

A3 MENSCHENRECHT GESUNDHEIT - FÜR EINE GENDERINKLUSIVE GESUNDHEITSVERSORGUNG

Antragsteller*in: FINTA*-Rat
Tagesordnungspunkt: 9 V-Anträge

Antragstext

1 Gesundheit ist ein Menschenrecht – doch besonders FINTA-Personen (Frauen, inter,
2 nicht-binäre, trans und agender Menschen) erleben im medizinischen System
3 tagtäglich strukturelle und individuelle Ausschlüsse.

4 Die Grüne Jugend Baden-Württemberg setzt sich mit diesem Antrag für eine
5 gerechte und inklusive Gesundheitsversorgung ein. Gesundheit darf nicht länger
6 davon abhängen, welchem Geschlecht man zugeordnet wird, welchen Körper man hat,
7 wo man lebt oder welchen Status man besitzt!

8 1. Genderinklusive Gesundheitsversorgung

9 Gesundheit und Gesundheitsversorgung sind Grundrechte. Doch noch immer ist der
10 Zugang zu medizinischer Versorgung in Deutschland von Faktoren wie Gender,
11 Herkunft, Einkommen, Aufenthaltsstatus oder Versicherungsstatus abhängig.
12 Besonders betroffen sind FINTA-Personen (Frauen, inter, nicht-binäre, trans und
13 agender Menschen), Menschen mit Rassismuserfahrungen, Menschen mit Behinderung
14 und solche mit prekärem Aufenthaltsstatus.

15 Zum Beispiel geben 35-41% der befragten TIN* Personen an, in den letzten 12
16 Monaten im sozialen oder gesundheitlichen Bereich diskriminiert worden zu sein.
17 Weitere Diskriminierung von TIN*-Personen zeigt sich bei der Binarität in
18 Datenerhebung, Krankenakten und Formularen, fehlende queersensible Angebote
19 außerhalb großer Städte, Misgendering, Verweigerung notwendiger Behandlungen und
20 Gewalt gegen inter Kinder.
21 Migrantisierte Personen, insbesondere mit eingeschränkten Deutschkenntnissen
22 oder aus bestimmten Herkunftsregionen, nutzen seltener psychotherapeutische oder
23 präventive Gesundheitsangebote - ein Hinweis auf strukturelle Barrieren.

24 Deshalb fordern wir:

25 **Versorgung neu aufstellen**, durch flächendeckende queer- und transsensible

26 Anlaufstellen – auch in ländlichen Regionen , Community Clinics mit Peer-
27 Beratung ergänzend zu hausärztliche Strukturen, genderneutrale Dokumentation:
28 frei wählbare Geschlechtsmarker und Pronomen am Beispiel Casa Kuà – Berlin,
29 Trans Health Clinics

30 **Zugang zu Gender Affirming Care für nicht-binäre Personen.**

31 **Beratungsangebote für TIN* ausbauen, Kostenübernahme für geschlechtsangleichende**
32 **Behandlungen als Regelleistung und Regelanspruch für Trans*-Personen auf**
33 **Erbgutkonservierung.**

34 **Eine elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete.**

35 **Öffentliche Informationen bereitstellen & Barrieren abbauen, indem**
36 Dolmetschdienste in Praxen als Regelangebot verfügbar sind, Digitale Tools, die
37 queersensible, mehrsprachige und niederschwellige Information und Formulare
38 bereitstellen. Insbesondere Informationen zu Hormonkliniken und -ärzt*innen,
39 beispielsweise über Aufklärungskampagnen oder eine speziell dafür eingerichtete
40 Website, sowie den bedarfsgerechten Ausbau der Angebote vorantreiben.

41 **Verbindliche Qualifizierung:** Pflichtschulungen für medizinisches Personal in
42 queerer/trans/inter Gesundheitsversorgung, Rassismuskritik und trauma-sensibler
43 Pflege.

44 **Empowerment und Peer-Angebote:** Community-basierte Gesundheitsbildung,
45 Finanzierung und institutionelle Unterstützung für Selbstvertretungsstrukturen
46 und Peer-Beratung.

47 **Mehr Kompetenzen und Mittel für Kommunen für die kommunale Gesundheitsplanung**
48 nach kanadischem Vorbild.

49 Finanzierung durch ein **solidarisch getragenes, nicht-profitorientiertes**
50 **Gesundheitssystem.**

51 **2. Forschung zu FINITA*-Gesundheit fördern**

52 Ein großer Teil unserer aktuell genutzten Medikamente basiert auf
53 Studienergebnisse, die in der Vergangenheit an Personen biologisch männlichen
54 Geschlechts erprobt wurden. Es gilt die “Männliche Norm”. Frauenkörper werden
55 somit teilweise auch bis heute, mit der Begründung, zu komplex und unkonstant zu
56 sein, von Studien ausgeschlossen.

57 Das Ausschließen weiblicher Körper in der Forschung, verhindert somit eine

58 adäquate Behandlung abseits biologisch männlicher Körper. Die Unterschiede der
59 Körper verschiedener Geschlechter sind sogar in den Zellen zu finden. So
60 verhalten sich die Körper beispielsweise bei der Übertragung von
61 Schmerzsignalen, der Verstoffwechslung bestimmter Medikamente oder auch den
62 Ausformungen von Erkrankungen unterschiedlich.

63 Die Leitsymptome verschiedener Erkrankungen werden vor allem für den männlichen
64 Durchschnittskörper gelehrt und vermittelt. Beispiel: Bei einem Koronarinfarkt -
65 klassisch Herzinfarkt - gilt als gelehrtes Hauptsymptom Schmerzen in der Brust -
66 mit Ausstrahlungen im linken Arm. Frauen leiden jedoch sehr häufig bei einem
67 Koronarinfarkt an unspezifischen Symptomen wie Übelkeit und Rücken- &
68 Oberbauchschmerzen, welche die zeitnahe Feststellung verzögern, oder dazu
69 führen, dass die Ernsthaftigkeit hinter den Symptome gar nicht erkannt wird. Das
70 Ganze kann tödliche Folgen für die Frauen haben.

71 Der weibliche Zyklus und dessen Hormonschwankung in den unterschiedlichen 4
72 Zyklusphasen beeinflussen den biologisch weiblichen Körper ungemein. Es konnte
73 herausgefunden werden, dass der Zyklus bei dem Wirkungsmechanismus von
74 Medikamenten beispielsweise gegen Psychosen, bei Antihistaminika oder
75 Herzmedikation abhängig vom Zyklus der Frau ist.

76 Menschen mit Rassismuserfahrungen – insbesondere BIPOC (Black, Indigenous and
77 People of Colour) – sehen sich im Kontakt mit dem Gesundheitssystem weiterhin
78 mit strukturellem und individuellem Rassismus konfrontiert. Ein gravierendes
79 Beispiel ist der Mangel an medizinischer Expertise im Umgang mit
80 unterschiedlichen Hauttönen („Skin of Colour“). Dieser Wissensmangel kann dazu
81 führen, dass Krankheiten wie Hautoausschläge, Neurodermitis oder auch Borreliose
82 auf dunkler Haut zu spät, falsch oder gar nicht diagnostiziert werden.

83 Deshalb fordern wir:

84 **Reform medizinischer Ausbildung:** Curriculum-Reform in Medizin, Pflege,
85 Psychotherapie – Diversität muss Teil der Ausbildung sein. Beteiligung von
86 FINTA- und BIPOC-Expert*innen an Lehrplänen, Fachgremien und Forschung. Die
87 Landesregierung wird aufgefordert, medizinisches Personal verbindlich im
88 Erkennen und Behandeln von Symptomen auf verschiedenen Hauttönen zu schulen.

89 Die geschlechtergerechte, vielfältige und diskriminierungssensible **Überarbeitung**
90 **von medizinischen Lehr- und Schulbüchern an Hochschulen und Ausbildungsstätten**
91 im Land. Die bisherige Abwesenheit oder verzerrte Darstellung von FINTA-Körpern
92 – selbst in Fächern wie der Gynäkologie – trägt zur strukturellen Unsichtbarkeit
93 und falschen medizinischen Versorgung bei.

94 **Den Ausbau von Endometriose Zentren in Baden-Württemberg**

95 **Die Landesregierung wird aufgefordert, gezielt Forschung zur gesundheitlichen**
96 **Situation von trans Personen und BIPOC zu fördern.** Der eklatante Mangel an Daten
97 und Studien zu ihren spezifischen Bedarfen führt zu systematischen
98 Versorgungslücken und diskriminierenden Behandlungspraxen.

99 **3. Reproduktive Gerechtigkeit ermöglichen – Selbstbestimmung garantieren**

100 Reproduktive Selbstbestimmung ist ein Menschenrecht – und es darf nicht weiter
101 von Wohnort, Herkunft, ökonomischem Status, Geschlechtseintrag oder körperlichen
102 Voraussetzungen abhängen. In Baden-Württemberg ist der Zugang zu
103 Schwangerschaftsabbrüchen und reproduktionsmedizinischen Maßnahmen jedoch
104 vielerorts unsicher, diskriminierend oder gar unmöglich. Gemeinsam mit Prof. Dr.
105 Liane Wörner, Professorin für Strafrecht, Strafprozessrecht,
106 Strafrechtsvergleichung, Medizinstrafrecht und Rechtstheorie an der Universität
107 Konstanz und Mitglied der von der Bundesregierung eingesetzten Kommission für
108 reproduktive Rechte, haben wir auf Basis eines intensiven Austauschs
109 Handlungsfelder identifiziert, in denen das Land handeln muss.

110 Prof. Wörner begleitet die bundespolitische Reform des §218 StGB aus
111 juristischer, menschenrechtlicher und feministischer Perspektive. In unserem
112 Gespräch hat sie deutlich gemacht: Die derzeitige Gesetzeslage verstärkt
113 strukturelle Ungleichheit, kriminalisiert medizinische Versorgung und behindert
114 eine selbstbestimmte Familienplanung. Ihr Engagement für reproduktive
115 Gerechtigkeit – von gerichtlichen Klagen bis zur rechtspolitischen Beratung –
116 war wegweisend für die Entwicklung dieses Antrags.

117 **Deshalb fordern wir:**

118 **§ 218 StGB abschaffen – bis dahin: Spielräume nutzen!**

119 Wir schließen uns der Empfehlung der Kommission an: Schwangerschaftsabbrüche
120 gehören entkriminalisiert. Der § 218 StGB ist ein Relikt, das die körperliche
121 Autonomie von FINTA* in Frage stellt. Bis zur Abschaffung fordern wir: Das Land
122 muss alle rechtlichen und finanziellen Spielräume nutzen, um den Zugang zu
123 gewährleisten und zu erleichtern.

124 **Flächendeckende, kostenfreie und diskriminierungsfreie Versorgung mit
125 Verhütungsmitteln und Schwangerschaftsabbrüchen.**

126 Wir fordern eine landesweite Versorgung mit Verhütungsmitteln – kostenlos und
127 barrierearm, insbesondere für junge Menschen, Menschen mit Behinderung, prekär
128 Lebende sowie trans*, inter* und nicht-binäre Personen. Schwangerschaftsabbrüche
129 müssen überall im Land medizinisch sicher, diskriminierungsfrei und kostenlos
130 verfügbar sein.

131 **Bessere Versorgung der durchführenden Ärzt*innen.** Für die Durchführung sicherer
132

133 Schwangerschaftsabbrüche sind Medikamente wie Mifepriston und Misoprostol sowie
134 Geräte wie Absauggeräte, Kuretten und Ultraschalltechnik erforderlich. Diese
135 Mittel sind jedoch oft schwer erhältlich und müssen über spezialisierte
136 Bezugsstellen beschafft werden. Viele Ärzt*innen tragen die Kosten für diese
137 Ausstattung selbst, was die Versorgung erschwert. Wir fordern ein landesweites
138 Förderprogramm, das die Beschaffung und Ausstattung von Praxen und Kliniken
139 unterstützt, die Versorgung in ländlichen Regionen verbessert und das
140 Medizinpersonal in reproduktiver Medizin sowie queersensibler Versorgung fort-
und weiterbildet.

141 **Verpflichtung öffentlicher Kliniken zur Durchführung von**
142 **Schwangerschaftsabbrüchen** Immer mehr kommunale Träger schließen Abtreibungen aus
– teils als Bedingung für Klinikfusionen. Diese strukturelle
143 Verweigerungshaltung darf es nicht geben. Wir fordern: Öffentliche Kliniken
144 müssen zur Durchführung verpflichtet werden. Dazu braucht es landesrechtliche
145 Vorgaben und Förderbedingungen, die Versorgung sichern statt verhindern.
146

147 **Barrierefreie reproduktionsmedizinische Versorgung für alle Geschlechter**
148 Trans*, inter*, agender und nicht-binäre Personen haben aktuell faktisch kaum
149 Zugang zu reproduktionsmedizinischen Leistungen. Das widerspricht dem
150 Selbstbestimmungsgesetz und internationalen Menschenrechten. Wir fordern: Ein
151 inklusives Versorgungssystem, das niemanden ausschließt – unabhängig vom
152 rechtlichen Geschlecht.

153 **Sprachmittlung und Beratung für alle – unabhängig von Herkunft, Status oder**
154 **Sprache** Menschen mit Flucht- oder Migrationsgeschichte werden oft von Beratung
155 ausgeschlossen – etwa weil keine Dolmetschung zur Verfügung steht. Wir fordern
156 ein Landesförderprogramm für Sprachmittlung in Beratungsstellen sowie
157 verpflichtende Schulungen zu intersektionaler, queersensibler und
158 rassismuskritischer Beratungspraxis.

159 **Frühzeitige Aufklärung und Beratung – auch in Schulen und Kitas**
160 Reproduktive Gerechtigkeit beginnt mit Wissen. Deshalb fordern wir die stärkere
161 Zusammenarbeit zwischen Schulen und Beratungsstellen, inklusive
162 sexualpädagogischer Angebote und gendergerechter Sprache bereits in der Kita.
163 Paarberatung und Sexualberatung müssen neu aufgestellt und ausfinanziert werden.

164 **4. Rechtsmedizinische Versorgung stärken**

165 FINTA*-Personen (Frauen, inter, nicht-binäre, trans und agender Personen) sind
166 überdurchschnittlich häufig von geschlechtsspezifischer, sexualisierter und
167 häuslicher Gewalt betroffen. Dennoch bestehen in Baden-Württemberg, wie auch
168 bundesweit, erhebliche Versorgungslücken in der rechtsmedizinischen Betreuung.

169 Insbesondere mangelt es an diskriminierungssensibler, umgangssensible gegenüber
170 traumaerfahrungen und niedrigschwelliger rechtsmedizinischer Versorgung. In
171 vielen Regionen, insbesondere im ländlichen Raum, fehlen spezialisierte
172 Gewaltschutzambulanzen oder vergleichbare rechtsmedizinische Angebote
173 vollständig. Wo es sie gibt, sind sie häufig an die Bedingung einer
174 polizeilichen Anzeige geknüpft, was viele Betroffene abschreckt.

175 Hinzu kommen strukturelle Ausschlüsse: Viele medizinische Einrichtungen sind
176 cis-normativ organisiert, Anamnesebögen und Behandlungspraxen schließen trans,
177 inter- und nicht-binäre Personen aus. Rassismus, Klassismus, sprachliche
178 Barrieren und fehlende Barrierefreiheit verstärken diese Ausschlüsse zusätzlich.
179 Menschen ohne Krankenversicherung, mit Flucht- oder Migrationsgeschichte oder
180 mit Behinderung erfahren dadurch eine faktische Verweigerung rechtsmedizinischer
181 Hilfe.

182 Zudem fehlt es an Schutträumen und einer angemessenen psychosozialen Nachsorge.
183 Das Vertrauen in staatliche Institutionen ist bei vielen FINTA*-Personen
184 erschüttert, insbesondere wenn sie mehrfach marginalisiert sind. Alleine die zu
185 oft gestellte Frage nach dem äußeren Erscheinungsbild nach sexuellen Übergriffen
186 verdeutlicht das institutionelle Misstrauen der Justiz und Polizei gegenüber
187 FINTA* Personen. Nicht zuletzt ist die Datenlage alarmierend: Es gibt kaum
188 differenzierte Erhebungen zur Inanspruchnahme rechtsmedizinischer Angebote durch
189 FINTA*-Personen. Ihre spezifischen Bedarfe werden nicht ausreichend
190 berücksichtigt.

191 Wir als Grüne Jugend Baden-Württemberg setzen uns für eine
192 diskriminierungssensible, flächendeckende und rechtlich abgesicherte
193 rechtsmedizinische Versorgung ein, die die Realitäten und Bedarfe von FINTA*-
194 Personen endlich ernst nimmt. Eine bedarfsoorientierte Versorgung darf nicht
195 davon abhängig sein, ob eine Anzeige erstattet wird. Sie muss barrierefrei,
196 anonym, niedrigschwellig und intersektional gedacht werden, unabhängig von
197 Geschlecht, Herkunft, Aufenthaltsstatus, Wohnort oder Versicherungssituation.

198 Deshalb fordern wir:
**Den Ausbau von Gewaltschutzambulanzen und rechtsmedizinischen
200 Versorgungseinheiten mit spezifischer FINTA*-Kompetenz** in ganz Baden-
201 Württemberg, insbesondere auch in ländlichen Regionen.

202 Die gesetzliche Verankerung und landesweite Umsetzung **anonymer Spurensicherung
203 unabhängig von einer Strafanzeige sicherstellen.**

204 Eine klare **Zuständigkeit für die Finanzierung** durch das Land definieren und die
205 Übernahme der Kosten für rechtsmedizinische Untersuchungen verbindlich regeln.

- 206 **Mehrsprachige, barrierefreie und niedrigschwellige Informationsmaterialien zu
rechtsmedizinischen Angeboten bereitstellen – insbesondere auch in digitaler
Form.**
- 209 **In Zusammenarbeit mit queeren, feministischen und migrantischen Beratungsstellen
entsprechende Programme für Fachkräfte zu entwickeln und regelmäßig evaluieren.**
- 211 **Eine verpflichtende, geschlechtersensible Datenerhebung zur Nutzung
rechtsmedizinischer Versorgung durch FINTA*-Personen in Baden-Württemberg
initiiieren.**
- 214 **Forschungsprojekte zu Barrieren, Bedarfen und Erfahrungen marginalisierter
Gruppen in der rechtsmedizinischen Versorgung gezielt fördern.**

Begründung

beschlossen auf dem FINTA*-Rat am 28.6.2025 in Stuttgart
Begründung erfolgt mündlich

Unterstützer*innen

Charlotte Stocker, Theresa Fidušek, Flora Wagner