Sexuelle Gesundheit und strukturelle HIV-Prävention für trans%[1] Menschen

verfasst von jana maria knoop
2018

Ausgewählte Programme internationaler Organisationen, Länderbeispiele und Handlungsempfehlungen für Deutschland

[1] Zur Schreibweise „trans%" mit Prozentzeichen (%) siehe die Ausführungen in Kapitel 2 („Begriffe und Schreibweisen") dieser Bachelor-Arbeit.

Name: jana maria knoop Matrikelnummer: 44641

Sexuelle Gesundheit und strukturelle HIV-Prävention für trans% Menschen

Ausgewählte Programme internationaler Organisationen, Länderbeispiele und Handlungsempfehlungen für Deutschland

Bachelorarbeit zur Erlangung des Akademischen Grades

„Bachelor of Arts“ (B. A.)

im Studiengang
„Soziale Arbeit“

an der
Alice Salomon Hochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin
University of Applied Sciences

ASH Berlin
Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

eingereicht **im Wintersemester 2018/19 am 06. November 2018**

Erstgutachter_in: Prof. Dr. Zülfukar Çetin
Zweitgutachter_in: Prof. Dr. María do Mar Castro Varela

VORWORT

„There is no formula when it comes to gender and sexuality. Yet it is often only people whose gender identity and/or sexual orientation negates society's heteronormative and cisnormative standards who are targets of stigma, discrimination, and violence" (Mock 2015, S. 50).

„After I was diagnosed, for three, four years, all the sex workers started to spread the news that I was HIV positive to my clients. They took my bread out of my mouth. While they were earning more and more, I started to fight for my life in my house. I could only afford eating onion and bread for my meals" (Ördek 2015, S. 410).

„Trans health matters… and so do you!" (cliniQ 2017b, S. 37)

Diese Bachelorarbeit entstand im Rahmen meines Studiums der Sozialen Arbeit an der Alice Salomon Hochschule in Berlin.

Die Idee zu diesem Thema entwickelte sich im Laufe des Studiums in Verbindung mit meinem persönlichen Engagement im Verein TransInterQueer e.V. sowie meiner Anstellung bei der Deutschen AIDS-Hilfe. So stieß ich in aktuellen Diskursen, sowohl innerhalb als auch außerhalb von trans%[1] Organisationen oder Bewegungen, immer wieder darauf, dass das Thema sexuelle Gesundheit von trans% Menschen kaum bis gar keine Rolle spielt(e). Studien, Beratungs- und/oder Präventionsangebote für trans% Menschen zu HIV/Aids und/oder STIs sind entweder rar gesät oder subsumieren trans% Menschen in bestehende Angebote, ohne jedoch auf trans%spezifische Bedarfe einzugehen.

Diese Arbeit hat nicht den Anspruch, die vollständige Fülle an Diskursen, Materialien, Meinungen und/oder Positionierungen abbilden zu können.

[1] Zur Schreibweise „trans%" mit Prozentzeichen (%) siehe die Ausführungen in Kapitel 2 („Begriffe und Schreibweisen") dieser Bachelor-Arbeit.

ABSTRACT

Das Thema der geschlechtlichen Vielfalt hat in den letzten Jahren gesamtgesellschaftlich wachsende Aufmerksamkeit bekommen, allerdings bleiben dabei die Thematiken der sexuellen Gesundheit von trans% Menschen innerhalb wie auch außerhalb von trans%geführten Organisationen und Bewegungen (noch) weitestgehend unbesprochen bzw. unerforscht.

Aus diesem Grund beschäftigt sich diese Arbeit mit dem Bereich der sexuellen Gesundheit von trans% Menschen sowie der strukturellen Prävention für trans% Menschen in Deutschland und versucht der Frage nachzugehen, welche Lücken in der Gesundheitsversorgung von trans% Menschen in Bezug auf HIV/Aids bzw. sexuell übertragbare Krankheiten und Trans% existieren und welche Handlungsbedarfe bzw. -empfehlungen für Deutschland sich daraus ableiten lassen.

Nach einer zusammenfassenden Einführung in die Begriffe der Sexuellen Gesundheit sowie der Strukturellen Prävention, beleuchtet diese Arbeit eine Auswahl von Strategiepapieren und Leitlinien international tätiger Organisationen zu dem Thema HIV und Trans% und stellt einige der darin aufgestellten länderübergreifenden Forderungen und Handlungsempfehlungen vor.

Aufbauend auf dieser Arbeitsgrundlage und anhand von Beispielen konkreter Präventionsmaßnahmen zu HIV und Trans% aus Ländern, die ebenfalls wie Deutschland einen allgemeinen Krankenversicherungsanspruch aufweisen, werden nächste Handlungsschritte in der Präventionsarbeit zu HIV und Trans% in Deutschland herausgearbeitet. Sie werden in den beiden letzten Kapiteln in Form von Handlungsempfehlungen und einem möglichen Zielzustand zur Diskussion gestellt.

DANKSAGUNG_EN

Aus meiner Perspektive ist es durchaus (noch) keine Selbstverständlichkeit, dass trans% Menschen und/oder Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen/Beeinträchtigungen die Möglichkeit haben, ein Studium aufzunehmen und dieses erfolgreich abzuschließen.

Aus diesem Grund möchte ich allen Professor_innen und Lehrbeauftragten, meinen (ehemaligen) Kolleg_innen des Frauen*büros, allen Verwaltungs- und Servicemitarbeiter_innen von der Alice Salomon Hochschule, aber auch all meinen Kolleg_innen der Deutschen AIDS-Hilfe danken, die mich in den letzten Jahren begleitet, bereichert, gefordert, gefördert und unterstützt haben.

Einen besonderen Dank möchte ich an meine beiden Gutachter_innen, Prof. Dr. Zülfukar Çetin und Prof. Dr. María do Mar Castro Varela richten, die mir nicht nur die Möglichkeit gegeben haben, mich mit diesem Thema auseinanderzusetzen, sondern mir auch beratend und richtungsweisend zur Seite standen.

Den größten Dank möchte ich aber an Leo Yannick Wild richten, der nicht nur das Korrekturlesen übernommen hat, sondern mich auch durch konstruktiv-kritische und motivierende Worte durch den Schreibprozess begleitet hat.

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort ..... **II**

Abstract ..... **III**

Danksagung_en ..... **IV**

Abkürzungsverzeichnis ..... **VII**

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis ..... **VIII**

1 Einleitung **1**

2 Begriffe und Schreibweisen (er-)klären **5**

2.1 Über trans*, trans% und den Unterstrich 5

2.2 Nicht-binäre Identitätsbeschreibung_en 8

2.3 Heteronormativität 8

2.4 Intersektionalität und/oder Mehrfachdiskriminierung 9

3 Sexuelle Gesundheit **11**

3.1 Definition_en und Konzept zur Sexuellen Gesundheit 12

3.2 Indikatoren, Kategorien und Teilbereiche der sexuellen Gesundheit in Deutschland 15

3.3 Kritische Betrachtung aus (einer) trans% Perspektive zur Umsetzung in Deutschland 19

4 Strukturelle Prävention **21**

4.1 Historie und Konzept 21

4.2 Safer-Sex-Strategien 2018 24

4.3 Und mittendrin Trans%? 25

5 Präventionspolitik_en und ausgewählte HIV- und STI-Programme 27

5.1 Ausgewählte Programme internationaler Organisationen 27

5.1.1 WHO - Weltgesundheitsorganisation 28

5.1.2 UNAIDS - Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen für HIV/AIDS 30

5.1.3 Trans%geführte internationale Organisationen 32

5.1.3.1 IRGT – A Global Network of Trans Woman and HIV 33

5.1.3.2 GATE - Global Action for Trans Equality 35

5.1.3.3 TGEU - Transgender Europe 36

5.2 Ausgewählte Programme von Ländern mit allgemeinem Krankenversicherungsanspruch 37

5.2.1 Großbritannien 38

5.2.2 Schweiz 40

5.2.3 Schweden 41

5.2.4 Türkei 42

5.3 Programme und Datenlage in Deutschland 44

6 Handlungsempfehlungen zu HIV und Trans% in Deutschland 47

6.1 Forschung und Datenqualität 49

6.2 HIV-Risikofaktoren bei trans% Personen 53

6.3 Gesundheitssystem und Prävention 55

7 Zielzustand und Fazit 59

7.1 Zielzustand 59

7.2 Fazit 62

8 Literaturverzeichnis 66

Erklärung X

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ART	*antiretrovirale Therapie*
BAG	*Bundesamt für Gesundheit* (Schweiz)
BMFSFJ	*Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*
BVerfG	*Bundesverfassungsgericht*
DAH	*Deutsche AIDS-Hilfe*
DIMR	*Deutsches Institut für Menschenrechte*
EKAF	*Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen*
FRA	dt. *Agentur der Europäischen Union für Grundrechte*
GATE	*Global Action for Trans Equality*
HIV	*Humanes Immundefizienz-Virus*
HRT	*Hormonersatztherapie*
IRGT	*A Global Network of Trans Woman and HIV*
IWWIT	„*ICH WEISS WAS ICH TU*" - die schwule Präventionskampagne der Deutschen AIDS-Hilfe
MSM	*Männer, die Sex mit Männern haben*
NAT	*National AIDS Trust*
NGO	*Non-governmental organization*, dt. Nichtregierungsorganisation
PAHO	*Pan American Health Organization*
PrEP	*Prä-Expositions-Prophylaxe*
RKI	*Robert-Koch-Institut*
STI	*sexuell übertragbare Infektionen*
TGEU	*Transgender Europe*
TGNS	*Transgender Network Switzerland*
TSG	*Transsexuellengesetz*
UNAIDS	*Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen für HIV/AIDS*
WAS	*World Association for Sexual Health*, zuvor *World Association for Sexology*
WHO	*World Health Organization* , dt. Weltgesundheitsorganisation

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 1 Dimensionen sexueller Gesundheit, basierend auf „Developing sexual health programmes“ (Quelle: Bremer und Winkelmann 2012) 15

Abbildung 2 Kategorien des Indikatorenkatalogs zu sexueller Gesundheit in Deutschland im Vergleich zu den Indikatoren der WHO (Quelle: DSTIG) 17

Abbildung 3 Übersicht der Bereiche des deutschen Indikatorenkatalogs im Vergleich zu den Bereichen der Indikatoren der WHO (Quelle: DSTIG) 18

Abbildung 4 Die drei Safer-Sex-Strategien (Kondom, PreP, Schutz durch Therapie) der Präventionskampagne „ICH WEISS WAS ICH TU“ der Deutschen AIDS-Hilfe 24

Abbildung 5 Darstellungsbeispiel der Aktion „Schwul. Trans*. Teil der Szene“ auf der Webseite der Präventionskampagne IWWIT der Deutschen AIDS-Hilfe 26

Abbildung 6 Diagramm über den prozentualen Anteil der Länder, die trans% Menschen in ihren nationalen HIV/Aids-Strategieplänen berücksichtigen (Quelle: UNAIDS „GAP REPORT 2014") 31

Abbildung 7 Ausschnitt des Covers vom Programmheft der Pre-Konferenz „TRANS Action: Building Bridges to Safety" 34

Abbildung 8 Ausschnitt des Covers des Wegweisers für trans% Frauen des Gemeinschaftsprojekts cliniQ 39

Abbildung 9 Text- und Bildbeispiele aus der Broschüre „Sex och trans" der NGOs RFSU, RFSL und RFSL Ungdom aus dem Jahr 2015 41

Abbildung 10 Ausschnitt aus dem Cover der Broschüre „Those Women“: Violence Stories from Sex Worker Trans Women der türkischen Organisation Kırmızı Şemsiye 43

Abbildung 11 Ausschnitt aus dem Datenblatt 2016 zu den Eckdaten von HIV/Aids in Deutschland des Robert-Koch-Instituts 45

Abbildung 12 Darstellung der Entwicklungsschritte zu HIV und Trans% (unter Berücksichtigung der Partizipation von trans%geführten Organisationen oder Bewegungen) 48

Abbildung 13 Grafische Darstellung der Aufgaben zur Erreichung des Ziels einer inklusiven Gesundheitsversorgung von trans% Menschen in Bezug auf HIV/Aids bzw. STIs. 62

1 EINLEITUNG

Das Thema der geschlechtlichen Vielfalt hat in den letzten Jahren gesamtgesellschaftlich wachsende Aufmerksamkeit bekommen. Damit geht auch einher, dass Identitätsbeschreibungen bzw. –markierungen, wie z. B. trans%, transgeschlechtlich, transident, transgender, transsexuell, inter, intergeschlechtlich, nicht-binär, weder*noch, genderqueer und genderfluid, Einzug in den Sprachgebrauch vieler Menschen gehalten haben. Ebenso gibt es ein größeres Wissen und Verständnis um die Lebensrealitäten von trans% Menschen. Ein Großteil dieser Aufklärungs- und Fortbildungsarbeit ist Trans%-Organisationen zu verdanken. Aber auch NGOs, Verbände, Bildungseinrichtungen (Universitäten, Schulen etc.) sowie auch staatliche Institutionen haben einen wichtigen Teil dazu beigetragen, dass die Anerkennung und Gleichstellung von trans% Menschen vorangetrieben wurde.

Ohne diese Erfolge schmälern zu wollen, gehören institutionelle, strukturelle, diskursive und individuelle Diskriminierungen, Ausgrenzungen sowie (sexualisierte) Gewalt dennoch fortwährend zu den Alltagswiderfahrnissen vieler trans% Menschen, weltweit und auch in Deutschland. So benennt z. B. die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrem 2015 veröffentlichen Strategiepapier *Transgender People and HIV* (WHO 2015b, S. 4) neben (cis-) Männern, die Sex mit (cis-) Männern (MSM) haben, Drogengebraucher_innen, Menschen in Haft und Sexarbeiter_innen auch trans% Menschen als eine von fünf besonders vulnerablen Gruppen.

Ein Beispiel für die Diskrepanz zwischen dem Ziel der Verbesserung der Lebenslagen von trans% Menschen und ihrer Umsetzung in jüngster Zeit ist z. B. die Umsetzung des Beschlusses (1 BvR 2019/16) des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) über einen weiteren positiven Geschlechtseintrag durch die amtierende Bundesregierung; während der Beschluss des BVerfG von Trans%-

und Inter-Organisationen begrüßt wurde, berücksichtigt der vom Ministerium des Innern, für Bau und Heimat (BMI) veröffentlichte und für inter und trans% Belange unzureichende Referentenentwurf[2] in keiner Weise den Entwurf für ein Geschlechtervielfaltgesetz (BMFSFJ 2017) des Deutschen Instituts für Menschenrechte (DIMR), der in der vorigen Legislaturperiode vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) in Auftrag gegeben worden war. Im Gegensatz zu dem Entwurf des BMI traf der Gesetzesentwurf des DIMR bei nahezu allen Trans%- und Inter-Organisationen auf große Zustimmung, denn er hätte zur Folge, dass seine Umsetzung einen erheblichen Beitrag zum Abbau von rechtlicher und institutioneller Diskriminierung leisten würde. Der Entwurf des BMI, über den der Deutsche Bundestag am 11. Oktober 2018 in einer ersten Lesung[3] beraten hat, bleibt diesem Anspruch hinterher[4].

Damit bleibt das Thema der rechtlichen Gleichstellung für trans% Menschen in Deutschland unzureichend geregelt und belastende Einflussnahmen auf die Lebenssituationen und -umstände von trans% Menschen werden fortgesetzt.

Unter diesen Voraussetzungen bekommen Lebensbereiche wie das (Er-)Leben von Sexualität, Begehren und Begehrtwerden, die Frage von Elternschaft und Familienplanung sowie der Schutz vor (sexualisierter) Gewalt in der Arbeit von und für trans% Menschen kaum bis gar keine Aufmerksamkeit. Diese Lebensbereiche sind weitestgehend unbesprochen und unerforscht.

Zum derzeitigen Forschungsstand ist festzuhalten, dass auf nationaler Ebene Studien (siehe hierzu Fuchs et al. 2012; Sauer und Meyer 2016; LesMigraS 2012)

---

[2] Online verfügbar auf der Seite des BMI unter dem Link: https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/gesetztestexte/gesetztesentwuerfe/entwurf-aenderung-personenstandsgesetz.html (zuletzt geprüft am 01.10.2018).

[3] Informationen sowie die Verlinkungen zu den Redebeiträgen finden sich auf der Webseite des Bundestags: https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2018/kw41-de-geburtenregister/570762 (zuletzt geprüft am 26.10.2018).

[4] In dem taz-Artikel vom 29.07.2018 gehen trans% und inter% Organisationen näher auf ihre Kritikpunkte ein: http://www.taz.de/!5523657 (zuletzt geprüft am 26.10.2018).

zu Diskriminierungserfahrungen und Lebenssituationen von trans% Menschen, eine Expertise der Antidiskriminierungsstelle des Bundes zur Benachteiligung im Arbeitsleben (Franzen und Sauer 2010) sowie zwei Gutachten zur rechtlichen Situation im Auftrag des BMFSFJ (BMFSFJ 2016, 2017) vorhanden sind. Auf europäischer Ebene stellt die Studie „LGBT-Erhebung in der EU“[5] der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA) zwar fundiertere Zahlen zu Diskriminierungserfahrungen in verschiedenen Lebensbereichen wie z. B. Gesundheitsversorgung und Arbeit zur Verfügung, sexuelle Gesundheit und strukturelle HIV-Prävention spielen jedoch auch in ihr keine Rolle. Die trans%relevanten Ergebnisse dieser Studie sind zusammengefasst in dem Papier „Leben als Trans* in der EU“ (FRA 2014). Auf globaler Ebene verweisen die Weltorganisationen WHO sowie UNAIDS darauf, dass es zu HIV und Trans% sehr limitierte Daten gebe. HIV-bezogene Daten von Menschen, die sich als nicht-binär beschreiben oder beschrieben werden, gebe es überhaupt nicht (WHO 2015b, S. 6).

Dazu hält die DAH in ihrer Berichterstattung zur Welt-Aids-Konferenz 2018 in Amsterdam in dem Artikel „Wenn wir es nicht selber machen, macht es keiner für uns“ (Bock 2018) fest, dass z. B. trans% Menschen in den Studien nicht mitgedacht würden und deshalb auch keine Aussage zu Ergebnissen getroffen werden könne (ebd.).

Solche Wissens- und Erkenntnislücken ermöglichen es den unterschiedlichen Akteur_innen in der gesundheitlichen Versorgung[6], die oftmals zu geringen Kenntnisse und die Nichtbetrachtung trans%relevanter Aspekte für die sexuelle Gesundheit und strukturelle HIV-Prävention aufrechtzuerhalten. Das ist meiner Meinung nach insofern von Bedeutung, als dass diese Wissens- und Erkenntnislücken in einem gesellschaftstheoretischen Kontext stattfinden, der normsetzende politische, rechtliche, ökonomische und

[5] Online verfügbar unter: http://fra.europa.eu/de/publication/2014/lgbt-erhebung-der-eu-erhebung-unter-lesben-schwulen-bisexuellen-und-transgender (zuletzt geprüft am 05.10.2018).
[6] Gemeint sind hier Akteur_innen innerhalb und außerhalb von trans% Communities.

„kulturelle“ Ordnungssysteme hervorgebracht hat, in die sich trans% Menschen permanent einfügen müssen (vgl. hierzu auch Engel 2009, S. 21f).

Diese Bachelorarbeit soll einen Überblick über den internationalen Forschungsstand, über ausgewählte Präventionsprogramme und -materialien sowie über Strategiepapiere und Leitlinien internationaler Organisationen in Bezug auf die Identitätsmerkmale bzw. -markierungen Trans% und HIV/Aids bzw. STIs vermitteln. Anknüpfend an eine Einführung über das Konzept der Sexuellen Gesundheit und der Strukturellen Prävention sowie die Vorstellung ausgewählter Präventionsangebote und -konzepte sollen hieraus mögliche forschungsethische Fragen und Handlungsempfehlungen bzw. ein Zielzustand für die Präventionsarbeit sowie für die Gesundheitsversorgung von trans% Menschen mit HIV in Deutschland abgeleitet werden (können). Aufgrund des begrenzten Seitenumfangs kann der Fokus nur auf einem Überblick liegen und die einzelnen Themen nicht in der Tiefe beleuchten. Das erwünschte Ziel ist es, dass die_der Leser_in einen Einstieg in die Materie erhält, über Quellen zum vertiefenden Bearbeiten und Reflektieren informiert und ein (noch) unbearbeitetes Feld in die (Ver-)Handlung gebracht wird.

Schlussendlich erhoffe ich mir mit dieser Arbeit auch, einen Beitrag zur Sensibilisierung geschlechtlicher Vielfalt leisten zu können, gleichwohl ich mir auch wünschen würde, dass meine Empfehlungen weitergedacht werden und zu weiterführenden Diskussionen innerhalb und außerhalb von trans% Communities führen (können).

2 BEGRIFFE UND SCHREIBWEISEN (ER-)KLÄREN

Bei den von mir verwendeten Fachbegriffen und Schreibweisen gehe ich nicht davon aus, dass der_dem Leser_in meiner Arbeit diese „feste[n], spezielle[n] Bezeichnung[en] für etwas ganz Bestimmtes in einem bestimmten Fachgebiet“[7] geläufig sind. Ferner existieren zu manchen Begriffen und Schreibweisen sich unterscheidende (auch individuell verwendete) Sinn- und Bedeutungsrahmen und/oder Konzepte.

Bevor ich mich in den folgenden Kapiteln inhaltlich mit dem Thema HIV und Trans% auseinandersetzen werde, möchte ich daher einige Begriffe zum besseren Verständnis meiner Arbeit kurz umrahmen. Auf die zu allen Begriffen existierenden Diskurse, die sich z. B. in Glossaren verschiedener Organisationen widerspiegeln, kann ich aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit jedoch nur selektiv eingehen.

2.1 Über trans*, trans% und den Unterstrich

Die mittlerweile in unterschiedlichen gesellschaftlichen, politischen und/oder wissenschaftlichen Kontexten verwendeten Begrifflichkeiten wie z. B. transsexuell, transgeschlechtlich, transident oder transgender können als emanzipatorische Erfolge und als Beweis für die Vielfältigkeit geschlechtlicher Identitäten bewertet werden, jedoch sind darunter durchaus auch unterschiedliche Konzepte und/oder Bedeutungsrahmen zu verstehen, die einerseits einer Person ein Gruppenzugehörigkeitsgefühl ermöglichen bzw. es ausschließen, und andererseits Beschreibungen durch Dritte erlauben, folglich also auch Zuweisungen oder Zuschreibungen.

[7] So beschreibt der Duden den Begriff des Fachausdrucks: https://www.duden.de/rechtschreibung/Fachausdruck (zuletzt geprüft am 01.10.2018).

Um möglichst ein breites Spektrum geschlechtlicher Identitäten beschreibbar(er) zu machen, habe ich mich dazu entschieden, von trans% Menschen oder trans% Personen zu schreiben. Damit konstruiere ich eine Personengruppe, deren kleinster gemeinsamer Nenner laut Hamm und Sauer (2014) ist,

> „dass sie sich ihrem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht nicht, weitweise nicht oder teilweise nicht zuordnen wollen und/oder können bzw. den Rollenerwartungen, die an ihr bei Geburt zugewiesenes Geschlecht herangetragen werden, nicht entsprechen können oder wollen“ (Hamm und Sauer 2014, S. 6).

In anderen Worten wird damit eine Personengruppe von Menschen beschrieben, die „sich identitär geschlechterbinär als Männer oder Frauen, zwischen den Geschlechtern, oder darüber hinaus identifizieren bzw. eine geschlechtliche Zuordnung vollkommen verweigern“ (Sauer 2015, S. 121).

Als Alternative zu der von Franzen und Sauer (2010) erläuterten Schreibweise *trans** mit dem Sternchen (*) als Platzhalter am Ende des Wortes, wobei *trans** als „Oberbegriff [...] ein breites Spektrum von Identitäten, Lebensweisen und Konzepten [...] bezeichne[t], auch solche, die sich geschlechtlich nicht verorten (lassen) möchten“ (ebd., S. 7f), führe ich das Prozentzeichen (%) als analogen Platzhalter ein.

Meine Beweggründe liegen in erster Linie darin, auf Mehrfachbedeutungen in der Verwendung des Sternchens (*) hinzuweisen, aber auch um benötigte Platzhalter (wieder) trennscharf verwenden zu können.

Zum einen wird das Sternchen (*) mittlerweile, neben der o.g. Bedeutungszuweisung, analog zum Unterstrich (z. B. „Mitarbeiter_in“; „Ärzt_in“) verwendet, der einer schriftlichen Sichtbarmachung aller Geschlechtsidentitäten dienen soll und den ich in dieser Arbeit in diesem Sinne anwenden werde (Herrmann 2003). So hat z. B. die Partei BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN auf ihrem

Parteitag 2015 in Halle an der Saale beschlossen, dass der „Gender-Star" künftig als Regelfall verwendet werden soll (Haas 2015).

Zum anderen beschloss der Akademische Senat der Alice Salomon Hochschule Berlin im Jahr 2017 auf Initiative der AG „Gendergerechte Sprache“ neue Regeln zur geschlechtersensiblen Sprache. In Folge des Beschlusses wird inzwischen in allen zu erstellenden oder zu ändernden Satzungen und Ordnungen der Hochschule bei Begriffen wie *weiblich**, *männlich** etc. das Sternchen (*) angefügt (vgl. hierzu auch knoop 2017).

Die Datenbanksprache SQL[8], die bereits das Sternchen (*) als Platzhalter hervorgebracht hat, bietet mit dem Prozentzeichen (%) ein analoges Symbol, das ebenso beliebig viele (Schrift-)Zeichen ersetzen kann (Microsoft 2018). Außerdem unterstützt das Prozentzeichen (%) aus meiner Sicht die adjektivische Anwendung des Wortes *trans%*, in der „es um einen Aspekt einer Persönlichkeit geht, der_die Person aber nicht in Ausschließlichkeit“ (BVT* 2017, S. 6) auf trans% reduziert.

Aber nicht nur, dass es als Anteil einer Person gelesen werden und damit einhergehend z. B. weitere Identitätsmerkmale bzw. -markierungen und Mehrfachzugehörigkeiten wahrnehmbar(er) machen kann; ich sehe darin durchaus auch die Chance gegeben, durch die fehlenden Prozentangaben (in Zahlen) Persönlichkeitsanteile z. B. als unbeständig, sprunghaft und/oder veränderbar darzustellen.

Zum Schluss möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass ich Personen, deren Pronomen mir nicht bekannt ist, in dieser Arbeit mit „die_der Autor_in“ beschreiben werde.

[8] „Die Abkürzung SQL steht für den Begriff Structured Query Language und bezeichnet eine Sprache für die Kommunikation mit relationalen Datenbanken.“ Abrufbar unter: https://www.dev-insider.de/was-ist-sql-a-586264/ (zuletzt geprüft am 26.10.2018).

2.2 Nicht-binäre Identitätsbeschreibung_en

In Hinblick auf die unter Punkt 2.1 beschriebenen Definitionen, die möglichst ein breites Spektrum an geschlechtlichen Identitäten beschreibbar(er) machen, verwende ich den Begriff trans% sowohl für binäre als auch für nicht-binäre Selbstbeschreibungen.

Aus meinem Verständnis heraus müsste sich andernfalls auf neue Differenzlinien zwischen diesen beiden Begriffen geeinigt werden, die nicht nur bestehende Definitions- und Deutungsmächte fortsetzen würden, sondern auch in der Folge weitere etablieren könnten. Mir ist es hingegen ein Anliegen, dass (Re-)Produktionen identitärer Vereinheitlichungen sowie von Ein- und Ausschlüssen, die bereits in binär-hierarchischen und heteronormativ angelegten Geschlechterdifferenzen wie z. B. „Frau/Mann", „gender/sex" oder „trans/cis" wirkmächtig sind, erkannt und durchbrochen werden (können). Gleichwohl sehe ich, dass eine Artikulation von Differenzen, die das Ziel hat, gesellschaftliche Anerkennung zu finden, nicht außer Acht gelassen werden sollte.

In diesem Sinne schließe ich mich dem von Engel eingeführten Begriff der „Aporie der Differenz" (vgl. Engel 2009, S. 22) an und versuche durch die Anwendung einer weitgefassten Definition, die (möglichst) ein breites Spektrum geschlechtlicher Identitäten abbilden soll, eine Gleichzeitigkeit von Singularitäten und Partikularitäten abzubilden.

2.3 Heteronormativität

Um die in der Dominanzkultur[9] vorherrschende Annahme, es gebe (nur) zwei gegensätzliche Geschlechter (Zwei-Geschlechter-Ordnung), die ausschließlich sexuell aufeinander bezogen (Heterosexualität) seien, kritisieren zu können,

[9] Dominanzkultur ist als „ein Geflecht verschiedener Machtdimensionen zu begreifen, die in Wechselwirkung zueinanderstehen" (Rommelspacher 1998, S. 23).

macht Heteronormativität als zentraler Begriff der *Queer Theory*[10] „das Ineinandergreifen von Geschlechternormen und heterosexueller Dominanz, die ein Regime ausbilden, durch das Macht-, Ungleichheits-, Herrschafts- und teilweise auch Gewaltverhältnisse gerechtfertigt und durchgesetzt werden", sichtbar (Engel 2009, S. 19).

Damit ist z. B. gemeint, dass diejenigen, die sich nicht in die vorherrschende Zwei-Geschlechter-Norm einpassen können oder wollen, Sanktionen, Ausschlüsse oder Diskriminierungen erfahren, sowie dass Geschlechter- und Sexualitätsnormen sehr eng mit sozioökonomischen Faktoren und/oder mit rassifizierenden Zuschreibungen verflochten sind, und auch den Fortbestand einer geschlechterhierarchischen Organisation von Arbeits- und Einkommensverhältnissen bedeuten können (vgl. ebd., S. 19f).

Durch die Verwendung des Begriffs Heteronormativität wird also nicht nur die „Natürlichkeit" von Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität kritisiert, sondern auch damit einhergehende Privilegierungen und Marginalisierungen.

2.4 Intersektionalität und/oder Mehrfachdiskriminierung

Um die komplexen Dimensionen von Diskriminierungen an trans% Menschen, z. B. aufgrund weiterer Identitätsmerkmale bzw. -markierungen, möglichst umfassend beschreiben zu können, habe ich mich dazu entschieden, auf die Konzepte Intersektionalität und Mehrfachdiskriminierung zurückzugreifen.

Sehr vereinfacht ausgedrückt, ermöglichen diese zwei unterschiedlichen Konzepte auch zwei unterschiedliche Perspektiven auf Diskriminierungen.

Während das Konzept der Mehrfachdiskriminierung vornehmlich von getrennten Kategorien ausgeht, die jedoch gemeinsam betrachtet werden

[10] „Queer Theory befasst sich mit der Frage, wie wir Körper, Geschlecht und Sexualität so denken – und leben – können, dass sie nicht immer wieder an eine rigide Zwei-Geschlechter-Ordnung und die Norm der Heterosexualität rückgebunden werden" (Engel 2009, S. 19).

müssen, geht das Konzept der Intersektionalität von der Verschränkung und dem Zusammenspiel der Kategorien aus (Castro Varela 2016, S. 114).

Als beachtenswert empfinde ich dabei ebenso die kritischen Anmerkungen, dass der Begriff der Mehrfachdiskriminierung „ein additives Modell entwirft und [damit] die Dynamiken zwischen den unterschiedlichen Diskriminierungsgründen [...] nicht erfasst werden können“ (ebd.), wohingegen die intersektionale Perspektive „die unterschiedliche Massivität von Diskriminierungserfahrungen nicht wirklich abbilden kann“ (ebd.).

3 SEXUELLE GESUNDHEIT

Als 1947 die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte in einer dafür gebildeten Kommission erarbeitet wurde, habe es zu(r) Sexualität keine öffentlichen Diskussionen gegeben, weshalb das Recht auf Sexualität durch kein einziges Mitglied der Kommission Erwähnung gefunden habe (Altman und Symons 2016, S. 156).

In der Nachkriegszeit in Deutschland wurde der Begriff der sexuellen Gesundheit schnell als „Verpflichtung zur Gesundheit“ und nicht als „Recht auf Gesundheit“ angesehen, da er historisch gesehen einen engen Zusammenhang mit dem medizinischen Gebiet der sexuell übertragbaren Infektionen (STI) gehabt habe, das wiederum durch die 1912 gegründete Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vertreten wurde und im Nationalsozialismus dem Reichsausschuss für Volksgesundheit unterstellt war (Koch-Gromus und Briken 2017, S. 929). Zeitweise habe diese Gesellschaft bis zu 10.000 Mitglieder gehabt und als der Vorläufer der heutigen Fachgesellschaft Deutsche STI-Gesellschaft – Gesellschaft zur Förderung der sexuellen Gesundheit (ebd.) gegolten, deren Sektion sexuelle Gesundheit seither Grundlagen für eine verbesserte sexuelle Gesundheit in Deutschland schaffen möchte (Bremer und Winkelmann 2012, S. 93).

Erst im Zusammenhang mit HIV und Aids erfuhr das Thema der sexuellen Gesundheit eine Reaktivierung (Koch-Gromus und Briken 2017, S. 929) und habe außerdem seit der Entstehung des Konzepts zu Beginn der 1970er Jahre zunehmend an Bedeutung gewonnen, sich aber auch einer stetigen Entwicklung unterworfen (vgl. Bremer und Winkelmann 2012, S. 93).

Diese Entwicklungsschritte analysiert Alain Giami in seinem 2002 veröffentlichten Aufsatz *Sexual Health: The Emergence, Development, and Diversity of a Concept.* Er wies darauf hin, dass soziale Regulierungen der Sexualität in Bezug auf die sexuelle Gesundheit auch von dem jeweiligen nationalen, politischen und kulturellen Kontext abhängig seien (vgl. Giami 2002, S. 2). Hierzu

führen Bremer und Winkelmann aus, dass die Evolution des Konzepts in enger Abhängigkeit zu mehreren gesellschaftlichen Entwicklungen stehe und diese damit spiegele (Bremer und Winkelmann 2012, S. 93). So benennen sie z. B. die „sexuelle Revolution“ in den westlichen Ländern, die weltweite HIV-Epidemie ab den 1980er Jahren, die Sorge um einen starken Bevölkerungsanstieg in den sogenannten „Entwicklungsländern“, Emanzipationsbewegungen sowie einen öffentlicher werdenden Diskurs um (sexualisierte) Gewalt und Missbrauch als Beispiele für diese Entwicklungsstufen (Bremer und Winkelmann 2012, S. 93f)

Das folgende Kapitel gibt einführend einen Überblick über die aktuelle_n Definition_en des Konzepts der sexuellen Gesundheit. Darauffolgend sollen die Dimensionen und Indikatoren sexueller Gesundheit vorgestellt und eine kritische Betrachtung der Angebote in Deutschland dargestellt werden.

3.1 Definition_en und Konzept zur Sexuellen Gesundheit

1975 legte die WHO in Zusammenarbeit mit der World Association for Sexology eine knappe erste Definition von sexueller Gesundheit vor:

> „Sexual health ist the integration of the somatic, emotional, intellectual and social aspects of sexual being in ways that are positively enriching and the enhance personality, communication and love“ (WHO 1975, S.6).

Die Definition war aus einem gemeinschaftlichen Prozess entstanden, in dem über die weltweite Situation der sexuellen Gesundheit nachgedacht worden war, und um jene Bereiche zu definieren, in denen die WHO politischen Entscheidungsträger_innen und Leistungserbringer_innen Beratung und Handlungsleitlinien anbieten würde, mit denen zu einer Verbesserung der sexuellen Gesundheit beigetragen werden könne (WHO 2006, S. 1).

Bereits bei der Entwicklung dieser ersten Version vor über 40 Jahren wurde betont, dass sexuelle Gesundheit weit mehr als physische Aspekte umfasse und wurde ihre positive Bedeutung herausgestellt (Bremer und

Winkelmann 2012, S. 94). In weiterführenden Konsultationen wurde aber auch die Frage gestellt, ob eine Definition überhaupt möglich und wünschenswert sei, denn die sexuelle Gesundheit sei kein wissenschaftliches Konzept und es gelte zu befürchten, dass eine Definition eine mitschwingende Normsetzung beinhalte, in der Menschen als „gesund“ bzw. als „krank“ eingeordnet würden. Vielmehr müsse eine Definition die sich über Zeit und Raum hinweg verändernden spezifischen Kulturverständnisse widerspiegeln (ebd.).

Mit der Anerkennung sexueller Rechte als Bedingung dafür, sexuelle Gesundheit erreichen zu können (PAHO 2001, S. 10), sowie der im Jahr 2001 vorgelegten Definition[11] der WAS (World Association for Sexual Health, zuvor World Association for Sexology), wurde die Basis für eine breit angelegte Zusammenkunft von Vertreter_innen der verschiedenen WHO-Regionen sowie zahlreicher Wissenschaftler_innen und Vertreter_innen von NGOs im Jahr 2002 in Genf geschaffen (Bremer und Winkelmann 2012, S. 94; siehe hierzu auch WHO 2010, S. 3). Diese Expert_innengruppe legte in einer konsensual getroffenen Entscheidung fest, dass im Zentrum der Definition sexueller Gesundheit ein positives Verständnis von Sexualität und die explizite Anerkennung der Lust stehe, und dass nicht allein körperliche, sondern auch emotionale, geistige und soziale Aspekte zur sexuellen Gesundheit gehören würden. Mögliche negative Aspekte wurden laut Bremer und Winkelmann zwar erwähnt, im Gegensatz zur früheren Definition von 1975 aber nicht ins Zentrum gerückt (Bremer und Winkelmann 2012, S. 94). Diese Definition, die heute noch breite Anwendung findet, obwohl sie streng genommen immer noch eine „Entwurfs-Definition“ ist, lautet wie folgt:

> „Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as

[11] In dieser Definition wurde reflektierend festgehalten, dass eine allgemeingültige Definition von sexueller Gesundheit schwierig sei und nur unter Berücksichtigung und Anerkennung individueller Werte möglich (Bremer und Winkelmann 2012, S. 94).

> well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled" (WHO 2006, S. 4).

Neben dieser konsensualen Entscheidung über eine Definition sexueller Gesundheit, und auf Grund der Forderung der PAHO (Pan American Health Organisation) aus dem Jahr 2000, die sexuellen Rechte als Bedingung zum Erreichen von sexueller Gesundheit zu Grunde zu legen, wurde im Rahmen der WHO-Konferenz 2002 auch die heute noch gültige Definition von sexuellen Rechten verfasst:

> „Sexual rights embrace human rights that are already recognized in national laws, international human rights documents and other consensus statements. They include the right of all persons, free of coercion, discrimination and violence, [...]" (WHO 2006, S. 5).

Dazu gehören u. a. ein bestmöglicher Standard sexueller Gesundheit, einschließlich des Zugangs zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung, zugängliche Informationen zur Sexualität, sexuelle Aufklärung, Respekt gegenüber der körperlichen Unversehrtheit, freie Partnerwahl, zu entscheiden, ob sie_er sexuell aktiv sein will oder nicht, einvernehmliche sexuelle Beziehungen, einvernehmliche Eheschließung, zu entscheiden, ob und wann sie_er Kinder haben will, sowie ein befriedigendes, sicheres und lustvolles Sexualleben anzustreben (ebd.).

Koch-Gromus und Briken stellen dazu fest, dass diese Definitionen, trotz des Wandels sexueller Verhältnisse und Verhaltensweisen, ein gutes und stabiles Fundament bilden können, um sexuelle Rechte weltweit einzufordern (Koch-Gromus und Briken 2017, S. 929). Laut Bremer und Winkelmann bleibt aber das Verhältnis von sexueller und reproduktiver Gesundheit unklar. So stellen sie sich die Frage, ob die reproduktive Gesundheit Teil der sexuellen Gesundheit sei oder ob es sich umgekehrt verhalte. Außerdem würde die WHO in ihren Publikationen häufiger den Begriff *sexual and reproductive health* verwenden, was den Eindruck

hinterlassen könne, dass es sich dabei voneinander trennbare Arbeitsfelder handele (Bremer und Winkelmann 2012, S. 95).

In der folgenden Abbildung illustrieren Bremer und Winkelmann, basierend auf dem 2010 veröffentlichen Dokument *Developing sexual health programmes* der WHO, die Themenvielfalt, die unter dem Konzept der Sexuellen Gesundheit verstanden werden kann. Sie versuchen dabei die verschiedenen Aspekte zu benennen bzw. zu ordnen und die unterschiedlichen kontextabhängigen Faktoren wie z. B. Kultur, Rechtssituation, Gesundheitssystem und ökonomische Bedingungen zu berücksichtigen (ebd.).

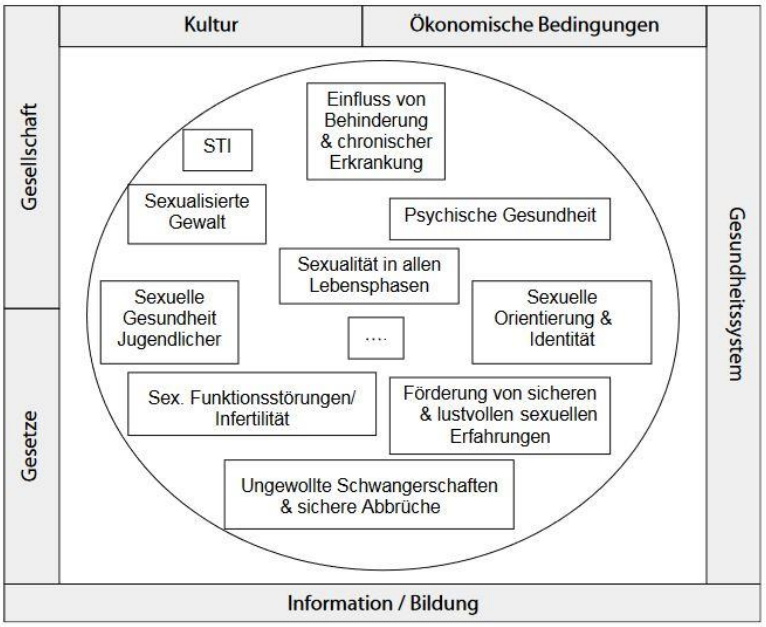

Abbildung 1 Dimensionen sexueller Gesundheit, basierend auf „Developing sexual health programmes" (Quelle: Bremer und Winkelmann 2012)

3.2 Indikatoren, Kategorien und Teilbereiche der sexuellen Gesundheit in Deutschland

Die im vorherigen Abschnitt aufgeführten Definitionen von sexueller Gesundheit und sexuellen Rechten zeigen viele unterschiedliche Dimensionen auf, z. B. die Bereiche der sexuellen Selbstbestimmung und der biografischen Entwicklung, aber auch Bereiche zu physischen Erkrankungen (etwa STIs und HIV) und zu

sexualisierter Gewalt. Doch wie lassen sich diese Dimensionen erfassen? Wie kann sichergestellt werden, dass die Umsetzung dieser Rechte für die Menschen und ihre Lebensrealitäten erfolgt ist, obwohl es „[...] kaum vorstellbar [sei], dass Messwerte für sexuelle Gesundheit insgesamt, aber auch für ‚Wohlbefinden', ‚sexuelle Zufriedenheit' oder ‚sexuelle Erfüllung' gefunden werden" können (DSTIG 2013, S. 5)?

In der Psychologie würden Phänomene, die nicht direkt messbar seien, als Konstrukte bezeichnet werden, so Bremer und Winkelmann, und wie auch bei der Gesundheit allgemein handele es sich bei „sexuelle[r] Gesundheit" um ein sogenanntes „Konstrukt" (DSTIG 2013, S. 5). Indikatoren[12] würden als Ersatzmaße dienen und dadurch das Konstrukt „Sexuelle Gesundheit" beschreibbar und messbar machen (Jansen et al. 2013, S. 914). Indikatoren an sich seien wertfrei, dienten keiner politischen Agenda oder der Kontrolle und bezögen sich auf verschiedene (Teil-)Aspekte, die Abwesenheit von Bedrohungen oder Störungen sowie auf andere Faktoren, die Einflussnahme auf die sexuelle Gesundheit haben (können) (ebd.).

Dieser umfassenden Aufgabe, der Entwicklung eines Indikatorenkatalogs für Deutschland, stellte sich die Arbeitsgruppe „Indikatoren" der deutschen STI-Gesellschaft, und veröffentlichte im Jahr 2013 einen Basiskatalog an Indikatoren, der sich, soweit es möglich war, an den Indikatoren der WHO anlehnen sollte, um eine internationale Vergleichbarkeit und Berichterstattung zu gewährleisten (DSTIG 2013, S. 7).

Zu Beginn des Prozesses, für Deutschland geltende Indikatoren zu entwickeln, stellten die von der WHO entwickelten Indikatoren die Entwicklungsgrundlage dar (Jansen et al. 2013, S. 915) und wurden im laufenden Prozess auf ihre Aussagekraft und Bedeutung hin einvernehmlich bewertet.

[12] Laut Duden (Fachsprache) sind Indikatoren etwas (Umstand, Merkmal), das als (statistisch verwertbares) Anzeichen für eine bestimmte Entwicklung, einen eingetretenen Zustand o. Ä. dient. Online verfügbar unter: https://www.duden.de/rechtschreibung/Indikator (zuletzt geprüft am 30.10.2018).

Einige Indikatoren hat die Arbeitsgruppe nicht aufgenommen (ebd.), andere wiederum ergänzt oder erweitert (Jansen et al. 2013, S. 919). Außerdem wurden relevante Messgrößen[13] ausgewählt sowie deren Verfügbarkeit überprüft (ebd.). Die Indikatoren, die in diesem Prozess entwickelt wurden, können den gleichzeitig entwickelten Kategorien „politische Rahmenbedingungen und soziale Determinanten“, „Verfügbarkeit von und Zugang zu Angeboten zur Verbesserung und Erhaltung der sexuellen Gesundheit“, „Nutzung und Inanspruchnahme von Angeboten“ und „Ergebnisse und Wirkungen von Maßnahmen“ zugeordnet werden (DSTIG 2013, S. 2; vgl. hierzu auch Bremer und Winkelmann 2012, S. 99f). Die Indikatoren für Deutschland folgen in ihren Begründungen den WHO-Dokumenten. Sie orientieren sich außerdem an den in der Fachliteratur zu Monitoring und Evaluation üblichen Differenzen[14] (DSTIG 2013, S. 1).

Kategorien des deutschen Indikatorenkatalogs (DSTIG) im Vergleich zu WHO-Indikatoren Listen.

Kategorien des deutschen Indikatorenkatalogs (DSTIG)	Kategorien der WHO Indikatorenliste
Politische Rahmenbedingungen und soziale Determinanten	Policy and Social Determinants
Verfügbarkeit und Zugang	Access (availability, information, demand, quality)
Nutzung und Inanspruchnahme	Use of Services
Ergebnisse und Wirkungsindikatoren	Outcome/Impact Indicators

Abbildung 2 Kategorien des Indikatorenkatalogs zu sexueller Gesundheit in Deutschland im Vergleich zu den Indikatoren der WHO (Quelle: DSTIG)

Neben den vier Kategorien wurden auch die Bereiche der sexuellen Gesundheit gegliedert. Diese Gruppierung umfasst die Teilbereiche „Allgemein“, „Familienplanung“, „reproduktive und perinatale Gesundheit“, „STI/RTI und Folgeerkrankungen (einschließlich HIV/Aids)“[15], „Förderung sexueller Gesundheit“, „sexuelle Bildung und Gesundheit Jugendlicher“ sowie „sexualisierte Gewalt“. So weichen die Kategorien der DSTIG lediglich in den

[13] Erhobene Messgrößen und Daten müssen für eine aussagekräftige Bewertung in vielen Fällen weiter differenziert werden, z. B. nach Geschlecht, Alter und Migrationsstatus. (DSTIG 2013, S. 1)
[14] Gemeint sind hier Prozess-, Wirkungs- und Ergebnisindikatoren
[15] RTI = Respirationstrakt-Infektion

Teilbereichen der „weiblichen Genitalverstümmelung[16]“ und des „Schwangerschaftsabbruches[17]“ von den Indikatoren der WHO ab (DSTIG 2013, S. 3).

Bereiche des deutschen Indikatorenkatalogs (DSTIG) im Vergleich mit Bereichen der WHO Indikatorenlisten

Bereiche des deutschen Indikatorenkatalogs (DSTIG)	Bereiche der WHO Indikatorenlisten
Allgemein	General
Familienplanung	Family Planning
	Eliminating Unsafe Abortion
Reproduktive und perinatale Gesundheit	Maternal and Perinatal Health
STI/RTI und Folgeerkrankungen	STI/RTI/Reproductive Morbidities
Förderung sexueller Gesundheit	Sexual Health
Sexuelle Bildung und Gesundheit Jugendlicher	Adolescent Sexual Health
Sexuelle Gewalt	Sexual Violence
	Harmful Practices (FGM)

Abbildung 3 Übersicht der Bereiche des deutschen Indikatorenkatalogs im Vergleich zu den Bereichen der Indikatoren der WHO (Quelle: DSTIG)

Der auf Grundlage dieser Kategorien, Teilbereiche und demografischen bzw. strukturellen Merkmale erstellte Katalog[18] müsse sich im Praxiseinsatz auf seine Anwendbarkeit überprüfen lassen und genauso in regelmäßigen Abständen aktualisiert werden. Dabei sei es auch denkbar, dass weitere Indikatoren entwickelt und eingesetzt werden könnten (DSTIG 2013, S. 9).

Mögliche Anwender_innen des Katalogs sind Gesundheitsexpert_innen, politische Entscheidungsträger_innen, Forscher_innen sowie andere Akteur_innen im Gesundheitswesen. Mithilfe der entwickelten Indikatoren kann

[16] Laut DSTIG (2013) unterliege in Deutschland die weibliche Genitalverstümmelung dem Strafrecht (Körperverletzung) und würde lediglich einen sehr begrenzten Personenkreis betreffen (vgl. hierzu auch: „Weibliche Genitalverstümmelung in Deutschland“ der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestags – Aktenzeichen WD 9 – 3000 – 23/18)

[17] Schwangerschaftsabbrüche sind in Deutschland, wenn sie nach einer Beratung durchgeführt wurden, nicht kriminalisiert.

[18] Der vollständige Katalog mit ausführlichen Beschreibungen, Bewertungen und Begründungen aller Indikatoren in Text- und Tabellenform lässt sich auf der Webseite der DSTIG (http://www.dstig.de) herunterladen.

die sexuelle Gesundheit der Gesamtbevölkerung und die von Teilgruppen analysiert und beschrieben werden (Jansen et al. 2013, S. 920). So kann für einzelne Aspekte sexueller Gesundheit der Ist-Zustand festgestellt, ein Soll-Zustand definiert, Maßnahmen entwickelt und deren Wirksamkeit überprüft werden (ebd.).

3.3 Kritische Betrachtung aus (einer) trans% Perspektive zur Umsetzung in Deutschland

Trotz der Erwähnung von trans% Menschen als eine der Bevölkerungsgruppen mit besonderen Bedürfnissen, für die Maßnahmen, Angebote und Einrichtungen in angemessener Qualität erforderlich seien und zugänglich sein müssen, unter der Kategorie „Verfügbarkeit und Zugang“ (Punkt 7.2) des Indikatorenkatalogs (DSTIG 2013, S. 8), werden die Lebensrealitäten von trans% Menschen in keinem anderen Unterpunkt des Katalogs berücksichtigt. Bereits in den nächsten beiden Abschnitten „Familienplanung“ (Punkt 7.2.1) und „Reproduktive und Perinatale Gesundheit“ (Punkt 7.2.2) werden ausschließlich „Frauen“ als diejenigen konstruiert, die eine Schwangerschaft erleben können (ebd., S.9f). Im darauf folgenden Abschnitt „STI/RTI-Folgeerkrankungen (einschließlich HIV/Aids)“ (Punkt 7.2.3) werden trans% Menschen in der Aufzählung zu den Angeboten für Menschen mit hohen Risiken und in vulnerablen Situationen schon gar nicht mehr erwähnt, obwohl sie zuvor als Bevölkerungsgruppe mit besonderen Bedürfnissen benannt wurden (ebd., S. 10). Auch in der Analyse weiterer Punkte wird eine heteronormative Herangehens- und Betrachtungsweise der Autor_innen des Katalogs deutlich. So wird die Zweigeschlechtlichkeit, also die Vorstellung von zwei gegensätzlichen (körperlichen) Geschlechtern, aus erlernten tradierten Gewohnheiten naturalisiert und die Existenz(en) von trans% Menschen wiederkehrend unsichtbar gemacht, als „das Andere“ konstruiert oder marginalisiert.

Es gilt den Autor_innen keine „böse Absicht“ zu unterstellen, nur wird dadurch einmal mehr deutlich, dass trotz der in der Einleitung des deutschen Indikatorenkatalogs skizzierten Teilentwicklungen in Bezug auf Trans% die Beachtungsräume bzw. das inkludierende Moment (immer) noch fehlen.

So ist es nicht verwunderlich, dass die Deutsche STI-Gesellschaft diese heteronormative und stereotype Betrachtungsweise von „Frauengesundheit“ und „Männergesundheit“ auf ihrer Webseite[19] fortführt. Auch hier ist eine Berücksichtigung der Lebensrealitäten von trans% Menschen nicht wiederzufinden, wenn z. B. eingehend unter der Rubrik „Männergesundheit“ davon gesprochen wird, dass „[d]as Thema ‚Sexuelle Gesundheit und Männer‘ [...] als erstes den Blick auf das biologische Geschlecht [eröffnet]“ (DSTIG 2018) und „[d]ie Befürworter einer soziobiologischen Sicht geschlechtsspezifischen Verhaltens [darauf] verweisen [...], dass es zwischen Frauen und Männern gerade in der Sexualität unterschiedliche biologische Grundlagen gibt“ (ebd.).

[19] https://www.dstig.de (zuletzt geprüft am 14.10.2018)

4 STRUKTURELLE PRÄVENTION

Aufbauend auf der Einführung in das Konzept der Sexuellen Gesundheit und den Indikatorenkatalog für Deutschland, soll in diesem Kapitel das Konzept der Strukturellen Prävention als eine Maßnahme vorgestellt werden, die sich aus einem festzustellenden Ist-Zustand heraus entwickelt hat und auch heute noch die Arbeitsgrundlage der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH)[20] bildet. Anhand einer kurzen Skizzierung soll veranschaulicht werden, was die Strukturelle Prävention ausmacht und welche Verbindungen von ihr zu etablierten gesundheitswissenschaftlichen Konzepten[21] gezogen werden können.

Daran anschließend gibt dieses Kapitel einen kurzen Überblick über die aktuellen Safer-Sex-Strategien als Teil der Präventionsarbeit der AIDS-Hilfen in Deutschland und zeigt anhand dieser Strategien auf, wie im Sinne des Konzepts der Strukturellen Prävention eine Einheit zwischen der primären, der sekundären und der tertiären Präventionsebene hergestellt werden kann.

Abschließend soll der Frage nachgegangen werden, ob und inwieweit trans% Menschen bereits im Konzept der Strukturellen Prävention berücksichtigt werden und/oder ob dieses Konzept für trans% Menschen als geeignet erscheint.

4.1 Historie und Konzept

In den von der Deutschen AIDS-Hilfe herausgegebenen wissenschaftlichen und praxisbezogenen Publikationen sowie auch in ihrer Satzung[22] lässt sich keine

[20] Die Deutsche AIDS-Hilfe betreibt seit über 30 Jahren im staatlichen Auftrag HIV-Prävention und setzt sich für Menschen mit HIV und die besonders stark von HIV betroffenen Gruppen ein. Mit dem Konzept der Strukturellen Prävention als Arbeitsgrundlage bietet sie eine anschlussfähige Möglichkeit für eine inklusive trans%spezifische Präventionsarbeit. Die Webseite ist unter dem Link: http://www.aidshilfe.de abrufbar (zuletzt geprüft am 31.10.2018).

[21] Gemeint sind hier das Konzept der Gesundheitsförderung sowie das Lebensweisenkonzept, auf das im weiteren Verlauf Bezug genommen wird.

[22] Die Satzung der DAH ist unter dem Link: https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/satzung_2015.pdf abrufbar (zuletzt geprüft am 23.10.2018).

klare Definition zur Strukturellen Prävention finden (Drewes et al. 2010, S. 13). Vielmehr unterliege das Konzept, das 1995 von der DAH-Mitgliederversammlung verabschiedet wurde, einer stetigen Weiterentwicklung (ebd.). Ausgehend von einem salutogenetischen[23] anstatt eines nur als risikofaktorenbezogenen Gesundheitsbegriffs definiere es das Arbeitsziel der AIDS-Hilfen (vgl. Ketterer 1998, S. 40). Dieses Verständnis von Gesundheit stütze sich auf die Ottawa-Charta der WHO vom 21. November 1986 sowie das darin angelegte Lebensweisenkonzept, führen Drewes et al. (Drewes et al. 2010, S. 14f) aus.

> „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel“ (WHO 1986).

Demnach „[…] muß [Gesundheit] ganzheitlich betrachtet werden, denn Gesundheitsrisiken lassen sich nicht nur dem individuellen Verhalten zuschreiben, sondern sind auch sozial, politisch und kulturell verursacht“ (Ketterer 1998, S. 40).

Pieper führte dazu in einem in der 1989 veröffentlichten ersten Ausgabe der „DAH-Aktuell“ erschienenen Artikel über das Präventionsverständnis der AIDS-Hilfen aus, dass „[…] die Angst vor einer HIV-Infektion ebenso krankmachend sein [kann] wie eine HIV-Infektion selber es sein (oder werden) kann; darin können Sexualängste oder nicht gelebte Sexualität ebenso gesundheitsschädigend sein wie eine körperliche Beeinträchtigung“ (Pieper 1989, S. 15). Daran anknüpfend müssten auch die Übergänge zwischen den

[23] „Salutogenese (lat. *salus* = Gesundheit, Heil, Glück und griech. *génesis* = Entstehung, Entwicklung) ist […] die Frage nach der Entstehung von Gesundheit, nach einer gesunden Entwicklung des Menschen […]“, so die Information auf der Webseite http://www.salutogenese-zentrum.de (zuletzt geprüft am 20.10.2018).

klassischen drei Präventionsebenen[24] fließend sein, da ihre strikte Trennung bzw. eine Trennung in Verhaltens- und Verhältnisprävention in der Praxis oft keinen Sinn ergeben würde (Ketterer 1998, S. 40). Ketterer fasst daher zusammen, dass die strukturelle Prävention ein „(präventions-)fachliches Konzept mit (emanzipations- und gesundheits-)politischem Anspruch" (ebd.) sei. Für die Arbeitsgrundlage und das Präventionsverständnis der AIDS-Hilfen ließen sich dementsprechend die vier Grundforderungen nach der „Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention"[25], der „Einheit der drei Präventionsebenen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention", der „Einheit von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe" und der „Einheit von Emanzipation und Prävention" festhalten (Drewes et al. 2010, S. 15; vgl. hierzu auch Drewes und Sweers 2010).

2013 benennt die Mitgliederversammlung der Deutschen AIDS-Hilfe in einer Resolution, dass „[die] Strukturelle Prävention wirkt – nicht nur bei HIV" (DAH 2013) und dass ihr Erfolg in Gefahr sei (ebd.), denn „[i]mmer wieder wird die Notwendigkeit der Prävention in Frage gestellt oder versucht, sie auf scheinbar einfache Maßnahmen der Primärprävention zu reduzieren (etwa Aufklärung und Information oder das Verteilen von Kondomen)" (ebd.).

Für Drewes et al. steht ohne Zweifel fest, dass das Konzept der Strukturellen Prävention als erfolgreich gilt, da Deutschland unter den Industrieländern eine der niedrigsten HIV-Prävalenzen[26] aufweise (Drewes et al. 2010, S. 13).

---

[24] 1. Krankheiten verhindern und vermindern (Primärprävention), 2. Krankheiten frühzeitig erkennen (Sekundärprävention) und 3. Krankheitsfolgen mildern und eine Verschlimmerung verhindern (Tertiärprävention) – Glossar des Bundesministeriums für Gesundheit http://www.bundesgesundheitsministerium.de (zuletzt geprüft am 05.10.2018)

[25] Verhaltensprävention richtet sich an Einzelpersonen und verfolgt die Absicht, gesundheitsbezogenes Verhalten direkt zu verändern, wohingegen die Verhältnisprävention die Bedingungen (=Verhältnisse), in denen Menschen leben, gestalten will.

[26] Prävalenz = Rate der zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem bestimmten Zeitabschnitt an einer bestimmten Krankheit erkrankten Personen (im Vergleich zur Zahl der gesamtuntersuchten Personen)

4.2 Safer-Sex-Strategien 2018

Am Beispiel der aktuellen drei Safer-Sex-Strategien (IWWIT 2018a), über die die schwule[27] Präventionskampagne „ICH WEISS WAS ICH TU“ (IWWIT) seit 2018 auf ihrer Webseite informiert, lassen sich die vier Grundforderungen der Strukturellen Prävention gut beleuchten.

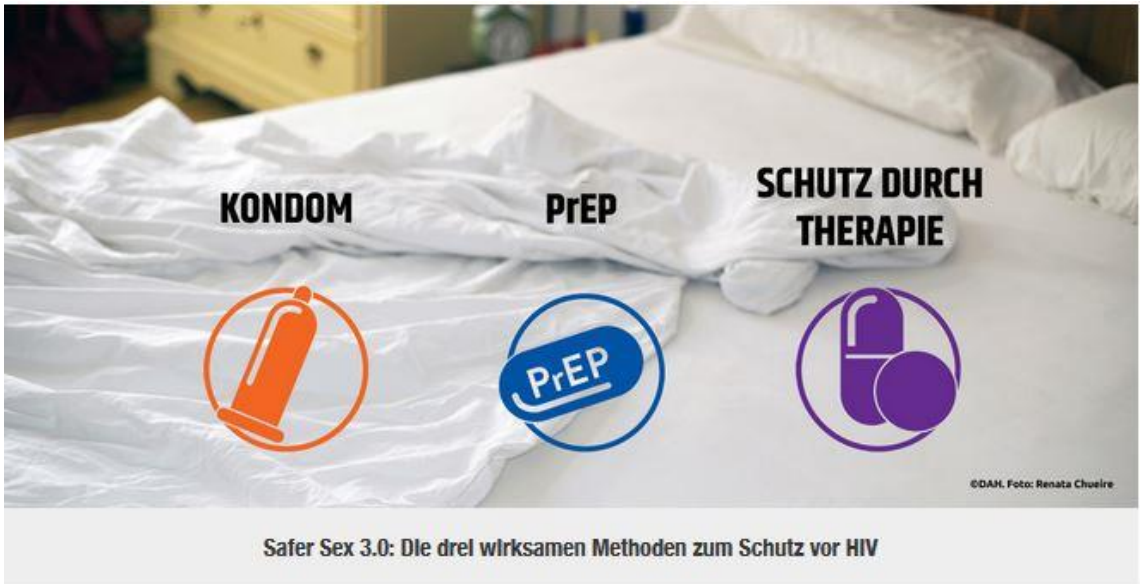

Abbildung 4 Die drei Safer-Sex-Strategien (Kondom, PreP, Schutz durch Therapie) der Präventionskampagne „ICH WEISS WAS ICH TU“ der Deutschen AIDS-Hilfe

2008 veröffentlichte die schweizerische Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen (EKAF) mit dem sogenannten *EKAF-Statement* die Botschaft, dass „[e]ine HIV-infizierte Person unter funktionierender antiretroviraler Therapie [...] das HI-Virus über Sexualkontakte nicht weiter [gibt]“ (EKAF 2008).

Aus diesem Wissen heraus lässt sich *Schutz durch Therapie* als Safer-Sex-Methode einerseits als primärpräventive Maßnahme (d. h. eine wirksame HIV-Therapie schützt vor einer Übertragung des Virus), andererseits aber auch als sekundär- und tertiärpräventive Maßnahme einordnen. Wenn sich auch heute

[27] Die Verwendung der Bezeichnung „schwul“ bezieht sich hier allein auf die sexuelle Orientierung/Identität eines Menschen (Selbstbeschreibung), egal welcher geschlechtlichen Identitätsbeschreibung sie_er sich selbst zuschreiben kann oder will.

noch Menschen mit HIV, neben den alltäglichen individuellen Diskriminierungswiderfahrnissen, gegen das Stigma[28] HIV zur Wehr setzen müssen, wie Marcel Dams in einem Kommentar im Online-Magazin der Deutschen AIDS-Hilfe berichtet (Dams 2018), kann die Verbreitung der Botschaft der *Nichtinfektiösität bei erfolgreicher antiretroviraler Therapie* (ART)

a) einen gesundheitsfördernden bzw. -erhaltenden Beitrag für einen Menschen leisten,
b) die (strukturellen) Verhältnisse mitgestalten und verändern,
c) sowie das emanzipatorische Ziel der Selbstbestimmung verwirklichen.

Eine lediglich primärpräventive Herangehensweise würde eine effektive Prävention mit Blick auf „[...] die unübersehbare Marginalisierung und Diskriminierung der von HIV betroffenen Personengruppen“ behindern (vgl. Drewes et al. 2010, S. 14).

4.3 Und mittendrin Trans%?

Vergleichbar dem in der Einleitung erwähnten Strategiepapier *Transgender People and HIV* der WHO (WHO 2015b, S. 4), benennt Derendinger in dem Artikel „Sexuelle Gesundheit und Transmenschen: Terra incognita?“ trans% Menschen als „[e]ine vernachlässigte und verletzliche Gruppe“ (Derendinger 2013, S. 2), u. a. zu erkennen daran, dass viele internationale Studien eine besondere Vulnerabilität, insbesondere im Bereich HIV und STIs, zeigten (ebd.). Vernachlässigt sind sie meines Erachtens nach z. B. aufgrund geografisch räumlicher Vereinzelung oder in Folge einer Subsumierung unter MSM, „Frauen“, „Männer“ oder Drogengebraucher_innen, durch die trans% Menschen unsichtbar blieben oder gemacht wurden.

[28] Stigma = etwas, wodurch jemand deutlich sichtbar in einer bestimmten, negativen Weise gekennzeichnet ist oder wird und sich dadurch von anderen unterscheidet bzw. unterscheiden soll. Online nachzulesen unter dem Link: https://www.duden.de/rechtschreibung/Stigma (zuletzt geprüft am 01.11.2018).

Mit der Aktion „Schwul. Trans*. Teil der Szene!“ (IWWIT 2018b) hat die Präventionskampagne IWWIT der DAH einen positiven Beitrag im Sinne der Strukturellen Prävention (auch) für trans% Menschen geleistet, der in weiten Teilen für (*cis*-)[29] schwule Szenen, aber durchaus auch für andere Nutzer_innen, z. B. Forscher_innen, nützlich sein kann.

Abbildung 5 Darstellungsbeispiel der Aktion „Schwul. Trans. Teil der Szene“ auf der Webseite der Präventionskampagne IWWIT der Deutschen AIDS-Hilfe*

Grundsätzlich bietet das Konzept der Strukturellen Prävention (weitere) Anschlussmöglichkeiten für eine Inklusion trans%spezifischer Bedarfe in die Gesundheitsversorgung. Ein Vorteil ist, dass das Lebensweisenkonzept und das Konzept der Gesundheitsförderung dem Konzept zugrunde liegen. Die Ziele der Selbsthilfe, der Selbstbestimmung und des Mitgestaltens der (strukturellen) Verhältnisse sind auch für trans% Menschen von Bedeutung und verdienen daher (weiter) Aufmerksamkeit und eine reflektierende Auseinandersetzung innerhalb wie außerhalb von AIDS-Hilfen.

[29] Cis bedeutet, dass sich eine Person mit dem ihr_ihm bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht identifiziert bzw. identifizieren kann. Da auch inter Personen cis sein können und diese Kategorisierung obendrein auf einem binären Verständnis von Geschlecht beruht, schreibe ich den Begriff *cis* hier bewusst *kursiv* und in Klammern. Er kann aber wichtig sein, um trans% nicht als „das Andere“ zu beschreiben.

5 PRÄVENTIONSPOLITIK_EN UND AUSGEWÄHLTE HIV- UND STI-PROGRAMME

In seiner Eröffnungsrede[30] der diesjährigen Welt-Aids-Konferenz AIDS 2018 in Amsterdam vertrat der Generaldirektor der WHO, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, die Meinung, dass niemand krank werden oder sterben solle, nur weil sie_er arm sei oder marginalisiert werde. Damit lenkte er den Fokus auf die von HIV am stärksten bedrohten Gruppen, wie z. B. trans% Menschen und/oder Sexarbeiter_innen.

Dieses Kapitel soll einen Überblick über implementierte HIV- und STI-Programme internationaler Organisationen und ausgewählte Präventionsbeispiele bzw. -kampagnen geben, die trans% Menschen in unterschiedlichem Maß adressieren, und die in Verbindung mit den beiden zuvor zusammengefassten Konzepten der Sexuellen Gesundheit und der Strukturellen Prävention bei der Entwicklung der Handlungsempfehlungen für Deutschland (siehe Kapitel 6) hilfreich sein können.

Eine Betrachtung der aktuellen Angebote in Deutschland wird im letzten Punkt dieses Kapitels zusammenfassend dargestellt.

5.1 Ausgewählte Programme internationaler Organisationen

Die von der WHO, aber auch von anderen internationalen Organisationen publizierten Strategiepapiere und Leitlinien zu HIV und Trans% sind anschlussfähig zur Erarbeitung nationaler Maßnahmen und Programme. So wie schon die nationalen Umsetzungen in den Bereichen sexuelle Rechte, sexuelle

[30] Die Eröffnungsrede kann auf der Seite der WHO unter dem Link: https://www.who.int/dg/speeches/2018/aids-conference-2018/en/ nachgelesen werden (zuletzt geprüft am 17.10.2018).

Gesundheit, Gesundheitsförderung und des Lebensweisenkonzepts (auf denen auch das Konzept der Strukturellen Prävention aufbaut) auf den Beschlüssen und Maßnahmen der WHO beruhen, könnten zumindest in der Theorie diese Beschlüsse und Maßnahme auch zu einer Verbesserung trans%spezifischer Gesundheitsversorgung führen. Welche Programme bereits veröffentlicht worden sind, wird in den folgenden drei Unterpunkten gezeigt werden.

5.1.1 WHO - Weltgesundheitsorganisation

Das bereits in der Einleitung erwähnte Strategiepapier *Transgender and HIV* der WHO fasst wesentliche Informationen und bestehende Empfehlungen der WHO zur HIV-Prävention und zu den Diagnose-, Behandlungs- und Pflegebedarfen für trans% Menschen zusammen (WHO 2015b, S. 6). Hatte die WHO noch in den 2011 veröffentlichten Präventionsleitlinien[31] einheitliche Empfehlungen für trans% Menschen und (cis-) Männer, die Sex mit (cis-) Männern haben, ausgesprochen, erkannte die WHO 2014 in den Leitlinien *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations* an, dass die hohe Vulnerabilität und die spezifischen Bedürfnisse der Gesundheitsversorgung von trans% Menschen eine eigenständige und unabhängige Berücksichtigung finden müssen (WHO 2014a, S. xiiif).

Als Konsequenz aus dieser Leitlinie versucht das Strategiepapier *Transgender and HIV* die von der WHO beschriebene Lücke zu schließen. Mittels des Strategiepapiers sollen politische Entscheidungsträger_innen, Geldgeber_innen und Akteur_innen im Feld der HIV-Prävention eine Arbeitsgrundlage zur Erarbeitung nationaler Angebote für trans% Menschen erhalten (WHO 2015b, S. 6).

[31] WHO-Präventionsleitlinien: „Prevention and treatment of HIV and other sexuallly transmitted Infections among men who have sex with men and transgender people“ (WHO 2011).

Nach einer Übersicht über die nur geringe Anzahl vorhandener epidemiologischer Daten, als deren Ursache die Verfasser_innen des Strategiepapiers Schwierigkeiten bei der Stichprobenziehung, fehlendes Wissen über die Bezugsgröße der Gruppe der trans% Menschen, die fehlende Abfrage verschiedener geschlechtlicher Identitätsbeschreibungen (neben „Frauen“ und „Männern“) und die Thematiken der Stigmatisierung und Diskriminierung benennen (ebd.), gehen sie auf das Verhältnis zwischen Hormonersatztherapie (HRT) und der Behandlung von HIV ein (ebd., S. 7). Die in dem Strategiepapier zitierte qualitative Studie *Values and preferences of transgender people: a qualitative study* von 2014 zeige auf, dass viele trans% Menschen Bedenken äußerten, wenn es um Wechselwirkungen zwischen einer antiretroviralen Therapie und einer Hormonersatztherapie sowie die jeweilige damit verbundene Wirksamkeit gehe (WHO 2014b, S. 28).

Das Kapitel *Essential strategies for an enabling enviroment* beschäftigt sich daran anschließend damit, wie insbesondere eine Unterstützung durch die Politik (Gesetzgebung, Finanzierungsmittel), die Bekämpfung von Stigmatisierung(en) und Diskriminierung(en), das Empowerment der trans% Communities und eine geeignete Antigewalt-Arbeit aussehen könnte (WHO 2015b, S. 8ff). Erhöhtes Verhaltensrisiko und Drogengebrauch stünden auch mit trans%feindlichen Widerfahrnissen in Verbindung (WHO 2015b, S. 10; siehe hierzu auch Sausa et al. 2007, S. 768), und daher sei es wichtig, dass Beschäftigte im Gesundheitswesen (wiederkehrende) Schulungen zur Sensibilisierung in Bezug auf trans% Lebensrealitäten erhalten sollen (ebd.).

Über grundlegende Maßnahmen, die im Gesundheitsbereich umzusetzen seien, informiert das letzte Kapitel des Strategiepapiers, in dem es um Informationen zu Themen geht, die die sexuelle Gesundheit betreffen, wie z. B. Kondomgebrauch, die PrEP[32], Zugang zu HIV-Tests und Beratung sowie Zugang zu HIV-Therapien (ebd., S. 14ff). Es geht darin auch um Themen wie Harm

[32] PrEP = Prä-Expositions-Prophylaxe (Vorsorge vor einem Risiko-Kontakt)

Reduction[33] bei Substanzmittelgebrauch (z. B. Safer Use), die Einnahme der „Pille“ anstatt einer Hormonersatztherapie, die Möglichkeiten einer Schwangerschaft und geschlechtsangleichende Maßnahmen. Das Strategiepapier hält fest, dass der Zugang zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen, auch in Ländern mit hohem Einkommen, oft erschwert bis gar nicht möglich sei. Auch gebe es weltweit nur wenige ausgebildete Fachärzt_innen bzw. Chirurg_innen (ebd., S. 22).

5.1.2 UNAIDS - Gemeinsames Programm der Vereinten Nationen für HIV/AIDS

Den Fokus auf HIV und Trans% legen drei Publikationen, die UNAIDS veröffentlicht hat, das gemeinsame Programm der Vereinten Nationen für HIV/Aids: *The Gap Report*, der Leitfaden *Services for transgender people* und das Strategiepapier *HIV and young transgender people: a technical brief*.

Die Publikationsreihe *The Gap report* von UNAIDS verfolgt das Ziel, angesichts identifizierter Lücken in der gesundheitlichen Versorgung, verfügbare Daten und Analysen sowie Informationen und Empfehlungen zusammenzufassen.

2014 veröffentlichte UNAIDS in dieser Reihe erstmals einen *Gap report* in Bezug auf Trans%. Darin wird beschrieben, dass die Auseinandersetzungen zu HIV und Trans% weltweit immer noch viel zu gering seien, denn nur 39% der Länder würden in ihren nationalen Aktionsplänen zu HIV/Aids trans% Menschen berücksichtigen (UNAIDS 2014b, S. 9; vgl. hierzu auch WHO 2015b, S. 6).

[33] „Harm Reduction ist derzeit der vielversprechendste Ansatz in der Arbeit mit Drogengebraucher_innen. […] Es geht primär nicht um Abstinenz, sondern darum, unmittelbare gesundheitliche Schäden für Drogenkonsumenten zu reduzieren und ihr Überleben zu sichern“ (DAH 2018a).

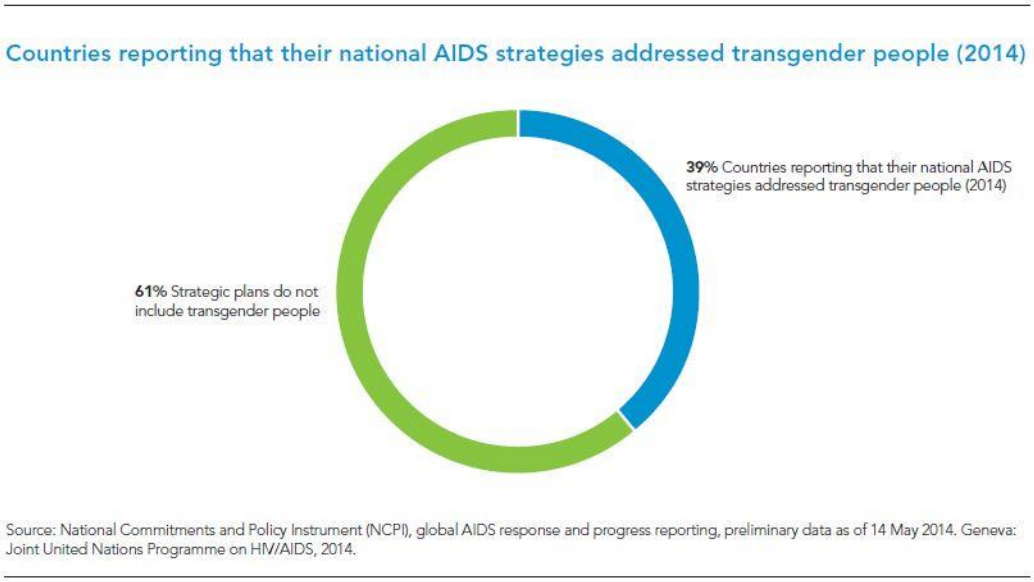

Abbildung 6 Diagramm über den prozentualen Anteil der Länder, die trans% Menschen in ihren nationalen HIV/Aids-Strategieplänen berücksichtigen (Quelle: UNAIDS „GAP REPORT 2014")

Ebenso lässt sich diesem Bericht eine Forderung nach effektiven HIV-Präventionsprogrammen für trans% Menschen entnehmen. So habe sich z. B. gezeigt, dass zwei Drittel der trans% Sexarbeiter_innen in Deutschland, Honduras, Mexiko und Paraguay speziell an sie adressierte HIV-Test-Angebote wahrnehmen würden (ebd., S. 11).

Ähnlich dem o.g. Strategiepapier der WHO *Transgender and HIV* gibt auch der UNAIDS-Leitfaden *Services for transgender people* Informationen und Empfehlungen zu den Schlüsselelementen, wie z. B. der Bekämpfung von Stigmatisierung(en) und Diskriminierung(en), dem Empowerment von trans% Communities und einer geeigneten Antigewalt-Arbeit, die unter Punkt 5.1.1 bereits aufgeführt wurden. Desweiteren werden in diesem Leitfaden die Herausforderungen zu den Themen Datenerhebung, Mangel an Daten und Implementierung von Programmen dargestellt. Zu berücksichtigen seien ökonomische Chancen(un)gleichheit, Bildung, rechtliche und politische Rahmenbedingungen, Praktiken von Strafverfolgung[34] und Polizeiarbeit.

[34] Physische als auch psychische Gewalt sowie willkürliche Verhaftungen spiegeln sich häufig in den Erfahrungen von trans% Menschen wider. Die Risiken für trans% Menschen, die sexuelle Dienstleistungen verkaufen, seien besonders hoch (UNAIDS 2014a, S. 9).

Auch sollten trans%spezifische Bedürfnisse im Gesundheitssystem wie auch unzureichende Community-Infrastrukturen berücksichtigt werden (UNAIDS 2014a, S. 9f). In den darauffolgenden Kapiteln unterstreicht der Leitfaden noch einmal die Notwendigkeit der Beteiligung von trans%geführten Organisationen und gibt eine Übersicht über Schlüsselindikatoren in Bezug auf Verfügbarkeit, Abdeckung, Qualität und Wirksamkeit der HIV-Programme für trans% Menschen auf regionaler und/oder nationaler Ebene (ebd., S. 14f).

Um Risiken, die insbesondere junge trans% Menschen betreffen können, gezielt zu betrachten, hat die *Interagency Working Group on Key Populations*[35] mit dem Strategiepapier *HIV and young transgender people: a technical brief* im Jahr 2015 eine weitere Publikation herausgegeben. Das Strategiepapier kombiniert dabei die trans%spezifischen Einflussfaktoren mit den Vulnerabilitäten von Jugend und Heranwachsen, den Ungleichgewichten in Macht- und Beziehungsebenen sowie der Entfremdung und/oder Abkehr von Herkunftsfamilie und Freund_innen (WHO 2015a, S. 2).

5.1.3 Trans%geführte internationale Organisationen

So wie UNAIDS die Notwendigkeit der Beteiligung von trans%geführten Organisationen unterstreicht, beschreibt das Deutsche Institut für Menschenrechte die Entstehung der UN-Behindertenrechtskonvention unter Beteiligung von Menschen mit Behinderungen als ein positives Beispiel für Teilhabe und Mitbestimmung. So sei der Grundsatz der Partizipation einer der allgemeinen Menschenrechtsgrundsätze (DIMR 2010, S. 2). In der Entwicklung des Abkommens von 2006 prägte das Motto „Nichts über uns ohne uns!“ die aktive Mitgestaltung (ebd.).

Dieses Motto lässt sich gut auch auf die Beteiligung von trans%geführten Organisation übertragen, welche nachfolgend vorgestellt werden.

[35] Neben UNAIDS sind z. B. Organisationen wie WHO, UNHCR, UNICEF, APTN und NSWP an dieser Arbeitsgruppe beteiligt.

5.1.3.1 IRGT – A Global Network of Trans Woman and HIV

Eine „Welt mit glücklichen, gesunden und selbstermächtigten“[36] trans% Frauen ist die Vision der international tätigen trans%geführten Organisation IRGT, die seit ihrer Gründung 2011 kollaborativ daran arbeitet, die Möglichkeiten zur Vernetzung und der Personal- bzw. Organisationsentwicklung so zu verbessern, dass andere trans%geführte Organisationen und Bewegungen davon gestärkt werden können (IRGT 2018). Die Mitglieder von IRGT sind trans% Aktivist_innen aus Afrika, Süd- und Nordamerika, Asien und Europa.

Zwei Aktivitäten von IRGT hinsichtlich HIV/Aids und struktureller Prävention sollen hier besonders hervorgehoben werden. So war IRGT maßgeblich an der Entwicklung der 2016 veröffentlichten Leitlinie *Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People* beteiligt. Ebenso war IRGT Organisator_in der Pre-Konferenz *TRANS Action: Building Bridges to Safety* sowie der *Trans Networking Zone* auf der diesjährigen Welt-Aids-Konferenz AIDS 2018 in Amsterdam.

Die Leitlinien, die das Ergebnis der Zusammenarbeit von trans% Menschen, Anwält_innen, Forscher_innen, Vertreter_innen staatlicher Behörden und von NGOs aus der ganzen Welt sowie von Organisationen der Vereinten Nationen (z. B. UNAIDS) sind, widmen sich (erst noch zu entwickelnden) Programmen, die von trans%geführten Organisationen oder Bewegungen in Zusammenhängen, in denen es z. b. aufgrund finanzieller Ressourcen möglich ist, selbst durchgeführt werden sollten (UNAIDS 2016, S. xv).

Die ersten beiden Kapitel beschäftigen sich mit den Ansatzpunkten und Prinzipien für den Aufbau von Maßnahmen und Programmen, während in den Kapiteln 3 und 4 Ansätze zur Umsetzung von geeigneten Maßnahmen zur HIV-Prävention unter Berücksichtigung trans%spezifischer Einflussfaktoren

[36] Die Webseite von IRGT ist unter dem Link: http://transglobalactivism.org/our-mission/ abrufbar (zuletzt geprüft am 21.10.2018).

beschrieben werden. Das letzte Kapitel widmet sich der Durchführung und Verwaltung der Maßnahmen und stellt zusätzlich Informationen zur Personal- bzw. Organisationsentwicklung zur Verfügung (ebd., S. xvi). Im Vergleich zu anderen Publikationen zu HIV und Trans% können diese Leitlinien durchaus als die umfangreichsten und detailliertesten benannt werden.

IRGT organsierte auf der diesjährigen Welt-Aids-Konferenz eine Pre-Konferenz mit dem Titel *TRANS Action: Building Bridges to Safety*[37], deren Programmgestaltung auch Vorträge, Diskussionsrunden und Plenarsitzungen zum Themenschwerpunkt HIV und Trans% unter der Beteiligung von trans% Aktivist_innen beinhaltete.

Abbildung 7 Ausschnitt des Covers vom Programmheft der Pre-Konferenz „TRANS Action: Building Bridges to Safety"

Zusätzlich koordinierte die Organisation in Kooperation mit der international tätigen Organisation Global Action for Trans Equality (GATE) die *Trans Networking Zone* im öffentlichen Bereich der Konferenz, dem sogenannten *Global Village*. Hier fand neben weiteren Diskussionsrunden und Plenarsitzungen eine öffentlichkeitswirksame Demonstration[38] innerhalb des *Global Village* statt,

[37] Der Livestream der Konferenz ist online verfügbar unter: https://www.facebook.com/GATEOrgOfficial/videos/1750183045017936/ (zuletzt geprüft am: 17.10.2018).

[38] Ein kurzes Video zur Demonstration lässt sich auf der Facebook-Seite von IRGT unter dem Link: https://www.facebook.com/globalnetworkoftranswomen/videos/2130850850471563/ (zuletzt geprüft am 17.10.2018) finden.

so dass auch andere HIV/Aids-Aktivist_innen und -Expert_innen von den Bedarfen von trans% Menschen in Bezug auf HIV/Aids erfahren konnten.

5.1.3.2 GATE - Global Action for Trans Equality

GATE ist ebenfalls eine trans%geführte international tätige Organisation, die sich mit geschlechtlicher Identität und/oder Merkmalen beschäftigt, allgemeiner gesagt, mit den Fragen der körperlichen Vielfalt. Im Zusammenhang mit diesen Fragen bzw. Themen ist GATE außerdem ein_e Akteur_in im internationalen Aktivismus zu HIV/Aids. GATE trägt dazu bei, dass es in diesem Bereich mehr Beteiligung von und für trans% Menschen gibt, und leistet einen Beitrag dafür, dass Fragen der geschlechtlichen Identität und des Geschlechtsausdrucks sowie der körperlichen Vielfalt in der Arbeit zu HIV/Aids von Geldgeber_innen, staatlichen Institutionen und internationalen Organisationen einbezogen werden (GATE 2017).

Auf dem *High-Level-Meeting* der Vereinten Nationen, das im Juni 2016 in New York stattfand, konnte ebenfalls ein_e GATE-Vertreter_in teilnehmen und so die Interessen der Organisation vertreten (ebd.). Außerdem wurde die Organisation 2018 Gründungsmitglied der *UNAIDS Global HIV Prevention Coalition.*

Auf der Welt-Aids-Konferenz AIDS 2018 nahmen Vertreter_innen von GATE an verschiedenen Pre-Konferenzen wie auch bei Sitzungen während der Hauptkonferenz teil. Gemeinsam mit IRGT – A Network of Trans Women and HIV organisierte GATE die *Trans Networking Zone* (ebd.) und trug zu ihr z. B. mit eigenen Beiträgen unter Beteiligung von Kampagnenmanager_in Erika Castellanos und Geschäftsführer_in Mauro Cabral Grinspan bei.

5.1.3.3 TGEU - Transgender Europe

Transgender Europe (TGEU) hat sich 2005 auf dem ersten *European Transgender Council* in Wien gegründet und ist mittlerweile mit 112 Mitgliedsorganisationen aus 44 Ländern[39] eine legitime Stimme für trans% Communities in Europa. Die Organisation setzt sich europaweit für die Gleichbehandlung von trans% Menschen ein, indem sie z. B. Kampagnen[40] zum Abbau von Stigmatisierung, Pathologisierung und/oder Diskriminierungen geplant und durchgeführt hat.

Auf der *European HIV-Hepatitis Testing Week* im November 2017 war TGEU eine_r der Mitunterzeichner_innen des Statements *Safe, voluntary testing for key and most affected populations*, um sicherzustellen, dass sichere, anonyme und freiwillige HIV- bzw. Hepatitis-Tests verfügbar und für jede_n zugänglich sind (TGEU 2017). In ihrer Eröffnungsrede[41] auf der Welt-Aids-Konferenz AIDS 2018 berichtete Dinah de Riquet-Bins, Co-Vorsitzende von TGEU, von dem Moment, als sie aufgrund ihrer HIV-Diagnose lernen musste, mit Stigmatisierung und Ausgrenzung, dem Hass und der Angst gegenüber Menschen mit HIV/Aids zurecht zu kommen. Sie berichtete weiter, wie wichtig es ist, sich dem entgegenzustellen und für Veränderungen und Akzeptanz zu kämpfen. So sei es eine große Auszeichnung für sie selbst, als trans% Frau of Color, Langzeitüberlebende und trans% Sexarbeiter_in und als Vertreter_in für alle Communities, für die sie stehe, die Teilnehmer_innen der Konferenz willkommen zu heißen. Mit ihrer Rede machte sie auf die Bedeutung von mehrfachen und/oder intersektionalen Diskriminierungen aufmerksam.

---

[39] Die Information (Stand März 2018) findet sich auf der Webseite von TGEU: https://tgeu.org/about/ (zuletzt geprüft am 03.11.2018).

[40] Aktuelle und vergangene Kampagnen finden sich unter dem Reiter „Resources“ auf der Webseite von TGEU: https://tgeu.org/resources/campaigns-resources/ (zuletzt geprüft am 03.11.2018).

[41] Die komplette Eröffnungsrede (ab Minute 10:00) ist unter dem Link abzurufen: https://youtu.be/SM8j1FDtn_0 (zuletzt geprüft am 17.10.2018).

5.2 Ausgewählte Programme von Ländern mit allgemeinem Krankenversicherungsanspruch

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über Materialien wie auch über Beratungs- und Testangebote am Beispiel von implementierten Maßnahmen zu HIV und Trans% in Großbritannien, der Schweiz, Schweden und der Türkei.

Obwohl Gesundheitssysteme oft sehr komplexe Gebilde[42] seien, die aufgrund einer großen Zahl an Institutionen und Akteur_innen vielfältige und komplizierte Beziehungen unterhalten (BPB 2012), lassen sich diese vier Länder, entgegen z. B. den USA[43], mit Deutschland ins Verhältnis setzen, da sie gleichermaßen einen allgemeinen Krankenversicherungsschutz für alle Bürger_innen[44] bereithalten.

Die in diesem Kapitel aufgeführten Organisationen haben sich bereits dem Thema HIV und Trans% auf den jeweiligen nationalen Ebenen angenommen und leisten damit einen Beitrag zur Inklusion von trans% Menschen in der Präventionsarbeit zu HIV und STIs.

---

[42] „Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass die Gesundheitssysteme, die wir heute kennen, eine lange und wechselhafte historische Entwicklung durchlaufen haben. Die Ursprünge der nationalen Systeme liegen im 19. Jahrhundert oder sind noch älter. Sie entstanden aufgrund spezifischer sozialer, gesundheitlicher, politischer und ökonomischer Problemlagen.“ (BPB 2012)

[43] Obwohl bei den Recherchen zu dieser Arbeit im US-amerikanischen Kontext zu HIV und Trans% zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten sowie auch Präventionskampagnen und -materialien von verschiedenen Institutionen oder Organisation wie z. B. dem *National Center for TRANSGENDER EQUALITY* oder der *Centers for Disease Control and Prevention* zuf inden waren, und wenngleich ein Hauptteil der Studien, die in den Pool von „globalen“ Daten aus 15 Ländern zu HIV und Trans% einfließen, aus den USA stammen (siehe hierzu auch NAT 2017, S.7) ,habe ich mich dazu entschieden, die USA nicht mit in die Länderbeispiele aufzunehmen, da das US-amerikanische Gesundheitssystem anders strukturiert ist und somit sich ein Vergleich als schwierig erweist. Nicht nur, dass es keinen allgemeinen Krankenversicherungsschutz für alle US-Bürger_innen gibt und die Kosten für medizinische Leistungen deutlich höher als im Vergleich zu Deutschland sind (siehe hierzu auch rme/aerzteblatt.de 2018). Auch liege laut Niemann ein wesentlicher Unterschied in der Mentalität der US-Amerikaner_innen. So werde „Krankheit bei einem Erwachsenen [...] in den USA viel stärker als individuell verursachter Zustand angesehen und weniger als Schicksalsschlag, für den der Staat Hilfe bieten muss“ (Niemann 2013).

[44] Hier gilt es zu bedenken, dass nicht jede_r Bürger_in einen gültigen Aufenthaltsstatus (z. B. geflüchtete Menschen) hat und damit auch der Zugang zur Gesundheitsversorgung erschwert oder eingeschränkt sein kann bzw. ist.

5.2.1 Großbritannien

Die jährliche Kampagne *National HIV Testing Week,* die Teil des regierungsfinanzierten HIV-Präventionsprogramms *HIV Prevention England ist*, richtete 2017 ihren Fokus auf Trans%, mit dem Bestreben, eine Erhöhung der HIV-Testzahlen unter trans% Menschen zu erreichen (THT 2017).

Dazu wurde u. a. das Informationsblatt *Trans People and HIV Testing* entwickelt, das vom Terrence Higgins Trust in Verbindung mit den Organisationen cliniQ, ClinicT, The LGBT Foundation und Yorkshire MESMAC erarbeitet wurde. Es informiert darüber, warum HIV-Tests für trans% Menschen von Bedeutung seien und welche Barrieren identifiziert und abgebaut werden müssten (ebd.).

Als eine der größten und einflussreichsten Organisationen Großbritanniens, die sich mit HIV und sexueller Gesundheit beschäftigen, hält der Terrence Higgins Trust auf seiner Webseite unter der Rubrik *Improving your sexual health* trans%spezifische Informationen für trans% Menschen mit HIV und über Safer-Sex-Methoden bereit. Die einführenden Informationen adressieren dabei alle Menschen, die sich als trans% identifizieren, weitere Informationen richten sich konkret an trans% Männer *oder* trans% Frauen. Besucher_innen der Seite finden hier auch Adressen und weiterführende Links zu anderen Angeboten, Informationen und Organisationen, z. B. zu dem Gemeinschaftsprojekt[45] cliniQ (THT 2018).

Das Projekt cliniQ hat sich zum Ziel gesetzt, queerinklusive und vorurteilsfreie Zugänge zu sexueller Gesundheit für trans% Klient_innen und ihre Freund_innen sowie Familienangehörige zu ermöglichen. Neben Beratung und

[45] cliniQ ist ein preisgekröntes Gemeinschaftsprojekt zwischen Vertreter_innen von trans* Communities, der Londoner Klinik für sexuelle Gesundheit 56 Dean Street, The Chelsea & Westminister Hospital NHS Foundation Trust, London Friend und weiteren trans%sensiblen NGOs, wie auf der Homepage nachzulesen ist: https://cliniq.org.uk/about (zuletzt geprüft am 18.10.2018).

Fortbildungsangeboten hat das Projekt u. a. jeweils eine Broschüre für trans% Frauen und eine für schwule oder bisexuelle trans% Männer herausgebracht. Während die Broschüre für trans% Frauen sich als Wegweiser in die Sex-Club-Szene versteht (cliniQ 2017b), informiert der Wegweiser für schwule oder bisexuelle trans% Männer über die (cis-) schwule Sex-Szene (cliniQ 2017a).

Abbildung 8 Ausschnitt des Covers des Wegweisers für trans% Frauen des Gemeinschaftsprojekts cliniQ

Beide Broschüren geben ausführliche Informationen, z. B. zur Wirkung von Hormonen, über Einvernehmlichkeit und Zustimmung zum Sex und über Safer-Sex-Methoden. Suchen schwule oder bisexuelle trans% Männer Informationen über Cruising[46] und über Körpersprache beim Cruisen (cliniQ 2017a), oder wollen trans% Frauen sich über Oralverkehr, Rimming[47] oder über Viagra und

[46] In schwulen Zusammenhängen bedeutet Cruising die Suche nach einem Partner für schnellen, spontanen Sex. Weitere Informationen bietet die Seite: http://www.love-sex-safe.de/index.php/praevention/schwule-jungs/wortwahl/354-cruising.html (zuletzt geprüft am 17.10.2018).

[47] Rimming = Stimulierung des Anus mit Mund und Zunge. Informationen hierzu gibt u. a. die Aidshilfe Dresden unter dem Link: http://dresden.aidshilfe.de/?lexikon=rimming (zuletzt geprüft am 12.10.2018).

andere Erektionsmittel[48] informieren, finden sie im jeweiligen Wegweiser hilfreiche Auskünfte (cliniQ 2017b).

5.2.2 Schweiz

In der Schweiz bieten die Checkpoints Waadt und Zürich, die sich ursprünglich ausschließlich an die Zielgruppe (cis-) schwuler und anderer MSM gerichtet haben, inzwischen auch persönliche Beratung für trans% Menschen und deren Partner_innen zu sexueller Gesundheit und zu HIV an (Checkpoint 2018). Die vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) finanzierten Gesundheitszentren werden von der Schweizer AIDS-Hilfe und vom Verein Transgender Network Switzerland (TGNS) unterstützt.

Auf der gemeinsamen Webseite der Checkpoints finden sich Informationen zu Safer-Sex-Methoden, zur Einvernehmlichkeit und Zustimmung zum Sex, zu Gynäkologie und Urologie sowie zur Thematik von Wechselwirkungen zwischen einer HRT und einer ART (ebd.).

Von der Zürcher AIDS-Hilfe wurde 2011 das Programm *du-bist-du* ins Leben gerufen. Es richtet sich auch an junge Menschen, die sich als trans% bezeichnen oder so bezeichnet werden. Das Programm unterstützt und fördert Ratsuchende durch Peer Counseling[49] und bietet Wissensvermittlung und Workshops für Fachkräfte an. So sind die Peer-Berater_innen aus dem Beratungsbereich *Geschlechtsidentität* ebenfalls junge trans% Menschen, die über ein Kontaktformular auf der Webseite direkt angeschrieben werden können. In ihren persönlichen Profilen schreiben sie über ihre persönlichen Coming-Out-Geschichten und stellen sich den beratungsaufsuchenden

[48] Nicht jede trans% Frau entscheidet sich für eine geschlechtsangleichende OP oder hat Zugang zu dieser, so dass solche Informationen wie die o.g. hilfreich sein können bzw. ihr Fehlen nicht den spezifischen Informationsbedarfen gerecht würde.

[49] „Peer Counseling ist eine emanzipatorische Beratungsmethode, die sich immer an den Bedürfnissen iund [sic] Erfordernissen der jeweiligen Ratsuchenden orientieren muß“, lässt es sich auf der Webseite des Berufsverbandes nachlesen: http://www.peer-counseling.org (zuletzt geprüft am 14.10.2018).

Personen vor (ZAH 2018a). Die Beratungen können zu den Themen Coming-Out, Recht und Politik, Mobbing und Gewalt, aber auch zu Lust und Sex, zu HIV und STIs in Anspruch genommen werden (ZAH 2018b).

5.2.3 Schweden

Für trans% Menschen in Schweden bieten die Organisationen RFSU[50], RFSL[51] und RFSL Ungdom[52] unterschiedliche trans%spezifische Angebote zur sexuellen Gesundheit, zu Safer Sex, HIV/Aids und STIs an.

sex och trans

Sex och kommunikation

Om man har sex med någon annan än sig själv behöver man kunna kommunicera om sex.

Genom att kommunicera kan man ta reda på att sexet bygger på ömsesidighet, att de som är med samtycker och att det känns bra. Man slipper vara orolig för att någon ska använda fel ord om en eller för att röra vid en partner på fel sätt.

Det finns många sätt att kommunicera och visa vad man vill och tycker om.

Hitta ord

Att använda rätt ord om kroppen och om det sex man har eller vill ha kan göra att man känner sig bekräftad och stärkt i sin könsidentitet. Det kan till exempel handla om att säga "slicka" istället för "suga av". Man kan också föredra ord

• 12 •

Abbildung 9 Text- und Bildbeispiele aus der Broschüre „Sex och trans" der NGOs RFSU, RFSL und RFSL Ungdom aus dem Jahr 2015

So gibt z. B. der von ihnen gemeinsam veröffentlichte Wegweiser *Sex och trans* aus dem Jahr 2015 nützliche Informationen zu Safer-Sex-Methoden, zu

[50] RFSU (Riksförbundet för sexuell upplysning) ist die schwedische Vereinigung für Sexualerziehung und in Schweden die führende Organisation im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte. Online verfügbar unter: https://www.rfsu.se/om-rfsu/om-oss/in-english/ (zuletzt geprüft am 19.10.2018).

[51] RFSL (Riksförbundet för homosexuellas, bisexuellas och transpersoners rättigheter) ist eine 1950 gegründete Föderation für die Rechte von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans% und queeren Menschen. Ziel ist u, a. die rechtliche Gleichstellung der genannten Zielgruppen. Online verfügbar unter: https://www.rfsl.se/en/about-us/kort-om-rfsl/ (zuletzt geprüft am 19.10.2018).

[52] RFSL Ungdom ist der Jugendverband von RFSL und wurde 2003 zu einer eigenständigen, unabhängigen Organisation. Online verfügbar unter: https://www.rfsl.se/en/about-us/rfsl-youth/ (zuletzt geprüft am 19.10.2018).

Hormonbehandlungen und geschlechtsangleichenden Maßnahmen in Bezug auf Sexualität und zu verschiedenen Sexualpraktiken (RFSU 2015).

Die Webseite *Sexperterna.org*, für die RFSL Stockholm verantwortlich ist, gibt sehr ausführliche Auskünfte zu verschiedenen Sexualpraktiken, zu HIV/Aids und zu STIs. Hervorzuheben ist die Berücksichtigung der unterschiedlichen Beschaffenheiten und Eigenschaften von trans% Körpern in allen Kapiteln und Unterpunkten der Webseite (RFSL Stockholm 2018b). Außerdem greift die Webseite die Themen Migration, Leben mit HIV und (sexualisierte) Gewalt auf. Es besteht obendrein die Möglichkeit, über eine Chatfunktion direkt mit Berater_innen Kontakt aufzunehmen (ebd.).

Hilfreiche Informationen zu sexueller Gesundheit und zu Safer-Sex-Methoden finden trans% Menschen, die in der Sexarbeit tätig sind, auf der Webseite *Röda Paraplyet*, die von RFSL Stockholm betreut wird (RFSL Stockholm 2018a).

Darüber hinaus beteiligt sich die von Sexarbeiter_innen geführte schwedische Organisation *Rose Alliance* als Expert_in in eigener Sache an der Entwicklung von nationalen HIV-Präventionsprogrammen, inklusive einem Präventionsprogramm für (cis-) männliche und trans% Sexarbeiter_innen (NSWP 2014, S. 25).

5.2.4 Türkei

Die Webseite von Kırmızı Şemsiye, der türkischen Vereinigung von Sexarbeiter_innen, bietet zahlreiche Publikationen über die Lebenssituation von trans% Sexarbeiter_innen in der Türkei. Eine davon ist die 2014 veröffentliche Studie zu Gewalterfahrungen von trans% Sexarbeiter_innen aus zehn verschiedenen Regionen der Türkei. Erstmals ließ sich damit ein umfassenderes Ergebnis erzielen, da nicht nur Proband_innen aus den Städten Istanbul, Ankara und Izmir teilnahmen (Ördek 2014, S. 1). So hält die Studie fest, dass trans%

Frauen, die der Sexarbeit nachgehen, sowohl aufgrund ihres Trans%-Seins wie auch als Sexarbeiter_in diskriminiert und kriminalisiert würden, obwohl in der Theorie beides keine Vergehen seien (ebd., S. 39). Desweiteren kann der Studie entnommen werden, dass trans% Sexarbeiter_innen mit HIV manchmal von anderen trans% Sexarbeiter_innen ausgeschlossen würden, was zur Folge haben kann, dass Vulnerabilität und Depressivität noch stärker ausgeprägt sein können (ebd., S. 106).

Persönliche und sehr detaillierte Einblicke in die (Über-)Lebensgeschichten von trans% Sexarbeiter_innen geben die 18 abgedruckten Interviews in der Broschüre *„Those Women": Violence Stories from Sex Worker Trans Women*, die auch auf der Seite der Organisation Kırmızı Şemsiye abrufbar ist.

Abbildung 10 Ausschnitt aus dem Cover der Broschüre „Those Women": Violence Stories from Sex Worker Trans Women der türkischen Organisation Kırmızı Şemsiye

Diese Veröffentlichung zeigt die Lebensgeschichten der darin Interviewten, beginnend mit dem Einstieg in die Sexarbeit, mit den Kund_innen, mit (sexualisierter) Gewalt, mit der Polizei und dem Rechts- bzw. Gesundheitssystem. Auch werden die Forderungen und Bedarfe von trans% Sexarbeiter_innen aufgezeigt. Ebenso spielt der HIV-Status eine Rolle, wenn es um mehrfache und/oder intersektionale Diskriminierungen der zu Wort kommenden Sexarbeiter_innen geht (Ördek 2015, S. 396ff; siehe auch Ördek 2014, S. 96, S. 117; siehe hierzu auch Engin 2018).

Geflüchtete trans% Menschen finden auf der Webseite der NGO Kırmızı Şemsiye neben schriftlichen Informationen über den Zugang zu Schutz- und Hilfsmaßnahmen auch Auskünfte zu sexueller und reproduktiver Gesundheit, zu Menschenrechten und geschlechtsspezifischen Gewaltwiderfahrnissen. Zusätzlich werden weiterführende Adressen zu anderen Hilfsorganisationen sowie eine telefonische Beratung angeboten, bei der gesundheitliche, psychologische und soziale Unterstützung im Vordergrund steht (Kırmızı Şemsiye 2018).

5.3 Programme und Datenlage in Deutschland

Ob und wie viele trans% Menschen mit HIV infiziert sind, lässt sich aufgrund der angewandten Ordnungskategorien auf den jährlich veröffentlichten Datenblättern des Robert-Koch-Instituts (RKI) zu HIV/Aids für Deutschland[53] und für die Bundesländer nicht beurteilen (vgl. RKI 2017).

Zwar erscheint möglich, dass in diesen Datenblättern trans% Menschen z. B. unter den Kategorien „Männer“ und „Frauen“, „Sex zwischen Männern“ und/oder „i.v. Drogengebrauch“ subsumiert worden sind. Eine aussagekräftige Auswertung oder Beurteilung kann zu HIV und Trans% ausgehend vom Datenmaterial des RKI aber nicht vorgenommen werden.

[53] In der Veröffentlichung „UNAIDS DATA 2018“ zu den globalen Daten gibt es bereits eine Unterteilung der zu erfassenden besonders vulnerablen Gruppen, aber die gesamte Datenspalte zu HIV und Trans% in Deutschland liefert keine Daten, auch nicht zur geschätzten Anzahl von trans% Menschen in Deutschland (UNAIDS 2018, S. 329).

Geschätzte Zahl der Menschen, die Ende 2016 mit HIV/AIDS in Deutschland leben				
		insgesamt	mit HIV-Diagnose	ohne HIV-Diagnose
	Gesamtzahl	**> 88.400 (81.500 – 94.700)**	**75.700 (69.400 – 81.900)**	**> 12.700 (12.100 – 13.400)**
	Männer	> 71.900 (66.400 – 76.700)	61.200 (56.000 – 66.000)	> 10.700 (10.100 – 11.300)
	Frauen	> 16.600 (14.900 – 18.000)	14.600 (13.100 – 15.900)	> 2.000 (1.800 – 2.300)
Inland[1)] (nach Infektions-weg)	Sex zwischen Männern	56.100 (52.000 – 59.900)	46.900 (43.200 – 50.500)	9.200 (8.700 – 9.700)
	Heterosexuelle Kontakte	11.200 (10.000 – 12.200)	8.500 (7.400 – 9.400)	2.700 (2.400 – 3.000)
	i.v. Drogengebrauch	8.200 (7.300 – 9.100)	7.400 (6.500 – 8.200)	800 (640 – 990)
	Blutprodukte[3)]	~ 450	~ 450	keine

Abbildung 11 Ausschnitt aus dem Datenblatt 2016 zu den Eckdaten von HIV/Aids in Deutschland des Robert-Koch-Instituts

Bereits 2012 hält Arn Thorben Sauer in dem Artikel „HIV und Trans* - (k)ein Thema oder viele?“ in der Ausgabe 02/2012 des Magazins *HIV&more* fest, dass Studien zu HIV und Trans% sowie spezielles Informationsmaterial für Trans% in Deutschland vergebens zu suchen seien (Sauer 2012, S. 49).

Diese bis heute weitgehend unveränderte Datenlage hielt die schwule Präventionskampagne IWWIT der DAH unter Beteiligung von trans% Menschen jedoch nicht davon ab, die Aktion *Schwul. Trans*. Teil der Szene!*, die bereits in Kapitel 4.3 Erwähnung gefunden hat, ins Leben zu rufen (IWWIT 2018b). Eine Erwähnung finden trans% Frauen und trans% Männer auch auf der DAH-Webseite *Queer Refugees Welcome*[54], die sich unter anderem an geflüchtete trans% Menschen richtet.

Mittlerweile bieten die lokalen Aidshilfen Düsseldorf[55] und München[56] eigene Trans%-Beratungsstellen an und beraten zu psychosozialen und sozialrechtlichen Fragen, geben Vorträge und Workshops, und bieten Raum zum Erfahrungsaustausch.

[54] Die Seite informiert über Rechte, Gesundheit und Diskriminierungen, bietet Beratungsangebote und weitere Veröffentlichungen zum Herunterladen. Die Seite ist unter dem Link: https://www.queerrefugeeswelcome.de/de abrufbar (zuletzt geprüft am 01.10.2018).
[55] Die Beratungsstelle in Düsseldorf ist unter dem Link: http://transberatung-duesseldorf.de abzurufen (zuletzt geprüft am 20.10.2018).
[56] Die Beratungsstelle in München ist unter dem Link: https://www.trans-inter-beratungsstelle.de abzurufen (zuletzt geprüft am 20.10.2018).

Die Handreichung „Wie eine Rose, die aus dem Riss im Beton erwächst“ der Schwulenberatung Berlin, die sich an Beratungsstellen richtet, die mit geflüchteten trans% Menschen arbeiten, widmet sich neben Themen zur rechtlichen Situation, der Arbeit mit Sprachmittler_innen und zu psychosozialer Unterstützung auch den Bereichen Gesundheitsbedarfe von trans% und inter Geflüchteten, HIV und Drogenkonsum (Schwulenberatung Berlin 2016, S. 43-53).

Eine Auseinandersetzung und Informationen zu Körper, Sexualität und Beziehungen bietet die 2017 vom Verein Trans*Recht e.V. veröffentlichte Broschüre „Trans*-Sexualität“, die auf einem trans%empowernden Ansatz aufbaut. Darin finden sich u. a. Auskünfte zu STIs, zu Hormonen und Operationen in Verbindung zu Sexualität (Trans*Recht e.V. 2017).

6 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN ZU HIV UND TRANS% IN DEUTSCHLAND

In Anbetracht der vorhandenen Publikationen internationaler Organisationen, von denen ein Teil in dieser Arbeit vorgestellt werden, sowie der beispielhaft genannten Präventionsprogramme bzw. -maßnahmen der Länder, müssen zukünftige Entwicklungen zum Bereich HIV und Trans% nicht bei null beginnen. Als Vorbild dient z. B. die Entwicklung des Indikatorenkatalogs der Deutschen STI-Gesellschaft, in dem die von der WHO festgelegten Indikatoren auf ihre Aussagekraft und Bedeutung für Deutschland geprüft (vgl. Jansen et al. 2013, S. 915) und fehlende Indikatoren ergänzt wurden (ebd., S. 919).

Hinzukommend bieten die Konzepte der Sexuellen Gesundheit und der Strukturellen Prävention weitere Anschlussmöglichkeiten für die Entwicklung von Präventionsprogrammen bzw. -maßnahmen zu HIV und Trans% in Deutschland.

In diesem Kapitel werde ich eigene Empfehlungen für das weitere Vorgehen einbringen, die jedoch nicht als gesetzt oder statisch anzusehen sind. Vielmehr erhoffe ich mir, wachsende Aufmerksamkeit und Gedanken bei der_dem Leser_in anstoßen zu können, die im besten Fall zu vertiefenden und/oder weiterführenden Diskussionen führen.

Die Empfehlungen beziehen sich auf die Bereiche Forschung, HIV-Risikofaktoren bei trans% Menschen und Gesundheitswesen. In den folgenden drei Unterpunkten werden sie näher vorgestellt und besprochen.

Doch zuvor möchte ich festhalten, dass Qualitätsstandards für Deutschland in Bezug auf HIV und Trans% (noch) nicht vorhanden sind; ihr Vorhandensein würde für alle zukünftigen Entwicklungsschritte eine solide und konsensfähige Basis darstellen (können). Qualitätsstandards für Deutschland, wie sie

vergleichend in der DAH-Publikation von 2015 zur HIV-Prävention für & und Migrant_innen (DAH 2015, S. 12-23) zu finden sind, müssen meiner Meinung nach von Akteur_innen im Feld der HIV/Aids- und der STI-Präventionsarbeit entwickelt und festgelegt werden.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass trans%geführte Organisationen oder Bewegungen sowie auch Einzelpersonen, die sich als Teil der Trans%-Communities verstehen, mindestens in die Entwicklung solcher erforderlichen Qualitätsstandards einbezogen werden müssen, falls es ihnen (z. B. aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen) nicht möglich ist, diese und zukünftige Forschungsvorhaben und/oder Präventionsangebote eigenständig zu entwickeln und/oder umzusetzen.

In der folgenden grafischen Darstellung stelle ich die einzelnen Entwicklungsschritte in Bezug auf HIV und Trans%, unter Berücksichtigung der Partizipation von trans%geführten Organisationen oder Bewegungen, dar:

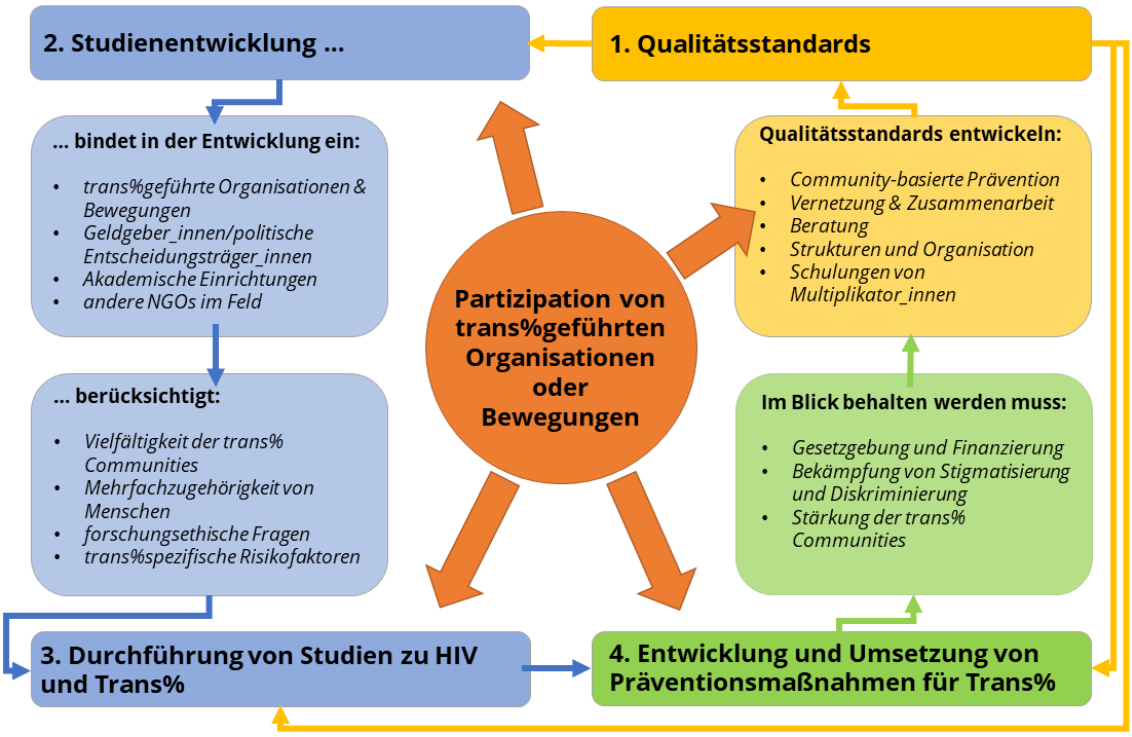

Abbildung 12 Darstellung der Entwicklungsschritte zu HIV und Trans% (unter Berücksichtigung der Partizipation von trans%geführten Organisationen oder Bewegungen)

6.1 Forschung und Datenqualität

Unter Einbeziehung der in der Einleitung bereits erwähnten nationalen Studien zum Thema Trans% bemängeln z. B. die WHO, der britische National AIDS Trust (NAT) und Winter et al. in ihren Publikationen den aktuellen Stand der Forschungsdaten zu sexueller Gesundheit, HIV/Aids und STIs in Bezug auf Trans% (vgl. WHO 2015b, S. 6; vgl. NAT 2017, S. 6f; vgl. hierzu auch Winter et al. 2016, S. 1). Die vorhanden Daten[57] seien nicht nur limitiert, sondern ließen auch kaum Rückschlüsse auf die Bedarfe von älteren trans% Menschen, trans% Männern, trans% Menschen of Color, trans% Sexarbeiter_innen, trans% Menschen außerhalb binärer Geschlechterkategorien oder von trans% Menschen, die auf dem Land wohnen, zu (ebd.). Einhergehend mit der Beschreibung dieses Zustands stellt der National AIDS Trust die Forderung nach inklusiver Forschung zu und mit trans% Menschen, nach eigenständigen Forschungsvorhaben und der Berücksichtigung der Vielfältigkeit von trans% Menschen auf (vgl. NAT 2017, S. 6; vgl. Winter et al. 2016, S. 1). Diese Forderungen können auch auf den deutschen Kontext übertragen werden und z. B. hilfreich bei der Entwicklung von Indikatoren zur sexuellen Gesundheit von trans% Menschen sein.

Der National AIDS Trust identifiziert und benennt noch weitere Mängel in Bezug auf die aktuelle Datenlage. So sei eine weitere Ursache für unzureichende Daten die fehlende oder ungenaue Aufschlüsselung nach geschlechtlichen Identitäten. Z. B. würden trans% Frauen in klinischen Studien häufig als MSM eingestuft werden, was wiederum zu einem Unsichtbarmachen von trans% Menschen führen könne (vgl. NAT 2017, S. 7).

[57] Die „globalen“ Daten stammen aus 15 Ländern, wobei die Mehrzahl der Studien in Nordamerika durchgeführt wurden (NAT 2017, S. 7).

Hierzu gibt die Folgebefragung[58] EMIS 2017 (*European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey*) ein aufschlussreiches Beispiel. Wie dem Titel zu entnehmen ist, richtete sich die Studie an schwule, bisexuelle und andere MSM (ESTICOM 2017). Damit einhergehend kann davon ausgegangen werden, dass sich trans% Frauen nicht als Zielgruppe inkludiert sehen würden. Die Studie bemüht sich aber dennoch um einen trans%inklusiven Ansatz und bietet in der Abfrage zur geschlechtlichen Identität auch diese Auswahlmöglichkeit an. In den darauffolgenden Fragen wird die Bemühung zwar sichtbar, scheitert meiner Meinung nach aber u. a. am fehlenden Wissen in Bezug auf trans%weibliche Lebenswelten. So ist z. B. die Frage zum Wissen über HIV und HIV-Tests an sich schon exklusiv, da bereits in der Frage selbst nur nach Informationen, die sich speziell an MSM richten, gefragt wird.

Des Weiteren ist hervorzuheben, dass die Verwendung des Obergriffs Trans% zu Unstimmigkeiten in der Auswertung von Daten führen könnte, da es unterschiedliche Definitionen und/oder Ideen zu dem Begriff innerhalb der Trans%-Communities und/oder den Forscher_innen gibt.

Hierzu möchte ich festhalten, dass die Frage der Definitionen für Selbstbeschreibungen nicht zu unterschätzen ist. Die Frage nach der Fähigkeit, selbstbestimmt die eigene geschlechtliche Identität definieren zu können, sehe ich als eines der (politischen) Kernthemen von und für trans% Menschen an. Solange es z. B. in den Gerichtsverfahren zur Vornamens- und/oder Personenstandsänderung nach TSG[59] eine Begutachtungspflicht zur Feststellung der geschlechtlichen Identität eines Menschen gibt, und der_dem Gutachter_in (auch) die Definitionsmacht obliegt, kann die damit einhergehende Infragestellung von Selbstbeschreibungen für trans% Menschen ein sich wiederholendes und fortsetzendes Erleben von Unsichtbarkeit, Ohnmacht,

[58] EMIS 2017 ist die Folgebefragung der 2010 erstmals durchgeführten EMIS-Umfrage. Weitere Informationen finden sich unter: https://www.aidshilfe.de/meldung/emis-2017-europaeische-internet-befragung-maennern-sex-maennern-haben (zuletzt geprüft am 18.10.2018).

[59] TSG = Transsexuellengesetz. Abrufbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/tsg/BJNR016540980.html (zuletzt geprüft am 23.10.2018).

Ausschluss oder „anders sein / gemacht werden“ bedeuten. Beachtenswert bei der Auseinandersetzung mit der Frage nach einer passenden Definition in Verbindung zu trans% Menschen, die sich nicht in binäre Geschlechterkategorien einordnen können oder wollen, sind z. B. auch die alltäglichen Widerfahrnisse falscher Ansprache und von Diskriminierungen aufgrund nicht „erfüllter“[60] stereotyper Merkmale des äußeren Erscheinungsbilds.

Festzuhalten ist also, dass Forscher_innen die Stärke, Vielfalt und Spezifik von (sexualisierter) Gewalt und Diskriminierungswiderfahrnissen in der Entwicklung von Forschungsvorhaben benennen und berücksichtigen müss(t)en, wenn sie aussagekräftige Forschungsergebnisse erzielen wollen, ohne dabei aber Diskriminierungshierarchien aufzustellen, die sich theoretisch-steriler Beschreibungen bedienen. Auf diese Weise könne der verstellte Zugang zur Wahrheit folglich als Ermöglichungsraum wahrgenommen werden (vgl. hierzu auch Castro Varela 2016, S. 116).

Darüber hinaus ergeben sich weitere forschungsethische Fragen, die sich hauptsächlich aus den Forschungsbeziehungen ergeben, also auf die Art und Weise, wie die Beziehungen zwischen den Forscher_innen und den in die Forschung einbezogenen Personen zu gestalten seien (vgl. Unger 2014, S. 18f), und die folglich in der Gestaltung von Forschungsvorhaben zu Trans% Berücksichtigung finden müssen. Es gilt hier also nicht nur ein methodisches Vorgehen festzulegen, sondern auch Fragen zur Privatsphäre, Vertraulichkeit und Anonymisierung zu reflektieren und für das Vorhaben zu beantworten (NAT 2017, S. 7). Gleichermaßen stellen sich auch Fragen des Zugangs zum Forschungsfeld, zur eigenen Rolle im Forschungsfeld, zur Frage, auf welche Weise Daten erhoben und ausgewertet, sowie wo und wie sie gespeichert werden sollen (Unger 2014, S. 21f). Für eine (Selbst-)Reflexion von trans%

[60] Um deutlich zu machen, dass sichtbare (Körper-)Merkmale oder das äußere Erscheinungsbild gesellschaftlichen Normsetzungen unterliegen und diese damit auf eine ungeschriebene Weise zwanghaft einzuhalten seien, schreibe ich das Wort „erfüllt“ in Anführungszeichen.

Forscher_innen lässt sich in Bezug auf die eigene Rolle als Forscher_in und zugleich als Insider_in die Beschreibung von Beloe anwenden, in der sie einerseits den beinahe unbegrenzten Zugang zu Informationen und einem hohen Maß an Vertrauen der Interview-Teilnehmer_innen aufführt, andererseits aber auch Bedenken der Teilnehmer_innen wiedergibt, wie mit den zur Verfügung gestellten Informationen umgangen werde, da es sich um hochgradig persönliche und sensible Themen handele. Beloe schlägt dazu vor, dass eine Entwicklung von Leitlinien für die Praxis einer Commmunity-basierten Forschung, die Forscher_innen in einer Doppelrolle unterstützen könnte, hilfreich wäre (Beloe 2014, S. 136f).

Abschließend möchte ich noch einmal die beiden Grundsätze der Freiwilligkeit und der informierten Einwilligung (*informed consent*) herausstellen, wobei diese nach Baumgartinger nicht leicht umzusetzen seien, sondern u. a. vom Kontext, der Forschungsfrage, den Machtverhältnissen und der Entscheidungszeit abhingen (Baumgartinger 2014, S. 104). Es gilt also festzuhalten, dass ethische Fragen auch bei der Entwicklung von Forschungsvorhaben zu HIV und Trans% geklärt werden müss(t)en. Laut Baumgartinger seien diese ethischen Fragen nämlich soziale Handlungen, die in heterogenen, komplexen, historisch gewachsenen und institutionell geformten Feldern stattfinden würden (vgl. Baumgartinger 2014, S. 111).

In jedem Fall soll(t)en bei der Entwicklung von Forschungsvorhaben zu HIV und Trans% trans%geführte Bewegungen und Organisationen (neben anderen NGOs wie z. B. der Deutschen AIDS-Hilfe, akademischen Einrichtungen, Geldgeber_innen und/oder politischen Entscheidungsträger_innen) als Akteur_innen mit am Tisch sitzen. Trans%geführte Bewegungen und Organisationen sind Expert_innen in eigener Sache, bringen inklusive und vielfältige Perspektiven ein und leisten für die Entwicklung von Indikatoren, des Studiendesigns und der Forschungsfragen fundierte Beiträge.

Mögliche Forschungsfragen könnten z. B. auf die Bereiche sexuelle Gesundheit, Vulnerabilität, Risikofaktoren und -zeiträume, Gesundheitsförderung, Partizipation und Empowerment abzielen, um daraus Maßnahmen zu entwickeln, die trans% Menschen in der Präventionsarbeit (besser) erreichen.

6.2 HIV-Risikofaktoren bei trans% Personen

Auch wenn es zwischen den Gruppen, die als besonders gefährdet für eine HIV-Infektion gelten, Ähnlichkeiten gibt, ist es ratsam, die spezifischen Risikofaktoren von trans% Menschen zu identifizieren und zu verstehen, um daraus angemessene und zielgerichtete Maßnahmen für die Prävention zu entwickeln und für die Gesundheitsversorgung von trans% Menschen anbieten zu können (vgl. NAT 2017, S. 10). Die 2014 von der WHO veröffentlichten Leitlinien *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations* stützen diese Aussage, indem sie eine eigenständige und unabhängige Berücksichtigung aufgrund der hohen Vulnerabilität und der spezifischen Bedürfnisse der Gesundheitsversorgung von trans% Menschen, fordern (vgl. WHO 2014a, S. xiiiif).

So berücksichtigen trans% Menschen adressierende Forschungsvorhaben z. B. geschlechtsangleichende Maßnahmen. Das unterscheidet solche Forschungsvorhaben und Präventionsmaßnahmen von jenen, die ausschließlich für (cis-) schwule Männer entwickelt wurden.

Studien zu einigen Östrogenpräparaten zeigten, dass Östrogene eine antiretrovirale Therapie beeinflussen bzw. beeinträchtigen, weshalb einige trans% Menschen eine Hormonersatztherapie für notwendiger als eine antiretrovirale Therapie bzw. eine PrEP erachten würden. Häufige Anwendung bei einer Hormonersatztherapie findet das Hormon Progesteron, das dafür

bekannt sei, das Vaginalephitel[61] zu verdünnen, die Abwehrreaktion zu beeinflussen bzw. zu stören und damit die Zugänglichkeit von HI-Viren zu erhöhen (NAT 2017, S. 10f). Festzustellen sei auch, dass verschiedene Operationstechniken zum Aufbau einer Neovagina das Risiko einer HIV-Übertragung beeinflussen können, insbesondere in Bezug auf das verwendete Gewebe. Dieser Bereich sei noch weitestgehend unterforscht und andere geschlechtsangleichende Operationen wie z. B. ein Penoid-Aufbau würden bisher gar keine Aufmerksamkeit in Präventionsmaßnahmen bekommen (ebd.).

Zu berücksichtigen bei trans% Menschen, die sich für eine Transition entscheiden, sind nicht nur die identifizierten Risikofaktoren, sondern auch bestimmte Risikozeiträume. Transitionen können sich mitunter nicht nur über mehrere Jahre erstrecken, sondern z. B. auch zu einer ökonomischen Verschlechterung führen[62], bedingt etwa durch gebrochene berufliche Laufbahnen oder eingeschränkte Zugänge bis hin zu Ausschlüssen zum Arbeitsmarkt. Eventuell kommt es in Folge dessen auch zu Wohnungs- oder Obdachlosigkeit. In derartigen Lebenssituationen kann sich das Risiko einer HIV-Infektion dadurch erhöhen, dass sexuelle Kontakte nicht nur aus Gründen der Lust, sondern auch aus Gründen des ökonomischen Überlebens, als sogenannter *Survival Sex* (vgl. hierzu auch Barton 2018) zustande kommen. Nicht zu vernachlässigen sind auch die Auswirkungen von sich wiederholender Ablehnung, Ausgrenzung und/oder (sexualisierter) Gewalt in sozialen und zwischenmenschlichen Beziehungen, die aus ungleichen Machtverhältnissen gespeist sind. Diese können die psychische Gesundheit und das Selbstwertgefühl untergraben und damit vulnerabler und empfänglicher für riskante(re)s Verhalten machen (vgl. NAT 2017, S. 12).

---

[61] Laut Duden ist das Ephitel die oberste Zellschicht des tierischen und/oder menschlichen Haut- und Schleimhautgewebes: https://www.duden.de/rechtschreibung/Epithel (zuletzt geprüft am 10.10.2018).

[62] Ökonomische Verschlechterung: z. B. durch Ausschlüsse vom und erschwerten Zugänge zum Arbeitsmarkt, siehe Expertise „Benachteiligung von Trans*Personen, insbesondere im Arbeitsleben“ (Franzen und Sauer 2010).

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass bei der Identifizierung von Risikofaktoren bei trans% Menschen u. a. biologische Faktoren, geschlechtsangleichende Maßnahmen und/oder spezifische Verhaltensweisen berücksichtigt werden müssen, die wiederum nicht isoliert vom gesellschaftlichen Kontext aufgrund trans%feindlicher Strukturen und Widerfahrnisse betrachtet werden können (NAT 2017, S. 10). Strukturelle, diskursive und individuelle Diskriminierungen betreffen viele trans% Menschen zusätzlich mehrfach und/oder intersektional.

Gleichzeitig gilt es aber auch festzuhalten, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass eine trans% Identität automatisch zu einem höheren Risikoverhalten führen muss (ebd.).

6.3 Gesundheitssystem und Prävention

Thomas et al. stellen in dem Artikel *Ensuring an inclusive global health agenda for transgender people* aus dem Jahr 2017 fest, dass sich zwar viele Bedarfe bei der Gesundheitsversorgung mit denen der Allgemeinbevölkerung decken würden, trans% Menschen aber auch spezielle gesundheitliche Bedarfe, wie z. B. geschlechtsspezifische Hormontherapie und Chirurgie aufweisen (Thomas et al. 2017, S. 154).

Das 2016 veröffentlichte Gutachten der Humboldt-Universität zu Berlin zum Regelungs- und Reformbedarf für trans% Menschen, das im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erstellt wurde, kommt zu dem Schluss, dass „[e]ine adäquate Gesundheitsversorgung [...] in Deutschland auch im Vergleich mit anderen Ländern nach den vorliegenden Erkenntnissen häufig nicht geleistet [wird]“ (BMFSFJ 2016, S. 24).

Daran anknüpfend möchte ich die meiner Meinung nach zutreffende Forderung von Winter et al. in dem 2016 veröffentlichten Artikel *Transgender people: health at the margins of society* hervorheben, in dem sie zu Papier bringen,

dass in existierenden Gesundheitssystemen die Gesundheitsversorgung von trans% Menschen bereitgestellt werden müsse:

> „Where a public health-care system exists, health care for transgender people should be provided within that system“ (Winter et al. 2016, S. 1).

Die meisten trans% Menschen, die in Deutschland geschlechtsangleichende Maßnahmen oder Operationen wünschen bzw. für sich benötigen, bekommen zu ihnen Zugang[63] durch die Kostenübernahmen der Krankenkassen. Das bedeutet aber nicht, dass strukturelle oder institutionelle Diskriminierungen und Ungleichbehandlungen für trans% Menschen im Gesundheitswesen nicht vorkommen würden.

Vielmehr stellte die Agentur der Europäischen Union für Grundrechte 2014 in ihrer ersten Erhebung zu LGBT in Europa[64] fest, dass die Gleichbehandlung von trans% Menschen ein bisher schwer zu erreichendes Ziel sei (vgl. FRA 2014, S. 3f). Die Studie gibt auch Aufschlüsse in Bezug auf Diskriminierungen und Ungleichbehandlungen. So gaben mehr als die Hälfte aller europaweit befragten trans% Menschen an, dass sie sich diskriminiert oder belästigt „fühlen“[65], weil sie als Trans% wahrgenommen würden (ebd.). Vergleichend kommt die Studie aus dem Jahr 2012 von LesMigraS, dem Antigewalt- und Antidiskriminierungs-Bereich der Lesbenberatung Berlin e.V., in der Auswertung zum Gesundheitsbereich zu dem Schluss, dass die meisten Diskriminierungen aufgrund der körperlichen Beschaffenheiten passieren, wenn diese nicht den medizinischen Normvorstellungen entsprächen (LesMigraS 2012, S. 89). Und das o.g. Gutachten der Humboldt-Universität zu Berlin beschreibt „[d]ie Versorgung von transgeschlechtlichen Patient_innen mit Gesundheitsmaßnahmen, die nicht im direkten Zusammenhang mit der Transgeschlechtlichkeit stehen“ (vgl. BMFSFJ

---

[63] Erschwert wird dieser Zugang durch ein zumeist langwieriges Verfahren, das von Widerspruchs- und Rechtsverfahren sowie Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen begleitet ist.

[64] In 2019 wird eine Folgeumfrage der FRA europaweit durchgeführt werden, die *EU LGBTI Survey II*.

[65] Indem ich das Wort „fühlen“ in Anführungsstriche setze, möchte ich zum Ausdruck bringen, dass Beschreibungen mit dem Wort „fühlen“ meiner Meinung nach angreifbar sind, da diese von Gegner_innen leicht individualisiert und damit entkräftet werden können.

2016, S. 19) als nicht unproblematisch, da es z. B. zu unfreiwilligen und unnötigen Outings sowie zu längeren Wartezeiten aufgrund fehlender fachlicher Informationen und Sensibilisierung komme (ebd.).

Selbst ohne dass die Studien speziell auf die Bereiche der sexuellen Gesundheit, HIV/Aids und/oder STIs eingegangen sind, kann aus ihnen wie aufgezeigt entnommen werden, dass bereits in der medizinischen Grundversorgung Auswirkungen und Einflussfaktoren herausgebildet werden, die für die sexuelle Gesundheit von trans% Menschen relevant sein können.

Angemessene und zielgerichtete Maßnahmen in Bezug auf HIV und Trans% kann es in Deutschland aus diesem Grund nur dann geben, wenn für den gesamten Gesundheitsbereich Wissenslücken zu allen Lebensbereichen und -realitäten von trans% Menschen ermittelt und geschlossen werden (können). Dieses Wissen muss dann in die verschiedenen Handlungsebenen der Krankenkassen, des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und in die individuellen Behandlungsorte vermittelt werden (vgl. BMFSFJ 2016, S. 24).

Die folgenden drei Projekte, durchgeführt durch die Deutsche AIDS-Hilfe bzw. die Schwulenberatung Berlin, die sich dieser Aufgabe in Bezug auf Trans% angenommen haben, sind positive Beispiele dafür. Sicherlich hätten diese auch im Kapitel 5.3 Erwähnung finden können; da sie aber einen starken Bezug zum Gesundheitswesen haben und grundsätzlich in der Konzeption weitere Identitätsmerkmale bzw. -markierungen mit einbeziehen sowie zum Abbau von Diskriminierungen beitragen (können), stehen sie repräsentativ für eine Umsetzung von Handlungsempfehlungen im Gesundheitswesen.

So richtet sich das im September 2018 gestartete Projekt „Praxis Vielfalt“ der Deutschen AIDS-Hilfe an Praxen von Allgemeinmediziner_innen und Fachärzt_innen. Anhand verschiedener Lernmethoden, wie z. B. einer Vor-Ort-Schulung, aber auch durch E-Learning und Webinare soll den Ärzt_innen sowie dem Praxispersonal in diesem Rahmen auch trans%spezifisches Wissen

vermittelt werden, um bestehende Unsicherheiten und diskriminierende Handlungen abzubauen (DAH 2018b).

Kostenfreie Fortbildungen zur Akzeptanz von trans% Menschen sowie Sensibilierungsworkshops für Mitarbeiter_innen im Pflegebereich bietet die Schwulenberatung Berlin in Kooperation mit dem Sonntags-Club, der Lesbenberatung und dem LSVD im gemeinsamen Projekt „Jo weiß Bescheid“ an (Schwulenberatung Berlin 2018), ebenso können Pflegeeinrichtungen seit 2018 das „Qualitätssiegel Lebensort Vielfalt“ erhalten, für das sie auch Trainings zur Trans%-Gesundheitsversorgung absolvieren müssen (ebd.).

7 ZIELZUSTAND UND FAZIT

Rückblickend und unter Einbeziehung der Einführungen in die Konzepte der Sexuellen Gesundheit und der Strukturellen Prävention, der Vorstellung länderübergreifender Strategiepapiere und Leitlinien internationaler Organisationen sowie der Beispiele konkreter Präventionsmaßnahmen, möchte ich anknüpfend an die von mir vorgeschlagenen Handlungsempfehlungen, einen Zielzustand einer inklusiven Gesundheitsversorgung für trans% Menschen in Bezug auf HIV/Aids bzw. STIs zur Diskussion stellen und ein abschließendes Fazit ziehen.

Dabei gehe ich grundsätzlich davon aus, dass als oberstes Prinzip die Unterstützung und Stärkung (Empowerment) der trans%geführten Organisationen oder Bewegungen gelten sollte, wenn es um die Entwicklung von Strategien und Maßnahmen zu HIV/Aids und STIs geht. Das begründe ich damit, dass dort das lebensweltliche Wissen konzentriert ist, das erst möglich macht, bei der Entwicklung geeigneter Maßnahmen die Zielgruppe angemessen einzubinden und anzusprechen.

7.1 Zielzustand

Um das Ziel einer inklusiven Gesundheitsversorgung für trans% Menschen in Bezug auf HIV/Aids bzw. STIs erreichen zu können, müssen permanent die binär-hierarchischen, heteronormativen Geschlechterdifferenzen im Blick behalten werden, die in einem gesellschaftstheoretischen Kontext eingebettet sind, in dem sich u. a. trans% Menschen permanent bewegen (müssen) (vgl. hierzu auch Engel 2009, S. 21f). Die Schwierigkeit, diese Differenzen zu identifizieren, liegt aus meiner Sicht häufig daran, dass die Normsetzungen von zwei voneinander abzugrenzenden Geschlecht(ern) als etwas scheinbar zu 100% „Natürliches“ wahrgenommen werden und aus diesem Grunde von den meisten Menschen zu keinem Zeitpunkt in Frage gestellt werden müssen.

Diese Normsetzungen sind aber in politische, rechtliche, ökonomische und „kulturelle“ Ordnungssysteme eingeschrieben (vgl. Engel 2009, S. 21), und erschweren oder verhindern sogar in ihrer Wirkmächtigkeit körperliche Autonomie und Selbstbestimmung von trans% Menschen. Damit sind jene trans% Menschen gemeint, die sich nicht in diese „natürlichen“ Normierungen einfügen können oder wollen, aber auch die, die geschlechtsangleichende Maßnahmen in Anspruch nehmen (wollen), wobei jedoch zu bedenken ist, dass diese wiederum nicht zwangsläufig dazu führen müssen, dass damit Diskriminierungen, Ausschlüssen und Ausgrenzungen vorgebeugt würde.

Die Anerkennung von körperlicher Autonomie und Selbstbestimmung von trans% Menschen ist somit neben der Stärkung (Empowerment) und Unterstützung von trans%geführten Organisationen oder Bewegungen, indem z. B. trans% Menschen in Beschäftigungsverhältnisse gebracht, Beiräte einberufen und finanzielle Ressourcen bereitgestellt werden, eine der zentralen Aufgaben, um das Ziel einer inklusiven Gesundheitsversorgung für trans% Menschen zu erreichen. Dazu gehört im Übrigen auch die Anerkennung und Unterstützung von bereits etablierten Netzwerken trans%geführter Organisationen oder Bewegungen.

Nicht aus den Augen verloren werden dürfen trans% Menschen, die an keine der trans%geführten Organisationen oder Bewegungen angeschlossen sind, sich nicht anschließen können oder nicht anschließen wollen. Während die in Organisationen und Bewegungen angebundenen trans% Menschen untereinander meistens gut vernetzt sind und sich dadurch auch untereinander erreichen können, können unterschiedliche Gründe dazu führen, dass eine Anbindung erschwert oder verunmöglicht wird. So können z. B. ökonomische Faktoren eine Anbindung behindern, weil Fahrtkosten nicht bezahlt werden können; oder eine trans% Person vermeidet es, die eigene Wohnung zu verlassen, um weiteren Diskriminierungswiderfahrnissen vorzubeugen. Angesichts dieser Gegebenheiten sollte es trans%geführten Organisationen oder Bewegungen ein Anliegen sein, Einzelpersonen nicht außer Acht zu lassen.

Eine weitere zentrale Aufgabe, die zur Erreichung des Ziels einer inklusiven Gesundheitsversorgung für trans% Menschen beiträgt, ist die Inanspruchnahme von Fortbildungs- und Schulungsangeboten zu den spezifischen Bedürfnissen in der Gesundheitsversorgung, genauso wie zu den spezifischen Risikofaktoren von trans% Menschen in Bezug auf HIV/Aids und STIs, die von trans%geführten Organisationen oder Bewegungen angeboten werden. Von Akteur_innen im Gesundheitswesen einmal so erkannte Wissenslücken können auf diese Weise reflektiert und anschließend abgebaut werden. So wird denkbar, dass durch dieses Wissen, in Verbindung mit einer Sensibilisierung für das Thema der geschlechtlichen Vielfalt, politische Institutionen, Krankenkassen, Kliniken und Praxen sowie alle anderen Akteur_innen im Gesundheitswesen, wie z. B. die Aidshilfen, Zugänge schaffen und bestehende Hindernisse bzw. Barrieren reduzieren bzw. überwinden.

Für die Zusammenarbeit mit trans%geführten Organisationen oder Bewegungen bieten gemeinsam entwickelte Qualitätsstandards und Leitlinien verlässliche Rahmenbedingungen und regeln die organisatorischen Abläufe zwischen den beteiligten Akteur_innen. Unterstützende Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ist ebenso Teil eines sinnvoll erscheinenden Trans%-Aktionsplans, wie auch das Vorgehen, trans%spezifische Inhalte in bestehende Beratungsangebote und Publikationen einzubetten.

Zusammenfassend gibt die folgende grafische Darstellung einen Überblick über die fünf zentralen Aufgaben zur Erreichung des Ziels einer inklusiven Gesundheitsversorgung für trans% Menschen in Bezug auf HIV/Aids bzw. STIs:

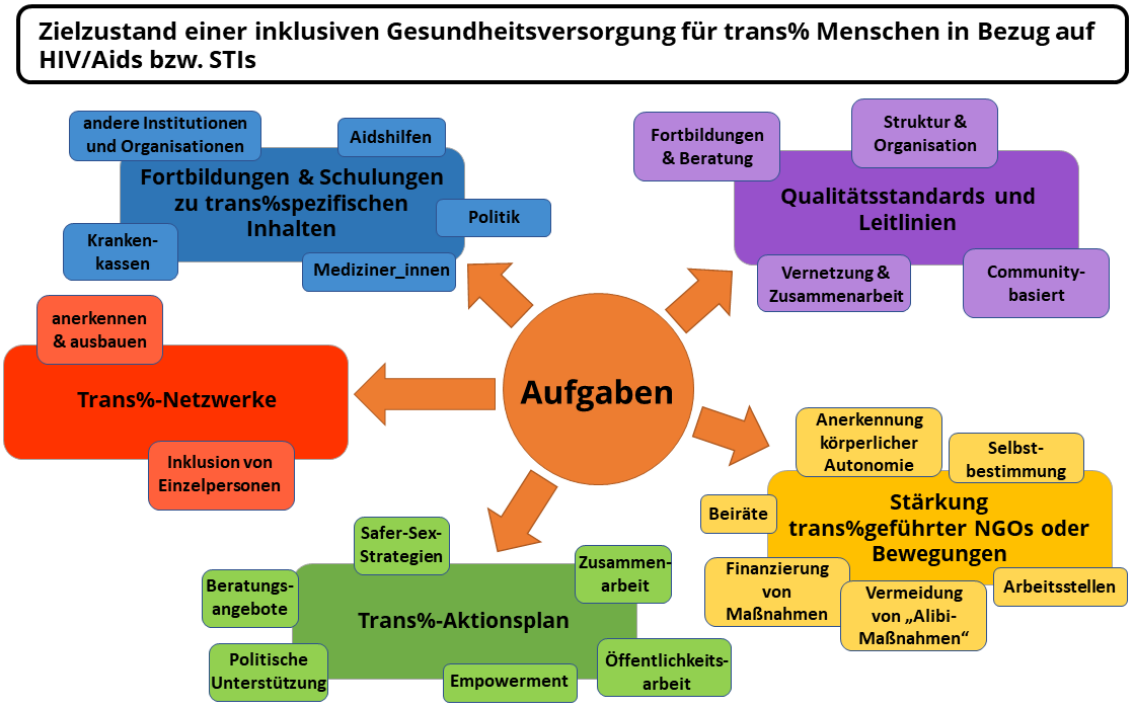

Abbildung 13 Grafische Darstellung der Aufgaben zur Erreichung des Ziels einer inklusiven Gesundheitsversorgung von trans% Menschen in Bezug auf HIV/Aids bzw. STIs.

7.2 Fazit

Zielsetzung dieser Arbeit war es, einen Überblick über den internationalen Forschungsstand, über vorhandene Präventionsprogramme und -materialien sowie über Strategiepapiere und Leitlinien internationaler Organisationen in Bezug auf die Identitätsmerkmale bzw. -markierungen Trans% und HIV/Aids bzw. STIs zu bekommen, um daraus Handlungsempfehlungen bzw. einen möglichen Zielzustand für die Präventionsarbeit sowie auch für eine diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung von trans% Menschen mit und ohne HIV in Deutschland abzuleiten und zu generieren.

Durch die Analyse vorhandener Strategiepapiere internationaler Organisationen und eine Betrachtung von bzw. eine Auseinandersetzung mit vorhandenen Präventionsprogrammen und -angeboten, die in Großbritannien, der Schweiz, Schweden und der Türkei umgesetzt werden, konnte nachgewiesen werden, dass der Themenkomplex HIV und Trans% in der Präventionsarbeit bzw. der

Gesundheitsversorgung für trans% Menschen eine beachtenswerte Rolle spielt bzw. spielen muss.

Wie zweifelsohne festzustellen ist, reicht es eben nicht, bestehende Präventionsprogramme bzw. -materialien einfach um das Wort trans% zu erweitern und davon auszugehen, dass die Bedarfe in der Gesundheitsversorgung von trans% Menschen sowie die identifizierten Risikofaktoren von trans% Menschen in Bezug auf HIV/Aids bzw. STIs deckungsgleich mit anderen bereits adressierten Zielgruppen zu setzen sind. Vielmehr braucht es ein tieferes Verständnis für und Wissen um die trans%spezifischen (Er-)Lebenswelten, die immer im vorhandenen gesellschaftlichen Kontext betrachtet werden müssen, der sich (noch) binär-hierarchisch und heteronormativ organisiert. So ist der Fortbestand von diskriminierenden rechtlichen Regelungen wie dem Transsexuellengesetz (TSG), das die Änderung des personenstandsrechtlichen Geschlechtseintrags[66] und eines geschlechtsspezifischen Vornamens regelt, nur ein Beispiel dafür, wie Lebenssituationen und -umstände von trans% Menschen beständig und unmittelbar durch politisch-rechtliche Normsetzungen beeinflusst werden, indem strukturelle und institutionelle Diskriminierungen aufrecht erhalten bleiben.[67]

Es ist daher kaum verwunderlich, wenn die in der Einleitung erwähnten Lebensbereiche wie das (Er-)Leben von Sexualität, Begehren und Begehrtwerden, die Frage von Elternschaft und Familienplanung sowie der Schutz vor (sexualisierter) Gewalt kaum bis gar keine Aufmerksamkeit erhalten (können), wenn sich einer der Hauptfokusse in der Gleichstellungs- und Antidiskriminierungsarbeit von und für trans% Menschen auf eine maßgebliche

[66] Dabei ist das Verfahren so aufgebaut, dass eine Änderung des Geschlechtseintrags nur eine sogenannte gegengeschlechtliche Option ermöglicht. Ein dritter positiver Geschlechtseintrag, so wie vom BVerfG gefordert, ist zum derzeitigen Stand nicht möglich.

[67] So hat das BVerfG seit Inkrafttreten des TSG 1981 bereits sechs Regelungen darin für verfassungswidrig erklärt, zuletzt 2011 die bis dahin geltende Sterilisationsvoraussetzung zur Erlangung der Personenstandsänderung.

Verbesserung der momentan rechtlich geltenden Regelungen konzentrieren muss.

Wünschenswert wäre jedoch (sowohl grundsätzlich als auch mit Bezug auf die in dieser Arbeit beschriebenen trans%spezifischen Risikofaktoren hinsichtlich HIV/Aids bzw. STIs, die vorgestellten Strategiepapiere, Leitlinien und Präventionsangebote), dass sich diesem Themenkomplex ernsthaft und differenziert gewidmet wird. Diese Differenzierung ist aus meiner Sicht auch deshalb unerlässlich, weil sich eine Gruppe von Menschen, deren Gemeinsamkeit die von der Normsetzung abweichende geschlechtliche Identität darstellt, nicht homogenisieren bzw. eben nicht darauf reduzieren lässt. So sind einerseits die sich unterscheidenden geographischen, diskursiven sowie (individuellen) sozialen Kontexte, in denen trans% Menschen leben, als auch damit verzahnte Mehrfachzugehörigkeiten weiterer Identitätsmerkmale bzw. -markierungen mit einzubeziehen, aber eben auch komplexe biografische Verläufe, die sich z. B. grob zusammengefasst in a) *vor*, b) *während* und c) *nach* einem Angleichungsprozess einteilen lassen können, sofern eine trans% Person diesen Weg für sich als passend empfindet. Dabei ist die Annahme, einen trans% Menschen an ihrem_seinen äußerlichen Erscheinungsbild erkennen zu können, durchaus trügerisch, weil nur die als Trans% erkannt werden (können), denen ein nicht-normatives geschlechterstereotypes Erscheinungsbild zugeschrieben wird, was prinzipiell auch nicht-trans% Menschen betreffen kann. Durch diese Zuschreibungspraxen lässt sich durchaus ermessen, dass sich ein unausgesprochener Erfüllungszwang zu diesen Normsetzungen von Geschlecht(ern) nicht nur reproduziert oder bestätigt, sondern sich im Grunde auch selbst entlarvt.

Insofern möchte ich nicht nur festgehalten wissen, dass es weitere gewissenhafte Analysen zur Veränderung von Verhältnissen, in denen trans% Menschen leben (müssen), geben muss, sondern auch zusammenfassend konstatieren, dass die Auseinandersetzungen zu dem Themenkomplex HIV und

Trans% in Deutschland noch weitgehend am Anfang stehen, gleichwohl aber etablierte Konzepte der Sexuellen Gesundheit und der Strukturellen Prävention anknüpfungsfähige Grundlagen bereithalten.

8 LITERATURVERZEICHNIS

Altman, Dennis; Symons, Jonathan (2016): Queer Wars. The New Global Polarization over Gay Rights. Cambridge, UK, Malden, MA: Polity.

Barton, Lorna C. (2018): Compound Harms. What the Literature Says about Survival Sex among Young Trans People in the United Kingdom and the United States. In: Larry A. Nuttbrock (Hg.): Transgender sex work and society. New York, NY: Harrington Park Press, S. 48–62.

Baumgartinger, Persson Perry (2014): Mittendrin: kritische Analyse im Spannungsfeld von Machtverhältnissen der staatlichen Regulierung von Trans* in Österreich. In: Hella von Unger, Petra Narimani und Rosaline M'Bayo (Hg.): Forschungsethik in der qualitativen Forschung. Reflexivität, Perspektiven, Positionen. Wiesbaden: Springer VS, S. 97–113.

Beloe, Elizabeth (2014): "Having the knife and the Yam": zum Umgang mit Geheimnissen in einer Community-basierten Forschung bei kamerunischen Migrant*innen in Berlin. In: Hella von Unger, Petra Narimani und Rosaline M'Bayo (Hg.): Forschungsethik in der qualitativen Forschung. Reflexivität, Perspektiven, Positionen. Wiesbaden: Springer VS, S. 133–148.

BMFSFJ (2016): Gutachten: Regelungs- und Reformbedarf für transgeschlechtliche Menschen. Begleitmaterial zur Interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- & Transsexualität – Band 7. Berlin. Unter Mitarbeit von Laura Adamietz und Katharina Bager. Hg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Humboldt-Universität zu Berlin. Online verfügbar unter https://www.bmfsfj.de/blob/114064/460f9e28e5456f6cf2ebdb73a966f0c4/imag-band-7-regelungs--und-reformbedarf-fuer-transgeschlechtliche-menschen---band-7-data.pdf, zuletzt geprüft am 01.10.2018.

BMFSFJ (2017): Gutachten: Geschlechtervielfalt im Recht. Status quo und Entwicklung von Regelungsmodellen zur Anerkennung und zum Schutz von Geschlechtervielfalt. Begleitmaterial zur Interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- & Transsexualität - Band 8. Berlin. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Online verfügbar unter https://www.bmfsfj.de/blob/114066/8a02a557eab695bf7179ff2e92d0ab28/imag-band-8-geschlechtervielfalt-im-recht-data.pdf, zuletzt geprüft am 28.09.2018.

Bremer, Viviane; Winkelmann, Christine (2012): Sexuelle Gesundheit in Deutschland. Ein Überblick über existierende Strukturen und Verbesserungspotentiale. In: *Sexuologie - Zeitschrift für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft* 19 (3 - 4), S. 93–104. Online verfügbar unter http://www.sexuologie-info.de/pdf/Bd.19_2012_2.pdf, zuletzt geprüft am 04.10.2018.

BVT* (2017): Trans*-Gesundheitsversorgung. Policy Paper Gesundheit des Bundesverbands Trans*. Bundesverband Trans*. Online verfügbar unter https://www.bmfsfj.de/blob/120620/0c5e19af792f13569e13407bf0bbf825/trans-gesundheitsversorgung-bv-trans-data.pdf, zuletzt geprüft am 26.10.2018.

Castro Varela, María do Mar (2016): Traurige Forschung. Normative Gewalt und Diskriminierungserfahrungen. In: María Teresa Herrera Vivar, Petra Rostock, Uta Schirmer und Karen Wagels (Hg.): Über Heteronormativität. Auseinandersetzungen um gesellschaftliche Verhältnisse und konzeptuelle Zugänge. 1. Auflage. Münster: Westfälisches Dampfboot (Forum Frauen- und Geschlechterforschung, Band 45), S. 106–118.

cliniQ (2017a): Cruising: A Trans Guy's Guide to the Gay sex scene. cliniQ. Online verfügbar unter https://cliniq.org.uk/wp-content/uploads/2017/12/CliniQ-TransGuys-landscape-ONLINE.pdf, zuletzt geprüft am 14.10.2018.

cliniQ (2017b): The Hook-Up: A Trans Woman's Guide to the Sex Club Scene. cliniQ. Online verfügbar unter https://cliniq.org.uk/wp-content/uploads/2017/12/CliniQ-TransWomen-landscape-ONLINE.pdf, zuletzt geprüft am 14.10.2018.

DAH (2015): HIV-Prävention für & mit Migrant_innen. Standards | Praxisbeispiele | Grundlagen. Deutsche AIDS-Hilfe. Online verfügbar unter https://www.hiv-migration.de/sites/default/files/attachments/DAH-Standards%20Migration%202015.pdf, zuletzt geprüft am 20.10.2018.

Derendinger, Steven (2013): Sexuelle Gesundheit und Transmenschen: Terra incognita? In: *spectra - Gesundheitsförderung und Prävention* (101), S. 2–3.

DIMR (2010): Partizipation - ein Querschnittsanliegen der UN-Behindertenrechtskonvention. Deutsches Institut für Menschenrechte (POSITIONEN, 3). Online verfügbar unter https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/Positionen_nr_3_Partizipation_ein_Querschnittsanliegen_der_UN_Behindertenrechtskonvention.pdf, zuletzt geprüft am 01.10.2018.

Drewes, Jochen; Gusy, Burkhard; Kraschl, Christoph; Kleiber, Dieter (2010): Strukturelle Prävention - eine Betrachtung aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive. In: Jochen Drewes und Holger Sweers (Hg.): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. Berlin (AIDS-FORUM DAH, 57), S. 13–26.

Drewes, Jochen; Sweers, Holger (Hg.) (2010): Strukturelle Prävention und Gesundheitsförderung im Kontext von HIV. Deutsche AIDS-Hilfe. Berlin (AIDS-FORUM DAH, 57).

DSTIG (2013): Sexuelle Gesundheit in Deutschland. Indikatoren als Instrumente zum Beschreiben, Planen und Evaluieren. Der Indikatorenkatalog der DSTIG - Langfassung -. Hg. v. Arbeitsgruppe "Indikatoren" - Sektion Sexuelle Gesundheit. Deutsche STI-Gesellschaft. Online verfügbar unter https://dstig.de/images/Literatur/indikatoren-sex-gesundheit_langfassung_mai2013.pdf, zuletzt geprüft am 08.10.2018.

Engel, Antke (2009): Bilder von Sexualität und Ökonomie. Queere kulturelle Politiken im Neoliberalismus. Bielefeld: transcript (Studien zur visuellen Kultur, 6).

Engin, Ceylan (2018): Sex Work in Turkey. Experiences of Transwoman. In: Larry A. Nuttbrock (Hg.): Transgender sex work and society. New York, NY: Harrington Park Press, S. 196–213.

FRA (2014): Leben als Trans* in der EU. Vergleichende Datenanalyse aus der EU-LGBT-Erhebung. Zusammenfassung. FRA - Agentur der Europäischen Union für Grundrechte. Online verfügbar unter http://fra.europa.eu/de/publication/2015/leben-als-trans-der-eu-vergleichende-datenanalyse-aus-der-eu-lgbt-erhebung, zuletzt geprüft am 10.10.2018.

Franzen, Jannik; Sauer, Arn (2010): Benachteiligung von Trans*Personen, insbesondere im Arbeitsleben. Hg. v. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Online verfügbar unter https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Expertisen/Expertise_Benachteiligung_von_Trans_personen.pdf, zuletzt geprüft am 26.10.2018.

Fuchs, Wiebke; Ghattas, Dan Christian; Reinert, Deborah; Widmann, Charlotte (2012): Studie zur Lebenssituation von Transsexuellen in Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter https://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/TSG/Studie_NRW.pdf, zuletzt geprüft am 31.10.2018.

Giami, Alain (2002): Sexual Health: The Emergence, Development, and the Diversity of a Concept. In: *Annual Review of Sex Research* 13, S. 1–35, zuletzt geprüft am 08.10.2018.

Hamm, Jonas; Sauer, Arn (2014): Perspektivenwechsel. Vorschläge für eine menschenrechts- und bedürfnisorientierte Trans*-Gesundheitsversorgung. In: *Z Sex-Forsch* 27 (01), S. 4–30. DOI: 10.1055/s-0034-1366140.

Jansen, K.; Bremer, V.; Rüden, U. von; Steffan, E.; Nitschke, H. (2013): Sexuelle Gesundheit in Deutschland - Indikatoren als Instrumente zum Beschreiben, Planen und Evaluieren. Der Indikatorenkatalog der Deutschen STI-Gesellschaft. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56 (7), S. 913–921. DOI: 10.1007/s00103-013-1762-x.

Ketterer, Armin (1998): Strukturelle Prävention im theoretischen Kontext und als Spiegel der Zeit: Vorbilder, Einflüsse, Abgrenzungen, Merkmale. In: Klaus-Dieter Beißwenger (Hg.): Strukturelle Prävention. Ansichten zum Konzept der Deutschen AIDS-Hilfe. Berlin: Dt. Aids-Hilfe (AIDS-FORUM DAH, Bd. 33), S. 39–55.

Koch-Gromus, Uwe; Briken, Peer (2017): Sexuelle Gesundheit im Wandel. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 60 (9), S. 929–931. DOI: 10.1007/s00103-017-2614-x.

LesMigraS (2012): „… nicht so greifbar und doch real“. Eine quantitative und qualitative Studie zu Gewalt- und (Mehrfach-) Diskriminierungserfahrungen von lesbischen, bisexuellen Frauen und Trans* in Deutschland. LesMigraS – Lesbenberatung Berlin e.V. Online verfügbar unter https://lesmigras.de/tl_files/lesbenberatung-berlin/Gewalt%20(Dokus,Aufsaetze…)/Dokumentation%20Studie%20web_sicher.pdf, zuletzt geprüft am 01.10.2018.

Mock, Janet (2015): Redefining Realness. My path to Womanhood, Identity, Love & So Much More. New York: Simon & Schuster.

NAT (2017): Trans* people and HIV: How can policy work improve HIV prevention, treatment and care for trans* people in the UK? National AIDS Trust. Online verfügbar unter https://www.nat.org.uk/sites/default/files/publications/NAT%20Trans%20Evidence%20Review%20V3%20Digital.pdf, zuletzt geprüft am 21.10.2018.

NSWP (2014): Good Practice in Sex Worker-Led HIV Programming. Regional Report: Europe. NSWP - Global Network of Sex Work Projects. Online verfügbar unter http://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/Regional%20Europe.pdf, zuletzt geprüft am 01.11.2018.

Ördek, Kemal (2014): VIOLENCE TOWARDS SEX WORKER TRANS WOMEN IN TURKEY: a struggle for existence caught between the crossfire of invisibility and impunity. Kırmızı Şemsiye - Cinsel Sağlık ve İnsan Hakları Derneği. Online verfügbar unter http://www.kirmizisemsiye.org/SourceFiles/pdf-2018525135952.pdf, zuletzt geprüft am 30.09.2018.

Ördek, Kemal (2015): "Those Women": Violence Stories from Sex Worker Trans Women. Kırmızı Şemsiye - Cinsel Sağlık ve İnsan Hakları Derneği. Online verfügbar unter http://www.kirmizisemsiye.org/SourceFiles/pdf-201852513531.pdf, zuletzt geprüft am 29.08.2018.

PAHO (2001): Promotion of Sexual Health, Recommendations for Action. Proceedings of a Regional Consultation, Guatemala 2000. Pan American Health Organization. Online verfügbar unter http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PromotionSexualHealth.pdf, zuletzt geprüft am 01.10.2018.

Pieper, Kajo (1989): Prävention. Präventionsverständnis der AIDS-Hilfen. In: *D.A.H.-Aktuell* (1), S. 15–17, zuletzt geprüft am 10.10.2018.

RFSU (2015): Sex och trans. Stockholm: RFSU.

Rommelspacher, Birgit (1998): Dominanzkultur. Texte zu Fremdheit und Macht. 2. Auflage. Berlin: Orlanda Frauenverlag.

Sauer, Arn (2015): Geschlechtliche Vielfalt. Begrifflichkeiten, Definitionen und disziplinäre Zugänge zu Trans- und Intergeschlechtlichkeiten. Begleitforschung zur Interministeriellen Arbeitsgruppe Inter- & Transsexualität. Hg. v. BMFSFJ. Berlin.

Sauer, Arn Thorben (2012): HIV und Trans* – (k)ein Thema oder viele? In: *HIV&more* (2), S. 48–49, zuletzt geprüft am 20.10.2018.

Sauer, Arn Thorben; Meyer, Erik (2016): Wie ein grünes Schaf in einer weißen Herde. Lebenssituationen und Bedarfe von jungen Trans*-Menschen in Deutschland : Forschungsbericht zu „TRANS* – JA UND?!“ als gemeinsames Jugendprojekt des Bundesverbands Trans* (BVT*) e.V.i.G. und des Jugendnetzwerks Lambda e.V. Berlin: Bundesverband Trans*. Online verfügbar unter http://www.bv-trans.de/wp-content/uploads/2016/12/web_schaf_brosch_161128.pdf, zuletzt geprüft am 30.10.2018.

Sausa, Lydia A.; Keatley, JoAnne; Operario, Don (2007): Perceived risks and benefits of sex work among transgender women of color in San Francisco. In: *Archives of sexual behavior* 36 (6), S. 768–777. DOI: 10.1007/s10508-007-9210-3.

Schwulenberatung Berlin (2016): „Wie eine Rose, die aus dem Riss im Beton erwächst“. Empowerment von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans* und inter* Geflüchteten durch Beratung und Unterstützung. Eine Handreichung für Beratungsstellen. Schwulenberatung Berlin. Online verfügbar unter https://www.schwulenberatungberlin.de/wp_uploads/_Handreichung_Online.pdf, zuletzt geprüft am 14.09.2018.

TGEU (2017): Safe, voluntary testing for key and most affected populations. A joint statement from key population networks, regional networks, HIV and Hepatitis organisations. Transgender Europe. Online verfügbar unter https://tgeu.org/wp-content/uploads/2017/10/ETW2017_Key-Populations-goals_JointStatement.pdf, zuletzt geprüft am 16.10.2018.

Thomas, Rebekah; Pega, Frank; Khosla, Rajat; Verster, Annette; Hana, Tommy; Say, Lale (2017): Ensuring an inclusive global health agenda for transgender people. In: *Bulletin of the World Health Organization* 95 (2), S. 154–156. DOI: 10.2471/BLT.16.183913.

THT (2017): Trans People and HIV Testing. Terrence Higgins Trust. Online verfügbar unter https://www.hivpreventionengland.org.uk/wp-content/uploads/2017/11/Trans-People-and-HIV-Testing-NHTW-2017.pdf, zuletzt geprüft am 18.10.2018.

Trans*Recht e.V. (2017): Trans*-Sexualität. Informationen zu Körper, Sexualität und Beziehung für junge Trans*menschen. Trans*Recht e.V. Online verfügbar unter https://trans-recht.de/wordpress/wp-content/uploads/2018/01/trans_sexualitaet_broschuere_web.pdf, zuletzt geprüft am 20.10.2018.

UNAIDS (2014a): Services for transgender people. UNAIDS. Online verfügbar unter http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_servicesfortransgenderpeople_en.pdf, zuletzt geprüft am 02.10.2018.

UNAIDS (2014b): The Gap report. Transgender people. UNAIDS. Online verfügbar unter http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/08_Transgenderpeople.pdf, zuletzt geprüft am 02.10.2018.

UNAIDS (2016): Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People. Practical Guidance for collaborative Interventions. UNAIDS. Online verfügbar unter http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNDP-et-al_2016_transgender_practical_guidance_collaborative_interventions_en.pdf, zuletzt geprüft am 10.10.2018.

UNAIDS (2018): UNAIDS DATA 2018. UNAIDS. Online verfügbar unter http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaids-data-2018_en.pdf, zuletzt geprüft am 11.10.2018.

Unger, Hella von (2014): Forschungsethik in der qualitativen Forschung: Grundsätze, Debatten und offene Fragen. In: Hella von Unger, Petra Narimani und Rosaline M'Bayo (Hg.): Forschungsethik in der qualitativen Forschung. Reflexivität, Perspektiven, Positionen. Wiesbaden: Springer VS, S. 15–39.

WHO (1975): Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Report of a WHO meeting [on Education and Treatment in Human Sexuality; Geneva, 6-12 February 1974]. Geneva, Switzerland (Technical report series / World Health Organization, 572).

WHO (2006): Defining Sexual Health. Report of a Technical Consultation on sexual health, 28 - 31 January 2002, Geneva. World Health Organization. Online verfügbar unter http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/, zuletzt geprüft am 01.10.2018.

WHO (2010): Developing sexual health programmes. A framework for action. World Health Organization. Online verfügbar unter http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf?sequence=1, zuletzt geprüft am 04.10.2018.

WHO (2011): Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people. Recommendations for a public health approach. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

WHO (2014a): Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization.

WHO (2014b): Values and preferences of transgender people: a qualitative study. Unter Mitarbeit von Mira Schneiders. World Health Organization. Online verfügbar unter http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128119/WHO_HIV_2014.21_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, zuletzt geprüft am 14.10.2018.

WHO (2015a): HIV and young transgender people: a technical brief. World Health Organization. Online verfügbar unter http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_young_transgender_en.pdf, zuletzt geprüft am 03.10.2018.

WHO (2015b): Transgender People and HIV. World Health Organization. Online verfügbar unter http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/179517/WHO_HIV_2015.17_eng.pdf;jsessionid=E93E3593F701496A5F4F45DBEA2EEC83?sequence=1, zuletzt geprüft am 05.10.2018.

Winter, Sam; Diamond, Milton; Green, Jamison; Karasic, Dan; Reed, Terry; Whittle, Stephen; Wylie, Kevan (2016): Transgender people. Health at the margins of society. In: *Lancet (London, England)* 388 (10042), S. 390–400. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)00683-8.

8.1 Internetdokumente

Bock, Werner (2018): Wenn wir es nicht selber machen, macht es keiner für uns. Deutsche AIDS-Hilfe. Online verfügbar unter https://www.aidshilfe.de/meldung/aids2018-newsticker-amsterdam, zuletzt geprüft am 06.10.2018.

BPB (2012): Gesundheitswesen im Europäischen Vergleich – Ein Überblick. Bundeszentrale für politische Bildung. Online verfügbar unter http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72906/gesundheitswesen-im-europaeischen-vergleich, zuletzt geprüft am 15.10.2018.

Checkpoint (2018): Trans* im Checkpoint. Checkpoint - Gesundheitszentrum für die Community. Online verfügbar unter http://www.mycheckpoint.ch/de/generic/trans-im-checkpoint, zuletzt geprüft am 19.10.2018.

DAH (2013): Strukturelle Prävention stärken! Resolution der Mitgliederversammlung der Deutschen AIDS-Hilfe vom 11.03.2013. Deutsche AIDS-Hilfe. Online verfügbar unter https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/20131011%20Strukturelle%20HIV-Praevention%20staerken.pdf, zuletzt geprüft am 11.10.2018.

DAH (2018a): Was ist Harm Reduction? Deutsche AIDS-Hilfe. Online verfügbar unter https://www.aidshilfe.de/harm-reduction, zuletzt geprüft am 14.10.2018.

DAH (2018b): „Wir sind die Guten“: Gütesiegel PRAXIS VIELFALT gestartet. Deutsche AIDS-Hilfe. Online verfügbar unter https://magazin.hiv/2018/09/24/wir-sind-die-guten-guetesiegel-praxis-vielfalt-gestartet/, zuletzt geprüft am 24.10.2018.

Dams, Marcel (2018): Leben mit HIV 2018: Die Zeit der Scham ist vorbei. Deutsche AIDS-Hilfe. magazin.hiv. Online verfügbar unter https://magazin.hiv/2018/04/18/leben-mit-hiv-2018/, zuletzt geprüft am 11.10.2018.

DSTIG (2018): Männergesundheit und sexuell übertragbare Infektionen. Deutsche STI-Gesellschaft. Online verfügbar unter https://dstig.de/sexuelle-gesundheit/maennergesundheit.html, zuletzt geprüft am 09.10.2018.

EKAF (2008): Zusammenfassung: Ärztinnen und Ärzte erhalten „good news“ für ihre PatientInnen mit antiretroviraler Therapie – für Bevölkerung und Zielgruppen ändert sich nichts an der HIV-Prävention! Unter Mitarbeit von Pietro Vernazza, Bernhard Hirschel und Enos Bernasconi. Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen. Online verfügbar unter https://www.aidshilfe.de/sites/default/files/documents/2008%20EKAF-Statement%20Zusammenfassg.pdf, zuletzt geprüft am 11.10.2018.

ESTICOM (2017): EMIS 2017. ESTICOM. Online verfügbar unter https://www.esticom.eu/Webs/ESTICOM/EN/emis-2017/emis-2017-node.html, zuletzt geprüft am 24.10.2018.

GATE (2017): Trans HIV Response. GATE - Global Action for Trans Equality. Online verfügbar unter https://transactivists.org/trans-hiv-response/, zuletzt aktualisiert am 06.04.2017, zuletzt geprüft am 16.10.2018.

Haas, Claudia (2015): Die Grünen gendern jetzt mit Sternchen*. Hg. v. RP Digital GmbH. Online verfügbar unter https://rp-online.de/politik/deutschland/die-gruenen-gendern-jetzt-mit-sternchen_aid-20539407, zuletzt geprüft am 25.10.2018.

Herrmann, Steffen Kitty (2003): Performing the Gap–queere Gestalten und geschlechtliche Aneignung. Online verfügbar unter http://arranca.org/ausgabe/28/performing-the-gap, zuletzt geprüft am 25.10.2018.

IRGT (2018): TRANS Action: Building Bridges to Safety. IRGT - A Global Network of Trans Women and HIV. Online verfügbar unter http://transglobalactivism.org/events/trans-action-building-bridges-to-safety/, zuletzt geprüft am 16.10.2018.

IWWIT (2018a): Safer Sex 3.0. "ICH WEISS WAS ICH TU" - Deutsche AIDS-Hilfe. Online verfügbar unter https://www.iwwit.de/safer-sex, zuletzt geprüft am 11.10.2018.

IWWIT (2018b): Schwul. Trans*. Teil der Szene! "ICH WEISS WAS ICH TU" - Deutsche AIDS-Hilfe. Online verfügbar unter https://www.iwwit.de/trans, zuletzt geprüft am 13.10.2018.

Kırmızı Şemsiye (2018): Access to Protection Services by Key Refugee Groups. Kırmızı Şemsiye. Online verfügbar unter http://www.kirmizisemsiye.org/multecidestekdetay/1, zuletzt geprüft am 18.10.2018.

knoop, jana maria (2017): Gendersensible Sprache. Sprache wirkt. Alice Salomon Hochschule Berlin. aliceonline. Online verfügbar unter https://alice.ash-berlin.eu/hochschulleben/news/sprache-wirkt/, zuletzt geprüft am 26.10.2018.

Microsoft (2018): How to use wildcard characters in the SQL-SELECT statement in Visual FoxPro. Hg. v. Microsoft. Online verfügbar unter https://support.microsoft.com/de-de/help/98434/how-to-use-wildcard-characters-in-the-sql-select-statement-in-visual-f, zuletzt aktualisiert am 17.04.2018, zuletzt geprüft am 01.11.2018.

Niemann, Peter (2013): Unterschiede zwischen dem Gesundheitssystem der USA und anderer OECD-Länder. Vom Arztdasein in Amerika. Hg. v. Berlin Deutsches Ärzteverlag GmbH. Deutsches Ärzteblatt. Online verfügbar unter https://www.aerzteblatt.de/blog/53034/Unterschiede-zwischen-dem-Gesundheitssystem-der-USA-und-anderer-OECD-Laender, zuletzt geprüft am 01.11.2018.

RFSL Stockholm (2018a): Sexual health for the transgender community. RFSL Stockholm. Online verfügbar unter http://en.rodaparaplyet.org/blog/health-for-transgender, zuletzt geprüft am 19.10.2018.

RFSL Stockholm (2018b): Trans bodys. RFSL Stockholm. Online verfügbar unter https://en.sexperterna.org/, zuletzt geprüft am 19.10.2018.

RKI (2017): HIV/AIDS: Eckdaten und Trends für Deutschland und für die Bundesländer. Epidemiologische Kurzinformationen des Robert Koch-Instituts. Robert-Koch-Institut. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Eckdaten/Eckdaten.html?nn=2374210, zuletzt geprüft am 20.10.2018.

rme/aerzteblatt.de (2018): Warum das US-Gesundheitssystem so teuer ist. Hg. v. Berlin Deutsches Ärzteverlag GmbH. Deutsches Ärzteblatt. Online verfügbar unter https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/91828/Warum-das-US-Gesundheitssystem-so-teuer-ist, zuletzt geprüft am 01.11.2018.

Schwulenberatung Berlin (2018): Initiative Sexuelle Vielfalt. Schwulenberatung Berlin. Online verfügbar unter https://www.schwulenberatungberlin.de/post.php?permalink=initiative-sexuelle-vielfalt#paragraph_2, zuletzt geprüft am 25.10.2018.

THT (2018): Improving your sexual health. Find out about your options around contraception and protected sex. Terrence Higgins Trust. Online verfügbar unter https://www.tht.org.uk/hiv-and-sexual-health/sexual-health/improving-your-sexual-health, zuletzt geprüft am 18.10.2018.

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. World Health Organization. Online verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1, zuletzt geprüft am 11.10.2018.

ZAH (2018a): Beratung. Zürcher AIDS-Hilfe. Online verfügbar unter https://du-bist-du.ch/beratung/, zuletzt geprüft am 15.10.2018.

ZAH (2018b): Sex, HIV und andere STI. Zürcher AIDS-Hilfe. Online verfügbar unter https://du-bist-du.ch/infopool/sex-hiv-und-sti/, zuletzt geprüft am 19.10.2018.

ERKLÄRUNG

Hiermit versichere ich, dass ich die Bachelorarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel und Quellen benutzt habe.

Ich bin einverstanden, dass meine Bachelorarbeit in der Bibliothek bereitgestellt wird.

06. November 2018