

## **K-3 B Geschlechterungerechtigkeit im Gesundheitssystem überwinden - gute Gesundheitsversorgung für alle!**

Gremium: Bundesmitgliederversammlung  
Beschlussdatum: 02.11.2019  
Tagesordnungspunkt: K – Feministische Kämpfe

### **Antragstext**

#### **1 I. Gesundheit ist ein Menschenrecht!**

2 Der Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht –  
3 unabhängig von Herkunft, Geschlecht oder der sozialen sowie wirtschaftlichen  
4 Lage. So wie in alle Lebensbereiche hat das neoliberale Paradigma jedoch auch in  
5 die Sphäre der Gesundheit Einzug gefunden. Die voranschreitende Ökonomisierung  
6 des Gesundheitssystems sorgt dafür, dass nicht das menschliche Bedürfnis im  
7 Zentrum steht, sondern Profit und Gewinn.

8 Für uns ist klar: Gesundheit ist keine Ware, sondern ein Menschenrecht. Eine  
9 gute Gesundheitsversorgung darf keine Frage des Geldbeutels sein!

10 Der Zugang zu angemessener Gesundheitsversorgung ist weltweit jedoch für viele  
11 Menschen nicht gegeben. Die Ausschlüsse und Erschwernisse verteilen sich dabei  
12 jedoch nicht gleichmäßig, sondern verbinden sich mit bestehenden Strukturen der  
13 Ungleichheiten – gerade Frauen, Inter- und Transpersonen sind von  
14 geschlechterspezifischen Ausschlüssen betroffen, die sie zu Bürger\*innen zweiter  
15 Klasse machen:

16 Sei es die Kriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen oder den fehlenden  
17 Zugang zu Informationen durch den Paragraphen 219a – immer noch werden Personen  
18 mit Gebärmutter und andere Menschen mit Gebärmutter ihre Rechte auf körperliche  
19 Selbstbestimmung verwehrt. Auch in der Geburtshilfe gibt es viele Missstände:  
20 Hebammen und Pflegepersonal sind überlastet, immer mehr Geburtsstationen  
21 schließen, der Bedarf nach Geburtshäusern ist bei Weitem nicht gedeckt, viele  
22 Gebärende erleben während der Geburt Gewalt. Eine gute gesundheitliche  
23 Versorgung betrifft jedoch nicht nur das Recht auf reproduktive  
24 Selbstbestimmung, sondern die Gesundheitsversorgung insgesamt. Sexismus und  
25 veraltete Rollenbilder führen dazu, dass Beschwerden bei Frauen eher psychische  
26 und bei Männern eher körperliche Ursachen zugeschrieben werden.

27 Krankheitsbilder, die vorwiegend Frauen betreffen, sind meist schlecht  
28 erforscht. Symptome wie starker Schmerz werden verharmlost und Krankheiten, von  
29 denen vor allem Frauen betroffen sind, werden nicht erkannt oder korrekt  
30 diagnostiziert. An vielen Stellen werden teure Behandlungen oder  
31 Vorsorgeuntersuchungen nicht oder nur zu Teilen von den Krankenkassen  
32 übernommen. In einer patriarchalen Gesellschaft, stellt auch in der Medizin  
33 sowohl in der Gesundheitsforschung der Mann die Norm dar: In der Vergangenheit  
34 wurden Frauen, Inter- und Transpersonen ausdrücklich aus Arzneimittelstudien  
35 ausgeschlossen und geschlechtsspezifische Unterschiede bei Krankheitssymptomen  
36 werden ignoriert. Prekäre Verhältnisse in Bereichen, in denen es vor allem um  
37 Frauen geht, ist kein Zufall, sondern eine Folge patriarchaler Strukturen.

38  
39 Nicht alle Frauen können schwanger werden und nicht alle Menschen, die schwanger  
40 werden können, sind Frauen. Auch Transmänner, Inter und Non-Binaries sind von  
41 der Einschränkung reproduktiven Rechte massiv betroffen.

42 Der Einsatz für eine gute Gesundheitsversorgung stellt damit einen zentralen  
43 feministischen Kampf dar. Um diese Ungerechtigkeit zu bekämpfen, brauchen wir  
44 endlich eine feministische Gesundheitspolitik. Die GRÜNE JUGEND fordert darum  
45 eine Reihe an Maßnahmen.

## 46 **II. Über unseren Körper entscheiden wir selbst**

### 47 **Kostenlose Verhütungsmittel und Hygieneprodukte**

48 Wir wollen selbstbestimmt leben und lieben. Deshalb fordern wir einen freien und  
49 kostenlosen Zugang zu Verhütungsmitteln für alle – ob zur  
50 Schwangerschaftsverhütung oder zum Schutz gegen sexuell übertragbare  
51 Krankheiten. Denn sicherer Sex darf keine Frage des Geldbeutels sein. Alle  
52 Verhütungsmittel sollen deshalb in Zukunft unabhängig vom Alter von der  
53 Krankenkasse übernommen werden. Als ersten Schritt dorthin fordern wir die  
54 Kostenübernahme für Menschen mit geringem Einkommen sowie die freie  
55 Zurverfügungstellung durch Kommunen, zum Beispiel durch die Gesundheitsämter.  
56 Das Angebot soll dabei nicht nur „klassische“ Verhütungsmittel wie Kondome und  
57 die Hormonpille, sondern auch weniger bekannte Mittel wie Lecktücher und nicht-  
58 hormonelle Präparate umfassen.

59 Auch die Menstruation stellt für viele Menschen eine finanzielle Belastung dar.  
60 Die Periode ist jedoch kein Luxus und nichts, wofür man bezahlen sollte. Deshalb  
61 unterstützen wir die Bestrebungen die Mehrwertsteuer auf Hygieneprodukte  
62 kurzfristig von 19 % auf 7 % abzusenken, fordern aber mittelfristig die  
63 kostenlose Zurverfügungstellung von Menstruationsartikeln.

### 64 **Schwangerschaftsabbrüche entkriminalisieren**

65 Schwangerschaftsabbrüche werden in Deutschland weiterhin kriminalisiert. Das  
66 führt in Kombination mit der Hetze von selbsternannten Lebensschützer\*innen  
67 dazu, dass immer mehr Ärzt\*innen sich nicht mehr trauen, Abbrüche anzubieten.  
68 Das erschwert insbesondere in ländlichen Regionen den Zugang zu Abbrüchen  
69 massiv. Das Recht von Menschen mit Gebärmutter auf reproduktive  
70 Gesundheitsversorgung wird durch die bestehende Gesetzeslage eingeschränkt.

71 Das Selbstbestimmungsrecht von Schwangeren darf nicht länger durch das  
72 Strafgesetzbuch kriminalisiert werden, wie es die Paragraphen 218 und 219a tun.  
73 Der sogenannte „Kompromiss“, der Anfang dieses Jahres rund um den Paragraphen  
74 219a von CDU und SPD beschlossen wurde, reicht uns deshalb bei weitem nicht aus.  
75 Wir kämpfen weiter für die Entkriminalisierung eines Abbruchs der  
76 Schwangerschaft. Dafür müssen die Paragraphen 218 und 219a StGB abgeschafft  
77 werden. Hierbei müssen sowohl medikamentöse als auch operative Abbrüche  
78 Kassenleistung werden und ohne Einschränkung von diesen übernommen werden. Der  
79 Zugang zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen darf keine Frage des Geldbeutels  
80 sein! Selbstbestimmung bedeutet für uns, dass Menschen frei von jeglichem Stigma  
81 über ihren Körper und eine mögliche Schwangerschaft entscheiden können.

82 Kanada ist hier mit gutem Beispiel und ausnahmslos positiven Auswirkungen  
83 vorangegangen: Hier sind Schwangerschaftsabbrüche legal und man sieht, dass 90  
84 Prozent der Abbrüche vor der 12. Schwangerschaftswoche stattfinden. Abbrüche  
85 nach Ablauf dieser Frist erfolgen meist aus medizinischen Gründen. Zudem hat  
86 Kanada die geringste Zahl an Komplikationen beim Eingriff und die geringste  
87 Müttersterblichkeit der ganzen Welt. Hier zeigt sich, dass nur eine  
88 Entkriminalisierung wirklich sichere Abbrüche ermöglicht. An diesem guten  
89 Beispiel sollte sich Deutschland orientieren und spezifische Regelungen der  
90 Berufsordnung der Ärzt\*innen überlassen.

### 91 **Verbesserung der Beratungsangebote**

92 Es ist richtig und wichtig, dass Menschen in einem Schwangerschaftskonflikt  
93 fachkundige Beratung wahrnehmen können. Auch nach Streichung der Paragraphen 218  
94 und 219a muss ein freiwilliges, ergebnisoffenes, ideologie- und kostenfreies  
95 Beratungsangebot gewährleistet sein. Damit stellen wir sicher, dass Schwangere,  
96 die einen Abbruch erwägen gute Beratung erhalten, aber auch jene, die  
97 möglicherweise gegen ihren Willen zu einem Abbruch gedrängt werden, eine  
98 umfangreiche Unterstützung bei der für sie richtigen Entscheidung erfahren.

99 Wir setzen uns deshalb dafür ein, dass flächendeckend in ganz Deutschland die  
100 Finanzierung von ausreichend vielen qualifizierten Beratungsstellen langfristig  
101 gesichert ist.

### 102 **Fundis stoppen**

103 Beratungsstellen, die nachweislich keine ergebnisoffene Beratung anbieten,  
104 sollten überprüft werden. Insbesondere Stellen, die mit  
105 Schwangerschaftskonfliktberatung werben, aber keine Beratungsscheine ausstellen,  
106 solange diese gesetzlich für einen Abbruch erforderlich sind, müssen geschlossen  
107 werden. Diese „Beratungsstellen“ sind meist organisierte Stellen von sogenannten  
108 „Lebensschützer\*innen“, die das Leben der schwangeren Frauen durch diese  
109 ideologische Beratung noch verschlimmern und erst Recht nicht ergebnisoffen  
110 unterstützen.

111 Des weiteren fordert die GRÜNE JUGEND ein Protestverbot für Lebensschützer\*innen  
112 im Umkreis von 1 km rund um Praxen und Beratungsstellen, die  
113 Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Darunter fallen für uns auch angebliche  
114 Gebete vor Praxen. Das Stigma und die Verurteilung die diese Menschen auf die  
115 Frauen projizieren muss verhindert werden.

### 116 **III. Für eine selbstbestimmte Schwangerschaft** 117 **und Geburt**

#### 118 **Unterstützung bei Schwangerschaften**

119 Während Schwangerschaftsabbrüche kriminalisiert sind, werden Menschen, die sich  
120 für eine Schwangerschaft entscheiden gerade dann, wenn sie wenig Geld haben, oft  
121 alleine gelassen. Ein großer Teil der Untersuchungen und medizinischen Angebote,  
122 die während einer Schwangerschaft zwar nicht absolut notwendig, aber sehr  
123 sinnvoll sind, müssen von gesetzlich versicherten Kassenpatient\*innen aus  
124 eigener Tasche bezahlt werden. Eine gute Gesundheitsversorgung während der  
125 Schwangerschaft darf jedoch nicht vom Geldbeutel abhängen. Deshalb setzen wir  
126 uns für eine stärkere finanzielle Unterstützung von Schwangeren mit geringem  
127 Einkommen sowie eine Erweiterung des Katalogs der Maßnahmen ein, die während der  
128 Schwangerschaft von der Krankenkasse übernommen werden.

#### 129 **Hebammen und Entbindungspfleger\*innen stärken**

130 Die Situation von Hebammen und Entbindungspfleger\*innen wurde in den letzten  
131 Jahren immer wieder diskutiert, auch wenn das Thema in den vergangenen Monaten  
132 stark in Vergessenheit geraten zu sein scheint, obschon sich die Lage nicht  
133 verbessert hat.

134 Seit 2015 wurden knapp 70 Kreißsäle geschlossen, mehr als weitere 20 sind von  
135 der Schließung bedroht oder temporär geschlossen. Eine wohnortnahe Entbindung  
136 ist in vielen Regionen bereits nicht mehr möglich, genauso wenig wie eine  
137 bewusste und überlegte Entscheidung zwischen verschiedenen Entbindungsorten.  
138 Gerade freiberuflich arbeitende Hebammen und Entbindungspfleger\*innen, die etwa  
139 in Geburtshäusern arbeiten oder Hausgeburten betreuen, haben in den vergangenen

140 Jahren ihr Handwerk aufgegeben, da die hohen Haftpflichtversicherungssummen für  
141 sie nicht zu stemmen waren. Darüber hinaus hat es sich für viele Kliniken als  
142 nicht wirtschaftlich herausgestellt, Kreißsäle zu betreiben und der  
143 Personalmangel hat sein Übriges getan.

144 Auf Landkarten der Unterversorgung können sich werdende Eltern eintragen, wenn  
145 sie für die Vor- oder Nachsorge keine Hebamme finden. Besonders eine Betreuung  
146 im Wochenbett ist im ganzen Bundesgebiet, und hier besonders in Ballungsräumen,  
147 nur noch schwerlich zu gewährleisten, was insofern fatal ist, als dass hier  
148 jungen Familien wichtige Unterstützung verwehrt wird, die etwa zur  
149 Gewaltprävention im Umgang mit dem Säugling beitragen kann. Auch finden gerade  
150 Mütter keine Ansprechpartner\*innen außerhalb des privaten Umkreises mehr, wenn  
151 sie unter Wochenbettdepressionen leiden, Probleme bei der Versorgung des Kindes  
152 entstehen oder Fragen zur Rückbildung auftreten. Dabei ist gerade in dieser  
153 emotional zumeist herausfordernden Zeit ein gutes Unterstützungsangebot immens  
154 wichtig.

155 Bestrebungen, ein Berufsfeld zum Besseren zu verändern, stehen und fallen nicht  
156 nur mit der Frage nach seiner Akademisierung, sondern vor allem auch mit der  
157 Frage, was im bereits Bestehenden verändert werden kann. Dies ist besonders  
158 insofern wichtig, da sich abzeichnet, dass immer mehr bereits ausgebildete  
159 Fachkräfte das Berufsfeld verlassen. Ein besserer Betreuungsschlüssel, mit dem  
160 Ziel, in allen Phasen der Geburt eine 1:1-Betreuung zu gewährleisten, sollte  
161 oberstes Ziel sein – nur so kann eine qualitative, bedürfnisorientierte  
162 Betreuung von Gebärenden ermöglicht werden. Auf der anderen Seite stehen  
163 Hebammen so auch nicht mehr unter dem immensen Druck, mehreren Gebärenden  
164 gleichzeitig gerecht zu werden. Hierfür müssen nun sehr schnell genügend  
165 Studienplätze für Hebammenkunde geschaffen werden, um einer weiteren  
166 Verschärfung des Engpasses entgegenzuwirken. Darüber hinaus muss endlich eine  
167 Lösung für die Versicherungsproblematik gefunden werden.

168 Eine Möglichkeit wäre die Deckelung der maximalen Schadenssumme im  
169 Versicherungsfall. Darüber hinaus zu leistende Zahlungen müssten dann aus einem  
170 Haftungsfond beglichen werden. Dann müsste nicht nur die verhältnismäßig kleine  
171 Gruppe der freiberuflichen Hebammen für die Schadenssummen aufkommen, sondern  
172 die Gemeinschaft wäre an den Kosten indirekt beteiligt und die notwendige und  
173 grundlegende Arbeit der Hebammen wäre gesichert. Langfristig brauchen wir  
174 allerdings eine Neuordnung der Berufshaftpflicht für alle Gesundheitsberufe.

### 175 **Gewalt bei der Geburt beenden**

176 Neben der Schwangerschaft und dem Wochenbett, stellt gerade die Geburt eine  
177 besonders verletzte Situation dar, da sich die gebärende Person oft in einer  
178 besonderen Hilflosigkeit sowie Abhängigkeit vom medizinischen Personal  
179 wiederfindet. Statt einer empathischen Betreuung, die sich an den Bedürfnissen

180 der Gebärenden orientiert, erleben zahlreiche Gebärende Vernachlässigung,  
181 aufgezwungene Eingriffe oder Demütigungen. Auf der Ebene der psychischen Gewalt  
182 bedeutet dies zudem verbale Gewalt, Vernachlässigung, Ausübung von Druck,  
183 Machtmissbrauch, grobe Verletzungen der Intimsphäre oder Diskriminierung, wie  
184 sie beispielsweise besonders Jugendliche, Unverheiratete, Menschen mit niedrigem  
185 sozialwirtschaftlichem Status, Transpersonen oder People of Color erfahren. Des  
186 Weiteren müssen zahlreiche Gebärende körperliche Misshandlung, Eingriffe ohne  
187 Einverständnis wie Dammschnitte oder übergriffige Untersuchungen erleiden.

188 Alle Schwangeren haben damit das Recht auf eine würdevolle und wertschätzende  
189 Gesundheitsversorgung im Verlauf der Schwangerschaft und während der Geburt,  
190 frei von Gewalt und Diskriminierung!

191 Die Ausübung von direkter Gewalt durch das medizinische Personal oder die  
192 Verletzung der Autonomie und Freiheiten der Gebärenden hängen dabei eng mit  
193 strukturellen Problemen in Geburtshilfe und der medizinischen Sphäre zusammen.  
194 Personalmangel, fehlende Raumkapazitäten, überlastete Geburtshelfer\*innen und  
195 Ärzt\*innen, Kreißsalschließungen, mangelnde Verbreitung von Geburtshäusern,  
196 fehlende wohnortnahe Versorgung sowie die strukturelle Gewalt an Gebärenden  
197 tragen zum Zustandekommen traumatisierender Erlebnisse während der Geburt bei.  
198 Auch prekäre Arbeitsbedingungen, wie die Tatsache, dass Hebammen übermüdet,  
199 gestresst und unterbezahlt drei oder vier Gebärende gleichzeitig betreuen  
200 müssen, macht eine gute Kommunikation über persönliche Wünsche und Grenzen,  
201 einen respektvollen Umgang und das zuverlässige Einholen des informierten  
202 Einverständnisses bei medizinischen Interventionen fast unmöglich. Die  
203 Zwangslage, Gebärende aufgrund einer fehlenden Versorgungsstruktur in  
204 Krankenhausabläufe zu integrieren, steht einer fürsorglichen und  
205 bedürfnisorientierten Betreuung von Gebärenden entgegen. Um Geburten rentabel zu  
206 gestalten, werden Geburtsvorgänge durch Interventionen wie Medikamentengabe  
207 beschleunigt oder zum Kaiserschnitt gedrängt, obwohl dies nicht notwendig oder  
208 von den Gebärenden gewünscht ist.

209 Nicht Effizienz oder Profit, sondern die Bedürfnisse und Wünsche der Gebärenden  
210 müssen im Zentrum stehen, denn alle haben das Recht die Umstände, in denen sie  
211 ihre Kinder zur Welt bringt, frei zu wählen!

#### 212 **IV. Daseinsvorsorge als Grundvoraussetzung**

213 Für eine selbstbestimmte Schwangerschaft und Geburt und insgesamt für eine gute  
214 Gesundheitsversorgung sind Daseinsvorsorge und eine ausfinanzierte Infrastruktur  
215 unerlässlich. Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens und aller Bereiche des  
216 Lebens hat dazu geführt, dass auch die zentralsten Bereiche der  
217 Gesundheitsversorgung vielen Menschen immer schwerer zugänglich werden. Dazu  
218 kommt, dass in vielen Regionen der Rückbau der öffentlichen Versorgung weiter  
219 voranschreitet.

220 Daraus entstehen massive Probleme bei Geburtshilfe und  
221 Schwangerschaftsbegleitung. So werden immer mehr Kinder in Krankenwägen geboren,  
222 weil der Weg zur nächsten Geburtstation oder zum Geburtshaus zu weit ist. Es  
223 darf nicht sein, dass Schwangere für Schwangerschaftsabbrüche,  
224 schwangerschaftsbegleitende Maßnahmen und Geburten teils hunderte Kilometer auf  
225 sich nehmen müssen. Denn mit weiten Wegen gehen auch deutlich erhöhte  
226 Gesundheitsrisiken für alle Beteiligten einher.

227 Ein besonderes Problem gibt es in diesem Zusammenhang bei Abtreibungen. Es gibt  
228 ohnehin schon viel zu wenige Ärzt\*innen, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten.  
229 In vielen Regionen, wo sich der Staat zurückzieht, übernimmt dann aber die  
230 katholische Kirche die Gesundheitsversorgung, deren Krankenhausleiter\*innen und  
231 Ärzt\*innen sich oftmals kategorisch weigern, Schwangere zu unterstützen und die  
232 versuchen, sie mit moralischem Druck zu einer eigentlich ungewollten Geburt zu  
233 drängen.

234 Daraus folgen für uns folgende Kernforderungen:

- 235 • Öffentliche Mittel für Geburtsstationen, Geburtshäuser und Hebammen müssen  
236 deutlich erhöht werden.
  
- 237 • Ausbildungen in der Fläche müssen stärker vorangetrieben werden, damit es  
238 auch in der Fläche langfristig mehr gut ausgebildete Kräfte gibt.
  
- 239 • Es bedarf einer breiten Versorgung in allen Ecken des Landes. Die  
240 Gesundheit ist auf Usedom, in der Grafschaft Bentheim oder im Bayrischen  
241 Wald genauso relevant wie in Berlin oder in Hamburg. Dazu bedarf es der  
242 gesetzlichen Festschreibung einer Maximalentfernung von Krankenhäusern und  
243 Arztpraxen, die auch in den hintersten Ecken Deutschlands nicht  
244 überschritten werden darf.
  
- 245 • Um flächendeckend umfassende Leistungen anzubieten bedarf es der Schaffung  
246 von Frauengesundheits- und Schwangerschaftszentren, die eben nicht nur die  
247 Schwangerschaftsbegleitung, Geburtshilfe und Neugeborenenversorgung  
248 anbieten, sondern auch Schwangerschaftsabbrüche. Dabei ist für uns klar:  
249 Die Kirche und andere Glaubensgemeinschaften gehört nicht in den  
250 Kreißsaal. Die zu schaffenden Frauengesundheits- und  
251 Schwangerschaftszentren dürfen nicht unter der Leitung von Kirchen oder  
252 anderen Glaubensgemeinschaften stehen.

## 253 **V. Frauen in der Gesundheitsforschung**

254 Frauen sind im Bereich der Medizin, insbesondere in der Forschung, stark  
255 unterrepräsentiert. Das ist nicht nur in Hinblick der Gleichberechtigung am  
256 Arbeitsmarkt ein Problem, sondern hat auch Auswirkungen darauf, woran geforscht  
257 wird, wessen Interessen berücksichtigt und für wen Produkte hergestellt werden.  
258 Ein männlich gedachtes und strukturiertes Gesundheitssystem reproduziert sich  
259 fortwährend selbst. So sind Forschung und Produkte oft an cis-männlichen Körpern  
260 erprobt und auf diese ausgerichtet. Das führt dazu, dass Frauen, Transmenschen  
261 und Non-Binaries aktiv gefährdet werden. Ein Beispiel dafür sind Frühwarnsysteme  
262 für Herzinfarkte. Der Informationsstand und die öffentliche Aufklärung in diesem  
263 Bereich erfassen fast ausschließlich Symptome, die Herzinfarkte meistens bei  
264 Männern verursachen. Dadurch bleiben sie bei Frauen oft lange unentdeckt, werden  
265 erst spät behandelt und das Risiko von Langzeitschäden oder Tod steigt. Wir  
266 wollen ein Gesundheitssystem, das alle Körper gleichermaßen in den Blick nimmt  
267 und allen eine bestmögliche Versorgung bietet. Ein erster wichtiger Schritt in  
268 diese Richtung ist eine gleichberechtigte Teilhabe von Frauen in der Medizin.  
269 Deshalb fordern wir eine paritätische Besetzung und damit eine Frauenquote für  
270 Führungspositionen und Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens, in den  
271 Vorständen der Krankenkassen, Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen.  
272 Gleichzeitig müssen Forschungsgelder gerecht verteilt werden. Dabei sollen  
273 sowohl Projekte von Forscherinnen als auch Forschungsvorhaben, die sich explizit  
274 mit Frauengesundheit oder der Gesundheitsversorgung von Transpersonen  
275 beschäftigen besonders berücksichtigt werden.

## 276 **VI. Gesundheitsversorgung für Transmenschen** 277 **stärken**

278 Transmenschen sind in besonderem Maße von Ausschlüssen im Gesundheitssystem  
279 betroffen. Sie leiden sowohl unter der zweigeschlechtlichen Ausrichtung der  
280 Gesundheitsversorgung als auch unter der Pathologisierung von Transmenschen, die  
281 tief in Wissenschaft und Praxis eingeschrieben ist. Seit den 1950er-Jahren  
282 herrschte die Vorstellung, dass es sich bei Transsexualität um eine psychische  
283 Erkrankung handele. Auch wenn es hier dank der Arbeit von mutigen  
284 Transaktivist\*innen in den letzten Jahren Fortschritte gab – so wird  
285 Transsexualität in der aktuellen Fassung der [Internationalen Klassifizierung von](#)  
286 [Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme](#) (ICD) seit 2018 nicht mehr als  
287 Krankheit oder Störung aufgeführt – wirkt die Psychopathologisierung weiter. Dem  
288 stellen wir uns entgegen. Denn wir setzen uns für einen gleichberechtigten  
289 Zugang von Transmenschen zu einer selbstbestimmten und würdevollen  
290 Gesundheitsversorgung ein. Deshalb fordern wir:

- 291 • die sozialrechtliche Absicherung transspezifischer Gesundheitsversorgung;



- 292 • die grundsätzliche Übernahme der Kosten von geschlechtsmodifizierenden  
293 oder -angleichenden Behandlungen ohne die Notwendigkeit des Nachweis der  
294 medizinischen Notwendigkeit;
- 295 • die Entpathologisierung von Transidentitäten und Umsetzung der Empfehlung  
296 des Europarats aus der Resolution 2048 „Discrimination against transgender  
297 people in Europe“ vom 22. April 2015, alle Einstufungen als psychische  
298 Krankheiten in nationalen Klassifikationen aller EU-Mitgliedsstaaten zu  
299 streichen;
- 300 • Umsetzung der S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung, die  
301 vom Bundesverband Trans\* in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft der  
302 Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) erarbeitet  
303 wurde.

304 Bis 2011 wurden Transpersonen, die ihre Personenstandsänderung beantragt haben,  
305 zwangssterilisiert. Noch heute bestehen große Hürden für Transpersonen, die ein  
306 Kind bekommen wollen. Transmänner, die ein Kind gebären, werden nach § 1592 BGB  
307 nicht als „Vater“ des Kindes eingetragen, sondern als „Mutter“. Transpersonen,  
308 die Eltern werden oder sind, sind mit ihrem alten, oft ungültigen Namen in die  
309 Geburtsurkunde ihres Kindes eingetragen und können so im Alltag nicht beweisen,  
310 dass sie das Elternteil des Kindes sind.

## 311 **VII. Feministische Gesundheitspolitik global** 312 **denken**

313 Der Zugang zu reproduktiver Gesundheit und eine gute Gesundheitsversorgung ist  
314 gerade im globalen Kontext für viele Menschen nicht gegeben. Entweder verhindern  
315 Armut und eine schlechte wirtschaftliche Lage eine gute medizinische Versorgung,  
316 oder autoritäre, frauen- und queerfeindliche Regime produzieren bewusst  
317 Ausschlüsse, um Frauen und LGBTIQ zu unterdrücken. Es wird Zeit, dass die  
318 Staatengemeinschaft hier endlich Verantwortung übernimmt. Deutschland müsste  
319 hier Druck auf Staaten wie die USA ausüben, ist jedoch aufgrund der  
320 frauenfeindlichen Gesetzeslage im eigenen Land unglaubwürdig. Die  
321 Entkriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen ist also auch die  
322 Voraussetzung dafür, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung im globalen und  
323 internationalen Kontext voranzutreiben. Der Einsatz für reproduktive Rechte und  
324 eine feministische Betrachtung von Gesundheit muss Teil einer feministischen  
325 Außenpolitik werden. Dazugehört die ausreichende Finanzierung des  
326 Weltbevölkerungsfonds (UNFPA) der Vereinten Nationen, der sich international für  
327 eine selbstbestimmte Familienplanung einsetzt, sowie die Finanzierung von

328 Nichtregierungsorganisationen, die sich für reproduktive Rechte stark machen,  
329 durch die Staatengemeinschaft, gerade in solchen Ländern, in denen Frauenrechte  
330 massiv eingeschränkt und Abbrüche kriminalisiert werden.

331 Außerdem muss der Kampf gegen weibliche Genitalverstümmelung auf internationaler  
332 Ebene vorangetrieben werden. Bei weiblicher Genitalverstümmelung handelt es sich  
333 um einen schweren Menschenrechtsverstoß und einen groben Verstoß gegen das Recht  
334 auf körperliche und seelische Unversehrtheit von Kindern. In 30 Ländern wird der  
335 grausame Ritus der Genitalverstümmelung aber immer noch ausgeübt und weltweit  
336 sind etwa 200 Millionen Mädchen und Frauen betroffen. Nach Schätzungen des EU-  
337 Parlaments sind in Europa derzeit mehr als 180.000 Mädchen dem Risiko  
338 ausgesetzt, in einem Land der EU oder im Herkunftsland ihrer Eltern  
339 Genitalverstümmelung zu erleiden. In Deutschland leben mehr als 20.000 Frauen,  
340 die Opfer weiblicher Genitalverstümmelung wurden. Seit einigen Jahren findet  
341 sich weibliche Genitalverstümmelung im Strafgesetz wieder und wird als  
342 Fluchtgrund anerkannt. Die bisherigen Schutzmaßnahmen greifen jedoch zu kurz.  
343 Wir fordern den Ausbau von Präventionsmaßnahmen wie die dauerhafte Förderung von  
344 Projekten zur Aufklärung und die gezielte Schulung von Gynäkolog\*innen und  
345 Kinderärzt\*innen. Auch wohnortnahe und niedrigschwellige Angebote müssen  
346 geschaffen werden, bei denen betroffene Mädchen und Frauen Hilfe, Beratung und  
347 Schutz in Anspruch nehmen können und medizinische sowie psychosoziale  
348 Unterstützung erhalten.

## 349 **VIII. Feministische Kämpfe als Ausgangspunkt für** 350 **ein anderes Gesundheitssystem**

351 Im nächsten Jahr wollen wir verstärkt Kämpfe miteinander verbinden. Eine  
352 feministische Gesundheitspolitik muss für uns mit einer grundsätzlichen Kritik  
353 an der Ökonomisierung des Gesundheitssystems verbunden werden. Deshalb wollen  
354 wir uns als GRÜNE JUGEND verstärkt mit diesem Thema beschäftigen und Visionen  
355 für ein Gesundheitssystem der Zukunft entwerfen, dass die Bedürfnisse von  
356 Menschen und nicht Profite in den Mittelpunkt stellt. Damit der Spruch  
357 „Gesundheit ist keine Ware, sondern ein Recht!“ irgendwann mal kein Anspruch,  
358 sondern eine Realität ist.