

# BEFRAGUNG ZU GEWALT- UND MEHRFACHDISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN VON LESBISCHEN, BISEXUELLEN FRAUEN UND TRANS\* MENSCHEN (LBT\*) IN DEUTSCHLAND



WAS IST SCHLIMMER - HOMOPHOBIE ODER RASSISMUS

HOMOPHOBIE  RASSISMUS  NEIN

Vielen Dank, dass Sie sich für unsere Studie interessieren. Mit dieser Befragung möchte LesMigraS, der Antigewalt und Antidiskriminierungsbereich der Lesbenberatung Berlin e.V., mehr über die Lebenssituation von lesbischen oder bisexuellen Frauen und Trans\* in Deutschland herausfinden.

Wir möchten alle Menschen zur Teilnahme motivieren, die sich mit der lesbischen Lebensweise identifizieren: als lesbische oder bisexuelle Frauen oder

Trans\*, als Trans\*Mensch, der früher einmal lesbisch gelebt hat oder als Trans\*Mensch, der einen Bezug zu einer lesbischen Lebensweise hat.

Die Ergebnisse der Studie sollen dazu beitragen, eine Vorstellung von den Erfahrungen lesbischer und bisexueller Frauen und Trans\* mit und ohne Rassismuserfahrungen zu bekommen, diese Erfahrungen sichtbar zu machen und Beratungsangebote verbessern zu können.

MACH MIT UND FÜLL DEN FRAGEBOGEN AUS

WWW.LESMIGRAS.DE



# BEFRAGUNG ZU GEWALT- UND MEHRFACHDISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN VON LESBISCHEN, BISEXUELLEN FRAUEN UND TRANS\* MENSCHEN (LBT\*) IN DEUTSCHLAND

Das Ausfüllen des Fragebogens erfolgt anonym. Ihre Angaben werden sicher aufbewahrt und nicht veröffentlicht und nicht Dritten zugänglich gemacht. Die Daten werden nur für wissenschaftliche Zwecke verwendet. Ihre Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Sie können die Befragung jederzeit abbrechen.

Bitte nehmen Sie sich für das Ausfüllen des Fragebogens mindestens eine Stunde Zeit. Uns sind Ihre persönlichen Erfahrungen und Meinungen wichtig, daher gibt es kein „richtig“ oder „falsch“ in diesem Fragebogen. Antworten Sie allein das, was Sie persönlich denken.

Die Ergebnisse der Studie werden im September 2011 als Broschüre sowie auf unserer Homepage veröffentlicht.

Wenn Sie Fragen und Anmerkungen zur Studie haben, können Sie sich gerne an uns wenden.  
Email: [kampagne@lesmigras.de](mailto:kampagne@lesmigras.de) - Telefon: 030/21 91 50 90

Sie finden den Fragebogen ebenfalls als Online-Version und als PDF zum Download auf unserer Homepage.

Sollte beim Ausfüllen des Fragebogens ein Beratungswunsch oder der Wunsch nach Unterstützung zum Thema Gewalt oder Mehrfachdiskriminierung entstehen, können Sie sich gerne an uns wenden. Sie erreichen uns persönlich, telefonisch und online. Unsere Einrichtung ist rollstuhlgerecht und bietet auf Anfrage Beratungen mit einer\_m Gebärdendolmetscher\_in.

Unsere Kontaktdaten finden Sie auf der letzten Seite.

*In diesem Fragebogen verwenden wir den Unterstrich (z.B. Partner\_in), um damit der Vielzahl von Geschlechtsidentitäten Raum zu geben. Ebenso verwenden wir den Begriff Trans\*. Mit dem Sternchen möchten wir Vielfalt Platz geben und zeigen, dass alle Trans\* Menschen, also Transgender, Transsexuelle, Transidente, Polygender und weitere angesprochen sind.*

## ONLINE FRAGEBOGEN: [WWW.LESMIGRAS.DE](http://WWW.LESMIGRAS.DE)

### A. Selbstverständnis

#### Sexuelle Lebensweise/sexuelle Orientierung

1. Zu Beginn möchten wir Sie fragen, wie Sie Ihre (momentane) sexuelle Lebensweise/sexuelle Orientierung benennen würden? (Bitte kreuzen Sie hier nur eine an. Falls Sie keine passende Bezeichnung finden, haben Sie die Möglichkeit Ihre zu ergänzen.)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> lesbisch                        | <input type="checkbox"/> keine der genannten Bezeichnungen, sondern: |
| <input type="checkbox"/> bisexuell                       | _____  |
| <input type="checkbox"/> schwul                          |  |
| <input type="checkbox"/> gleichgeschlechtlich orientiert |  |
| <input type="checkbox"/> pansexuell                      |  |
| <input type="checkbox"/> heterosexuell                   |  |

Ich lehne für mich persönlich eine Einordnung ab

#### Geschlechtliches Selbstverständnis

In diesem Abschnitt möchten wir Sie gerne zu Ihrem geschlechtlichen Selbstverständnis befragen. Bei dieser Frage kommt es ganz alleine auf Ihr persönliches Gefühl an.

2. Welche der folgenden Bezeichnungen treffen am ehesten für Sie zu? (Sie können in jeder Spalte eine Möglichkeit ankreuzen.)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Frau          | <input type="checkbox"/> weiblich                          |
| <input type="checkbox"/> Mann          | <input type="checkbox"/> männlich                          |
| <input type="checkbox"/> Trans*        | <input type="checkbox"/> sowohl weiblich als auch männlich |
| <input type="checkbox"/> Polygender    | <input type="checkbox"/> weder weiblich noch männlich      |
| <input type="checkbox"/> Transsexuell  | <input type="checkbox"/> anders und zwar:                  |
| <input type="checkbox"/> Transgender   | _____  |
| <input type="checkbox"/> Transident    |  |
| <input type="checkbox"/> Intersexuell  |  |
| <input type="checkbox"/> auf der Suche |  |

Ich lehne für mich persönlich eine Einordnung in Kategorien ab

3. Im alltäglichen Leben kann es passieren, dass wir nicht entsprechend unserem geschlechtlichen Selbstverständnis erkannt und behandelt werden, weil das Umfeld dieses nicht einordnen kann oder es nicht respektiert.

Wie oft wird im Allgemeinen Ihr selbstbestimmtes Geschlecht klar erkannt?

- nie       manchmal       meistens       immer

4. Wie oft wird Ihr selbstbestimmtes Geschlecht klar erkannt, wenn Sie sich in **lesbischen/bisexuellen Zusammenhängen** bewegen?

- nie     manchmal     meistens     immer  
 Ich bewege mich nicht in lesbischen/bisexuellen Zusammenhängen

#### Bezug zur lesbischen Lebensweise

5. Nicht alle Menschen in lesbischen Zusammenhängen sind weiblich oder würden sich als lesbisch beschreiben. Tatsächlich gibt es eine Reihe von Möglichkeiten, sich mit einer lesbischen Lebensweise zu identifizieren. *(Bitte kreuzen Sie alle Möglichkeiten an, die für Sie zutreffen.)*

- Ich bin lesbisch.  
 Ich verstehe mich als lesbisch, habe aber bisher noch nie in einer lesbischen Beziehung gelebt.  
 Ich bin bisexuell und lebe in lesbischen Beziehungen.  
 Ich habe schon einmal als Frau eine Frau geliebt bzw. eine Beziehung mit einer Frau gehabt.  
 Ich lebe in einer trans\*lesbischen Beziehung.  
 Meine\_e Partner\_in versteht sich als lesbisch.  
 Ich habe vor meiner Transition lesbisch gelebt und habe heute keinen Bezug mehr zur lesbischen/bisexuellen Lebensweise.  
 Ich habe vor meiner Transition lesbisch gelebt und habe immer noch einen Bezug zur lesbischen/bisexuellen Lebensweise.  
 Ich war früher lesbisch/bisexuell und habe heute keinen Bezug mehr zur lesbischen/bisexuellen Lebensweise.  
 Ich war früher lesbisch/bisexuell und habe immer noch einen Bezug zur lesbischen/bisexuellen Lebensweise.  
 Meine Beziehung/en wird/werden von anderen oft als lesbische Beziehung/en gesehen.  
 Ich habe keinen Bezug zur lesbischen Lebensweise.

#### Selbstbeschreibungen/Mehrfachdiskriminierung

In diesem Fragebogen geht es um Benachteiligungen und Ausgrenzungen im Zusammenhang mit Ihrer lesbischen/bisexuellen Lebensweise. Diskriminierungen hängen jedoch auch oft damit zusammen, was andere Personen in uns sehen (wollen). Verschiedene Merkmale und Zugehörigkeiten werden benutzt, um zu benachteiligen oder auszugrenzen. Es werden aber auch angebliche Zugehörigkeiten unterstellt, um zu benachteiligen oder auszugrenzen.

6. Welche der folgenden Merkmale werden/wurden benutzt, um Sie zu benachteiligen oder auszugrenzen? *(Kreuzen Sie alle an, die für Sie zutreffen.)*

- mein Trans\*sein  
 mein Frausein  
 weil meine Art (Kleidung, Verhalten, Gestik usw.) nicht der gesellschaftlichen Vorstellung von Geschlechterrollen entspricht  
 mein Name/meine Sprache  
 meine Hautfarbe/Haare  
 meine Nationalität  
 meine (angebliche) ethnische/kulturelle Zugehörigkeit  
 meine Religion  
 mein (angebliches) Muslimisch-Sein  
 mein (angebliches) Jüdisch-Sein  
 meine (angebliche) Migrationsgeschichte/Herkunft  
 mein Aufenthaltsstatus  
 meine Beeinträchtigung/Behinderung  
 andere und zwar: \_\_\_\_\_

Mit den nächsten Fragen möchten wir Sie nun zu Ihren **Selbstbezeichnungen** befragen.

7. Wie beschreiben Sie selbst Ihre nationale/ethnische/kulturelle Identität und Zugehörigkeiten?

---

---

8. Benutzen Sie außerdem auch einen oder mehrere der folgenden Begriffe zur Selbstbezeichnung? *(Kreuzen Sie bitte alle an, die für Sie zutreffen.)*

- Schwarze\_r  
 Person of Color  
 Nichtweiße\_r  
 Weiße\_r  
 einen anderen und zwar: \_\_\_\_\_  
 keinen

9. Wenn Sie eine (familiäre) Migrationsgeschichte haben, wie bezeichnen Sie sich selbst im Zusammenhang damit?

- Migrant\_in  
 Person mit Migrationshintergrund  
 keine der beiden Bezeichnungen, sondern: \_\_\_\_\_  
 Die Frage trifft auf mich nicht zu.

## B. Diskriminierungserfahrungen im Zusammenhang mit Ihrer lesbischen/bisexuellen Lebensweise

Im folgenden Abschnitt stehen zunächst **Erfahrungen und Erlebnisse in Zusammenhang mit Ihrer lesbischen/bisexuellen Lebensweise** im Vordergrund. Bitte füllen Sie diesen Teil auch aus, wenn Sie sich zwar aktuell nicht als lesbisch/bisexuell bezeichnen, aber heute noch einen Bezug zur lesbischen/bisexuellen Lebensweise haben.

1. Welche Erfahrungen haben Sie am **Arbeits-/Ausbildungsplatz** aufgrund Ihrer lesbischen/bisexuellen Lebensweise gemacht?

	nie	einmal	mehrmals	regelmäßig	Frage trifft nicht zu
Meine Arbeit wurde nicht wertgeschätzt bzw. abgewertet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde bei Beförderungen oder Einstellungen übergangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde von Kolleg_innen gemobbt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte meine Partner_innen nicht zu betrieblichen Feiern oder Veranstaltungen mitbringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie sehr stimmen Sie folgenden allgemeinen Aussagen zum **Arbeitsmarkt** zu?

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme vollkommen zu
Eine lesbische/bisexuelle Lebensweise hat negative Auswirkungen auf die Karrierechancen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diskriminierung aufgrund einer lesbischen/bisexuellen Lebensweise ist auf dem Arbeitsmarkt weit verbreitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Aus welchen weiteren Gründen wurden Sie noch am **Arbeits-/Ausbildungsplatz** diskriminiert?

(Kreuzen Sie alle an, die für Sie zutreffen.)

- mein Trans\*sein
- mein Frausein
- weil meine Art (Kleidung, Verhalten, Gestik usw.) nicht der gesellschaftlichen Vorstellung von Geschlechterrollen entspricht
- mein Name/meine Sprache
- meine Hautfarbe/Haare
- meine Nationalität
- meine (angebliche) ethnische/kulturelle Zugehörigkeit
- meine Religion
- mein (angebliches) Muslimisch-Sein
- mein (angebliches) Jüdisch-Sein
- meine (angebliche) Migrationsgeschichte/Herkunft
- mein Aufenthaltsstatus
- meine Beeinträchtigung/Behinderung
- anderer und zwar:
- keiner

4. Welche Erfahrungen haben Sie im **Bildungsbereich** (z.B. Schule, Universität, Schulische Ausbildung, Fort-/Weiterbildung etc.) aufgrund Ihrer lesbischen/bisexuellen Lebensweise gemacht?

	nie	einmal	mehrmals	regelmäßig	Frage trifft nicht zu
Meine Leistungen wurden vergleichsweise schlechter bewertet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurde der Übergang in eine höhere Schule erschwert bzw. unmöglich gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitschüler_innen haben mich ausgegrenzt und gemobbt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprüche gegen lesbische/bisexuelle Lebensweisen wurden vom Lehrpersonal ignoriert bzw. sogar selbst geäußert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Wie sehr stimmen Sie folgenden allgemeinen Aussagen zum **Bildungsbereich** zu?

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme vollkommen zu
Im Bildungsbereich sollte mehr über vielfältige sexuelle Lebensweisen/Orientierungen aufgeklärt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diskriminierung aufgrund einer lesbischen/bisexuellen Lebensweise ist im Bildungsbereich weit verbreitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Aus welchen weiteren Gründen wurden Sie noch im **Bildungsbereich** diskriminiert? (Kreuzen Sie alle an, die für Sie zutreffen.)

- mein Trans\*sein
- mein Frausein
- weil meine Art (Kleidung, Verhalten, Gestik usw.) nicht der gesellschaftlichen Vorstellung von Geschlechterrollen entspricht
- mein Name/meine Sprache
- meine Hautfarbe/Haare
- meine Nationalität
- meine (angebliche) ethnische/kulturelle Zugehörigkeit
- meine Religion
- mein (angebliches) Muslimisch-Sein
- mein (angebliches) Jüdisch-Sein
- meine (angebliche) Migrationsgeschichte/Herkunft
- mein Aufenthaltsstatus
- meine Beeinträchtigung/Behinderung
- anderer und zwar:
- keiner

7. Welche Erfahrungen haben Sie bei **Ämtern/Behörden** (z.B. Polizei, Standesamt, Jobcenter etc.) aufgrund Ihrer lesbischen/bisexuellen Lebensweise gemacht?

	nie	einmal	mehrmals	regelmäßig	Frage trifft nicht zu
Mitarbeiter_innen haben sich unangemessen über meine lesbische/bisexuelle Lebensweise geäußert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde bei der Vergabe von mir zustehenden behördlichen Leistungen benachteiligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Polizei wurde meine Beschwerde nicht ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polizist_innen haben mich besonders grob/respektlos behandelt (z.B. bei einer Kontrolle, Demonstration oder Anzeige).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Wie sehr stimmen Sie folgenden allgemeinen Aussagen zu **Ämtern/Behörden** zu?

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme vollkommen zu
Eine lesbische/bisexuelle Lebensweise hat negative Auswirkungen auf meine Chancen, von der Polizei geschützt zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine lesbische/bisexuelle Lebensweise hat negative Auswirkungen auf meine Chancen, staatliche Leistungen/Rechte zu bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Aus welchen weiteren Gründen wurden Sie noch bei **Ämtern/Behörden** diskriminiert? (Kreuzen Sie alle an, die für Sie zutreffen.)

- mein Trans\*sein
- mein Frausein
- weil meine Art (Kleidung, Verhalten, Gestik usw.) nicht der gesellschaftlichen Vorstellung von Geschlechterrollen entspricht
- mein Name/meine Sprache
- meine Hautfarbe/Haare
- meine Nationalität
- meine (angebliche) ethnische/kulturelle Zugehörigkeit
- meine Religion
- mein (angebliches) Muslimisch-Sein
- mein (angebliches) Jüdisch-Sein
- meine (angebliche) Migrationsgeschichte/Herkunft
- mein Aufenthaltsstatus
- meine Beeinträchtigung/Behinderung
- anderer und zwar:
- keiner

10. Welche Erfahrungen haben Sie im **Gesundheitsbereich** (z.B. medizinische, soziale, pflegende Dienste etc.) aufgrund Ihrer lesbischen/bisexuellen Lebensweise gemacht?

	nie	einmal	mehrmals	regelmäßig	Frage trifft nicht zu
Ich erhielt vom medizinischen Fachpersonal nicht die notwendige medizinische Behandlung oder wurde nicht (ausreichend) informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde abfällig und respektlos vom medizinischen Fachpersonal (Ärzt_innen, Assistent_innen etc.) behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurden peinliche Fragen zu meiner lesbischen/bisexuellen Lebensweise gestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde so angesprochen/behandelt, als sei ich heterosexuell, obwohl bekannt ist, dass ich lesbisch/bisexuell lebe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Krankenhaus wurde meiner_m Partner_in und mir das Informations- und Besuchsrecht erschwert/verweigert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Therapie wurde meine lesbische/bisexuelle Lebensweise als psychologisches Problem bezeichnet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Aus welchen weiteren Gründen wurden Sie noch im **Gesundheitsbereich** diskriminiert? (Kreuzen Sie alle an, die für Sie zutreffen.)

- mein Trans\*sein
- mein Frausein
- weil meine Art (Kleidung, Verhalten, Gestik usw.) nicht der gesellschaftlichen Vorstellung von Geschlechterrollen entspricht
- mein Name/meine Sprache
- meine Hautfarbe/Haare
- meine Nationalität
- meine (angebliche) ethnische/kulturelle Zugehörigkeit
- meine Religion
- mein (angebliches) Muslimisch-Sein
- mein (angebliches) Jüdisch-Sein
- meine (angebliche) Migrationsgeschichte/Herkunft
- mein Aufenthaltsstatus
- meine Beeinträchtigung/Behinderung
- anderer und zwar:
- keiner

12. Welche Erfahrungen haben Sie aufgrund Ihrer lesbischen/bisexuellen Lebensweise im **Freizeit-/Dienstleistungsbereich** (z.B. Restaurants, Sportvereine, Hotels etc.) gemacht?

	nie	einmal	mehrmals	regelmäßig	Frage trifft nicht zu
Mir wurde der Zutritt zu einem Lokal (Restaurant, Café, Disco etc.) verweigert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde nicht bedient bzw. aufgefordert, das Lokal zu verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir und meiner_m Partner_in wurden Leistungen erschwert/verweigert (z.B. Tanzkurs, Hotelzimmer etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Aus welchen weiteren Gründen wurden Sie noch im **Freizeit-/Dienstleistungsbereich** diskriminiert? (Kreuzen Sie alle an, die für Sie zutreffen.)

- mein Trans\*sein
- mein Frausein
- weil meine Art (Kleidung, Verhalten, Gestik usw.) nicht der gesellschaftlichen Vorstellung von Geschlechterrollen entspricht
- mein Name/meine Sprache
- meine Hautfarbe/Haare
- meine Nationalität
- meine (angebliche) ethnische/kulturelle Zugehörigkeit
- meine Religion
- mein (angebliches) Muslimisch-Sein
- mein (angebliches) Jüdisch-Sein
- meine (angebliche) Migrationsgeschichte/Herkunft
- mein Aufenthaltsstatus
- meine Beeinträchtigung/Behinderung
- anderer und zwar:
- keiner

14. Wie häufig haben Sie insgesamt aufgrund Ihrer **lesbischen/bisexuellen Lebensweise** an folgenden Orten benachteiligende und ausgrenzende Erfahrungen gemacht?

	nie	eher selten	eher oft	sehr oft	Frage trifft nicht zu	Ich bin hier nicht geoutet.
Bildungs-, Ausbildungs- und Arbeitsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ämter/Behörden (z.B. Polizei, Standesamt, Jobcenter etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsbereich (z.B. medizinische, soziale, pflegende Dienste etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie/Verwandtschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partner_innenschaft, Freund_innenkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffentlichkeit (z.B. Straße, Kneipe, öffentliche Verkehrsmittel etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeit-/Dienstleistungsbereich (z.B. Restaurants, Sportvereine, Hotels etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beantworten Sie die nächsten Fragen nur, wenn Sie wegen mehrerer Gründe diskriminiert wurden. Wenn nicht, gehen Sie weiter zu Teil C auf Seite 8

### Mehrfachdiskriminierung

15. Wie häufig haben Sie es erlebt, anhand der von Ihnen angekreuzten **Merkmale und Zugehörigkeiten** benachteiligt oder ausgegrenzt zu werden?

	nie	einmal	mehrmals	regelmäßig	Frage trifft nicht zu
Bildungs-, Ausbildungs- und Arbeitsbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ämter/Behörden (z.B. Polizei, Standesamt, Jobcenter etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsbereich (z.B. medizinische, soziale, pflegende Dienste etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie/Verwandtschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partner_innenschaft, Freund_innenkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffentlichkeit (z.B. Straße, Kneipe, öffentliche Verkehrsmittel etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeit-/Dienstleistungsbereich (z.B. Restaurants, Sportvereine, Hotels etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orte für lesbische/bisexuelle Lebensweise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Welche Rolle spielt es Ihrer Ansicht nach, wegen mehrerer Merkmale und Zugehörigkeiten diskriminiert zu werden? Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen über **Mehrfachdiskriminierung** zu?

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme vollkommen zu	Frage trifft nicht zu
Bei vielen Diskriminierungserfahrungen fällt es mir schwer, diese nur auf meine lesbische/bisexuelle Lebensweise zurückzuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Mehrfachzugehörigkeit bietet die Möglichkeit, alternative Umgangsweisen mit Diskriminierungen zu entwickeln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß im Allgemeinen, wegen welcher Merkmale ich in einer Situation diskriminiert werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Zusammenspiel der verschiedenen Diskriminierungen macht es schwer, sich zu wehren, weil nicht immer klar erkennbar ist gegen was.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann nicht trennen, ob ich aufgrund meiner lesbischen/bisexuellen Lebensweise oder aufgrund meines Trans*seins diskriminiert werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diskriminierungen aufgrund meiner lesbischen/bisexuellen Lebensweise und meines Trans*seins sind untrennbar miteinander verknüpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diskriminierungen aufgrund meiner lesbischen/bisexuellen Lebensweise und meiner Hautfarbe/Haare/(angeblichen) ethnischen/kulturellen Zugehörigkeit sind untrennbar miteinander verknüpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	stimme gar nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme vollkommen zu	Frage trifft nicht zu
Als Trans*Mensch, der auch rassistische Diskriminierung erfährt, erlebe ich so gut wie immer eine „Mischform“ von Diskriminierungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen Diskriminierungen aufgrund meiner Hautfarbe/Haare bzw. nationalen/ethnischen/kulturellen Zugehörigkeit meide ich Zusammenhänge von lesbischen/bisexuellen Frauen und Trans*, die nicht interkulturell sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen rassistischer Diskriminierung meide ich Zusammenhänge von lesbischen/bisexuellen Frauen und Trans*, die nicht ausdrücklich antirassistisch sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegen Diskriminierungserfahrungen aufgrund meines Trans*seins meide ich Orte, an denen Trans*Menschen nicht explizit willkommen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### C. Diskriminierung aufgrund des Trans\*seins

[Wir verwenden im Folgenden den Begriff „Trans\*“ um alle Trans\* Menschen, also Transgender, Transsexuelle, Transidente, Polygender und weitere anzusprechen.]

Mit diesem Teil des Fragebogens möchten wir Sie nach Ihren Erfahrungen fragen, die Sie als Trans\* machen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen daher nur, wenn Sie sich als Trans\* verstehen. Wenn nicht, blättern Sie bitte vor zu Teil D auf Seite 9

1. Wie wichtig ist es Ihnen mit Ihrer selbst gewählten Anrede (z.B. sie, er, abwechselnd, Name usw.) angesprochen zu werden?

ganz unwichtig         sehr wichtig

2. Wie reagieren allgemein Personen auf Ihr Trans\*sein (z.B. selbst gewählte Anrede etc.)?

	Mein Trans*sein ist an dem Ort nicht bekannt.	Ich werde so angenommen und respektiert wie ich bin.	Ich werde nicht anerkannt und akzeptiert.	Ich werde aktiv abgelehnt/diskriminiert.
Bildungsbereich (Schule, Universität, Fort-/Weiterbildung usw.) und Arbeits-/Ausbildungsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ämter/Behörden und Gesundheitsbereich (medizinische, soziale, pflegende Dienste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie, Verwandtschaft, Partner_innenschaft, Beziehungen, Freund_innenkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeit-/Dienstleistungsbereich (z.B. Restaurants, Sportvereine, Hotels etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öffentlichkeit (Straße, Kneipe, öffentliche Verkehrsmittel usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
an Orten für lesbische/bisexuelle Frauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Welche Erfahrungen haben Sie **allgemein in Ihrem Leben** wegen Ihres Trans\*seins gemacht?

	nie	einmal	mehrmals	regelmäßig
Ich wurde körperlich angegriffen (geschlagen, getreten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erlebte verachtendes, demütigendes Verhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurden unverschämte, sexualisierte Fragen zu meinem Körper gestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde mit zudringlichen Fragen zu meinem Trans*sein belästigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurde damit gedroht, mein Trans*sein zu outen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde ungefragt als Trans*Mensch geoutet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe sexualisierte Übergriffe erlebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Einschränkungen und Schwierigkeiten wegen der Uneindeutigkeit meiner amtlichen Dokumente erlebt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde beleidigt und beschimpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Welche der folgenden Erfahrungen haben Sie in **Zusammenhängen von lesbischen/bisexuellen Frauen** aufgrund Ihres Trans\*seins gemacht?

	nie	einmal	mehrmals	regelmäßig	Frage trifft nicht zu
Personen haben den Kontakt zu mir abgebrochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurde der Zutritt zu Orten für lesbische/bisexuelle Frauen erschwert/verweigert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurde unterstellt, ich würde (männliche) Privilegien nutzen wollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde nur noch geduldet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Trans*sein wurde nicht ernst genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine sexuelle Lebensweise/Orientierung wurde in Frage gestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurde der Zutritt zu Sport-/Freizeitangeboten für lesbische/bisexuelle Frauen erschwert/verweigert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurde vorgeworfen, dass ich Geschlechterrollen (Mann/Frau) bestätigen würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde gedrängt, mein Trans*sein zu rechtfertigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Im nächsten Abschnitt würden wir Sie gerne zu Ihren Erfahrungen **im Zusammenhang mit dem medizinischen und amtlichen Verfahren zur Geschlechtsangleichung** fragen.

	ja	Ich überlege noch.	Ich befinde mich im Verfahren	nein, aber ich hatte es versucht	nein, will ich auch nicht
Haben Sie eine amtliche Vornamensänderung vorgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine amtliche Personenstandsänderung vorgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Welche Erfahrungen haben Sie **im Zusammenhang mit dem medizinischen und amtlichen Verfahren zur Geschlechtsangleichung** erlebt?

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft vollkommen zu	Frage trifft nicht zu
Ärzt_innen und Psycholog_innen erschwerten/verweigerten mir geschlechtsangleichende medizinische Behandlungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurden geschlechtsangleichende medizinische Behandlungen von Ärzt_innen und Psycholog_innen nahegelegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das amtliche Verfahren zur Geschlechtsangleichung beansprucht mich so sehr, dass ein großer Teil meines Lebensalltags unterbrochen ist (z.B. Erwerbsarbeit, soziale Kontakte usw.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es belastet mich sehr, dass mein Trans*sein als „psychische Störung“ gilt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich leide darunter, mein Recht auf (weitere) Elternschaft aufgeben zu müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HIER GEHT ES FÜR ALLE WEITER

## D. Unterstützung

1. Welche der folgenden Möglichkeiten haben Sie schon einmal wegen **Diskriminierung aufgrund Ihrer lesbischen/bisexuellen Lebensweise** für sich gewählt und wie hilfreich waren diese für Sie?

	ja	nein	sehr hilfreich	eher hilfreich	eher nicht hilfreich	gar nicht hilfreich
Ich habe mit Freund_innen, Partner_innen, Familie, Verwandten gesprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir Unterstützung in meiner ethnischen/kulturellen Community/Szene/meinen sozialen Netzwerken geholt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich in Gruppen ausgetauscht (z.B. Selbsthilfegruppen, Internetforen etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe psychosoziale Einrichtungen aufgesucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	sehr hilfreich	eher hilfreich	eher nicht hilfreich	gar nicht hilfreich
Ich habe rechtliche Schritte eingeleitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe medizinische Versorgung in Anspruch genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Zuständige an den jeweiligen Orten eingeschaltet (z.B. Betriebsrat/Gleichstellungsbeauftragte/AStA).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine Antidiskriminierungs-/Antigewaltstelle aufgesucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich engagiert (z.B. in politischen Gruppen, bei öffentlichen Aktionen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich direkt in der Situation gewehrt (z.B. körperlich, mündlich).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

etwas anderes und zwar: \_\_\_\_\_

### E. Gewaltvolle Erfahrungen aufgrund der lesbischen/bisexuellen Lebensweise

Im nächsten Abschnitt möchten wir Sie zu gewaltvollen Erfahrungen aufgrund Ihrer lesbischen/bisexuellen Lebensweise fragen. Dabei gehen wir davon aus, dass Gewalt nicht erst bei körperlichen Übergriffen anfängt.

1. Welche der folgenden Erlebnisse sind Ihnen aufgrund Ihrer lesbischen/bisexuellen Lebensweise widerfahren?

(Bitte gehen Sie Zeile für Zeile vor und tragen Sie ein, wie oft Sie die Erfahrung in den Personenkreisen erlebt haben. Verwenden Sie dafür bitte folgende Zahlen.)

nie	selten	mehrmals	regelmäßig
0	1	2	3

	Personen im Bildungs-, Ausbildungs- und Arbeitsbereich	Personen in Ämtern, Behörden und im Gesundheitsbereich	Familie, Verwandte, Partner_innen, Freund_innen	Fremde in der Öffentlichkeit
Es wurden Witze über lesbische/bisexuelle Lebensweisen erzählt.				
Ich wurde beschimpft und beleidigt.				
Mir wurde durch Handzeichen bzw. Blicke Abwertung gezeigt.				
Mir wurden zudringliche Fragen über meine lesbische/bisexuelle Lebensweise und meinen Körper gestellt.				
Ich habe sexualisierte Übergriffe bzw. Gewalt erlebt.				
Ich wurde mit sexistischen/pornografischen Bildern/Filmen oder Äußerungen belästigt.				
Ich wurde körperlich angegriffen (z.B. geschlagen, getreten, mit Gegenständen beworfen etc.).				
Ich wurde zu sexuellen Handlungen gezwungen.				
Mir wurde damit gedroht, mich oder mir nahe stehende Personen zu verletzen.				
Jemand hat Gegenstände von mir zerstört oder beschädigt.				
Mir wurde damit gedroht, meine lesbische/bisexuelle Lebensweise zu outen.				
Ich wurde ungefragt geoutet.				
Personen stellen/stellten mir nach.				

2. Welche der folgenden weiteren Gründe spielen/spielten eine Rolle für die gewaltvollen Erfahrungen, die Sie gemacht haben?

- mein Trans\*sein
- mein Frausein
- weil meine Art (Kleidung, Verhalten, Gestik usw.) nicht der gesellschaftlichen Vorstellung von Geschlechterrollen entspricht
- mein Name/meine Sprache
- meine Hautfarbe/Haare
- meine Nationalität
- meine (angebliche) ethnische/kulturelle Zugehörigkeit
- meine Religion
- mein (angebliches) Muslimisch-Sein
- mein (angebliches) Jüdisch-Sein
- meine (angebliche) Migrationsgeschichte/Herkunft
- mein Aufenthaltsstatus
- meine Beeinträchtigung/Behinderung
- andere und zwar:
- keine

Bitte beantworten Sie die nächsten Fragen nur, wenn Sie wegen Hautfarbe/Haaren oder (angeblicher) nationaler/ethnischer/kultureller Zugehörigkeit oder Migrationsgeschichte diskriminiert wurden, sonst gehen Sie weiter zu Teil F auf Seite 12

3. Im Folgenden würden wir Sie gerne fragen, welche Erfahrungen Sie im **Zusammenhang mit Ihrer Hautfarbe/Haaren bzw. Ihrer (angeblichen) nationalen/ethnischen/kulturellen Zugehörigkeit oder (angeblichen) Migrationsgeschichte** gemacht haben?

	nie	einmal	mehrmals	regelmäßig	Frage trifft nicht zu
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde beschimpft und beleidigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde gezielt von Sicherheitsleuten/Polizist_innen herausgesucht, kontrolliert bzw. durchsucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte mich nicht als lesbisch/bisexuell outen, weil ich mich gegen andere Diskriminierungen wehren musste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurde unterstellt, dass ich nicht „richtig“ lesbisch/bisexuell sein könne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurde unterstellt, ich sei homophob, transphob, sexistisch und/oder patriarchal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die „Echtheit“ meines geschlechtlichen Selbstverständnisses wurde angezweifelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Welche der folgenden gewaltvollen Erfahrungen haben Sie **in lesbischen/bisexuellen oder trans\* Zusammenhängen** wegen Ihrer Hautfarbe/Haare, Ihrer (angeblichen) ethnischen/kulturellen Zugehörigkeit oder (angeblichen) Migrationsgeschichte erlebt?

	nie	einmal	mehrmals	regelmäßig	Frage trifft nicht zu
Ich wurde körperlich angegriffen (geschlagen, getreten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde bei Veranstaltungen für lesbische/bisexuelle Frauen und Trans* nicht reingelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir wurde unterstellt, nicht zur Community der lesbischen/bisexuellen Frauen und Trans* gehören zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich musste mich für meine (angebliche) ethnische/kulturelle Community rechtfertigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde in Fragen zu Einstellungen zu Homosexualität als Expert_in für meine (angebliche) ethnische/kulturelle Community angesprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde als „exotisch“ betrachtet und behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme, die ich mit meiner lesbischen/bisexuellen Lebensweise habe, werden immer mit meiner (angeblichen) nationalen/ethnischen/kulturellen Zugehörigkeit erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es werden Unterstellungen in Bezug auf meine Sexualität gemacht (z.B. ich müsse besonders aktiv sein).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde mit sexuellen Fantasien belästigt, die sich auf meine Hautfarbe/Haare, (angebliche) nationale/ethnische/kulturelle Zugehörigkeit beziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Diskriminierungserfahrungen, die ich aufgrund meiner Hautfarbe/Haare oder (angeblichen) nationalen/ethnischen/kulturellen Zugehörigkeit gemacht habe, wurden heruntergespielt und ignoriert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## HIER GEHT ES FÜR ALLE WEITER

### F. Unterstützungen

1. Welche der folgenden Möglichkeiten haben Sie **wegen gewaltvoller Erfahrungen aufgrund Ihrer lesbischen/bisexuellen Lebensweise** für sich gewählt und wie hilfreich waren diese?

	ja	nein	sehr hilfreich	eher hilfreich	eher nicht hilfreich	gar nicht hilfreich
Ich habe mit Freund_innen, Partner_innen, Familie, Verwandten gesprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir Unterstützung in meiner ethnischen/kulturellen Community/Szene/meinen sozialen Netzwerken geholt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich in Gruppen ausgetauscht (z.B. Selbsthilfegruppen, Internetforen etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe psychosoziale Einrichtungen aufgesucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe rechtliche Schritte eingeleitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe medizinische Versorgung in Anspruch genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Zuständige an den jeweiligen Orten eingeschaltet (z.B. Betriebsrat/Gleichstellungsbeauftragte/ASTA).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine Antidiskriminierungs-/Antigewaltstelle aufgesucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich engagiert (z.B. in politischen Gruppen, bei öffentlichen Aktionen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mich direkt in der Situation gewehrt (z.B. körperlich, mündlich).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

etwas anderes und zwar: \_\_\_\_\_

### G. Beratungsangebote

1. Haben Sie folgende Angebote in den letzten zwei Jahren genutzt? Wenn ja, wie zufrieden waren Sie?

	Ja	Nein	Gibt es nicht in meiner Nähe	sehr zufrieden	eher zufrieden	eher nicht zufrieden	gar nicht zufrieden
psychosoziale Beratungsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesbenberatungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trans*beratungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frauenberatungen/ -häuser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
interkulturelle Beratungsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treffpunkte, (Selbsthilfe-)Gruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medizinische Versorgungsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidiskriminierungs-/Antigewaltstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rechtliche Beratungsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Justiz (Polizei, Richter_innen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

andere und zwar: \_\_\_\_\_

2. Wenn Sie eher nicht oder gar nicht zufrieden waren, was waren Ihre Gründe?

- Es gab keine Angebote für lesbische Lebensweise
- Es gab keine Angebote für bisexuelle Lebensweise
- Es gab keine Angebote für Trans\*sein
- Es gab keine Angebote für Migrations-/ rassistische Diskriminierungserfahrungen
- Die Beratungsstelle war nicht barrierefrei
- Es gab keine muttersprachlichen/ Übersetzungsangebote.
- andere und zwar:

3. Haben Sie in den letzten zwei Jahren eine der Beratungsstellen nicht aufgesucht, weil sie befürchteten diskriminiert zu werden bzw. dort vorher schon mal Diskriminierungserfahrungen gemacht haben?

Ja, und zwar aufgrund: *(Bitte kreuzen Sie alles an was für Sie zutrifft.)*

- meines Trans\*seins
- meiner bisexuellen Lebensweise
- meines Frauseins
- meiner Art (Kleidung, Verhalten, Gestik usw.), die nicht der gesellschaftlichen Vorstellung von Geschlechterrollen entspricht
- meines Namens/meiner Sprache
- meiner Hautfarbe/Haare
- meiner Nationalität
- meiner (angeblichen) ethnischen/kulturellen Zugehörigkeit
- meiner Religion
- meines (angeblichen) Muslimisch-Seins
- meines (angeblichen) Jüdisch-Seins
- meiner (angeblichen) Migrationsgeschichte/Herkunft
- meines Aufenthaltsstatus
- meiner Beeinträchtigung/Behinderung
- aus anderen Gründen und zwar:
  
- nein

4. Welche Verbesserungsvorschläge und Wünsche haben Sie für das Beratungsangebot in Ihrer Nähe?

---

## H. Sozialstatistischer Teil

Zum Abschluss nehmen Sie sich bitte noch einen Moment Zeit, um auch den letzten Teil des Fragebogens zu beantworten. Diese statistischen Fragen sind sehr wichtig. Selbstverständlich werden Ihre Angaben absolut vertraulich behandelt.

1. In welchem Jahr sind Sie geboren? \_\_\_\_\_

2. Welche Staatsangehörigkeit/en haben Sie? \_\_\_\_\_

3. Wenn Sie eine Religionszugehörigkeit haben, welche ist das? \_\_\_\_\_

4. In welchem Bundesland leben Sie zurzeit hauptsächlich? \_\_\_\_\_

5. Welche der Beschreibungen trifft auf Ihren hauptsächlichlichen Wohnort zu?

- Metropole (über 1 Million Einwohner\_innen)
- Großstadt (bis 1 Million Einwohner\_innen)
- mittlere Stadt (bis 100.000 Einwohner\_innen)
- Kleinstadt (bis 20.000 Einwohner\_innen)
- Land/Dorf (bis 5.000 Einwohner\_innen)

6. Waren Sie schon einmal von Wohnungslosigkeit betroffen?  ja  nein

7. Welche Lebensweise („Familienstand“) trifft für Sie zu?

- Single/allein lebend
- ledig
- in einer Beziehung lebend
- in mehreren Beziehungen lebend
- verpartnert
- verheiratet
- verheiratet und getrennt lebend
- geschieden/Lebenspartner\_innschaft aufgelöst
- verwitwet
- partner\_inhinterblieben
- andere und zwar:

8. Haben Sie Kinder bzw. haben Sie Verantwortung für Kinder übernommen (z.B. Co-Elternschaft)?

nein

ja Wie viele? \_\_\_\_\_  
Wie alt sind diese? \_\_\_\_\_

9. Wenn ja, lebt das Kind/leben die Kinder mit Ihnen zusammen in einem Haushalt?

nein

ja  ständig  zeitweise

10. Wenn Sie eine Co-Elternschaft übernommen haben, haben Sie (anteiliges) Sorgerecht?

ja

nein, nicht gewünscht

nein, rechtlich nicht möglich (z.B. keine eingetragene Lebenspartner\_in, mehrere Co-Eltern)

11. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie? (Bitte wählen Sie den mit Ihrem am besten vergleichbaren Abschluss.)

Hauptschulabschluss

Mittlere Reife (Realschulabschluss, Mittlerer Schulabschluss)

Fachhochschulreife (Allgemeine oder Fachgebundene Fachhochschulreife)

Abitur (Allgemeine oder Fachgebundene Hochschulreife)

anderer Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Ich bin von der Schule abgegangen ohne Abschluss

12. Welche beruflichen Abschlüsse haben Sie?

betriebliche Berufsausbildung (Lehre)

schulische Berufsausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule, Technikerschule)

Fachhoch-/ Hochschulabschluss und zwar: \_\_\_\_\_

einen anderen beruflichen Abschluss und zwar: \_\_\_\_\_

keinen beruflichen Abschluss

13. Welche Tätigkeiten treffen aktuell für Sie zu? (Bitte kreuzen Sie alle Angaben an, die für Sie zutreffen.)

vollzeiterwerbstätig

teilzeiterwerbstätig

geringfügig beschäftigt, Mini-Job

selbstständig/freiberuflich erwerbstätig

nicht erwerbstätig

ALG I

ALG II

Schüler\_in der \_\_\_\_\_

Auszubildende\_r

Student\_in mit Studienförderung (BAföG, Elternunterhalt, Stipendien)

Student\_in ohne Studienförderung

Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit

unbezahlt im eigenen Haushalt tätig

Rentner\_in/Pensionär\_in, im Vorruhestand

14. Wie viele Beschäftigungsverhältnisse haben Sie zurzeit? \_\_\_\_\_

15. Wie hoch ist Ihr durchschnittliches monatliches Netto-Einkommen?

kein Einkommen

bis 400,-€

400,- bis 1.000,- €

1.001,- bis 2.000,- €

2.001,- bis 3.000,- €

3.001,- bis 4.000,- €

mehr als 4.000,- €

16. Sind Sie selbst nach Deutschland migriert?

nein

ja im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren aus:

Wenn ja, was waren Ihre Gründe?

- Flucht
- Familienangehörige sind migriert/ geflüchtet und ich bin mitgegangen
- Krieg und/oder politische Verfolgung
- Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten
- Bedrohung, weil ich lesbisch/bisexuell bin
- Bedrohung, weil ich trans\* bin
- Bedrohung als Frau
- Adoption
- andere Gründe und zwar: \_\_\_\_\_

17. Haben Sie eine familiäre Migrationsgeschichte?

- nein
- Ja, meine Eltern bzw. ein Elternteil sind/ist nach Deutschland migriert aus \_\_\_\_\_
- Ja, meine Großeltern bzw. Großelternanteile sind nach Deutschland migriert aus \_\_\_\_\_

18. Wenn Sie nicht die deutsche Staatsangehörigkeit haben, welchen Aufenthaltsstatus haben Sie?

- eine Niederlassungserlaubnis
- eine eigenständige Aufenthaltserlaubnis
- von Partner\_in abhängige Aufenthaltserlaubnis
- eine Duldung
- Ich lebe ohne Papiere/undokumentiert in Deutschland.
- Ich habe einen Asylantrag gestellt.
- andere, und zwar \_\_\_\_\_

19. Wenn Sie einen Asylantrag gestellt haben, wurde es als Asylgrund (mit) anerkannt, dass Sie

	ja	nein	Das Asylverfahren läuft noch	Ich habe es nicht als Grund angegeben	Frage trifft nicht zu
lesbisch/bisexuell sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trans* sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vielen herzlichen Dank, dass Sie unseren Fragebogen ausgefüllt haben! Damit helfen Sie uns sehr, uns zukünftig noch deutlicher gegen Gewalt und Mehrfachdiskriminierung einsetzen zu können.**

Wir freuen uns über Rückmeldungen zum Fragebogen - direkt hier, per Post oder E-Mail: [kampagne@lesmigras.de](mailto:kampagne@lesmigras.de)

---



---



---

Wenn Sie das Bedürfnis haben, in einer Beratung über Ihre Erfahrungen zu sprechen, oder wenn Sie Unterstützung zum Thema Gewalt oder Mehrfachdiskriminierung wünschen, erreichen Sie uns persönlich, telefonisch und online.



**Lesbenberatung Berlin e.V./LesMigraS**

Kulmer Str. 20A  
10783 Berlin

Tel: 030 - 215 2000  
Fax: 030 - 21 91 70 09  
[beratung@lesbenberatung-berlin.de](mailto:beratung@lesbenberatung-berlin.de)  
[kampagne@lesmigras.de](mailto:kampagne@lesmigras.de)

[www.lesbenberatung-berlin.de](http://www.lesbenberatung-berlin.de)  
[www.lesmigras.de](http://www.lesmigras.de)

**INTERVIEWPARTNER\_INNEN GESUCHT!**

Zusätzlich zu dieser Umfrage möchten wir bundesweit persönliche Interviews führen, um die individuellen Erfahrungen von lesbischen/ bisexuellen Frauen und Trans\*Menschen mit einzubeziehen.

Bei Interesse und für mehr Informationen, rufen Sie uns an (030-215 2000) oder schicken Sie uns eine E-Mail: [interview@lesmigras.de](mailto:interview@lesmigras.de).

Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in einen Briefumschlag (DIN A5) und machen den Brief mit 0,90 € frei. Sollten Sie keine Briefmarke haben, schreiben

Sie bitte UNBEDINGT „ANTWORT“ über unsere Adresse und statt einer Briefmarke:  
„ENTGELT BEZAHLT EMPFÄNGER\_IN“

**ENTGELT BEZAHLT  
EMPFÄNGER\_IN**

**ANTWORT**

Lesbenberatung Berlin e.V./LesMigraS  
Kulmer Str. 20a  
10783 Berlin



Fotos: Andrea Preysing & Gestaltung: www.tektek.de & Gestaltung Cover/Fragebogen: www.ellipop.de



Gefördert durch:

**STIFTUNG LOTTO**  
DEUTSCHE KLASSENLOTTERIE BERLIN



Antidiskriminierungsstelle  
des Bundes