

FACHSTELLE
LSBTI*, Altern und Pflege

TRANS* SENIOR*INNEN
IN BERLIN

WO STEHEN WIR HEUTE UND WO SOLL ES HINGEHEN?

MAX NICOLAI APPENROTH

Ein Angebot der



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
1. Trans* und Alter(n)	6
1.1. Die Datenlage.....	6
1.2. Wie viele trans* Menschen gibt es in Deutschland?	7
1.3. Trans* Sein und die Lebenserwartung	9
2. Trans*, Altern und der Körper	10
2.1. Physische Gewalt	10
2.2. Trans* Sein & das Gesundheitssystem	11
2.3. Körperliche Gesundheit	14
2.4. HIV in trans* Communities	16
2.5. Psychische Gesundheit	18
3. Trans*, Älterwerden & die Sozialstruktur	21
3.1. Bildung und Arbeit	21
3.2. Armut	23
3.3. Obdachlosigkeit & Wohnsituation.....	24
3.4. Familie und soziales Netzwerk.....	25
3.5. Übergang ins spätere Leben von trans* Personen	27
3.6. Trans*Sein und das Lebensende.....	29
4. Situation von pflegebedürftigen trans* Menschen in Berlin.....	30
4.1. Angebote für die Community in Berlin – Eine Bestandsaufnahme	30
5. Was muss nun geschehen? Konkrete Handlungsempfehlungen.....	32
6. Fazit	36
Literatur.....	38
Glossar LSBTI*-relevanter Begriffe	44

Vorwort

Es ist wenig über die Auswirkungen des Alterns auf Menschen bekannt, die sich nicht mit ihrem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren und/oder nicht in die stereotypen binären Geschlechternormen von weiblich und männlich passen. Menschen, die sich als trans*¹ identifizieren, stehen vor den gleichen Herausforderungen, die mit dem Älterwerden einhergehen, wie alle anderen Menschen auch. Neben den nachlassenden körperlichen und geistigen Fähigkeiten, der Veränderung der sozialen Rolle und des Umfelds, dem Herausfordern aus sozioökonomischen Verhältnissen und Altersdiskriminierung ist die trans* Community mit systematischer Diskriminierung ihrer Identität konfrontiert. Leider ist Trans*feindlichkeit in verschiedenen Formen zu finden, auf individueller und institutioneller Ebene, die mit zunehmendem Alter und Abhängigkeit von anderen Menschen wachsen kann.

Martin, Teamleiter, ambulanter Pflegedienst aus Berlin

„Ambulante und stationäre Pflege sind überhaupt nicht auf die Bedürfnisse von trans Menschen vorbereitet. Wenn ich das miterlebe und wenn ich an meine eigene Ausbildung zurückdenke, ob das jetzt das Thema HIV oder Sucht ist, es fehlt allgemein an Akzeptanz. Wenn da jetzt noch so was breit gefächertes Thema wie trans Identität dazu kommt, damit können viele nicht umgehen.“*

Was bedeutet es aber älter zu werden? Wann beginnt es? Wo endet es? Lässt sich vorhersagen, was ältere Menschen in ihrem sogenannten Lebensabend erwartet, oder kann man erst dann wirklich wissen, wie es ist, wenn man es erlebt? Wie beeinflussen Geschlecht, Herkunft, Bildung und sozialer Status die Art und Weise, wie man älter wird?

Viele verbinden das Älterwerden einfach mit dem späteren Leben oder sogar nur mit dem Ende dessen. Was dabei jedoch oft vergessen wird, man wird nicht plötzlich alt. Es ist ein kontinuierlicher Prozess über ein ganzes Leben hinweg, geprägt durch unsere Erlebnisse. Das Alter geht mit einem Muster der Selbstidentifikation und Altersstrukturen einher, die die Art und Weise beeinflussen, wie man handelt und wie man die eigene Umwelt erlebt. In verschiedenen Kulturen werden bestimmte Ereignisse wie

¹ Trans* wird als Überbegriff verwendet, um Personen zu beschreiben, die sich nicht mit dem bei ihrer Geburt festgestellten Geschlecht identifizieren. Das können trans* Frauen oder trans* Männer sein, die sich mit ihrer Identität im binären Geschlechtersystem wiederfinden, oder aber auch abinäre, nicht-binäre oder genderqueere Personen sein die sich nicht (oder nicht ausschließlich) mit den Labels weiblich oder männlich identifizieren. Da ein Empfinden der Geschlechtsidentität sehr individuell ist, gibt es auch viele unterschiedliche Bezeichnungen und hier wurden nun nur beispielhaft einzelne benannt. Weitere Erklärungen und Begriffe können unter <https://queer-lexikon.net/glossar/> nachgelesen werden.

Schulabschluss, Heirat, Kinderkriegen, Ruhestand usw. in bestimmten Lebensabschnitten erwartet. Ereignisse, die außerhalb dieser gesellschaftlich definierten Zeitphasen stattfinden, können für Menschen in einem bestimmten Alter unpassend erscheinen. Die Geschichte hat diese Strukturen im Laufe der Zeit geformt und verändert und einige dieser Strukturen folgen nicht für jeden Menschen den gleichen Regeln. Die gesellschaftlichen Vorstellungen über die ‚richtigen‘ Zeitpunkte bestimmter Lebensereignisse werden auch als eine *gemeinsame soziale Uhr der Gesellschaft* bezeichnet (Moody/Sasser 2015: 4).

Auch die Vorstellung von mehreren Lebensabschnitten, von der Geburt und Kindheit über das spätere Leben bis zum Tod, hat sich im Laufe der Geschichte verändert. Während man davon ausging, dass das mittlere Alter etwa im Alter von 35 Jahren beginnt, beginnt es heute zwischen dem 50. und 69. Das späte Leben, als eigener Lebensabschnitt, soll nun im Alter von 70 Jahren beginnen (Richardson/Barush 2006: 3).

Nora, 67, trans* Frau aus Berlin

„Ich habe keine Ängste vor dem Alter und keine Ängste vor dem Älter werden, aus dem einfachen Grund, weil es mir gesundheitlich gut geht und ich mich selbst versorgen kann. [...] Als Pflegefall sähe das anders aus, wenn dann das Körperliche mit ins Spiel kommt, weil ich habe einen nicht-binären Körper.“

Bilden aber diese oben definierten Lebensabschnitte auch das Leben von queeren und insbesondere trans* identifizierten Personen ab? Die meisten aktuellen Theorien und Gedanken rund um das Thema Alter beschreiben den Prozess des Älterwerdens aus einer hetero- und cis-normativen Perspektive. Die Einbeziehung von queeren und trans* Menschen ist in den meisten gerontologischen Ansätzen kaum zu finden. Jack Halberstam (2005) z.B. sagt, dass queer sein mehr als nur eine Sexualität oder Geschlechtsidentität beschreibt, es sei eine Art ein Lebenskonzept:

"Offensichtlich leben nicht alle schwulen, lesbischen und trans* Menschen ihr Leben auf radikal andere Weise als heterosexuellen Personen, aber ein Teil dessen, was Queerness als Form der Selbstbeschreibung in den letzten zehn Jahren so überzeugend gemacht hat, hat mit der Art und Weise zu tun, wie es das Potenzial hat, neue Lebensnarrative und alternative Beziehungen zu Zeit und Raum zu eröffnen. [...] Und doch geht es bei der queeren Zeit [...] auch um die Potenzialität eines Lebens, das nicht durch die Konventionen von Familie, Erbschaft und Kindererziehung bestimmt ist." (Halberstam 2005: 1/2)²

² Eigenständig übersetzt aus dem Englischen.

Die Annahme dessen, dass trans* Biografien sich von normativen Lebensentwürfen unterscheiden, basiert auf der Tatsache, dass trans* Menschen nach wie vor auf vielen Ebenen in der Gesellschaft ungleiche Behandlung erfahren und für sich selbst auch immer wieder kreative und alternative Lösungen für diverse Lebenssituationen finden müssen. Insbesondere im Bereich der Fürsorge und medizinischen Versorgung erleben trans*geschlechtliche Menschen viele Barrieren und hierbei muss es nicht einmal um trans* spezifische Versorgung, wie angleichenden körperlichen Maßnahmen z.B. durch Hormone gehen. Wie aktuelle Daten zeigen, müssen trans* Personen immer darauf gefasst sein, dass sie auf der Suche nach heilenden oder pflegerischen Maßnahmen genau das Gegenteil erleben, nämlich oftmals eine inkompetente Unterversorgung und nicht selten machen sie Erfahrungen von Diskriminierung und Gewalt, die ihre Spuren hinterlassen (Appenroth/Castro Varela 2019; FRA 2020; James et al. 2016).

1. Trans* und Alter(n)

1.1. Die Datenlage

Wo stehen trans*-Senioren in der heutigen Gerontologie? Zielen moderne Ansätze dieser Disziplin auf die spezifischen Lebensumstände, Stärken, aber auch Bedürfnisse und Probleme dieser Community? Wie altern trans* Menschen und was unterscheidet ihren Alterungsprozess von dem der cis-geschlechtlichen Mehrheit in der Gesellschaft?

Die Datenlage zu trans* Senior*innen und der Prozess des Älter werden dieser Gruppe ist bislang kaum erfasst. Zum Thema geschlechtliche Vielfalt bestehen generell große Wissenslücken und ein Bedarf an Datenerhebungen. Bislang gibt es keine veröffentlichten landesweiten Studienergebnisse³, die ein Bild über die trans* Community abgibt, geschweige denn die Situation von älteren trans* Menschen hierzulande beschreibt.

Heutzutage werden trans* Personen in Umfragen und Forschungsdaten oft zu Lesben, Schwulen, Bisexuellen (LSBs) dazu gezählt. Allerdings trennen nur wenige Studien in ihrer Datenauswertung die von trans* und cis Teilnehmenden erhobenen Daten. Dies ist ein problematischer Ansatz, da sich die Alltagsrealität von trans* Menschen stark von cis LSBs (und Heteros)⁴ unterscheidet. Das Leben als nicht-normatives, geschlechtlich diverses Individuum kann oft zu bestimmten Hürden führen, die durch die Dominierung von Cis⁵- und Heteronormativität in der Gesellschaft verursacht werden. Es kann nicht generell gegen eine kombinierte Datenerhebung von LSBQs und trans* Identitäten gesprochen werden. Jedoch soll auf eine methodische Fehlinterpretation hingewiesen werden, die entstehen kann, wenn Daten nicht separat analysiert werden. Durch das einfache Hinzufügen eines T* in der Kette von Buchstaben von LSBTIQ* (oder manchmal sogar längeren Buchstabenreihen), ohne einen detaillierten Blick auf die Ergebnisse der Daten zu werfen, kann oberflächlich suggerieren, dass Maßnahmen ergriffen wurden, die trans* Community in die Forschung einzubeziehen. Leider erzeugt diese Praxis den gegenteiligen Effekt und trägt zu einer Unsichtbar-Machung und Diskriminierung bei, die alltägliche Realität von trans* Menschen ist. Darüber hinaus kann die ständige

³ Stand Januar 2021. Entsprechend wird aufgrund des Mangels an Deutscher und Europäischer Literatur, sowie Studienergebnissen Bezug auf internationale (stark U.S.-amerikanische) Quellen Bezug genommen. Letztere müssen im hier zu Lande geltenden Kontext reflektiert gelesen und verstanden werden.

⁴ Es muss auch deutlich erwähnt werden, dass es hierbei häufig zu Intersektionen kommen kann (z.B. lesbischen trans* Frauen oder schwulen trans* Männern), die selten in der Tiefe reflektiert und/oder analysiert werden. wurde

⁵ siehe Glossar

Benennung von trans* Identitäten inmitten der sexuellen Vielfalt eine falsche Vorstellung von Geschlechtsidentität und Sexualität erzeugen.

1.2 Wie viele trans* Menschen gibt es in Deutschland?

Diese Frage lässt sich leider nur schwer beantworten, da es, wie bereits erwähnt auf nationaler Ebene stark an Daten mangelt. Es kann derzeit nur auf internationale Studien zurückgegriffen werden. Nach einer Umfrage des Williams Institute an der University of California Los Angeles sind schätzungsweise 0,6 % aller Erwachsenen in den USA trans* (Flores et al. 2016: 2). Die Zahl der Menschen, die ihr Geschlecht in Frage stellen, liegt höchstwahrscheinlich über dieser Prozentmarke. Regionale Studien in Belgien haben ergeben, dass schätzungsweise 2,5 % der Bevölkerung ein ambivalentes Gefühl gegenüber ihrer Geschlechtsidentität haben. Eine inkongruente Geschlechtsidentität wird von 0,6 % der Allgemeinbevölkerung in Belgien angegeben (Van Caenegem et al. 2015: 1).

Winter et al. (2016: 392) haben in ihrer Studie die Daten aus Belgien, sowie Ergebnisse von Untersuchungen aus den USA, Großbritannien, Neuseeland und den Niederlanden einbezogen. In diesen Studien liegen die Zahlen von Menschen, die sich als trans* identifizieren, zwischen 0,5% und 1,2% in der Allgemeinbevölkerung. Verglichen mit der Studie des Williams-Instituts kann dies darauf hindeuten, dass die Zahl der trans* Menschen in der Gesellschaft höher ist als angenommen.

„Vor dem Hintergrund wissenschaftlich fundierter Datengrundlagen zum Anteil von LSBTI an der Bevölkerung und der besonderen Stellung Berlins als Anziehungspunkt für LSBTI, gehen qualifizierte Schätzungen von ca. 40.000 homo- und bisexuellen, trans*- und intergeschlechtlichen Menschen aus [sic!] die in Berlin ihren Lebensmittelpunkt haben.“ (berlin.de, o.J.)

Wie viele sich davon letztendlich als trans* identifizieren und zusätzlich auch noch im höheren Alter sind, kann nicht beantwortet werden. Kidd und Witten (2007/2008: 36) stellen fest, dass "aufgrund der Breite der Geschlechterkonstrukte und des Stigmas, das mit der äußerlichen Identifizierung als Mitglied der trans* Community verbunden ist, die genaue Zahl der trans-identifizierten Personen schwer zu schätzen ist"⁶. Oft hängt die Geschlechtsidentität einer Person oder die Möglichkeit, ihre trans* Identität offen zu leben, von der Umgebung ab, in der sie sich befindet. Manche Menschen fühlen sich in bestimmten Umgebungen (z. B. am Arbeitsplatz, in der Familie usw.) nicht sicher, um ihre gewünschte Identität frei zu leben. Manche Menschen können durch die Förderung der Cis-Normativität durch die Gesellschaft eingeschüchtert sein

⁶ Eigenständig übersetzt aus dem Englischen.

oder durch die Gewalt gegen trans* Menschen verängstigt werden und entsprechend eine trans* Identität verheimlichen.

Wenn man die bisherigen Forschungsergebnisse berücksichtigt und sich auf die Demografie konzentriert, scheinen trans* Personen eine eher jüngere Kohorte unter den Befragten zu sein. Die European Union Agency for Fundamental Rights (FRA 2014) führte 2014 eine Studie mit dem Titel "Being Trans in the European Union - Comparative Analysis of the EU LGBT Survey Data" durch (n= 6.579). In dieser bis dato in Europa größten Umfrage, die sich an die trans* Community richtete, waren nur 8% der Teilnehmer 55 Jahre oder älter. Bei der Folgestudie „LGBTI II – A long way to go for LGBTI equality“, durchgeführt 2019 und mit insgesamt bereits 19.445 trans* Teilnehmenden⁷, gaben nur noch 3% an 55 Jahre oder älter zu sein (FRA 2020b).

Studien aus den USA zeigen ein ganz ähnliches Bild. Das National Center for Transgender Equality und die National Gay and Lesbian Task Force führten 2011 eine Studie durch, um dies zu analysieren. In der Studie "Injustice at Every Turn - A report of the National Transgender Survey" (n=6.450) waren 13% der Befragten 55 Jahre oder älter. Neuere Zahlen aus der "2015 U.S. Transgender Survey" (n=27.715) zeigen ein anderes Bild über eine geringere Anzahl älterer trans* Teilnehmer*innen im Vergleich zu den Zahlen der Allgemeinbevölkerung in der jeweiligen Altersgruppe. In dieser Umfrage waren 14% aller Befragten 46-64 Jahre alt, verglichen mit 34% der allgemeinen U.S.-Bevölkerung in dieser Altersgruppe. Nur 2% im U.S. Transgender Survey waren 65 Jahre und älter, verglichen mit 19% der U.S.-Allgemeinbevölkerung (James et al. 2016: 53).

Die Gründe für einen Mangel an älteren oder hochaltrigen trans* Personen in Studien ist bislang noch nicht abschließend geklärt. Dadurch, dass die meisten Studien onlinebasiert durchgeführt werden, setzt dies eine Technikaffinität voraus, die im Alter nicht nur für trans* Personen eine Hürde darstellen kann. Mit steigendem Alter nimmt die Nutzung des Internets ab (Statista 2021), als aber auch sozioökonomische Faktoren beeinflussen den Zugang zum Internet (Olsson, Samuelsson & Viscovi 2019). Die oftmals schwierige finanzielle Lage, in der sich trans* Personen deutlich häufiger als die cis-geschlechtliche Mehrheitsgesellschaft befinden (FRA 2020b, James et al. 2016, FRA 2014), kann den Zugang zu einem Computer und dem Internet reduzieren. Manche trans* Menschen fühlen sich vielleicht unwohl dabei, an speziellen Umfragen an gemeinsam genutzten Computern oder in gemeinsam genutzten Räumen (d.h.

⁷ Insgesamt nahmen 16.119 Personen aus Deutschland teil, wovon sich 17% (n=2.815) als trans* identifizierten (FRA 2020b: S. 58). Es war leider nicht möglich die Daten separat nach Altersklassen zu analysieren.

Internetcafés, Computer von Freund*innen, etc.) teilzunehmen, wo andere Personen ihre Trans*identität ungewollt entdecken könnten.

1.3. Trans* Sein und die Lebenserwartung

Nora, 67, trans* Frau aus Berlin

-„„Wir sind nicht forever young und es ist nur eine Frage der Zeit bis wir ein ganzes Heer von älteren und alten queeren Menschen haben“

Es wird zwar erwartet, dass die Größe der trans* Community, einschließlich trans*-Senior*innen, in den kommenden Jahrzehnten wachsen wird⁸, jedoch kann über einen möglichen Zusammenhang von Trans*geschlechtlichkeit und einer womöglich verringerten Lebenserwartung nur spekuliert werden. Im Vergleich zur cis-Mehrheitsgesellschaft werden trans* Personen z.B. deutlich häufiger Opfer von Gewaltverbrechen, sie haben einen schlechteren allgemeinen und psychischen Gesundheitszustand, einen eingeschränkteren Zugang zu medizinischer Versorgung, einen Mangel an ausreichenden finanziellen unterstützenden Netzwerken und erleben häufiger sozioökonomische Benachteiligungen. Diese Punkte, nebst anderen, könnten Indikatoren für eine kürzere Lebenserwartung dieser Bevölkerungsgruppe sein.

Wenn man die Daten der bereits zitierten Studien vergleicht, lassen sich deutliche Hinweise finden, die eine Erklärung für einen schlechteren allgemeinen und psychischen Gesundheitszustand und ein womöglich früheres Lebensende von trans* Menschen im Vergleich zu ihren cis LSBQ-Peers oder der cis-heteronormativen Bevölkerung liefern könnten. Die U.S. Transgender Survey zeigte, dass 40 % aller Teilnehmer mindestens einmal in ihrem Leben versucht haben, Selbstmord zu begehen, verglichen mit 4,6 % der U.S.-Allgemeinbevölkerung (James et al. 2016: 112).

Im Folgenden wird spezifischer auf die einzelnen bereits erwähnten Punkte eingegangen, die einen (negativen) Einfluss auf das Erleben von trans* Personen im Allgemeinen darstellen, als aber auch explizit Auswirkungen auf den Alterungsprozess dieser Community hat.

⁸ Aktuelle Anti-Trans* ‚Bewegungen‘ behaupten, dass das trans* Sein derzeit ein Trend gefördert durch soziale Medien sei. Soziale Medien sind sicherlich nicht unbeteiligt, denn aufgrund einer gesteigerter Sichtbarkeit (wie auch z.B. durch dieses Projekt hier) kann vermutet werden, dass mehr geschlechtlich vielfältige Menschen den Schritt wagen sich zu outen. Daneben bieten auch verbesserte Vernetzungsmöglichkeiten, über Länder- oder Kontinentgrenzen hinweg, einen stärkeren Austausch und Empowerment innerhalb der Community. Auch die Zunahme an Begrifflichkeiten, die verschiedene Geschlechtsidentitäten über die binären Optionen ‚weiblich‘ und ‚männlich‘ hinaus beschreiben, bietet mitunter neue Möglichkeiten der Selbstidentifikation.

2. Trans*, Altern und der Körper

2.1. Physische Gewalt

Einer der stärksten negativen Einflüsse auf den Körper einer Person können gewaltvolle Erlebnisse darstellen. Wie im vorherigen Abschnitt bereits erwähnt, sind trans* Personen häufig Ziel von Gewalt. Vom 1. Oktober 2019 bis zum 30. September 2020 beobachtete Transgender Europe 350 Morde an trans* und geschlechtlich vielfältigen Personen (TGEU 2020a). Das sind nur die gemeldeten Zahlen - die Dunkelziffer der Gewalt gegen trans* Personen dürfte deutlich höher sein, da häufig eine geschlechtlich vielfältige Identität nicht in den Ermittlungsprozessen erfasst wird und trans* Personen häufig nur mit dem Geburtsgeschlecht erfasst werden. In der Analyse der National Coalition of Anti-Violence Programs von LSBQT*- und HIV-betroffener Hassgewalt und Tötungsdelikten waren in 67 % der Tötungsfälle trans* Personen die Opfer (Waters/Jindasurat/Wolfe 2016: 9).

Die aktuell von der European Union Agency for Fundamental Rights durchgeführte Studie "LGBTI II – A long way to go for LGBTI equality" zeigte, dass von den Deutschen trans* Teilnehmenden (n=2.815) in den 5 Jahren vor Erhebung der Daten 35% Erfahrungen mit physischer oder sexualisierter Gewalt gegen sie gemacht haben. Im Vergleich erlebten 25% der lesbischen cis Frauen, der 19% schwulen cis Männer, 39% der bisexuellen cis Frauen und 19% der bisexuellen cis Männer physische oder sexualisierter Gewalt (FRA 2020a). Diese erschreckenden Zahlen müssen auch immer im Kontext einer möglichen Intersektion von trans* und LSB Identität gesehen werden.

Die U.S. Transgender Survey (n=27.715) enthüllte ebenfalls erschreckende Zahlen von Fällen von Gewalt gegen die trans* Community. Innerhalb der letzten 12 Monate vor dem Ausfüllen der Umfrage wurde fast die Hälfte (46%) aller Befragten verbal belästigt und "9% wurden körperlich angegriffen, weil sie trans* sind. [...] 47% der Befragten wurden irgendwann in ihrem Leben sexuell angegriffen und jede*r Zehnte (10%) wurde im letzten Jahr sexuell angegriffen" (James et al. 2016: 13). Diese Zahlen reihen sich ein in die stetig steigenden Morde von geschlechtlich vielfältigen Menschen weltweit.

Verbrechen gegen die trans* Community sind oft von großer Brutalität und schwerer Verstümmelung (z.B. körperliche Gewalt, Vergewaltigung, Mord) geprägt. "Diese Methoden sind als Indikatoren für den Wunsch zu sehen, die Körper von trans* Menschen zu entstellen und zu verstümmeln, weil sie das normative Weltbild

der Täter*innen in Bezug auf das Geschlecht in Frage stellen⁹ (Kidd/Witten 2007/2008: 34). Nicht nur das, diese Praxis sendet auch eine Botschaft an den Rest der Community und verursacht Angst und ernsthafte Bedenken bezüglich der eigenen Sicherheit. Die Fähigkeit einer Person, eine andere als bei der Geburt zugewiesene Geschlechtsidentität zu leben, hängt stark von dem Gefühl der Sicherheit und ihrer Umgebung ab. Die Chance, eine nicht-normative und/oder Trans*identität zu veräußern, verringert sich womöglich noch mehr, wenn jemand z.B. älter und auf die Unterstützung und Pflege anderer Menschen angewiesen ist.

Da es keine Daten speziell über trans* Ältere gibt, beziehe ich mich, um dies mit dem Kontext des Alterns zu verbinden, auf die Ergebnisse der Analyse verschiedener U.S.-amerikanischer Studien durch das National Center on Elder Abuse (NCEA). Basierend auf den Schätzungen des NCEA (2013) hat eine von 10 Personen, die 60 Jahre oder älter sind, innerhalb von 12 Monaten körperlichen, sexuellen, emotionalen oder finanziellen Missbrauch erlebt. Bei Menschen mit Demenz ist im gleichen Zeitraum jede zweite Person vermutlich Opfer von Missbrauch geworden. Ähnlich wie bei den Erfahrungen mit der Gewalt gegen trans* Menschen wird davon ausgegangen, dass nur einer von 23,5 Fällen den Behörden (Sozialdienst, Polizei, etc.) gemeldet wird. Wie diese Zahlen zeigen, geht das Älterwerden selbst mit einer höheren Vulnerabilität einher. Dieses Risiko steigt stark an, wenn es mit Trans*feindlichkeit (und mit anderen Formen von Diskriminierung) kombiniert wird. Der nächste Abschnitt wird einen Einblick in das Umfeld geben, das trans* Menschen im Gesundheitssystem vorfinden.

2.2 Trans* Sein & das Gesundheitssystem

Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen beeinflussen die Fähigkeit medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen von Personen zusätzlich. Nicht nur auf der Ebene der institutionellen und/oder rechtlichen Unterstützung sind trans* Menschen mit einem unsicheren Umfeld konfrontiert. Ähnlich verhält es sich auf der Ebene der medizinischen Gesundheitsversorgung aus unterschiedlichen Gründen.

Sowohl die Studie "Being Trans in the European Union - Comparative Analysis of the EU LGBT Survey Data" (FRA 2014; n=6.579 trans* Teilnehmende europaweit), sowie die Studie "LGBTI II – A long way to go for LGBTI equality" (FRA 2020; n=2.815 trans* Teilnehmende deutschlandweit) zeigen alarmierende Zahlen für Deutschland und Europa, wenn man sich die Diskriminierungserfahrungen von trans* Menschen in den

⁹ Eigenständig übersetzt aus dem Englischen.

Gesundheitssystemen anschaut. Wo in der Umfrage von 2014 noch 26% (22% EU-weit) der Teilnehmer*innen aus Deutschland angaben, in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung von Menschen in Gesundheitsberufe wegen ihres Trans*-Seins diskriminiert worden zu sein, waren es 2020 bereits 40% (34% EU-weit). Im Bezug auf die Situation in Deutschland zeigt dies, dass der Zugang zu medizinischer Versorgung aufgrund eines Systems der gesetzlichen Krankenversicherung nicht bedeutet, dass Patienten eine angemessene medizinische Behandlung erhalten. In der Studie aus 2014 gaben 30 % der Befragten an, dass Ärzt*innen und medizinisches Personal zwar hilfsbereit gewesen seien, es ihnen aber an Wissen fehlte, das auf die Bedürfnisse von trans* Identitäten fachlich kompetent und angemessen eingeht (FRA 2014: 41f.).

Das Krankenversicherungssystem in den Vereinigten Staaten ist eine sehr komplexe Struktur. Während in Deutschland z.B. eine gesetzliche Krankenversicherung (meist) zumindest die Kostenübernahme für eine medizinische Versorgung garantiert, ist in den USA die Möglichkeit, medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, oft von wirtschaftlichen Faktoren abhängig und muss in diesem Kontext auch hier reflektiert werden. Bildung, Arbeit und Arbeitslosigkeit bzw. Unterbeschäftigung kommen ins Spiel. Für ein Verständnis der strukturellen Hürden, auf die trans* Menschen im Gesundheitssystem treffen, können diese Ergebnisse aber dennoch als wichtig erachtet werden und werden aufgrund dessen für diesen Bericht herangezogen.

Die U.S. Transgender Survey zeigt, dass 14% der Befragten keine Versicherung haben, verglichen mit 11% der Allgemeinbevölkerung. Obwohl 86% der Befragten einen gewissen Versicherungsschutz hatten, berichteten 25%, dass sie aufgrund ihrer Trans*identität Probleme mit ihrer Krankenversicherung hatten. 55% derjenigen, die eine Kostenübernahme für Operationen im Zusammenhang mit der Transition beantragten, wurden abgelehnt, ebenso wie 25% derjenigen, die eine Kostenübernahme für Hormone beantragten. Von allen Teilnehmern wollten 78% eine Hormonersatztherapie, aber nur 49% erhielten sie (James et al. 2016: 93/94). "Die meisten Krankenversicherungspolicen schließen die Kostenübernahme für transitionsspezifische Eingriffe, wie Hormontherapie und geschlechtsangleichende Operationen, aus" (Williams & Freeman 2007: 98). Es ist an dieser Stelle unnötig zu erwähnen, wie wichtig transitionsbezogene Schritte wie angleichende Hormontherapien und Operationen für trans* Menschen sind, die sich einer physischen Transition unterziehen wollen.

Die systematische Verweigerung dieser Anträge ist gängige Praxis, und dies beeinträchtigt die psychische und physische Gesundheit von Trans*identitäten. Neben dieser vorbestimmten Verweigerung von transitionsbezogener medizinischer Behandlung sind einige präventive Gesundheitsuntersuchungen, wie

Prostata- oder gynäkologische Untersuchungen, von einigen Versicherungen in den USA für ein bestimmtes Geschlecht vorbehalten (ebd. 99).

Neben diesem exklusiven Krankenversicherungssystem gaben 22% der trans* älteren TeilnehmerInnen des "The Aging Health Report - Disparities and Resilience among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults" (n=2.560) an, dass sie sich innerhalb der letzten zwölf Monate keinen Besuch bei Ärzt*innen leisten konnten. Die gleiche Situation wurde von 8% aller cis LSBQ-Befragten berichtet (Fredriksen-Goldsen et al. 2011: 30). In der U.S. Transgender Survey ist diese Zahl sogar noch höher und 33% der Befragten konnten es sich nicht leisten, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, obwohl sie notwendig war (James et al. 2016: 92). Ältere trans* Menschen nehmen deutlich seltener an präventiven Gesundheitsuntersuchungen wie einer Darmspiegelung und Osteoporose-Tests teil (Fredriksen-Goldsen et al. 2011: 35). Abgesehen von diesem geringen, durch den sozioökonomischen Status beeinflussten Gesundheitssuchverhalten, berichteten 40%, dass ihnen aufgrund ihrer Trans*identität medizinische Versorgung verweigert wurde oder sie eine minderwertige Versorgung erhielten, verglichen mit 11% ihrer LSBQ-Peers (ebd.: 31). Die Studie "Injustice at Every Turn - A Report of the National Transgender Survey" zeigte, dass 19% der Befragten aufgrund ihrer Geschlechtsidentität eine medizinische Behandlung verweigert wurde und 48 % der Teilnehmer*innen berichteten, dass sie einen Besuch bei Ärzt*innen bei Krankheit oder Verletzungen aufgrund finanzieller Barrieren aufgeschoben haben. 28% konsultierten keine*n Ärzt*innen, weil sie Diskriminierung befürchteten und 2% gaben an, dass sie Opfer von Gewalt in einer Arztpraxis geworden sind (Grant et al. 2011: 72ff.). Die U.S. Transgender Survey gibt an, dass 23 % der Befragten keine ärztliche Hilfe in Anspruch genommen haben, als sie diese benötigten, aus Angst, als trans* Person misshandelt zu werden (James et al. 2016: 93):

In der Studie „Injustice at Every Turn - A Report of the National Transgender Survey“ berichtete die Hälfte der Teilnehmenden, dass sie ihre*n Ärzt*innen oder medizinischen Betreuer*innen eine angemessene Versorgung von trans* Menschen erklären mussten (Grant et al. 2011: 72). Diese Situation beeinflusst sowohl die Qualität der allgemeinen routinemäßigen Gesundheitsversorgung als auch die spezifisch transitionsbezogenen medizinischen Behandlungen (James et al. 2016: 92).

Oft diskriminierende und ausgrenzende Gesundheitssysteme führen zu einem geringen gesundheitsfördernden Verhalten von trans* Personen, das negative gesundheitliche Folgen nach sich zieht und sich mitunter auch auf die Lebenserwartung auswirken kann. Im folgenden Abschnitt werden einige dieser erhöhten Risiken beispielhaft benannt.

2.3. Körperliche Gesundheit

Das Älterwerden geht nicht nur bei trans* Personen mit einer Abnahme der körperlichen Funktionsfähigkeit und der Möglichkeit von Regeneration einher. Nicht jede Person ist mit den gleichen Problemen konfrontiert und wie mehrere Punkte gezeigt haben, kann das persönliche Umfeld einen starken Einfluss auf den Körper einer Person haben. Ältere trans* Personen müssen mit einem körperlichen Abbau genauso umgehen, wie jeder andere Person auch und doch sind sie aufgrund von Diskriminierung und ungünstigen sozioökonomischen Ressourcen eher körperlich beeinträchtigt als cis Personen.

In der aktuellen Studie „LGBTI II – A long way to go for LGBTI equality“ der European Agency for Fundamental Rights gaben lediglich 57% der aus Deutschland stammenden trans* Teilnehmer*innen an, dass ihr allgemeiner Gesundheitszustand gut oder sehr gut sei. Im Vergleich sagten dies 77% der lesbisch, schwulen und bisexuellen cis Befragten. 56% der teilnehmenden trans* Personen gaben an mit dauerhaften Gesundheitsproblemen zu leben, im Vergleich zu 39% der cis LSB Teilnehmer*innen. Darüber hinaus leben trans* Personen deutlich häufiger mit einer Behinderung, als cis LSBs (13% trans* vs. 6% cis LSB) (FRA 2020a)¹⁰.

Die Rate unter trans* Senioren, die an Fettleibigkeit leiden oder sich nicht ausreichend körperlich betätigen, ist im Vergleich zu cis LSB-Senioren deutlich höher. Dies kann mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit verbunden sein, eine Behinderung zu haben oder mit anderen negativen gesundheitlichen Folgen zu leben, wie z.B. Diabetes, koronare Herzerkrankungen, Osteoarthritis, thromboembolische Erkrankungen und Lebererkrankungen (Fredriksen-Goldsen et al. 2013: 498; Williams/Freeman 2007: 98). Mehrere Faktoren können zu diesem Bild führen. Diskriminierung in Bildungs- und Arbeitssettings und Probleme mit der psychischen Gesundheit haben großen Einfluss auf die Fähigkeit des Körpers einer Person, sich von Belastungen zu erholen. Zudem konsumieren trans* Personen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger Alkohol, Marihuana oder andere Drogen (James et al. 2016: 116).

Nach den Ergebnissen der U.S. Transgender Survey gaben mehr als die Hälfte (59 %) aller Befragten an, dass sie es im vergangenen Jahr vermieden haben, eine öffentliche Toilette zu benutzen, weil sie Angst hatten, diskriminiert zu werden. Um zu vermeiden, eine Toilette aufsuchen zu müssen, schränkte ein Drittel die Menge dessen ein, was sie tranken oder aßen, und 8 % gaben an, dass sie im vergangenen Jahr an einer

¹⁰ Insgesamt nahmen 16.119 Personen aus Deutschland teil, wovon sich 17% (n=2.815) als trans* identifizierten (FRA 2020b: S. 58).

Harnwegsinfektion, einer Niereninfektion oder einem anderen nierenbezogenen Problem litten, weil sie die Toiletten mieden (ebd.: 15).

Durch die oben erwähnte exklusive Praxis von Krankenkassen und medizinischen Leistungserbringern entscheiden sich viele trans* Personen, die keinen Zugang zu einer Hormonersatztherapie oder anderen transitionsbezogenen Behandlungen haben, oder die Angst haben, sich auf ein potentiell diskriminierendes Gesundheitssetting einzulassen, für eine Selbstbehandlung mit Hormonen und Silikon. Dies kann zu verschiedenen Komplikationen führen. Generell auftretende Nebenwirkungen, wie ein erhöhtes Risiko für Herzerkrankungen, Verlust der Knochendichte, Endometriumhyperplasie und ggf. ein nachfolgendes Endometriumkarzinom sind bei trans* Menschen, die sich selbst Testosteron ohne ärztliche Aufsicht verabreichen wesentlich wahrscheinlicher (Williams/Freeman 2007: 98). Trans* Personen, die mit Östrogen behandelt werden, haben ein erhöhtes Risiko für Typ-II-Diabetes, erhöhten Cholesterinspiegel, Blutgerinnsel, Verlust der Knochendichte, Neovaginalkrebs und Prostatakrebs (ebd.). Die Risiken aus diesen Erkrankungen lassen sich oft durch Vorsorgeuntersuchungen und eine kontrollierte Hormoneinnahme vermeiden. Ein weiterer entscheidender Aspekt einer Hormon-Selbstbehandlung ist die Verwendung von 'Off-Label'-Medikamenten, die z.B. aus dem Ausland oder über das Internet bezogen werden. Ein weiteres Risiko der Selbstmedikation ist oftmals das Problem nicht an sauberes Injektionsmaterial zu kommen, was das Risiko von HIV- und Hepatitis-Infektionen stark erhöht (ebd.).

Durch die vielen Barrieren und negativen Erfahrungen zeigen trans* eine minimierte Suche nach gesundheitlicher Unterstützung. Eine fehlendn medizinische Behandlung in den früheren Lebensjahren einer trans* Person kann ganz unterschiedliche Konsequenzen für das spätere Leben haben. Fredriksen-Goldsen et al. analysierten die Daten des "The Aging and Health Report - Disparities and Resilience among Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Older Adults" speziell für die gesundheitliche Situation von trans* identifizierten älteren Erwachsenen. Sie kommen zu dem Schluss, dass:

"Die Befunde deuten darauf hin, dass die bei trans* Erwachsenen im frühen und mittleren Erwachsenenalter identifizierten Muster negativer Gesundheit [...] bis ins spätere Leben fortbestehen. Die Ergebnisse zeigen signifikant [...] erhöhte Risiken für die physische und psychische Gesundheit von älteren trans* Personen. [...]Es hat sich gezeigt, dass internalisierte Stigmatisierung in anderen Minderheitenpopulationen mit einem erhöhten Risiko für schlechte Gesundheit, Morbidität und Mortalität verbunden ist"¹¹ (Fredriksen-Goldsen et al.2013: 496/497).

¹¹ Eigenständig übersetzt aus dem Englischen.

2.4. HIV in trans* Communities

Der Gebrauch von unsicheren Nadeln bei der Selbstbehandlung von Hormonen ist eine von vielen Risikoquellen für trans* Identitäten sich mit HIV zu infizieren. Seit 2014 werden trans* Menschen von der Weltgesundheitsorganisation unter den 5 sogenannten „key populations“¹² geführt. „Key Populations“ sind Gruppen, die überproportional häufig mit HIV infiziert sind (WHO 2014). Es wird angenommen, dass trans* Frauen weltweit ein 49-fach höheres Risiko haben mit HIV zu leben, als cis Personen im reproduktionsfähigen Alter. Bislang gibt es keine ausreichende Datenlage zu trans* Männern und nicht binären trans* Identitäten (WHO o.J.). In der U.S. Transgender Survey gaben 1,4 % aller Teilnehmer*innen an, HIV-positiv zu sein. Dies steht im Vergleich zu den geschätzten 0,3% der allgemeinen US-Bevölkerung, die mit HIV leben (James et al. 2016: 4). Wie mehrere Studien gezeigt haben, führt die Angst, im Gesundheitswesen diskriminiert zu werden, zu einer Vielzahl von Problemen. Neben der Nichtinanspruchnahme wichtiger allgemeiner präventiver Gesundheitsuntersuchungen lassen sich trans* Menschen im Vergleich zu LSBQ cis Menschen seltener auf HIV testen (Bockting et al. 2005: 127). 46% aller Teilnehmer*innen der U.S. Transgender Survey kannten ihren HIV-Status nicht, weil sie nicht getestet worden waren.

HIV-Infektionen sind besonders häufig bei trans* Frauen of Color. So gab beispielsweise fast jede fünfte (19%) Schwarze trans* Frau an, HIV-positiv zu sein (James et al. 2016: 122/123). Herbst et al. (2007) verglichen insgesamt 29 US-amerikanische Studien, die zwischen 1990 und 2003 durchgeführt wurden. Unter Berücksichtigung von 22 Studien, die ausschließlich Trans*-Frauen einbezogen haben, waren in diesen Studien im Schnitt fast 28% der Teilnehmerinnen HIV-positiv (die Ergebnisse schwanken zwischen 16% - 68%). Zwei Studien, die sich auf trans* weibliche Sexarbeiterinnen konzentrierten, berichteten, dass 55% und 68% der trans* Teilnehmerinnen HIV-positiv waren. Aufgrund eines höheren Risikoverhaltens, wie z.B. der Ausübung von Sexarbeit, ungeschütztem Geschlechtsverkehr und dem Gebrauch von intravenösen Drogen und/oder Hormonen bzw. Silikon mit unsicherem Injektionsmaterial, wird angenommen, dass trans* Frauen einer potentiellen HIV-Infektion eher ausgesetzt sind (Herbst et al. 2007: 4 ff.). Die HIV-Prävalenz bei trans*männlichen Personen liegt den wenigen existierenden Studien zu Folge zwischen 0,6% - 13% (Hickson et al. 2020). Bislang liegen keine ausreichenden Daten bzgl. HIV in nicht-binären oder anderen geschlechtlich vielfältigen Personen vor.

¹² Weitere „Key Populations“ sind Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), Sexarbeiter*innen, Personen die intravenös Drogen nutzen und gefangene Personen, bzw. Personen im Gefängnis. Wichtig ist hierbei zu erwähnen, dass es mitunter auch Intersektionen unter diesen Gruppen gibt und dadurch für trans* Personen ein deutlich höhere Risiko für eine HIV Infektion gibt. Wie bereits erwähnt, sind trans* Personen beispielsweise häufiger Nutzer*innen von Drogen, bzw. wie in einem der folgenden Abschnitten dargestellt, nicht selten in der Sexarbeit tätig.

Trans*-Senioren sind mit einem sehr spezifischen Umfeld konfrontiert, in dem der Faktor Alter eine wichtige Rolle spielt, wenn es darum geht, auf HIV getestet und/oder behandelt zu werden:

"Die Forschung zeigt, dass nur wenige Gesundheitsdienstleister ältere Erwachsene auf HIV testen (in der Annahme, dass die sexuelle Aktivität mit dem Alter abnimmt), und nur wenige Materialien und Kampagnen zur HIV-Prävention auf ältere Erwachsene ausgerichtet sind. [...] Trans* Senior*innen, die nicht regelmäßig zu Gesundheitsvorsorge gehen, können durch eine HIV-Infektion vor gesundheitliche Herausforderungen gestellt werden, die über die Komplikationen hinausgehen, mit denen alle älteren Erwachsenen mit verminderten Funktionen des Immunsystems konfrontiert sind. Ältere trans* Personen haben wahrscheinlich eine verzögerte Diagnose der Infektion aufgrund der hinausgezögerten Suche nach medizinischer Versorgung. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit von Komorbiditäten im Zusammenhang mit anderen unbehandelten oder zuvor nicht diagnostizierten Erkrankungen. Eine Verzögerung bei HIV-Tests erhöht auch die Wahrscheinlichkeit einer Doppeldiagnose von HIV und AIDS. Bis zum Jahr 2015 wird nach Schätzungen der Centers for Disease Control and Prevention (CDC) jede zweite mit HIV infizierte Person 50 Jahre und älter sein - eine demographische Verschiebung, die erhebliche Auswirkungen auf ältere trans* Personen haben wird¹³ (Auldridge et al. 2012: 14/15)".

Etwas, das nicht nur ältere trans* Menschen in der queeren Community betrifft, aber auch nicht außer Acht gelassen werden sollte, ist die Tatsache, dass viele trans* Senior*innen mitunter nicht selbst mit HIV leben, aber einen Partner*in oder einen Freund*in durch AIDS verloren haben. Eine angemessene Aufarbeitung dieser Verluste und der Trauer muss von möglichen Pflegedienstleister*innen angesprochen werden und eine sensible Betreuung muss stattfinden, um Betroffenen in dieser Situation adäquate Unterstützung zu bieten.

¹³ Eigenständig übersetzt aus dem Englischen.

2.5. Psychische Gesundheit

Aus vielen der bereits diskutierten Gründe haben trans* Menschen ein erhöhtes Risiko, an schweren psychischen Problemen zu leiden (Budge/Adelson/Howard 2013). Aktuelle Zahlen zeigen, dass trans* Personen in Deutschland häufiger mit Depressionen zu kämpfen haben, als cis LSBs. So gaben nur 10% der trans* Teilnehmenden und 20% der cis LSB Befragten an, dass sie in den 2 Wochen vor der Studienteilnahme nicht an Depressionen litten (FRA 2020a). In der Studie "The Aging Health Report - Disparities and Resilience among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults" (n=2.560) identifizierten sich 7% oder 174 Personen aller Teilnehmer als trans* (Fredriksen-Goldsen et al. 2013: 490). Fast die Hälfte (48%) dieser trans* Befragten leidet unter Depressionen (im Vergleich zu 32% LSBs) und 39% unter Angstzuständen (26% LSB). 71% der trans* identifizierten Befragten geben an, dass sie ernsthafte Gedanken hatten, ihr Leben zu beenden, im Vergleich zu 38% ihrer LSB-Altersgenossen (Fredriksen-Goldsen et al. 2011: 26-27). Die Studien zu trans* Identitäten aller Altersgruppen zeigen ein ähnliches Bild in Bezug auf die psychische Gesundheit und Suizidgedanken. In "Injustice at Every Turn - A Report of the National Transgender Survey" (n=6.450) lag die Rate der Teilnehmer*innen, die mindestens einmal in ihrem Leben einen Suizidversuch unternommen haben, bei 41%. Dies ist 26-mal höher als in der allgemeinen US-Bevölkerung (1,6%) (Grant et al. 2011: 9). In den letzten 5 Jahren scheint sich diese Situation nicht zum Besseren gewendet zu haben.

Die 2016 veröffentlichte U.S. Transgender Survey (n=27.715) nennt ähnliche Zahlen zu Suizidversuchen. 40% der teilnehmenden trans* Personen haben mindestens einmal in ihrem Leben versucht, sich umzubringen. Fast die Hälfte hatte in den letzten 12 Monaten vor der Befragung Suizidgedanken und fast ein Viertel machte im letzten Jahr vor der Befragung konkrete Pläne, ihr Leben zu beenden. Bei trans* Personen war die Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines Jahres vor der Befragung einen Suizidversuch unternommen zu haben, mehr als zehnmal so hoch wie in der allgemeinen US-Bevölkerung (7% vs. 0,6%). In Bezug auf Suizidgedanken während der gesamten Lebensspanne sind die Zahlen der U.S. Transgender Survey sogar noch höher als bei früheren Umfragen. 82 % aller Befragten gaben an, mindestens einmal in ihrem Leben Gedanken an Selbstmord gehabt zu haben (James et al. 2016: 112).

Gründe für diese sehr hohen Prozentwerte könnten mit der einer fast permanenten psychischen Belastungen zusammenhängen, denen trans* Personen ausgesetzt sind. Budge, Adelson und Howard (2013) unternahmen den Versuch, mögliche Gründe für Ängste und Depressionen von trans* Menschen zu skizzieren. In ihrer Studie (n=226) gab fast die Hälfte der Teilnehmenden (49%) an, unter Depressionen zu

leiden. 47% der trans* männlichen Identitäten und 40% der trans* Frauen zeigten Angstsymptome. Beides, Depressionen und Ängste, kann verschiedene Ursachen haben:

"Die Autor*innen merken an, dass soziale Stressoren und/oder Ausgrenzung durch Gleichaltrige einen großen Teil der Depressionen erklären können, die von den Personen in ihrer Studie berichtet werden. [...] Außerdem nehmen trans* Personen wahr, dass sie im Vergleich zu cis Personen weniger soziale Unterstützung von Familienmitgliedern erhalten. [...] Es gibt eine Vielzahl von Forschungsergebnissen, die darauf hinweisen, dass mehr soziale Unterstützung mit einem geringeren Maß an Depressionen und Ängsten verbunden ist¹⁴" (Budge/Adelson/Howard 2013: 545 ff.).

Cook-Daniels weist darauf hin, dass neben medizinischen Fachkräften auch Therapeut*innen oft die "Gatekeeper*innen zu Hormonen und Operationen" sind. Viele Trans*-Identitäten zögern, psychische Gesundheitsprobleme zu offenbaren, aus Angst, dass ihnen der Zugang zu Hormonen und/oder Operationen verwehrt wird (Cook-Daniels 2016: 298). Dies schafft eine weitere Barriere für trans* Menschen, um die Hilfe und Unterstützung zu erhalten, die sie brauchen. Auch in Deutschland wird in den meisten Fällen vor Hormonvergabe seitens Mediziner*innen eine Indikation von Therapeut*innen oder Psycholog*innen vorausgesetzt. Über Kostenübernahmen seitens der deutschen Krankenkassen für Therapien, eine affirmative Hormonbehandlung oder geschlechtsangleichenden Operationen wird in vielen Fällen durch Einbeziehen des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes der Krankenkassen (MDK) entschieden.

„Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) ist in seiner Funktion der Begutachtung von trans_Menschen [sic!] zu einer Kontrollinstanz geworden, die nicht auf die gesundheitlichen Bedarfe trans_Menschen ausgerichtet ist, sondern – durch rigide Regulierungen entlang standardisierter Anforderungen – der Verminderung der Kosten dient“ (Güldenring/Sauer 2017: 236f). Ein Weg voller Hürden zu gewünschten transitionsbedingten Maßnahmen oder gar die Ablehnung solcher Maßnahmen, können mitunter eine Körperdysphorie, die von trans* Personen oftmals empfunden wird, verstärken. Dies kann entsprechend auch Auswirkungen auf die psychische Verfassung der betroffenen Person haben.

Die U.S. Transgender Survey fand heraus, dass mehr als die Hälfte (51%) aller Teilnehmer ein Ausweisdokument mit ihrem bevorzugten Namen haben und nur 33% ein solches mit ihrem bevorzugten Geschlecht. Der Rest ist permanent dem Risiko ausgesetzt, ungewollt geoutet zu werden und für nicht-binäre trans* Personen treten aufgrund der meistens fehlenden rechtlichen Anerkennung von Identitäten

¹⁴ Eigenständig übersetzt aus dem Englischen.

außerhalb des binären Geschlechtersystems weitere Probleme auf (James et al. 2016: 82)¹⁵. Auch in der aktuellen europaweiten Studie, gaben z.B. 57% der trans* Teilnehmer*innen aus Deutschland an, sich nicht, oder nicht ausschließlich mit einer der binären Kategorien von ‚weiblich‘ oder ‚männlich‘ zu identifizieren (FRA 2020b). So gaben z.B. hier auch lediglich 30% eine rechtliche Anerkennung ihrer Identität durchgeführt zu haben und 9% befanden sich in dem Prozess (FRA 2020a). Trotz dessen, dass es juristische Regelungen in Deutschland für die Änderung des Geschlechtseintrages gibt, ist die Zahl derer, die dies umsetzen, recht gering. Dies könnte daran liegen, dass trans* Menschen bislang keine Option für einen Geschlechtseintrag nebst ‚weiblich‘ und ‚männlich‘ angeboten wird und wie die Studie der European Agency for Fundamental Rights sichtbar zeigte, sich viele geschlechtliche vielfältige Personen außerhalb der geschlechtlichen Normen von ‚Frau‘ und ‚Mann‘ verorten.

¹⁵ An dieser Stelle sollte noch einmal darauf hingewiesen werden, dass nicht jede trans* Person den Vornamen ändert, bzw. formale Schritte zu einer Anerkennung eines anderen Vornamens oder des Personenstandes wünscht.

3. Trans*, Älterwerden & die Sozialstruktur

3.1. Bildung und Arbeit

Wie bereits erwähnt, müssen zum Verständnis des Zusammenhangs zwischen sozialen Strukturen, dem Körper, dem Lebensweg und dem späteren Leben der trans* Community Aspekte wie Bildung, Klasse, Beschäftigung, soziales Leben und Unterstützungsnetzwerke einbezogen werden. Wie immer wieder betont wird, sind der Lebensweg und der Alterungsprozess eines jeden Menschen höchst individuell. Wie im Vorangegangenen bereits dargestellt, lassen sich jedoch Hinweise darauf finden, wie sich beispielsweise Faktoren wie Bildungsstand oder finanzielle Ressourcen auf die Lebenserwartung einer Person auswirken.

Betrachtet man den Bildungsbereich, so haben in der Studie "Injustice at Every Turn - A Report of the National Transgender Survey" (n=6.450) 15% der Befragten berichtet, dass sie die Schule (Kindergarten - 12. Klasse) oder höhere Bildungseinrichtungen aufgrund von Übergriffen verlassen haben. 6% wurden von der Schule (Klassen Kindergarten - 12) wegen ihrer trans* Identität verwiesen. Diejenigen, die die Schule nicht verlassen haben (oder mussten), sahen sich einem sehr gewalttätigen Umfeld gegenüber. 78% erlebten Mobbing, 35% körperliche Gewalt und 12% sexuelle Gewalt (Grant et al. 2011: 33). Fünf Jahre später hat sich an dieser Situation nicht viel geändert. 77% der Befragten der U.S. Transgender Survey (n=27.715), die angaben, sich in der Schule als trans* geoutet zu haben, erlebten verbale Belästigung. Fast ein Viertel (24%) wurde Opfer von körperlicher Gewalt und 13% wurden sexuell missbraucht. Noch mehr trans* Schüler*innen (17%) verließen im Vergleich zum vorangegangenen Report die Schule (Klassen Kindergarten - 12) und ebenso viele Befragte (6%) wurden wegen ihres trans* Seins von der Schule verwiesen (James et al. 2016: 131f.)¹⁶.

Unter diesen feindseligen Umständen ist es für trans* Personen schwieriger, einen Schulabschluss zu erreichen. In höheren Bildungseinrichtungen erlebte fast ein Viertel (24%) derjenigen, die ein College oder eine Berufsschule besuchten und sich als trans* geoutet hatten, verbale, körperliche oder sexuelle Gewalt, von Mitstudierenden oder institutionellem Personal. 16% verließen die Hochschule aufgrund von Belästigung und Gewalt (ebd.: 136). Beide Berichte deuten darauf hin, dass die trans* Community trotz der feindseligen Umgebung im Bildungssektor eine hoch gebildete Gruppe ist. 53 % der Teilnehmer*innen der U.S. Transgender Survey haben einen Bachelor-Abschluss oder höher, verglichen mit 31 % der allgemeinen US-Bevölkerung (James et al. 2016: 57).

¹⁶ Vergleichbare Zahlen aus Deutschland zu den Erfahrungen von trans* Personen in der Schule gibt es leider bislang nicht. Es kann aber vermutet werden, dass trans* Schüler*innen in Deutschland ähnliche Erfahrungen machen.

Im Anschluss an den Bildungsbereich beschreibt die Studie "Injustice at Every Turn - A Report of the National Transgender Survey" die Situation der Arbeitswelt von trans* Menschen und sie erscheint ebenso alarmierend. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine trans* Person arbeitslos ist, ist im Vergleich zur allgemeinen US-Bevölkerung doppelt so hoch. 44% der Befragten geben an, dass sie unterbeschäftigt sind, das heißt, dass sie einer Beschäftigung nachgehen, die deutlich unter ihrer eigentlichen Qualifikation liegt. 47% gaben an, dass sie aufgrund ihrer Geschlechtsidentität oder Transition einen Job verloren haben, ihnen eine Beförderung verweigert wurde oder sie eine nachteilige berufliche Maßnahme erlebt haben. 90 % berichteten, dass sie am Arbeitsplatz diskriminiert wurden oder Maßnahmen ergriffen haben, um Diskriminierung zu vermeiden (Grant et al. 2011: 51). Die Arbeitslosenquote hat sich in der aktuelleren U.S. Transgender Survey drastisch verändert. Die neueren Daten zeigen, dass trans* Identitäten nun dreimal häufiger arbeitslos sind, verglichen mit der breiteren US-Bevölkerung. 15% der Befragten, verglichen mit 5% der allgemeinen US-Bevölkerung, waren arbeitslos. Die höchsten Arbeitslosenquoten unter den Teilnehmern der U.S. Transgender Survey fanden sich bei Personen die dem Nahen Osten entstammen (35%) und indigenen Amerikaner*innen (24%). (James et al. 2016: 140f.).

Ähnliche Diskriminierungserfahrungen im Beschäftigungsbereich finden sich auch in der europaweiten Studie "Being Trans in the European Union - Comparative Analysis of the EU LGBT Survey Data" (BTEU). 37% der trans* Personen gaben an, in den letzten zwölf Monaten vor der Studie bei der Arbeitssuche diskriminiert worden zu sein. Dies passierte trans* Menschen mehr als doppelt so häufig, verglichen mit ihren LSB-Peers. 27% der trans* Teilnehmer*innen erlebten Diskriminierung am Arbeitsplatz (FRA 2014: 27). In der aktuellen Studie „LGBTI II – A long way to go for LGBTI equality“ der European Agency for Fundamental Rights gaben insgesamt 6% der deutschen trans* Teilnehmer*innen an arbeitslos zu sein. Hingegen berichteten dies 3% der deutschen cis LSB Befragten. Dazu berichteten 10% der trans* Personen in der Umfrage aufgrund von dauerhaften Gesundheitsproblemen erwerbsunfähig zu sein (im Vergleich: 3% der LSBs) (FRA 2020a).

Die hier genannten Umstände im Bildungs- und Arbeitssetting können ein Indikator dafür sein, warum viele trans* identifizierte Personen in den unteren Einkommensschichten zu finden sind oder in Armut leben (Grant et al. 2011: 2; FRA 2014: 121; Appenroth 2015: 44; James et al. 2016: 144).

3.2. Armut

Ein klares Bild, das sich hier zeigt, ist, dass trans* Personen häufig in unteren Einkommensklassen zu finden sind oder gar in Armut leben. Obwohl sowohl "Injustice at Every Turn - A Report of the National Transgender Survey" (n=6.450) als auch die U.S. Transgender Survey (n=27.715) ein sehr antagonistisches Umfeld im Bildungsbereich darstellen, haben die Berichte gezeigt, dass die Bildung der trans* Community über dem nationalen Durchschnitt liegt. Konträr zu den vergleichsweise hohen Bildungsabschlüssen sind trans* Personen allerdings überproportional häufig in Gruppen mit niedrigem Einkommen zu finden.

Die neuste Studie der European Agency for Fundamental Rights zeigte, dass die Hälfte (50%) der trans* Befragten aus Deutschland damit zu kämpfen hatten, die monatlichen Ausgaben zu decken. Im Vergleich berichteten dies 36% der cis LSB Teilnehmer*innen (FRA 2020a). In den USA in Armut zu leben bedeutet 11.880 US-Dollar oder weniger für ein Jahr zur Verfügung zu haben. Dieser Vorschlag basiert auf der Berechnung des U.S. Department of Health and Human Resources von 2016¹⁷. Die Zahlen der U.S. Transgender Survey zeigen, dass fast jede*r fünfte Teilnehmer*in (18%) gar kein Geld verdiente oder einem Jahreseinkommen von weniger als \$10.000 lebte. Im Vergleich dazu befinden sich 5% der allgemeinen US-Bevölkerung in der gleichen Situation. Von allen Teilnehmern lebt fast ein Drittel (29%) in Armut. Das ist mehr als doppelt so viel wie bei der allgemeinen US-Bevölkerung (14 %). Armut ist häufiger bei trans* Menschen, die mit HIV leben (51%), trans* Teilnehmenden mit einer Behinderung (45%) und trans* Personen of Color (38%) anzutreffen (James et al. 2016: 142f.). Ein weiteres Beispiel für eine Kreuzung von Unterdrückungsstrukturen.

Bei Problemen, die sich auf die Lebenserwartung auswirken, ist die finanzielle Stabilität einer der größten Faktoren, insbesondere für ältere Erwachsene. "The Aging and Health Report - Disparities and Resilience among Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Older Adults" (n= 2.560) fand heraus, dass insbesondere queere Senioren, die in Armut leben, "ein erhöhtes Risiko für eine schlechte psychische Gesundheit haben, einschließlich einer höheren Wahrscheinlichkeit für Depressionen, Angstzustände, Suizidgedanken, Stress, Einsamkeit und Verwahrlosung" (Fredriksen-Goldsen et al. 2011: 29).

¹⁷ Da die Vergleichsstudie 2016 analysiert wurde, werden hier die Daten von 2016 einbezogen.

3.3. Obdachlosigkeit & Wohnsituation

Neben dem Leben in Armut ist die trans* Community nicht nur in den USA überproportional von Obdachlosigkeit und Problemen rund um das Thema Wohnen betroffen. 22% der teilnehmenden trans* Personen aus Deutschland berichteten in der aktuellen europäischen Studie von Schwierigkeiten rund um das Thema Wohnen im Vergleich zu 14% der cis LSB Teilnehmer*innen (FRA 2020a). In der U.S. Transgender Survey (n=27.715) berichteten 30% aller Befragten, dass sie irgendwann in ihrem Leben obdachlos waren (James et al. 2016: 176). Der fünf Jahre zuvor durchgeführte "Injustice at Every Turn - A Report of the National Transgender Survey" (n=6.450) berichtete, dass fast jede fünfte trans* Person (19%) irgendwann in ihrem Leben obdachlos war (Grant et al. 2011: 106) . Weiterhin zeigt die U.S. Transgender Survey, dass trans* Menschen in ihrer Wohnsituation eher von anderen abhängig sind. Insgesamt wird geschätzt, dass 63% der Amerikaner*innen ein eigenes Haus besitzen, verglichen mit nur 16% Prozent der trans* Menschen, die in ihrem eigenen Haus leben (James et al. 2016: 176).

Obdachlose trans* Menschen sind im Vergleich zu cis-geschlechtlichen Obdachlosen mit vielen weiteren Problemen konfrontiert. Die Möglichkeit, eine Obdachlosenunterkunft aufzusuchen, ist für trans* Identitäten eingeschränkt. Aus Angst vor einem diskriminierenden Umfeld gingen 26% der wohnungslosen Befragten der U.S. Transgender Survey nicht in eine Obdachlosenunterkunft. Mehr als die Hälfte (52%) derjenigen, die in einer Obdachlosenunterkunft untergebracht waren, erlebten verbale Belästigung, körperliche oder sexuelle Gewalt. 9% wurden dazu gezwungen, die Unterkunft zu verlassen, als das Personal von ihrer trans* Identität erfuhr, und 44% entschieden sich, aufgrund der feindseligen Umgebung die Unterkunft zu verlassen (James et al. 2016: 176).

Trans* Menschen, insbesondere trans* Frauen of Color, waren häufiger von Obdachlosigkeit und Wohnungsproblemen betroffen (Kattari et al. 2016: 450). Mehr als die Hälfte der trans* Menschen mit HIV und trans* Sexarbeiter*innen (jeweils 59%) waren mindestens einmal in ihrem Leben wohnungslos (James et al. 2016: 178). Hier wird ein weiteres Mal deutlich wie multiple Formen der Diskriminierung miteinander wirken und die Situation der betroffenen Personen deutlich prekärer gestaltet.

3.4. Familie und soziales Netzwerk

Unser soziales Leben und die Menschen, mit denen wir zu tun haben, beeinflussen stark unser tägliches Leben, wer wir sind und wie wir mit unserer Umwelt zurechtkommen. Wie bereits erwähnt, sind wir z. B. in Bezug auf unsere psychische Gesundheit umso stabiler, je mehr soziale Unterstützung wir haben. Besonders im späteren Leben werden viele Menschen abhängig von anderen. Viele der heutigen Senior*innen sind noch selbstständig, einige werden von einem Familienmitglied betreut, einige andere leben in Pflegeheimen, und einige haben leider überhaupt niemanden, der sich um sie kümmert. Im Bezug auf das soziale und familiäre Leben lassen sich Unterschiede bei trans* Älteren im Vergleich zu LSBQs, aber auch zur allgemeinen Bevölkerung feststellen.

"The Aging and Health Report - Disparities and Resilience among Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Older Adults" (n= 2.560) untersuchte unterschiedliche Versorgungsmuster zwischen der LSBT*-Community und der allgemeinen US-Bevölkerung. Während in der Mehrheitsgesellschaft 86% der geleisteten Pflege von einem Familienmitglied kommt, erhalten 35% der queeren älteren Erwachsenen Pflege und Unterstützung von Freund*innen, Nachbar*innen oder einer nicht verwandten Person. Fredriksen-Goldsen et al. argumentieren, dass die queere Community eine besondere Fähigkeit hat, füreinander zu sorgen, was sich bereits auch durch die AIDS-Pandemie in den USA gezeigt hat (Fredriksen-Goldsen et al. 2011: 45f.).

Im Bezug auf Familienkonstellationen stellte die "Injustice at Every Turn - A Report of the National Transgender Survey" (n=6.450) fest, dass sich nur 38% der Befragten trans* Personen als Eltern identifizieren, im Vergleich zu 68% der allgemeinen US-Bevölkerung. Im Hinblick auf das oben genannte Argument sind die Chancen, dass Kinder einer trans* Person im späteren Leben eine Betreuung für sie übernehmen könnte, angesichts dieser Zahlen geringer. Zusätzlich berichteten 29% derjenigen mit Kindern, dass ihr Ex-Partner*in/Ex-Ehepartner*in den Kontakt zu ihren Kindern aufgrund ihrer Geschlechtsidentität und/oder Transition eingeschränkt hat. Insgesamt erlebte mehr als die Hälfte aller trans* Teilnehmenden (57%) Ablehnung durch ein Familienmitglied, obwohl 61% berichten, dass sich ihre familiäre Beziehung nach dem Coming-out als trans* verbessert hat (Grant et al. 2011: 88f.). Obwohl trans* Senior*innen eher Kinder haben und mit anderen Menschen zusammenleben und im Vergleich zu LSB-Senioren größere soziale Netzwerke haben, fühlen sie sich eher einsam. Ein geringeres Maß an sozialer Unterstützung, Ablehnung durch die Familie oder eingeschränkter Kontakt zu ihren Kindern und ein fehlendes Gefühl der Zugehörigkeit zur Gemeinschaft können zu einem isolierten Dasein von trans* Senioren führen (Fredriksen-Goldsen et al. 2011 & 2013).

Auch die Daten aus Europa zeigen, dass trans* Personen häufiger als die cis LSB Befragten Kinder haben (24% vs. 18%), jedoch seltener in einer Partner*innenschaft leben (51% vs. 46%; FRA 2020a).

Eine weitere Studie aus den USA, die sich an LSBT* Personen über 48 Jahre richtete, schloss 49 trans* Teilnehmer*innen ein. In dieser Studie konnte ein signifikanter Unterschied in der familiären Akzeptanz zwischen trans* weiblichen und trans* männlichen Befragten festgestellt werden. Fast 64% der trans* Frauen gaben an, dass ihre Familie "sehr oder total" akzeptierend sei, im Vergleich zu nicht einmal der Hälfte (47%) der trans* Männer. Auch bei der Frage nach dem sozialen Netzwerk, fanden sich ähnliche Ergebnisse. 65% der weiblichen trans* Personen gaben an, genügend enge Freund*innen zu haben. Während nur 28% der männlichen trans* Personen dasselbe sagten. Auf die Frage "Wer wäre Ihre primäre Bezugsperson?" nannten fast drei von vier trans* Frauen ihre*n Partner*in oder Ehepartner*in, im Vergleich zu etwa der Hälfte (56%) der trans* Männer. Keine trans* männlich identifizierte Person nannte ihr Kind, im Vergleich zu 11% der weiblichen trans* Teilnehmerinnen. Im Gegenteil hierzu gaben 11% der teilnehmenden trans* Männer an, dass sie sich auf einen Dienstleister für ältere Menschen verlassen würden. Keine trans* Frauen nannten diese Option (Croghan/Moone/Olsen 2014: 84f.).

3.5. Übergang ins spätere Leben von trans* Personen

Transitionen in jeder Lebensphase einer Person kann mit bestimmten Barrieren und Herausforderungen einhergehen. In diesem Abschnitt werde ich kurz auf einige der Probleme hinweisen, die im mittleren und späteren Leben einer trans* Person auftreten können. Witten und Eyler (2012: 217) weisen darauf hin, dass es zu bestimmten familiären Hürden kommen kann, „insbesondere wenn die Transition in der Mitte des Lebens stattfindet, nachdem die Person in eine Ehe oder Partner*innenschaft eingetreten ist“ und eine Person unter Umständen in der Partner*innenschaft nicht anerkannt wird.

Die Neudefinition einer Partner*innenschaft, unabhängig von der bisherigen sexuellen Orientierung, kann für manche Paare eine Herausforderung darstellen. Die neue Rolle als möglicherweise heterosexuelles oder als gleichgeschlechtliches Paar kann zu einem Bruch führen. Glücklicherweise verlieren seit 2015 und der Legalisierung von gleichgeschlechtlichen Ehen in den USA bereits bestehende Ehen nicht ihre Gültigkeit, wenn eine trans* Person eine rechtliche Änderung des Geschlechtseintrages vornehmen lässt (Lambda Legal s.a.). Ebenso gilt dies für Deutschland. Trans* Personen mussten bis 2009 für eine Änderung des Geschlechtseintrages eine Ehelosigkeit vorweisen und sich ggf. bei einer juristischen Änderung von bestehenden Ehepartner*innen scheiden lassen. Für manche Paare, die sich nicht scheiden lassen wollten, stellte dies ein Zwiespalt dar. Zum Beispiel geht dies auch mit bestimmten finanziellen Leistungen (z.B. Versicherungen, Rentenleistungen) einher, die sich auf ein Eheverhältnis beschränken. Situationen wie diese erzeugten einen Entscheidungsdruck, sich entweder scheiden zu lassen oder die juristische Transition nicht vollziehen zu können. In einigen europäischen Ländern (z. B. Polen, Italien, Tschechische Republik, Griechenland, u.a.) ist es immer noch erforderlich, dass Personen unverheiratet sind, um ihr Geschlecht rechtlich anerkennen zu lassen (TGEU 2020b).

Wie bereits erwähnt, hat zum Beispiel die Unterstützung durch die Familie einen großen Einfluss auf das Auftreten (oder auch die Abwesenheit) von Ängsten und Depressionen. Die Angst, die eigene Familie durch die Transition zu verlieren, kann einer der Gründe sein, warum viele trans* Personen zögern, sich erst im späteren Lebensverlauf als trans* zu outen. Familien können auseinanderfallen und wenn Kinder in der Familienkonstellation involviert sind, kann dies eine weitere Reihe von Problemen verursachen. Wie im vorherigen Abschnitt erwähnt, berichteten viele trans* Menschen, dass ihr ehemaliger Partner*in/Ehepartner*in den Kontakt zu den Kindern einschränkte. Darüber hinaus warten viele Menschen mit der Transition, bis ihre Kinder nicht mehr von ihnen abhängig sind. Dies wird als Taktik gesehen, um negative Konflikte zwischen den Kindern und dem transidenten Elternteil zu vermeiden (Fabbre 2017). Einer

von fünf Teilnehmern der U.S. Transgender Survey, die Kinder hatten, gab an, dass ihre Kinder nicht mehr mit ihnen redeten oder bereit wären, Zeit mit ihnen zu verbringen (James et al. 2016: 69).

Gesellschaftliche Erwartungen sind zusätzlich ein möglicher Grund, warum viele Menschen im späteren Leben wechseln. Fabbre (2017) führte Interviews mit 22 trans* Frauen, die sich im höheren Alter als trans* outeten. Ihre Ergebnisse zeigen, dass viele der Teilnehmerinnen:

"während ihres gesamten Lebens einen unerbittlichen sozialen Druck verspürten, ihre Geschlechtsidentität und -ausdruck an normative Erwartungen anzupassen, was oft zu einer verzweifelten psychologischen und emotionalen Bruchstelle im späteren Leben führte. Diese Bruchstelle, die viele als ‚Dambruch‘ beschrieben, spiegelt wider, wie trans* Erwachsene oft die einschränkenden sozialen Kräfte in ihrem Leben verinnerlichen, dann aber Wege finden, aus ihnen auszubrechen. Darüber hinaus werden diese sozialen Kräfte oft durch zwischenmenschliche Beziehungen verhandelt, und daher spielen diese Beziehungen eine zentrale Rolle, wenn trans* Erwachsene später im Leben eine Transition in Erwägung ziehen und/oder verfolgen"¹⁸ (ebd.).

Insbesondere im Hinblick auf trans* Senior*innen ab 65 Jahren kann eine Transition im späteren Leben mit gewissen Problemen einhergehen. In dieser Situation kann Altersdiskriminierung eine wichtige Rolle spielen, wenn es um die Fähigkeit geht, eine so weitreichende Entscheidung zu treffen. Es kann vorkommen, dass eine ältere Person, die eine Transition anstrebt, in irgendeiner Form eines Pflegesettings möglicherweise mit einer nicht unterstützenden Umgebung konfrontiert wird. Pfleger*innen, Freund*innen und Familie könnten diese Entscheidung als einen Akt der Senilität im höheren Alter abtun. Noch problematischer kann es werden, wenn ein älterer Mensch vor dieser Entscheidung einer gesetzlichen Vormundschaft (z.B. im Namen der Kinder) zugestimmt hat, die diese persönliche Entscheidung von dem Vormund abhängig macht. Bislang ist nicht bekannt, wie viele Menschen von einer solchen Situation betroffen sein können.

¹⁸ Eigenständig übersetzt aus dem Englischen.

3.6. Trans*Sein und das Lebensende

Der grundsätzliche Mangel an Ressourcen und Informationen über ältere und hochaltrige trans* Menschen verschärft sich noch einmal in Bezug zum Lebensende. Palliativpflege speziell für trans* Personen wurde bislang weder aus wissenschaftlicher, noch aus praktischer Perspektive ausreichend thematisiert. Lediglich das U.S.-amerikanische „National Resource Center on LGBT Aging“ hat einen Leitfaden erstellt, wie sich trans* Menschen zu Lebzeiten und bei kognitiver und geistiger Selbstbestimmtheit auf mögliche Szenarien im Alter und nach dem Tod vorbereiten können. Patient*innenverfügungen, Testamente und Verfügungen, wie eine Trauerfeier nach dem Ableben gewünscht wird, sollten nach Möglichkeit frühzeitig verfasst werden und bei vertrauenswürdigen Personen oder ggf. Ärzt*innen hinterlegt werden (NRC 2014). Wie bereits erwähnt, nächste Verwandte respektieren und akzeptieren die trans* Identität der pflegebedürftigen Angehörigen nicht immer und Vorkehrungsmaßnahmen sind hier von besonderer Wichtigkeit.

Außerdem verstecken viele trans* Menschen ihr Leben lang ihre Identität aus Sorge vor Diskriminierung, Ausgrenzung und Gewalt. Entsprechend ist es denkbar, dass trans* Personen sich erst am Sterbebett den Angehörigen oder dem Personal in Hospizen oder gegenüber ambulanten Pflegefachkräften das erste Mal öffnen, um wenigstens die letzte verbleibende Momente in ihrer Identität zu erleben. Für eine solche Situation, um dann auch die entsprechende Akzeptanz und Wertschätzung zu erfahren, müssen Fachkräfte kompetent vorbereitet sein.

4. Situation von pflegebedürftigen trans* Menschen in Berlin

Was die (inter-)nationale Literatur und Forschung deutlich zeigt, trifft auch auf lokaler Ebene hier zu: Die Berliner Pflegelandschaft ist mit dem heutigen Stand noch nicht ausreichend für Versorgung von geschlechtlich vielfältigen Menschen gewappnet und ausgelegt. Trans* Personen sind sehr wahrscheinlich auch in der Bundeshauptstadt aufgrund der gemachten Ausschluss- und Diskriminierungserfahrungen im Lebensverlauf mitunter gehemmt professionelle Hilfe, insbesondere in der Pflege, in Anspruch zu nehmen, bzw. bekommen diese aktiv verwehrt. Sei es durch offene Diskriminierung, als aber auch aufgrund des mangelnden Fachwissens auf Seiten des Pflegepersonals. Eine detaillierte Erhebung von Daten zur Erfahrung von trans* Menschen in Berlin, unabhängig vom Alter, wurde bislang versäumt.

Jedoch zeigen sowohl die Stimmen innerhalb der trans* Community, sowie aber auch aus der Perspektive der Pflegenden, dass es besonders im Bereich der Informationen und der Bildung über transgeschlechtliche Lebensweisen, sowie bzgl. der Entwicklung von Akzeptanz und dem Abbau von stereotypen Geschlechtervorstellungen in Berlin noch einiges an Nachholbedarf gibt.

4.1. Angebote für die Community in Berlin – Eine Bestandsaufnahme

Die Liste der Angebote in Berlin, die sich speziell an ältere und/oder pflegebedürftige trans* Personen wendet, ist recht kurz. Es finden sich in hierorts genau zwei Angebote, die sich explizit an ältere trans* Personen richten. Sicherlich werden ältere trans* Personen in grundständigen Strukturen (z.B. Beratungen, sozialen Angeboten, med. Versorgung) - unabhängig vom Alter oder der Pflegebedürftigkeit - nicht abgewiesen, jedoch ist fraglich ob diese Angebote von älteren, pflegebedürftigen Personen genutzt werden. Teilweise haben jene Angebote z.B. bestimmte Fragestellungen die speziell das Alter betreffen nicht im Blick, bzw. scheitert es manchmal auch einfach schon an einem nicht barrierefreien Zugang zum Angebot.

Eines der beiden Angebote ist die „Fachstelle LSBTI*, Altern und Pflege“¹⁹, angegliedert an die Schwulenberatung Berlin, die sich als Bindeglied zwischen der Berliner LSBTI* Community und jenen, die sich mit dem Thema Alter und Pflege und den zugehörigen Institutionen und Einrichtungen versteht. Das Ziel der Fachstelle ist eine Förderung der Selbstbestimmung und Teilhabe von älteren LSBTI*, sowie eine Steigerung der Akzeptanz dieser Community in der Gesellschaft.

¹⁹ Die Fachstelle LSBTI*, Altern und Pflege ist zudem Auftraggeberin dieser Expertise.

Die Fachstelle hat nicht nur den besonderen Bedarf von geschlechtlich vielfältigen Menschen im Alter und/oder in der Pflege erkannt, sie ist auch als erste ihrer Art sowohl Anlaufstelle für Personen aus der Community, die sich über Pflegemöglichkeiten informieren wollen. Sie bietet auch proaktiv Fort- und Weiterbildungs-, sowie auch Zertifizierungsmöglichkeiten für Pflegeeinrichtungen an. In dem Gütesiegel „Lebensort Vielfalt“, mit dem sich stationäre und ambulante Pflegedienstleister*innen speziell für ein LSBTI* inklusives Angebot zertifizieren lassen können, ist auch ein Pflichtmodul über die speziellen Bedürfnisse der trans* Community enthalten. Auch mit dieser Initiative ist die Schwulenberatung Berlin Vorreiterin auf diesem Sektor.

Als zweites Angebot hat der Berliner Verein TransInterQueer (kurz TriQ e.V.) vor wenigen Jahren die Initiative „Öfter mal Besuch bekommen“ ins Leben gerufen. Es ist „das erste Projekt, das sich an ältere trans*, inter* und genderqueere Personen richtet, die nicht mehr alleine unterwegs sein können und sich einen Austausch mit anderen trans*, inter*, queeren Menschen wünschen“ (TriQ e.V., o.J.).

Uwe Marlaine, 66, nicht-binäre trans* Person aus Berlin

„Wenn wir es schaffen, eigene Orte vermehrt zu schaffen, mit Unterstützung des Staates, also Rückzugsmöglichkeiten für unsere Community, das wäre einfach gut.“

Der Peer-Ansatz in diesem Projekt ist ebenfalls bislang deutschlandweit einzigartig und eine Bereicherung nicht nur für ältere trans* Personen in Berlin, sondern all jene, die, wie TriQ es schreibt, nicht mehr „alleine unterwegs sein können“. Es geht hierbei vordergründig um einen sozialen Austausch, z.B. durch gemeinsame Ausflüge, Besuche bei den jeweiligen Personen, etc.²⁰.

²⁰ Leider ist dieses Angebot derzeit (Stand April 2021) aufgrund der Covid-19 Pandemie und den entsprechend gar nicht, bzw. nur unter deutlich erschwerten Bedingungen umsetzbar.

5. Was muss nun geschehen? Konkrete Handlungsempfehlungen

Als Ableitung aus den wenigen existierenden Angeboten in Kombination mit der zum Thema vorliegenden Literatur, haben die Auswertung von leitfadengestützten Interviews²¹, sowohl mit (älteren) trans* Personen selbst, als aber auch mit Pflegenden folgende Handlungsempfehlungen ergeben:

Bedürfnisse von pflegebedürftigen trans Personen:*

- Aufgrund der gemachten Negativerfahrungen von trans Personen im Lebensverlauf und der Skepsis (oder gar bestehenden Angst) gegenüber pflegerischen Hilfsangeboten, ist der Aufbau von Vertrauen gegenüber Dienstleister*innen, insbesondere dem Pflegepersonal, elementarer Bestandteil in der Pflege. Der Prozess des Vertrauens- und Bindungsaufbaus kann mitunter bei trans* Personen länger dauern und dies muss reflektiert und berücksichtigt werden
- Sensible Biographiearbeit geht dem Vertrauensaufbau voraus und ist Grundlage für ein gegenseitiges Verständnis. Gesellschaftlich normative Vorstellungen sollten generell nicht als Maßstab dienen (z.B. vorauszusetzen, dass Kontakt zur Herkunftsfamilie, Kindern, (Ex-)Partner*innen besteht, bzw. solche Beziehungen jemals bestanden)
- Wunschgeschlechtliche Pflege ermöglichen und diese ggf. in den Dienstplänen berücksichtigen
- Ein gemeinsames miteinander Lernen sollte im Vordergrund stehen und die Pflege von trans* Personen sollte nicht automatisch nur auf LSBTI* Personal abgewälzt werden. Berührungspunkte können und sollten hier (mit Unterstützung aus dem Team) abgebaut werden
- Aufbau von trans* spezifischen Angeboten, sowie die Integration von transgeschlechtlichen Themen in bereits existierende Angebote für pflegebedürftige Menschen (z.B. Inklusion von trans* Menschen in Senior*innengruppen) fördern
- Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit über Identität und Körper muss auch im Alter gewährleistet werden → selbst im Falle einer Demenz müssen adäquate Lösungen gefunden werden

Ebene der Einrichtungs- und Organisationsstruktur:

- Aufnahme und Benennung von geschlechtlicher Vielfalt in das Leitbild der Einrichtung/Firma

²¹ Im Rahmen der Erstellung dieser Expertise wurden zwei Interviews mit älteren Berliner trans* Personen, sowie ein Interview mit einer cisgeschlechtlichen Teamleitung in einem ambulanten Pflegedienst aus Berlin geführt. Trotz mehrwöchigem Outreach über Interessensverbände, Community-bekanntes med. Anlaufstellen und sozialen Räumen für trans* Personen, konnten leider nicht mehr Interview-Partner*innen rekrutiert werden, was die Schwierigkeit ältere und/oder pflegebedürftige trans* Menschen zu erreichen deutlich macht. Für die Teilnahme an den Interviews wurde den trans* Personen eine Aufwandsentschädigung gezahlt.

- Diskriminierungsschutz von trans Menschen formulieren und von den Mitarbeitenden anerkennen lassen (z.B. durch das Unterschreiben einer Anti-Diskriminierungsklausel bei Vertragsabschluss)
- Kontinuierliche Fort- und Weiterbildungen und Qualifizierungsangebote zu Themen der geschlechtlichen Vielfalt schaffen, bzw. Qualitätszertifizierungsangebote wie z.B. dem Qualitätssiegel „Lebensort Vielfalt“ der Schwulenberatung Berlin annehmen
- Kosten für stetige Fortbildung von Bestands- und neuem Personal im Budget verankern
- Nicht nur Mitarbeitende, sondern auch Bewohner*innen der Einrichtung und deren Angehörige über eine Weiterentwicklung gegenüber Diversität mit aufklären und einbinden
- Den Aufbau von Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln zu geschlechtlicher Vielfalt fördern (ggf. auch im Austausch mit anderen Pflegeeinrichtungen/-diensten, Hospizen, Institutionen, Fachstellen, trans* Verbänden, etc.)

Ebene der Mitarbeitenden:

- Mitarbeitenden muss die Möglichkeit gegeben werden (bei Bedarf auch unter professioneller Anleitung) die eigene Haltung & Identität, stereotype Vorstellungen von Geschlecht, Vorurteile gegenüber trans* & queeren Lebensweisen, sowie gesellschaftliche Machtverhältnisse reflektieren zu können
- Seitens des Pflegeteams ist eine offene Haltung und Interesse an womöglich Neuem und Unbekanntem Voraussetzung → Anerkennung und Wertschätzung möglicher Differenz
- Grenzen wahren und trans* Personen in Pflegesituationen nicht ohne Zustimmung als Expert*innen ausfragen → persönliche Neugierde muss hintenangestellt werden!
- Räume & Zeiten zur Reflexion in den Pflegealltag einbauen (z.B. während Dienstbesprechungen)
- Trans* und/oder queere/LSBQ Mitarbeiter*innen als Ressourcen erkennen und in den Qualifizierungsprozess integrieren
- Berufliche Qualifizierung und Einstellung von trans* und/oder queeren/LSBQ Mitarbeiter*innen aktiv fördern

Ebene der Umfeld- und Ressourcenaktivierung:

- Eine enge Vernetzung mit regionalen und überregionalen Interessensverbänden, trans* Gruppen, Selbsthilfegruppen, trans* Beratungsstellen, etc. schaffen. Dies ist eine gute Grundlage und Quelle für einen Wissenszugewinn und Aufklärung über aktuelle (politische) Entwicklungen die trans* Community betreffend. Darüber hinaus bieten kompetente Fachstellen die Chance auf zusätzliche

Unterstützung und Begleitung von geschlechtlich diversen Personen. Auch für die Entwicklung neuer, Community-orientierter Angebot kann dieser Austausch förderlich sein, um tatsächliche Bedarfe gemeinsam zu ermitteln und entsprechend zu adressieren

- Durch einen Austausch und die aktive Kontaktpflege zur Community kann die Akzeptanz von Pflegeeinrichtungen/-diensten und Hospizen innerhalb der Community erhöht werden, mit dem Ziel, dass trans* Personen Vertrauen gewinnen und pflegerische Hilfe eher in Anspruch nehmen
- In Berlin bietet z.B. TrIQ e.V. einen Besuchsdienst namens „Öfters mal Besuch bekommen“ von trans* Personen für ältere und/oder pflegebedürftige trans* Menschen an. Projekte dieser Art müssen stärker gefördert, aufgegriffen und ausgebaut werden
- Community relevante Tage in der Einrichtung aufgreifen und ‚feiern‘, bzw. Veranstaltungen dazu planen → wie zum Beispiel am 31.3. dem Internationalen Trans* Tag der Sichtbarkeit, am 20.11. dem Trans* Day of Remembrance, am 17.5. dem IDAHOBIT* - Internationaler Tag gegen Homo-, Bi-, Inter* und Trans*phobie, sowie im Juni (der „Pride-Monat“, in dem in vielen Städten die jährlichen Christopher-Street-Day-Demonstrationen stattfinden) → Anerkennung sollte aber nicht nur auf wenige Tage im Jahr beschränkt werden, sondern die Community sollte das ganze Jahr ‚gefeiert‘ und wertgeschätzt werden
- Kontaktaufbau, bzw. enge Kontaktpflege zu trans* affirmativen und kompetenten med. Dienstleister*innen (Ärzt*innen, Physio- oder Ergotherapie, etc.) in Berlin und im Umland

Ebene der Politik:

- Ersatzlose Abschaffung des Transsexuellengesetzes (TSG) und eine Gleichstellung von trans* und inter* Personen im Personenstandsgesetz → 3. Geschlechtsoption ‚divers‘ muss auch für trans* Menschen erreichbar sein → auch das Land Berlin muss sich lokal für die Rechte von trans* Personen einsetzen und Druck auf den Bund ausüben
- Besserer Diskriminierungsschutz von geschlechtlicher Vielfalt gesetzlich festschreiben

- Feste Verankerung von Transgeschlechtlichkeit in den Curricula von medizinischen, pflegerischen und sozialen Ausbildungen

Martin, Teamleiter, ambulanter Pflegedienst Berlin“:

„Die Versorgungsstruktur fehlt auch im Bezug zu Ärzt*innen und anderen med. Ansprechpartner*innen. Der Ostteil von Berlin ist völlig unterversorgt, auch besonders im Bezug zu HIV. [...] Die gesamte Grundstruktur fehlt und wurde nie bislang adäquat aufgeholt.“

- Ausbau der medizinischen Fachversorgung von trans* Personen in Berlin, insbesondere in Ost- und Randbezirken
- Förderung von Forschungsprojekten, die sich mit geschlechtlicher Vielfalt, Alter, Pflege und Demenz beschäftigen
- Erweiterung und bessere Finanzierung von Fachstellen wie der Fachstelle LSBTI*, Altern und Pflege der Schwulenberatung Berlin
- Umdenken der Pflege im Allgemeinen → Privatisierung und Profitorientierung der Pflegebranche führt zu einem Optimierungszwang, der einer individuellen, menschenbezogenen Pflege im Wege steht
- Community geleitete Projekte und Initiativen in Berlin müssen ausgebaut und (finanziell) besser unterstützt werden

6. Fazit

Fachliche Kompetenz, sowie Lebensweltwissen über geschlechtliche Vielfalt und menschliche Anerkennung und Akzeptanz sind die Grundvoraussetzung für eine gelingende Versorgung und den Aufbau einer Pflegebeziehung. Ziel sollte ein gleichberechtigter Zugang zu einer fachlich kompetenten und menschlich wertschätzenden Pflege sein. Individuelle Bedürfnisse und gemachte (negative) Erfahrungen sollten hierbei fokussiert und entsprechend aufgearbeitet werden. Aufgrund der Individualität, die jede Person in einer Pflegesituation mit sich bringt, profitieren letztendlich alle von einem Ansatz dieser Art – nicht nur transgeschlechtliche Personen.

Ein wichtiger Appell richtet sich auch auf struktureller Ebene an die Politik, um sowohl eine Zukunft ohne Stigma und Diskriminierung gegenüber geschlechtlich vielfältigen Menschen zu ermöglichen und als aber auch eine menschen- und bedarfs-, statt profitorientierte Pflege stärker zu fokussieren.

Ziele für eine trans*inklusive Versorgung und Pflege im Alter

KURZFRISTIG:

- Anerkennung von geschlechtlicher Vielfalt und unmittelbare Förderung von Anti-Diskriminierungsmaßnahmen
- Abbau von stereotypen Vorstellungen über trans* Lebensweisen
- Erweiterung und trans*inklusive Gestaltung bestehender Pflegestrukturen und sozialer Angebote für Senior*innen → bedarfsorientiert und durch direkten Austausch mit der Community

MITTELFRISTIG:

- Qualifizierung von Personal in stationären und ambulanten Pflegediensten, sowie Hospizen → dauerhafte Verankerung des Themas in der Ausbildung von Fachkräften
- Schaffung von Arbeitskreisen und Qualitätszirkeln zu geschlechtlicher Vielfalt

Martin, Teamleiter, ambulanter Pflegedienst aus Berlin

- „Es muss viel mehr aufgeklärt werden, Akzeptanz gefördert werden und die Pflegenden müssen die Möglichkeit bekommen, sich selbst, ihre Arbeit und Haltung zu reflektieren. Z.B. durch Fortbildungen, oder wie wird mit Menschen umgegangen? Wenn dafür kein Raum gegeben wird, wie sollen Pflegenden denn dann mit gesellschaftlicher Veränderung und der Veränderung des Klientels umgehen?“

- Ausbau und (finanzielle) Förderung von Fachstellen, Community-Angeboten, Organisationen, Ressourcen
- Erweiterung von Forschung über geschlechtliche Vielfalt, Alter, Pflege und insbesondere Demenz
- Veränderung derzeit gesetzlich geltender Regularien (→ „Transsexuellengesetz“) und Verankerung von geschlechtlicher Vielfalt im Grundgesetz und im Anti-Diskriminierungsschutz → Anerkennung von 3. Option ‚divers‘ auch für trans* Menschen

LANGFRISTIG:

- Anerkennung von geschlechtlicher Vielfalt, Entstigmatisierung und Entpathologisierung von trans* Menschen in der Gesellschaft
- Gleichstellung von trans* Personen auf allen gesellschaftlichen und rechtlichen Ebenen
- Sicherheit für trans* Menschen und Schutz vor Diskriminierung, Gewalt und Trans*phobie
- Schaffung von fachlich kompetenten und respektvollen Anlaufstellen, Pflegediensten und Hospize

Literatur

Appenroth, Max & Castro Varela, María do Mar (2019): *Trans & Care – Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung*. Bielefeld: transcript Verlag.

Appenroth, Max (2015): *Männliche Gewalt aus seiner trans* Perspektive*. Online abgerufen am 21.3.2021 unter: <http://femarburg.de/wp-content/uploads/2015/11/BA-Max-Appenroth.pdf>.

Auldridge, Allison; Tamar-Mattis, Anne; Kennedy, Sean; Ames, Emily & Tobin, Harper J. (2012): *Improving the Lives of Transgender Older Adults. Recommendations for Policy and Practice*. Online abgerufen am 21.3.2021 unter: <http://www.transequality.org/sites/default/files/docs/resources/TransAgingPolicyReportFull.pdf>

Budge, Stephanie; Adelson, Jill & Howard, Kimberly (2013): *Anxiety and Depression in Transgender Individuals: The Roles of Transition Status, Loss, Social Support, and Coping*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 81(3), S. 545–557. Online abgerufen am 21.3.2021 unter: <https://doi.org/10.1037/a0031774>.

Berlin.de (o.J.): *Schwerpunkte. LSBTI. Themen*. Online abgerufen am 21.3.2021 unter: <https://www.berlin.de/sen/lads/schwerpunkte/lgbti/themen/>.

Bockting, Walter; Chiung-Yu, Huang; Hua, Ding; Robinson, Beatrice & Rosser, Simon (2005): *Are Transgender Persons at Higher Risk for HIV Than Other Sexual Minorities? A Comparison of HIV Prevalence and Risks*. *International Journal of Transgenderism* Vol. 8 (2-3): S. 123-131. Online abgerufen am 21.3.2021 unter: http://dx.doi.org/10.1300/J485v08n02_11.

Van Caenegem, Eva; Wierckx, Katrien; Elaut, Els; Buysse, Ann; Dewaele, Alexis; Van Nieuwerburgh, Filip; De Cuypere, Griet & T'Sjoen, Guy (2015): *Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium*. *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 44 (5), S. 1281-1287. Online abgerufen am 21.3.2021 unter: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10508-014-0452-6>.

Cook-Daniels, Loree (2016): Understanding Transgender Elders. In Debra Harley & Pamela Teaster (Hrsg.) "Handbook of LGBT Elders – An Interdisciplinary Approach to Principles, Practices, and Policies", S. 285-308, Switzerland: Springer International Publishing.

Croghan, Catherine; Moone, Rajean & Olsen, Andrea (2014): Friends, Family, and Caregiving Among Midlife and Older Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Adults. *Journal of Homosexuality* Vol. 61 (1): S. 79-102. Online abgerufen am 19.1.2021 unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24313254>.

European Union Agency for Fundamental Rights (FRA; 2020a): LGBTI II – Survey Data Explorer. Online abgerufen am 6.1.2021 unter: <https://fra.europa.eu/en/data-and-maps/2020/lgbti-survey-data-explorer>.

European Union Agency for Fundamental Rights (FRA; 2020b): LGBTI II – A long way to go for LGBTI equality. Online abgerufen am 6.1.2021 unter: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-lgbti-equality-1_en.pdf.

European Agency for Fundamental Rights (FRA; 2014): Being trans in the European Union – Comparative analysis of EU LGBT survey data. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Online abgerufen am 21.3.2021 unter: <http://fra.europa.eu/en/publicati/2014/being-trans-eu-comparative-analysis-eu-lgbt-survey-data>.

Fabbre, Vanessa (2017): Agency and Social Forces in the Life Course: The Case of Gender Transitions in Later Life. *Journals of Gerontology: Social Sciences* Vol. 72 (3): S. 479-487. Online abgerufen am 21.3.2021 unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27582504>.

Flores, Andrew; Herman, Jody; Gates, Gary & Brown, Taylor (2016): How Many Adults Identify as Transgender in the United States. Online abgerufen am 21.3.2021 unter: <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/How-Many-Adults-Identify-as-Transgender-in-the-United-States.pdf>.

Fredriksen-Goldsen, Karen; Cook-Daniels, Loree; Hyun-Jun, Kim; Erosheva, Elena; Emlet, Charles; Hoy-Ellis, Charles; Goldsen, Jayn & Muraco, Anna (2013): Physical and Mental Health of Transgender Older Adults: An

At-Risk and Underserved Population. *The Gerontologist* Vol. 54 (3): S. 488-500. Online abgerufen am 21.3.2021 unter: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-lookup/doi/10.1093/geront/gnt021>.

Fredriksen-Goldsen, Karen; Kim, Hyun-Jun; Emlert, Charles; Muraco, Anna; Erosheva, Elena; Ellis, Charles; Goldsen, Jayn & Petry, Heidi (2011): *The Aging and Health Report. Disparities and Resilience among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Older Adults*. Seattle: Institute for Multigenerational Health. Online abgerufen am 21.3.2021 unter: <http://www.agepride.org/wordpress/wp-content/uploads/2011/05/Full-Report-FINAL-11-16-11.pdf>.

Grant, Jaime; Mottet, Lisa; Tanis, Justin; Harrison, Jack; Herman, Jody & Keisling, Mara (2011): *Injustice at Every Turn – A Report of the National Transgender Discrimination Survey*. Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian TaskForce. Online abgerufen am 21.3.2021 unter: http://www.thetaskforce.org/static_html/downloads/reports/reports/ntds_full.pdf.

Güldenring, Annette & Sauer, Arn (2017): *Trans*... inklusiv? Geschlechtsidentitäten in Medizin, Recht und Gesellschaft*. In: Elke Diehl (Hg.): *Teilhabe für alle?! Lebensrealitäten zwischen Diskriminierung und Partizipation*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, S. 213-257.

Halberstam, Jack J. (2005): *In a Queer Time & Place. Transgender Bodies, Subcultural Lives*. New York and London: New York University Press.

Herbst, Jeffrey; Jacobs, Elizabeth; Finlayson, Teresa; McKleroy, Vel; Neumann, Mary Spink & Crepaz, Nicole (2008): *Estimating HIV Prevalence and Risk Behaviors of Transgender Persons in the United States: A Systematic Review*. *Journal AIDS & Behavior* Vol. 12 (1): S. 1-17. Online abgerufen am 21.3.2021 unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17694429>.

Hickson, Ford; Appenroth, Max; Koppe, Uwe; Schmidt, Axel; Reid, David & Weatherburn, Peter (2020): *Sexual and Mental Health Inequalities across Gender Identity and Sex-Assigned-at-Birth among Men-Who-Have-Sex-with-Men in Europe - Findings from EMIS-2017*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol. 17(20): S. 7379. Online abgerufen am 18.1.2021 unter: [doi:10.3390/ijerph17207379](https://doi.org/10.3390/ijerph17207379).

James, Sandy; Herman, Jody; Rankin, Susan; Keisling, Mara; Mottet, Lisa & Anafi, Ma'ayan (2016): The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. Washington, DC: National Center for Transgender Equality. Online abgerufen am 21.3.2021 unter:

<http://www.transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS%20Full%20Report%20%20FINAL%201.6.17.pdf>.

Kattari, Shanna K.; Whitfield, Darren L.; Walls, N. Eugene; Langenderfer-Magruder, Lisa & Ramos, Daniel (2016): Policing Gender Through Housing and Employment Discrimination: Comparison of Discrimination Experiences of Transgender and Cisgender LGBTQ Individuals. Journal of the Society for Social Work and Research, Vol. 7 (3): S. 427-447. Online abgerufen am 21.3.2021 unter:

<http://www.journals.uchicago.edu/doi/full/10.1086/686920>.

Kidd, Jeremy D. & Witten, Tarynn M. (2007/08): Transgender and Transsexual Identities: The Next Strange Fruit – Hate Crimes, Violence and Genocide Against the Global Trans-Communities: Journal of Hate Studies Vol. 8 (31): S. 31-63. Online abgerufen am 21.3.2021 unter:

<http://www.people.vcu.edu/~tmwitten/GLBTIQ/Publications/JHateCrimes.pdf>.

Lambda Legal (o.J): FAQ About Transgender People and Marriage Law. Online abgerufen am 21.3.2021 unter: <http://www.lambdalegal.org/know-your-rights/article/trans-marriage-law-faq>.

Moody, Harry R. & Sasser, Jennifer R. (2015): Aging - Concepts and Controversies. Thousand Oaks, London, New Delhi & Singapore: SAGE Publications Inc.

National Center on Elder Abuse (2013): Elder Abuse Fast Facts 2013. Online abgerufen am 21.3.2021 unter: http://www.centeronelderabuse.org/docs/NCEA_FastFact2013_508web.pdf.

National Resource Center on LGBT Aging (NRC; 2014): Creating End-of-Life Documents for Trans Individuals - An Advocate's Guide. Online abgerufen am 2.4.2021 unter:

<https://www.lgbtagingcenter.org/resources/pdfs/End-of-Life%20PlanningArticle.pdf>

Olsson, Tobias; Samuelsson, Ulli & Viscovi, Dino (2019): Resources and repertoires: elderly online practices. *European Journal of Communication*, Vol. 34(1): S. 38–56. Online abgerufen am 6.1.2021 unter: doi.org/10.1177/0267323118810852.

Richardson, Virginia & Barush, Amanda (2006): *Gerontological Practice for the Twenty-First Century: A Social Work Perspective*: New York: Columbia University Press.

Statista (2021): Anzahl der Internetnutzer nach Altersgruppen in Deutschland in den Jahren 2003 bis 2020. Online abgerufen am 6.1.2021 unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/36151/umfrage/anzahl-der-internetnutzer-in-deutschland-nach-altersgruppen-seit-1997/>.

Transgender Europe (TGEU, 2020a): Joint Statement – Trans Day of Remembrance 2020: Fighting for our futures. Online abgerufen am 13.1.2021 unter: <https://tgeu.org/joint-statement-tdor-2020/>.

Transgender Europe (TGEU, 2020b): Trans Rights Europe & Central Asia Index 2020. Online abgerufen am 19.1.2021 unter: https://tgeu.org/wp-content/uploads/2020/05/index_TGEU2020-ENG.png.

TriQ e.V. (o.J.): Neues Besuchsprojekt von TriQ e.V. für trans*inter*und genderqueere Menschen sucht Interessierte. Online abgerufen am 21.3.2021 unter: <http://www.transinterqueer.org/aktuell/neues-besuchsprojekt-von-triq-e-v-fuer-transinterund-genderqueere-menschen-sucht-interessierte/>

United States Department of Health and Human Services (2016): Computations for the 2016 Poverty Guidelines. Online abgerufen am 21.3.2021 unter: <https://aspe.hhs.gov/computations-2016-poverty-guidelines>.

Waters, Emily; Jindasurat, Chai & Wolfe, Cecilia (2016): *A Report of the National Coalition of Anti-Violence Programs - Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, and HIV-affected Hate Violence in 2015*. Online abgerufen am 21.3.2021 unter: http://avp.org/storage/documents/ncavp_hvreport_2015_final.pdf.

Williams, Mark & Freeman, Pat (2007): Transgender Health. *Journal of Gay & Lesbian Social Services* Vol. 18 (3-4): S. 93-108. Online abgerufen am 21.3.2021 unter:
http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J041v18n03_06.

Winter, Sam; Diamond, Milton; Green, Jamison; Karasic, Dan; Reed, Terry; Whittle, Stephen & Wylie, Kevan (2016): Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet* Vol. 388 (10042): S. 390-400. Online abgerufen am 21.3.2021 unter: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00683-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00683-8/fulltext).

Witten, Tarynn & Eyler, Evan (2012): *Gay, Lesbian, Bisexual & Transgender Aging. Challenges in Research, Practice, and Policy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

World Health Organization (WHO; 2014): Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Online abgerufen am 18.1.2021 unter:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128048/9789241507431_eng.pdf?sequence=1.

World Health Organization (WHO; o.J.): *Global HIV, Hepatitis and STIs Programme – Transgender people*. Online abgerufen am 18.1.2021 unter: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/transgender-people>.

Glossar LSBTI*-relevanter Begriffe (STAND DEZ. 2020)

Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG)

Ziel des 2006 in Kraft getretenen Gesetzes ist es, Benachteiligungen wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Lebensalters oder der sexuellen Identität, sowie aus rassistischen Gründen zu verhindern oder zu beseitigen. Das Gesetz gilt für die Lebensbereiche „Arbeitsmarkt“ und „Dienstleistungen“ (sogenannte „Massengeschäfte“), für viele andere Lebensbereiche jedoch nicht.

Bisexuell

Bisexuelle Menschen begehren Menschen aller Geschlechter (Männer, Frauen, andere); die bisexuelle Identität geht oft über sexuelles Begehren hinaus, und kann die Zugehörigkeit zu spezifischen Subkulturen, Netzwerken etc. umfassen; auf Grund von bisexuellenfeindlichen (auch: biphoben) Diskriminierungen machen bisexuelle Menschen und solche, die für bisexuell gehalten werden, häufig spezifische Ausgrenzungs- und Gewalterfahrungen.

Cis

(von lat. cis = „diesseits“, i. U. zu lat. trans = „jenseits, über hinaus“). Cis Menschen identifizieren sich mit dem Geschlecht, das ihnen bei Geburt zugewiesen wurde („es ist ein Junge“ / „es ist ein Mädchen“). Auch die Begriffe cis Frau bzw. cis Mann sind in Benutzung. Der Begriff wurde analog zu trans* gebildet, um auch Menschen, die sich mit ihrem zugewiesenen Geschlecht (weitgehend) wohlfühlen, sprachlich zu erfassen. Sein Nachteil ist, dass er nicht inter*-inklusiv ist.

Coming-Out

Wenn sich eine lesbische, schwule oder bisexuelle, trans* oder inter* Person entschließt, über ihre sexuelle oder geschlechtliche Identität zu sprechen, wird dieser Schritt als Coming-Out bezeichnet. Man kann zwischen einem inneren Coming-Out (Selbsterkenntnis, Selbstakzeptanz) und einem äußeren Coming-Out“ (öffentliches Bekanntmachen) unterscheiden. Coming-Out ist ein immerwährender Prozess, weil jede neue Begegnung eine neue Entscheidung nötig macht, ob und wenn ja, wie und wie weit die eigene sexuelle oder geschlechtliche Identität bekanntgemacht wird.

Diskriminierung

Diskriminierung unterscheidet, schließt aus, benachteiligt oder bevorzugt. Sie trifft Menschen z. B. auf Grund von: ethnischer Herkunft, Nationalität, Sprache, Religion und Aufenthaltsstatus, der Hautfarbe, einer Behinderung, des Erscheinungsbildes, Alter, Geschlecht, sexueller Identität, wegen des Bildungsstandes oder der sozialen Stellung.

Wer diskriminiert, nimmt bestimmte Merkmale einer Person oder einer angeblichen „Gruppe“ (z. B. trans* Menschen, schwule Männer, Schleier oder Kopftuch tragende Muslima, Schwarze Menschen) in den Blick und begründet damit eine Benachteiligung oder Gewalt. Diskriminierung kann verbal (ein Spruch / Beleidigung), tötlich (körperliche Gewalt) oder strukturell (bspw. durch diskriminierende Gesetze) in Erscheinung treten.

Gender

Gender beschreibt die geschlechtliche Identität einer Person. Diese kann sich nach dem eigenen Erleben auf Grund des Geschlechtsausdrucks (z. B. wie sich eine Person kleidet oder verhält) richten, sowie auf Grund der eigenen Identität (trans* / nicht-binär / „Mann“ / „Frau“ / ...) und nach dem „anatomischen Geschlecht“ (körperliche Merkmale, Chromosomen, Hormone etc.). Gender bezieht sich insbesondere auf die Geschlechtsidentität einer Person und wird im Englischen vom Begriff „sex“ (körperliches Geschlecht) unterschieden.

Heterosexuell

Eine sexuelle Identität, in der sexuelles Begehren auf Menschen des (in der Logik eines Zwei- Geschlechter- Systems) „anderen“ Geschlechts ausgerichtet ist. In weiten Teilen der Gesellschaft, z. B. Werbung, Medien und Bildung, wird die sexuelle Identität „heterosexuell“ zumeist als scheinbare „Norm“ gesehen, und lesbische, schwule und bisexuelle Identitäten als vermeintliche „Abweichung“. Daher müssen heterosexuelle Menschen nicht erst ein inneres und äußeres Coming-Out durchlaufen, um sich als heterosexuell identifiziert ihren sozialen Umfeldern bekanntzumachen.

HIV

HIV ist die Abkürzung für Human Immunodeficiency Virus (menschliches Abwehrschwäche-Virus). HIV schädigt die körpereigenen Abwehrkräfte, die auch Immunsystem genannt werden. So kann der Körper eindringende Krankheitserreger wie Bakterien, Pilze oder Viren nicht mehr bekämpfen. Im schlimmsten Fall

treten dann bestimmte lebensbedrohliche Erkrankungen auf, z. B. schwere Lungenentzündungen. Dann spricht man von Aids (Acquired Immune Deficiency Syndrome“, dt. für „erworbenes Abwehrschwäche-Syndrom“). Gegen HIV gibt es heute sehr wirkungsvolle Medikamente. Sie verhindern die Vermehrung des Virus im Blut und halten die Viruslast unter der Nachweisgrenze, so dass das Virus nicht mehr übertragen werden kann. Unter Therapie ist HIV nicht übertragbar, und haben Menschen mit HIV die gleiche Lebenserwartung wie andere Menschen, sie können außerdem in jedem Beruf arbeiten.

Homofeindlichkeit („Homophobie“)

Homofeindlichkeit (auch: Homophobie oder Schwulen-/Lesbenfeindlichkeit) beschreibt die oft als angebliche „Ängste“ kaschierte Ablehnung gleichgeschlechtlich lebender und -liebender Menschen, die zu (auch struktureller) Diskriminierung, Ausgrenzung und Gewalt führen kann.

Homosexuell

Eine sexuelle Identität, in der sexuelles Begehren auf Menschen des (in der Logik eines Zwei- Geschlechter-Systems) „gleichen“ Geschlechts ausgerichtet ist. In weiten Teilen der Gesellschaft, wie z. B. Werbung, Medien und Bildung, wird die sexuelle Identität „heterosexuell“ zumeist als scheinbare „Norm“ gesehen und lesbische, schwule und bisexuelle Identitäten als vermeintliche „Abweichung“. Daher müssen schwule und lesbische Menschen zunächst ein inneres und äußeres Coming-Out durchlaufen, um sich als homosexuell identifiziert ihren sozialen Umfeldern bekanntzumachen, was häufig mit Ablehnungs- und Diskriminierungserfahrungen einhergeht.

Inter*

Inter* wurde aus der Community entwickelt und ist ein Sammelbegriff für die Vielfalt von intergeschlechtlichen Realitäten und Körper. Inter* Menschen werden mit Körpern geboren, die nicht den normativen Vorstellungen von „weiblich“ / „männlich“ entsprechen. Sie werden immer noch damit konfrontiert, dass Medizin und Gesellschaft ihre Geschlechtsentwicklung als „Störung“ betrachten. Diese menschenverachtende Perspektive führte und führt bis heute zu einer fast flächendeckenden Behandlungspraxis, die inter* Menschen pathologisiert und ohne ihre persönliche, vollständige und informierte Einwilligung kosmetisch geschlechtsverändernde Eingriffe durchführt, häufig im Kindesalter, wobei Kindern und Jugendlichen (zu Unrecht) verunmöglicht wird, Behandlungen hinauszögern, bis eine Entscheidung des Kindes oder Jugendlichen selbst getroffen werden kann.

Landesantidiskriminierungsgesetz (LADG)

Das im Juli 2020 in Kraft getretene Landesantidiskriminierungsgesetz (LADG) in Berlin ist das erste seiner Art in den Bundesländern, und ermöglicht es, dass Menschen gegen Diskriminierungen durch öffentliche Stellen des Landes Berlin vorgehen können. Damit schließt das LADG zumindest im Land Berlin eine Schutzlücke, die das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) offenlässt. Es schützt vor Diskriminierung aus Gründen des Geschlechts, der ethnischen Herkunft, einer rassistischen Zuschreibung, einer antisemitischen Zuschreibung, der Sprache, der Religion, der Weltanschauung, einer Behinderung, einer chronischen Erkrankung, des Lebensalters, der sexuellen Identität, der geschlechtlichen Identität sowie des sozialen Status. Das LADG gilt für die gesamte öffentliche

Verwaltung und alle öffentlichen Stellen des Landes Berlin. Hierunter fallen die Berliner Senats- und Bezirksverwaltungen (z. B. Schulen, Polizei, Bürgerämter), die landesunmittelbaren öffentlich- rechtlichen Körperschaften (z. B. Hochschulen, Universitäten), Anstalten und Stiftungen, sowie die Gerichte und Behörden der Staatsanwaltschaft und der Polizei des Landes Berlin, soweit sie Verwaltungsaufgaben wahrnehmen.

Lesbisch

Lesbische Frauen begehren andere Frauen; die sexuelle Identität „lesbisch“ geht in der Regel über sexuelles Begehren hinaus, und kann die Zugehörigkeit zu spezifischen Subkulturen, Netzwerken etc. umfassen; auf Grund von lesbenfeindlichen (auch: homophoben) Diskriminierungen machen lesbische Frauen und solche, die für lesbisch gehalten werden, häufig spezifische Ausgrenzungs- und Gewalterfahrungen. Das Wort „Lesbe“ wird von frauenliebenden Frauen als affirmative Selbstbezeichnung (erst seit den 1970er Jahren positiv besetzt) verwendet, aber auch insbesondere von älteren Frauen* als Schimpfwort verstanden, die z. T. „Frauenfreundin“, „Frauenverehrerin“, „Kesser Vater“, „Femme“, „Lesbierin“ oder „schwule/homosexuelle Frau“ bevorzugen, oder sich mit Adjektiven wie „frauenbezogen gelebt“, „zusammengewohnt“ oder „freundschaftlich verbunden“ beschreiben.

LSBTI*

Die Abkürzung LSBTIQ* steht für lesbische, schwule, bisexuelle, trans* und inter* und Menschen. Das Sternchen (Asterisk) weist auf die Vielfalt von sexuellen Orientierungen sowie Geschlechtsidentitäten hin und gibt Raum für vielfältige weitere Definitionen.

Nicht-binär

Nicht-binär (engl. non-binary) ist ein Überbegriff für alle Geschlechter, die sich nicht rein männlich oder rein weiblich identifizieren. Nicht-binäre Menschen können z. B. mehrere Geschlechter haben oder ein Geschlecht haben, das weder Mann noch Frau ist. Manche nicht-binäre Menschen identifizieren sich gleichzeitig als trans*, andere nicht. Einige nicht-binäre Menschen empfinden Geschlechtsdysphorie und/oder machen eine Transition. Ausschlaggebend für die Identität als nicht-binär ist aber nur das eigene Empfinden.

Queer

Queer kann mit „seltsam“, „schräg“, „komisch“, aber auch „leicht verrückt“ übersetzt werden. Ab Ende des 19. Jahrhunderts wurde der Begriff in den USA hauptsächlich als negative Bezeichnung für nicht-heterosexuelle / nicht-cis Personen gebraucht. In den 1960er Jahren eigneten sich den Begriff vor allem Schwarze trans* Menschen und Drag Queens als positive empowernde Selbstbezeichnung an.

Regenbogenfahne

Der US-amerikanische Künstler Gilbert Baker entwarf die Regenbogenfahne 1978. Sie hat sich zum international bekanntesten Symbol der (ursprünglich) Lesben- und Schwulenbewegung bzw. heute LSBTIQ* Menschen entwickelt und ist ein Symbol dafür, dass LSBTIQ* positiv nach außen mit ihrer sexuellen bzw. Geschlechtsidentität umgehen bzw. in ihren menschenrechtlichen Anliegen akzeptiert sind (wenn anlässlich von Christopher Street Days etwa Bahnhöfe oder Rathäuser damit beflaggt werden). Die Farben der sechs Streifen symbolisieren (in der Reihenfolge von oben nach unten): rot für das Leben, orange für die Gesundheit, gelb für die Sonne, grün für die Natur, blau für die Kunst und violett für den Geist. Seit 2018 gibt es diverse Weiterentwicklungen der Fahne, z. B. mit quer in den Regenbogen hinzukommenden schwarzen und braunen Zacken sowie Zacken in den Farben der Trans*-Bewegung kommen, so dass mehr ethnische Vielfalt und zumindest auch das „T“ von LSBTIQ* in der Fahne sichtbar wird. Auch haben Communities wie inter* Menschen, bisexuelle Menschen u.a. eigene Flaggen entwickelt, mit denen sie sich positiv identifizieren und sichtbar werden.

Schwul

Schwule Männer begehren andere Männer; die sexuelle Identität „schwul“ geht in der Regel über sexuelles Begehren hinaus, und kann die Zugehörigkeit zu spezifischen Subkulturen, Netzwerken etc. umfassen; auf Grund von schwulenfeindlichen (auch: homophoben) Diskriminierungen machen schwule Männer und

solche, die für schwul gehalten werden, häufig spezifische Ausgrenzungs- und Gewalterfahrungen. Schwul wird sowohl als affirmative Selbstbezeichnung (erst seit den 1970er Jahren positiv besetzt) als auch von manchen als Schimpfwort gebraucht.

Die Abkürzung „MSM“ (für Männer, die Sex mit Männern haben) fokussiert allein auf das Sexualverhalten und nicht auf die sexuelle Identität.

Trans*

Trans* Menschen identifizieren sich nicht oder nicht vollständig mit dem Geschlecht, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde. Trans* wird auch als Übergriff für vielfältige Selbstbezeichnungen verwendet. Andere Selbstbeschreibungen sind (v. a. im globalen Norden) transgender, transsexuell, transgeschlechtlich) und auch solche, die sich geschlechtlich nicht verorten (lassen) möchten (nicht- binäre Menschen).

Der Begriff Transsexualität ist pathologisierend, da er zurzeit noch als eine angebliche „psychische Störung“ definiert ist (was dank internationaler Trans*- und Menschenrechtsarbeit im nächsten Internationalen Krankheitskatalog (ICD-11) korrigiert werden wird). Sich selbst als „transsexuell“ bezeichnen v. a. Menschen, die sich in einer zweigeschlechtlichen Logik als eindeutig dem „Gegengeschlecht“ angehörend erleben. Andere lehnen den Begriff wegen seiner Geschichte als medizinische Fremdbezeichnung und psychiatrische Diagnose oder wegen seiner irreführenden Ähnlichkeit mit Kategorien sexueller Orientierung ab. Im Zweifelsfall weiß immer nur die Person selbst, wie sie sich selbst bezeichnet.

Transition

Ein anderer Begriff für Geschlechtsangleichung. Geschlechtsangleichungen verlaufen jeweils individuell (anders als die trans* Menschen häufig gestellte - übergriffige Frage - „Bist du ‚fertig‘ (transitioniert)?“ denken ließe). Sie kann auf sozialer Ebene (Coming-Out), medizinischer Ebene (Hormontherapie, geschlechtsangleichende Operationen) und rechtlicher Ebene (Vornamens- und Personenstandsänderung nach Transsexuellengesetz) stattfinden. Diese Schritte können parallel zueinander oder zeitlich versetzt voneinander stattfinden und sind davon abhängig, ob die Person überhaupt den Wunsch oder die Möglichkeit hat (sozial, ökonomisch etc.), solche Schritte zu gehen.

Trans*feindlichkeit („Trans*phobie“)

Trans*feindlichkeit (auch: Trans*phobie) beschreibt die Ablehnung von Menschen, die trans* sind und/oder deren Geschlechtsausdruck nicht den anerkannten Kategorien von Männlich-/Weiblichkeit entspricht. Sie kann sich u. a. in Verächtlichmachung, körperlicher Gewalt, Mobbing, Infragestellung oder Aberkennung der Geschlechtsidentität, Pathologisierung, sprachlicher Unsichtbarmachung oder Kriminalisierung äußern.

Wahlfamilie

Viele, auch ältere LSBTI* haben von ihrer Herkunftsfamilie Ablehnung erfahren bzw. haben seltener eigene Kinder als ältere heterosexuelle Menschen. Für LSBTI* sind daher Freund*innen, die sogenannte Wahlfamilie, oft das wichtigste Unterstützungssystem.

Definitionen basieren auf oder sind übernommen von:

http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/InterUndSprache_A_Z.pdf,

Inter & Sprache: Von „Angeboren“ bis „Zwitter“

http://www.transinterqueer.org/download/Publikationen/eingriffe_broschuere_inter_2016_sm.pdf,

„Medizinische Eingriffe an Inter*: Fakten und Erfahrungen“

[https://uploads-](https://uploads-ssl.webflow.com/5e611da6df9df8352cedce45/5eddfcdcb31a1657b463f1d_191128_Gesundheitswesen_A4_Online.pdf)

[ssl.webflow.com/5e611da6df9df8352cedce45/5eddfcdcb31a1657b463f1d_191128_Gesundheitswesen_A4_Online.pdf](https://uploads-ssl.webflow.com/5e611da6df9df8352cedce45/5eddfcdcb31a1657b463f1d_191128_Gesundheitswesen_A4_Online.pdf),

„Wo werde ich eigentlich nicht diskriminiert?“

<http://www.berlin.de/lb/ads/sub/blk/themen/wissen-und-verstehen/glossar.html>,

Glossar der Landesstelle für Gleichbehandlung gegen Diskriminierung (LADS)

<http://www.queeropedia.com/pages/w01711.html>

<https://www.aidshilfe.de/hiv-aids>

Wir möchten darauf hinweisen, dass diese Definitionen sich ständig weiterentwickeln und die Selbstdefinition einer Person jederzeit Vorrang hat.



**SCHWULEN
BERATUNG
BERLIN**

VIELFALT LEBEN

IMPRESSUM

Schwulenberatung Berlin gGmbH
Fachstelle LSBTI*, Altern und Pflege
HRB 110342B / Amtsgericht Charlottenburg
Geschäftsführer: Marcel de Groot
Niebuhrstraße 59/60
10629 Berlin

Tel. 030 – 44 66 88 111
info@schwulenberatungberlin.de
www.schwulenberatungberlin.de

Text: Max Nicolai Appenroth
Glossar: Mitarbeiter*innen der Schwulenberatung Berlin
Erschienen: April 2021 / 1. Auflage