

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 verletzbare 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.