieder, *Trans*-Sexualität neu denken: Eine partizipative Interviewstudie zu gelingender Sexualität ohne Genitalangleichung*. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 2021. **34**(02): p. 69-78.
82. Bauer, R., *Trans* Verkörperungen in queeren BDSM Praktiken*. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 2015. **28**(01): p. 1-21.
83. Langer, S., T.J. Caso, and L. Gleichman, *Examining the prevalence of trans phantoms among transgender, nonbinary and gender diverse individuals: An exploratory study*. *International Journal of Transgender Health*, 2022: p. 1-9.
84. Helfferich, C., *Die Qualität qualitativer Daten*. Vol. 4. 2011: Springer.
85. Kaufmann, J.-C. and D. Böhmler, *Das verstehende Interview*. Vol. 14. 1999: UVK, Universitätsverlag Konstanz.
86. Dresing, T. and T. Pehl, *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 2015: dr dresing & pehl GmbH.
87. Kuckartz, U., *Qualitative inhaltsanalyse: methoden, praxis, computerunterstützung*. 2012: Beltz Juventa.
88. Kohlmann, S.G., B.; & Löwe, B., *GAD-7: Generalized Anxiety Disorder-7*, in *Psychologische und sozialwissenschaftliche Kurzskaalen: Standardisierte Erhebungsinstrumente für Wissenschaft und Praxis* C.J.B. Kemper, E.; Zenger, M. , Editor. 2014, Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
89. Kroenke, K.S., R. L.; Williams, J. B. , *The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure*. *Journal of General Internal Medicine*, 2001. **16**(9): p. 606–613.
90. Gräfe, K.Z., S.; Herzog, W.; Löwe, B., *Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)*. *Diagnostica*, 2004. **50**(4): p. 171-181.
91. Jäggi, T., Jellestad, L., Corbisiero, S., Schaefer, D. J., Jenewein, J., Schneeberger, A., Kuhn, A., & Garcia Nuñez, D. , *Gender Minority Stress and Depressive Symptoms in Transitioned Swiss Transpersons*. *BioMed research international*, 2018.
92. Testa, R.J.H., J.; Peta, J.; Balsam, K.; Bockting, W. , *Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure*. 2015. **2**(1): p. 65-77.
93. MDS. *Begutachtungsanleitung Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V. Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus (ICD-10, F64.0)*. 2020; Available from: https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/GKV/Begutachtungsgrundlagen_GKV/BGA_Transsexualismus_201113.pdf.
94. (DGfS), D.G.f.S., *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung*. , in *Version 1.1*, A.-R.-N. 138|001, Editor. 2018.
95. Jäggi, T. *Masterarbeit: TRANS SWISS: Gender Minority Stress und psychische Gesundheit der Schweizer trans* Population*. 2017.
96. Franzen, J.L., Birgit *Trans Personen und sexuelle Gesundheit. Eine Information für Mitarbeiter*innen des Gesundheitsbereichs*. 2018, Wien: Die AIDS-Hilfen Österreich.
97. Destatis, *Bevölkerung in Deutschland*. 2023.
98. Marcus, U. and S.B. Schink, *Der Europäische MSM Internet Survey als Grundlage für die Präventionsarbeit in Deutschland für Männer, die Sex mit Männern haben*. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 2021. **64**(11): p. 1430.
99. Marcus, U., et al., *Schätzung der Anzahl von HIV-Neuinfektionen im Jahr 2021 und der Gesamtzahl von Menschen, die Ende 2021 mit HIV in Deutschland leben*. 2022.

Impressum

Forschungsbericht zum Projekt „Sexuelle Gesundheit und HIV/STI in trans und nicht-binären Communitys“

Robert Koch-Institut und Deutsche Aidshilfe, 2023

Herausgeber

Robert Koch-Institut

Nordufer 20

13353 Berlin

Internet: www.rki.de

E-Mail: zentrale@rki.de

Twitter: [@rki_de](https://twitter.com/rki_de)

Autor*innen

Dr. Kathleen Pöge

Chris Spurgat, Deutsche Aidshilfe

Jonas Hamm, Deutsche Aidshilfe

Dr. Uwe Koppe

Sensitivity Readings

Naim* Balıkvlayan und Maike-Sophie Mittelstädt

Bezugsquelle

Der Bericht ist online abrufbar: www.rki.de/tasg

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut und Deutsche Aidshilfe. Forschungsbericht zum Projekt “Sexuelle Gesundheit und HIV/STI in trans und nicht-binären Communitys”. Berlin 2023.

DOI: 10.25646/11221

Das Projekt wurde gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) auf Grundlage eines Beschlusses des Deutschen Bundestages.

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

