

**BESCHLÜSSE**  
der ordentlichen  
Bundeskonferenz der  
SPDqueer –  
Arbeitsgemeinschaft der  
SPD für Akzeptanz und  
Gleichstellung

25. Oktober 2025  
in Berlin

## Inhaltsverzeichnis

### L - Leitantrag

L01 Gleiche Chancen. Gleiche Rechte. Queerpolitik als sozialdemokratische Pflichtaufgabe	11
--	----

**P - Programme**

P01	Neues Grundsatzprogramm der SPDqueer	18
P02	Arbeitsprogramm der SPDqueer-Bundesvorstandes 2025–2027	20

## A - Asyl- und Außenpolitik

- |     |  |    |
|-----|--|----|
| A01 | Trans*, inter und nichtbinäre Menschen schützen und Reisefreiheit gewährleisten  | 22 |
| A02 | Aufnahmeprogramm für queere Menschen aus Afghanistan erfüllen und Zusage einhalten!  | 23 |
| A03 | Rettung queerer Menschen aus Afghanistan   | 24 |
| A04 | Überarbeitung der Regelung zu sicheren Herkunftsstaaten unter Berücksichtigung des EuGH-Urteils vom 1. August 2025 und Schutz vulnerabler Gruppen (insbesondere LSBTIQ+) | 25 |
| A05 | Wo queere Menschen verfolgt werden, ist es nicht sicher!   | 26 |
| A06 | Keine Bestimmung „sicherer Herkunftsänder“ durch Rechtsverordnung, effektiver Rechtschutz für queere Geflüchtete   | 27 |

**B - Bildungspolitik**

B01 Regelfinanzierung von Schulaufklärungsprojekten gegen Queerfeindlichkeit

28

**G - Gesundheitspolitik**

G01	ANTRAG QUEERE BERATUNGSSTELLEN IN JEDER KOMMUNE / LANDKREIS	29
G02	Born This Way - Für eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung queerer Menschen!	30

**O - Organisationspolitik**

001 Geschlechtliche Vielfalt auch in Doppelspitzen zulassen!	77
002 Nicht-binäre Personen in Berichten abbilden	78

## R - Rechtspolitik

R01	Keine Ausnahmen bei Queerfeindlichkeit - Schutz vor Beleidigung muss für alle queeren Menschen gelten!	79
R02	Gewalthilfe für alle! – Gewalthilfegesetz auf queere Betroffene ausweiten!	80
R03	Kein Sonderregister für trans*Personen	82
R04	Nie wieder heißt nie wieder: Listen von TINA* Personen verhindern	83
R05	Konsequentes Offenbarungsverbot für trans*, inter* und nicht-binäre Personen	84
R06	Regenbogenfamilien endlich rechtlich umsetzen	86

**Z - Zivilgesellschaft und Demokratie**

Z01	Resilienz für Vielfalt: Aufbau und Finanzierung queerer Stiftungen	87
Z02	Bund bleibt bunt: Die Bundesverwaltung gehört auf den CSD!	88
Z03	Förderung von Diversitäts- und Antidiskriminierungsprogrammen in Unternehmen	89
Z06	Antrag zur Erinnerungskultur	90

**Ini - Initiativanträge**

Ini02	Listenwahlen für alle Geschlechter gerechter gestalten	91
Ini03	Änderungsantrag zum Initiativantrag: Weser Ems – Bettina Kruthaup	92
01	Initiativantrag Aktuelle Situation von queeren Asylantragsstellenden aus den USA	93

**S - Sonstige**

S01	Geschlechtliche Vielfalt im Betriebsverfassungsgesetz	94
S02	Verbindung zu KESHET DEUTSCHLAND - Die jüdische LGBTIQ Community intensivieren	95

# Antrag L01: Gleiche Chancen. Gleiche Rechte. Queerpolitik als sozialdemokratische Pflichtaufgabe

Laufende Nummer: 31

Antragsteller*in:	Bundesvorstand
Status:	angenommen
Sachgebiet:	L - Leitantrag

1 1. Ein kurzer Rückblick: Die SPD und die Queerpolitik  
2 Die Geschichte der SPD ist eng mit dem Einsatz für Freiheit, Gerechtigkeit und  
3 Solidarität verbunden. Diese Werte bilden seit jeher den Kompass sozialdemokratischer  
4 Politik, und sie gelten für alle Menschen. Schon früh haben Sozialdemokrat\*innen für  
5 die Entkriminalisierung und gesellschaftliche Anerkennung von Queerness gekämpft. Die  
6 Abschaffung des §175, der jahrzehntelang homosexuelle Männer kriminalisierte, wurde  
7 maßgeblich von SPD-Politiker\*innen vorangetrieben. Ebenso hat die SPD in  
8 Regierungsverantwortung die eingetragene Lebenspartner\*innenschaft, die Ehe für alle,  
9 das Selbstbestimmungsgesetz und Antidiskriminierungsrechte auf den Weg gebracht.  
10 Queerpolitik war und ist damit ein fester Bestandteil unseres sozialdemokratischen  
11 Handelns – nicht als Randthema, sondern als Kernfrage von Demokratie und sozialer  
12 Gerechtigkeit.

13 1.1. Unsere Haltung – klar und unmissverständlich

14 In der SPDqueer und in der gesamten SPD vertreten wir eine eindeutige Position:  
15 Queerpolitik bedeutet gesellschaftliche Teilhabe. Wer von echter sozialer  
16 Gerechtigkeit spricht, muss dafür sorgen, dass alle Menschen frei von Diskriminierung  
17 und in voller Gleichberechtigung am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können.  
18 Gesellschaftliche Teilhabe ist keine Zusatzleistung, sondern eine Grundvoraussetzung  
19 für soziale Gerechtigkeit.

20 1.2. Kein Entweder-oder: Queerpolitik ist Sozialpolitik

21 Es gibt keinen Widerspruch zwischen dem Kampf für Gleichberechtigung und dem Kampf  
22 für soziale Sicherheit. Im Gegenteil: Queerpolitik und Sozialpolitik gehören  
23 zusammen. Wer queeren Menschen gleiche Chancen in Bildung, Arbeit und Gesundheit  
24 ermöglicht, stärkt auch ihre soziale und wirtschaftliche Sicherheit. Gerechtigkeit  
25 heißt: alle mitdenken – unabhängig von sexueller Orientierung, geschlechtlicher  
26 Identität oder Lebensweise. Sozialdemokratische Politik denkt nicht in Gegensätzen,  
27 sondern verbindet, was zusammengehört: Menschenrechte und soziale Rechte sind  
28 untrennbar.

29 1.3. Queerpolitik heißt Solidarität

30 Sozialdemokratische Politik lebt vom Grundsatz der Solidarität. Solidarität mit  
31 queeren Menschen bedeutet, aktiv gegen Diskriminierung, Ausgrenzung und Gewalt  
32 einzutreten. Sie bedeutet, marginalisierte Gruppen zu stärken und ihnen eine Stimme  
33 zu geben. Diese Solidarität endet nicht an nationalen Grenzen. Sie gilt auch  
34 international – überall dort, wo queere Menschen verfolgt werden, müssen wir uns als  
35 Sozialdemokrat\*innen klar positionieren und für ihre Rechte eintreten.

36

#### 1.4. Queerpolitik ist Demokratiepolitik

37 Queerpolitik ist die erste Brandmauer gegen Rechts. Wer die Rechte von Minderheiten  
38 verteidigt, verteidigt zugleich die demokratische Grundordnung gegen repressive  
39 Kräfte und menschenfeindliche Ideologien. Rechtspopulistische und rechtsextreme  
40 Bewegungen greifen queere Menschen nicht zufällig an – sie tun es, weil es ein  
41 Einstieg in den Abbau von Freiheitsrechten insgesamt ist. Die Erfahrung zeigt: Wo  
42 Queerfeindlichkeit geduldet oder gefördert wird, geraten schnell auch die Rechte  
43 anderer Gruppen ins Visier. Queerpolitik schützt daher nicht nur queere Menschen,  
44 sondern ist ein Frühwarnsystem für die Gefährdung von Demokratie und Menschenrechten  
45 insgesamt.

#### 46 1.5. Der Gradmesser sozialdemokratischer Politik

47 Queerpolitik ist ein Indikator dafür, ob Politik tatsächlich alle Menschen  
48 gleichermaßen erreicht. Eine Gesellschaft, in der queere Menschen ohne Angst, ohne  
49 Diskriminierung und ohne strukturelle Benachteiligung leben können, ist eine  
50 Gesellschaft, die ihren Anspruch auf Gerechtigkeit und Gleichberechtigung ernst  
51 nimmt. Gelingt es, die Lebensrealitäten queerer Menschen in allen Bereichen  
52 mitzudenken – von der Kita bis ins Alter, vom Arbeitsmarkt bis zur Pflege –, dann  
53 gelingt auch eine Politik, die niemanden zurücklässt.

#### 54 1.6. Menschenrechte sind unteilbar - Queerpolitik ist Menschenrechtspolitik

55 Menschenrechte sind nicht verhandelbar – und sie stehen nicht in Konkurrenz  
56 zueinander. Es gibt kein „wichtiger“ oder „weniger wichtig“, kein „zuerst“ oder  
57 „danach“. Wer anfängt, Menschenrechte einzuschränken, schafft Raum für ihren Abbau –  
58 Stück für Stück, für alle. Queerpolitik ist Menschenrechtspolitik. Sie gehört ins  
59 Zentrum einer gerechten Gesellschaft – nicht an den Rand.

60 Wir lehnen jede politische Instrumentalisierung ab, die Gleichberechtigung und  
61 soziale Gerechtigkeit gegeneinander ausspielt. Es darf nie heißen: „erst“ soziale  
62 Sicherheit, „dann“ Gleichstellung – oder umgekehrt. Beides bedingt einander. Eine  
63 sozialdemokratische Politik, die diesen Zusammenhang ignoriert, gefährdet ihre eigene  
64 Glaubwürdigkeit – und verrät ihre Grundwerte.

#### 65 1.7 .Unser Anspruch

66 Für uns in der SPD ist klar: Eine gerechte Gesellschaft ist nur dann möglich, wenn  
67 alle Menschen gleiche Rechte und Chancen haben – unabhängig davon, wen sie lieben  
68 oder wie sie ihr Geschlecht leben. Queerpolitik ist daher kein Zusatzprogramm,  
69 sondern ein integraler Bestandteil sozialdemokratischer Politik.  
70 Soziale Gerechtigkeit, Gleichberechtigung, Solidarität – das sind keine voneinander  
71 getrennten Aufgabenfelder, sondern Ausdruck ein und desselben Ziels: einer freien,  
72 gerechten und solidarischen Gesellschaft.

#### 73 2. Solidarität mit trans\*-, inter\*- und nicht-binären Menschen

74 Solidarität mit trans\*-, inter\*- und nicht-binären Menschen bedeutet, ihre  
75 Lebensrealitäten sichtbar zu machen, Diskriminierungen klar zu benennen und  
76 politische Verantwortung einzufordern. Die aktuellen Zahlen zeigen, wie groß der

77 Handlungsbedarf ist.

## 78 2.1. Daten, Fakten, Zahlen

79 Laut den Statistiken des Bundeskriminalamts und des Bundesinnenministeriums wurden im  
80 Jahr 2024 1.152 Delikte im Bereich „geschlechtsbezogene Diversität“ gemeldet. Das ist  
81 ein Anstieg um etwa 35 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Damit wird deutlich: Gewalt,  
82 Bedrohung und Diskriminierung gegen trans\*, inter\* und nicht-binäre Menschen sind  
83 keine Randphänomene, sondern wachsende gesellschaftliche Probleme.

84 Im Zensus 2022 gaben 969 Personen an, die Geschlechtsoption „divers“ in ihren  
85 Ausweisdokumenten eingetragen zu haben, und 1.259 Menschen machten bewusst keine  
86 Geschlechtsangabe. Hinzu kommt eine hohe Dunkelziffer, da viele Menschen aufgrund  
87 sozialer Hürden und Diskriminierungsängste von einer Änderung absehen. Seit  
88 Einführung des Selbstbestimmungsrechts haben jedoch bereits Tausende ihren  
89 Geschlechtseintrag anpassen lassen – ein klares Zeichen für das Bedürfnis nach  
90 rechtlicher Selbstbestimmung.

## 91 2.2. Formen von Trans\*feindlichkeit in unserer Gesellschaft

92 Trans\*-, inter\*- und nicht-binäre Menschen erleben Diskriminierung in vielen Formen  
93 und Lebensbereichen:

- 94 • Gewalt und Bedrohung: verbale und körperliche Angriffe, Online-Hasskampagnen und  
95 gezielte Einschüchterungen.
- 96 • Arbeitswelt und Bildung: Benachteiligungen bei Bewerbungen, Mobbing in Schulen,  
97 fehlende Schutzkonzepte am Arbeitsplatz.
- 98 • Gesundheitssystem: unzureichende medizinische Versorgung, fehlendes Fachwissen  
99 bei (Fach-)Ärzt\*innen und Streitigkeiten mit Krankenkassen über notwendige  
100 Behandlungen.

101

## 102 2.3. Der Kulturkampf gegen Vielfalt

103 Die zunehmende Trans\*feindlichkeit ist eng mit einem politischen Kulturkampf  
104 verknüpft. Konservative und rechtspopulistische Akteur\*innen nutzen Themen wie  
105 „Genderverbote“, die Diskussion um Zugang zu Toiletten- und Umkleiden oder die  
106 Teilnahme von trans\* Personen am Sport, um Ängste zu schüren und gesellschaftliche  
107 Spaltung voranzutreiben. Dabei werden die Lebensrealitäten von Minderheiten  
108 instrumentalisiert, um politische Mehrheiten zu mobilisieren. Dieser Kulturkampf  
109 basiert nicht auf Fakten, sondern auf gezielter Desinformation und dem Versuch,  
110 queere Menschen und ihr Streben nach Gleichberechtigung und Sicherheit für die  
111 Spaltung der Gesellschaft verantwortlich zu machen.

## 112 2.4. Gesetzgeberische Forderungen

113 Um Solidarität mit trans\*-, inter\*- und nicht-binären Menschen wirksam umzusetzen,  
114 braucht es verbindliche politische Maßnahmen:

- 115 1. Konsequente Umsetzung des Selbstbestimmungsrechts – ohne bürokratische Hürden  
116 und vor allem keine Erfassung in Registern.
- 117 2. Konsequente Strafverfolgung von Hasskriminalität gegen queere Menschen,  
118 einschließlich besserer Erfassung durch Polizei und Justiz.

119 3. Verpflichtende Schutzkonzepte in Schulen, Hochschulen, Behörden,  
120 Gesundheitseinrichtungen und am Arbeitsplatz.

121 4. Queer-inklusive Gesundheitsversorgung durch verpflichtende Fortbildungen und  
122 Kostenzusagen der Krankenkassen.

123 5. Reform des Personenstandsrechts: Anerkennung der dritten Option und  
124 Gewährleistung internationaler Anerkennung von Geschlechtseinträgen.2.5. Fazit

125 Solidarität ist kein leeres Wort, sondern ein politischer und sozialdemokratischer  
126 Auftrag. Sie muss sich in konkreten Entscheidungen, rechtlicher Gleichstellung und  
127 strukturellem Wandel niederschlagen. Eine demokratische Gesellschaft bleibt  
128 unglaublich, solange trans\*-, inter\*- und nicht-binäre Menschen nicht umfassend  
129 geschützt, anerkannt und gleichberechtigt sind. Freiheit und Gleichheit sind kein  
130 Privileg - sie sind ein Recht. Für alle. Daher unterstützen wir die Initiative des  
131 Bundesrates zur Ergänzung des §3 des Grundgesetzes um die geschlechtliche Identität  
132 ausdrücklich.

133 3. Queerpolitik als Querschnittsaufgabe

134 Queerpolitik darf nicht als isoliertes Politikfeld betrachtet werden, sondern ist  
135 eine Querschnittsaufgabe, die in allen zentralen gesellschaftlichen Bereichen  
136 mitgedacht und umgesetzt werden muss. Queere Menschen sind Teil jeder  
137 gesellschaftlichen Gruppe und damit in sämtlichen Politikfeldern betroffen. Deshalb  
138 muss Queerpolitik systematisch in allen Ressorts integriert werden.

139 Ein paar Beispiele: In der Arbeits- und Sozialpolitik geht es um  
140 diskriminierungsfreie Arbeitsplätze, gerechte Rentenmodelle und gleiche Absicherung.  
141 In der Innen- und Rechtspolitik stehen Fragen von Schutz vor Hasskriminalität,  
142 Gleichstellung im Familien- und Personenstandsrecht sowie die konsequente Verfolgung  
143 queerfeindlicher Straftaten im Zentrum. Im Bildungswesen braucht es queer-inklusive  
144 Lehrpläne und Schutträume für junge Menschen, während im Gesundheitsbereich  
145 spezifische Bedarfe – etwa bei trans\*- und inter\*geschlechtlichen Personen –  
146 berücksichtigt werden müssen. Auch die Wirtschaft trägt Verantwortung, etwa durch  
147 Diversity-Strategien und faire Zugänge zum Arbeitsmarkt. Sogar in der  
148 Verteidigungspolitik spielt Queerpolitik eine Rolle, etwa beim Schutz queerer  
149 Soldat\*innen vor Diskriminierung und bei der Schaffung einer offenen  
150 Organisationskultur.

151 3.1. Weiterentwicklung des Nationalen Aktionsplans

152 Ein nationaler Aktionsplan für Akzeptanz und Schutz sexueller und geschlechtlicher  
153 Vielfalt darf nicht nur programmatische Absichtserklärung sein, sondern muss  
154 kontinuierlich weiterentwickelt werden – mit klaren Zielen, verbindlichen Maßnahmen  
155 und regelmäßiger Evaluation.

156 Konkrete Forderungen sind:

157 • die systematische Überprüfung bestehender Gesetze auf ihre queer-inklusive  
158 Wirkung,

159 • verbindliche Schutzkonzepte in Schulen, Behörden und Gesundheitseinrichtungen,  
160 • bundesweite Ansprechstellen und Ombudssysteme für queere Belange,

161 • finanzielle Förderung queerer Projekte und Beratungsangebote.

162 3.2. Queer-inklusive Gesetzgebung

163 Queerpolitik bedeutet keinen zusätzlichen „Mehraufwand“, wenn Normen und Gesetze von  
164 vornherein inklusiv für alle gedacht werden. Eine konsequent queer-inklusive  
165 Gesetzgebung verhindert nachträgliche Korrekturen, spart Ressourcen und garantiert  
166 gleiche Rechte von Anfang an. Gleichstellung darf nicht erst durch Sonderregelungen  
167 erreicht werden, sondern muss die Grundlage jedes Gesetzgebungsprozesses bilden.

168 3.3 Außen- und Europapolitik

169 Auch in der Außenpolitik ist Queerpolitik unverzichtbar. Die Bundesrepublik muss sich  
170 für verlässliche und sichere Rahmenbedingungen für queere Menschen europa- und  
171 weltweit einsetzen. Dazu gehört die internationale Gewährleistung der dritten Option  
172 im Personenstandsrecht ebenso wie die globale Anerkennung des gewählten Geschlechts  
173 in Personenstandsregistern. Auch Ausweisdokumente müssen ohne Einschränkungen  
174 international anerkannt werden – die aktuelle Problematik in Ländern wie den USA  
175 zeigt, wie dringend hier rechtliche Klarheit geschaffen werden muss.

176 3.4. Medien in die Verantwortung nehmen

177 Eine queerfreundliche Gesellschaft braucht auch eine verantwortungsvolle  
178 Medienlandschaft. Medien tragen Verantwortung, Hassrede nicht unwidersprochen zu  
179 verbreiten und queere Themen faktenbasiert und differenziert darzustellen.  
180 Konsequente Umsetzung der bestehenden presserechtlichen Sanktionsmechanismen gegen  
181 Desinformation und queerfeindliche Berichterstattung sind notwendig, um den  
182 gesellschaftlichen Diskurs fair zu gestalten und Schutzzäume auch in der öffentlichen  
183 Kommunikation zu sichern.

184 3.5. Fazit

185 Queerpolitik ist keine Nischenpolitik, sondern ein unverzichtbarer Bestandteil  
186 demokratischer Gleichstellungspolitik. Sie muss konsequent als Querschnittsaufgabe  
187 verstanden werden, die alle Politikbereiche durchdringt, nationale wie internationale  
188 Ebenen einbezieht und eine klare Haltung gegen Diskriminierung und für gleiche Rechte  
189 einnimmt. Nur so können queere Menschen verlässlich, sicher und gleichberechtigt  
190 leben.

191 4. Queerpolitik innerhalb der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands

192 Die Sozialdemokratische Partei Deutschlands versteht Queerpolitik als festen  
193 Bestandteil ihrer politischen Arbeit. Alle angehenden und amtierenden  
194 Mandatsträger\*innen sollen hinsichtlich queerer Themen umfassend sensibilisiert  
195 werden. Sie sind aufgefordert, bei lokalen und überregionalen queeren Veranstaltungen  
196 – wie beispielsweise den Christopher Street Days – Präsenz zu zeigen und so  
197 Sichtbarkeit und Solidarität zu demonstrieren. Dieses wichtige Feld darf nicht allein  
198 anderen politischen Kräften überlassen werden.

199 Für eine wirksame queerpolitische Arbeit ist die enge Zusammenarbeit mit den  
200 Genoss\*innen vor Ort unerlässlich. Gerade in ländlichen Räumen ist die Unterstützung  
201 aus der gesamten Breite der Partei von zentraler Bedeutung. Bildungsangebote von SPD-  
202 nahen Trägern, wie der Friedrich-Ebert-Stiftung, SGK, müssen dabei gezielt für  
203 queerpolitische Inhalte geöffnet werden. Die SPDqueer sucht den Dialog mit der FES  
204 und setzt sich dafür ein, dass ein relevanter Anteil queerpolitischer

205 Schulungsinhalte auch in das Stipendienprogramm aufgenommen wird. Ebenso sollten  
206 queerpolitische Bildungsangebote fester Bestandteil der Parteischule werden.

207 Die SPD wird das innerparteilich vorhandene Know-how nutzen und die Vernetzung mit  
208 außerparteilichen gesellschaftlichen Akteur\*innen sowie Interessenvertretungen aus  
209 dem queeren Bereich intensivieren. Schließlich müssen queerpolitische Aspekte auch in  
210 das neu zu erarbeitende Grundsatzprogramm der SPD einfließen, um den Anspruch einer  
211 modernen, inklusiven und gerechten Partei nachhaltig zu verankern.

#### 212 4.1. Fazit und Auftrag an sozialdemokratische Politik

213 Queerpolitik ist keine Nebensache, sondern Kern sozialdemokratischer Politik. Sie ist  
214 untrennbar verbunden mit den Grundwerten Freiheit, Gerechtigkeit und Solidarität –  
215 und damit ein Prüfstein, ob Politik tatsächlich allen Menschen gleiche Chancen und  
216 Rechte ermöglicht. Die wachsende Zahl queerfeindlicher Übergriffe, die bestehenden  
217 bürokratischen Hürden und die anhaltende gesellschaftliche Stigmatisierung zeigen,  
218 wie dringend es weiterer gesetzgeberischer Schritte und klarer politischer Haltung  
219 bedarf.

220 Für die SPD bedeutet das: Queerpolitik muss als Querschnittsaufgabe in allen  
221 Bereichen der Gesellschaft verankert werden. Solidarität mit trans\*-, inter\*- und  
222 nicht-binären Menschen darf sich nicht in Worten erschöpfen, sondern muss konkrete  
223 Taten nach sich ziehen: konsequente Umsetzung des Selbstbestimmungsrechts, wirksame  
224 Maßnahmen gegen Hasskriminalität, queer-inklusive Bildung und Gesundheitsversorgung,  
225 internationale Anerkennung von Geschlechtseinträgen und ein entschlossenes Eintreten  
226 gegen die Instrumentalisierung von Vielfalt im politischen Kulturmampf.

#### 227 4.2. Unser Auftrag ist klar:

228 • Innerhalb der SPD müssen queere Themen in Grundsatzprogrammen, in der  
229 politischen Bildung und in der alltäglichen Arbeit auf allen Ebenen fest  
230 verankert und mitgedacht werden. Mandatsträger\*innen sind aufgefordert, Präsenz  
231 zu zeigen und Solidarität mit der queeren Community sichtbar zu machen – vor  
232 allem dort, wo queere Sichtbarkeit noch immer besonders schwer erkämpft werden  
233 muss, etwa in ländlichen Regionen.

234 • In der Gesellschaft muss sozialdemokratische Politik dafür sorgen, dass  
235 Gleichberechtigung nicht nur auf dem Papier existiert, sondern konkret erfahrbar  
236 wird – durch sichere Lebensbedingungen, rechtliche Absicherung und volle  
237 gesellschaftliche Teilhabe.

238 • Auch in Regierungsverantwortung gilt: Queerpolitik ist kein „Nice-to-have“,  
239 sondern Ausdruck unseres sozialdemokratischen Selbstverständnisses! Sie ist  
240 integraler Bestandteil unseres Einsatzes für Gleichberechtigung, Freiheit und  
241 Gerechtigkeit und damit unverhandelbarer Teil an jedem Regierungshandeln an der  
242 sich die SPD beteiligt.

243 • Sozialdemokratische Regierungsarbeit darf queere Politik nicht an den Rand drängen  
244 oder als symbolisches Zusatzthema behandeln, sondern muss sie in allen Politikfeldern  
245 mitdenken, fördern und absichern. Auch deshalb kämpfen wir in jeder möglichen  
246

247 Bundesregierung weiter für die Erweiterung des Artikels 3 GG, in welchem die sexuelle  
248

Orientierung und die geschlechtliche Identität nicht Anlass für Diskriminierung sein

darf.

- 249 Queerpolitik ist Demokratiepolitik, Sozialpolitik und Menschenrechtspolitik zugleich.
- 250 Eine SPD, die diesen Anspruch ernst nimmt, stärkt nicht nur queere Menschen, sondern
- 251 verteidigt auch die demokratische Grundordnung insgesamt. Die Botschaft ist
- 252 eindeutig: Eine gerechte Gesellschaft ist nur möglich, wenn niemand zurückgelassen
- 253 wird – und das schließt queere Menschen selbstverständlich mit ein.

### **Empfänger\*Innen**

SPD-Parteivorstand

SPD-Landes- und Bezirksvorstände

SPDqueer-Bundesvorstand

SPD-Bundestagsfraktion

SPD-Landtagsfraktionen

SPDqueer Landes- und Bezirksvorstände

# Antrag P01: Neues Grundsatzprogramm der SPDqueer

Laufende Nummer: 32

<b>Antragsteller*in:</b>	Bundesvorstand
<b>Status:</b>	angenommen
<b>Sachgebiet:</b>	P - Programme

- 1 Ein neues Grundsatzprogramm der SPDqueer soll auf der nächsten Bundeskonferenz verabschiedet werden. Der Prozess ist in folgende Schritte unterteilt:
- 2 **1. Einberufung einer Programmkommission**  
Der Bundesvorstand wird bis zum 31. Dezember 2025 eine Programmkommission einsetzen. Die Kommission setzt sich aus Mitgliedern des Bundesvorstands, Vertreter\*innen der Landesverbände und Bezirke sowie fachlich ausgewiesenen Expert\*innen zusammen. Es ist sicherzustellen, dass die Besetzung geschlechtergerecht und diversitätsbewusst erfolgt. Es sollte vor allem darauf geachtet werden, dass trans\*, inter\*, nicht-binäre sowie queere BIPOC-Personen repräsentiert sind.
- 3 **2. Phase der Analyse**  
Die Programmkommission nimmt eine Bestandsaufnahme des bisherigen Grundsatzprogramms vor und identifiziert Inhalte, die überholt, ergänzungsbedürftig oder weiterhin tragfähig sind. Es werden externe wissenschaftliche Analysen, Berichte aus der Zivilgesellschaft und der Community sowie aktuelle internationale Entwicklungen berücksichtigt. Die Kommission wird eine Online-Mitgliederbefragung sowie thematische Fachgespräche mit der Community durchführen.
- 4 **3. Leitthemen**  
Die Kommission legt auf der Basis der Analyse Leitthesen zu programmatischen Kernthemen der SPDqueer fest. In allen Landesverbänden sollen diese Thesen umfassend diskutiert und Rückmeldungen systematisch in die weitere Arbeit integriert werden.
- 5 **4. Entwurf des Grundsatzprogramms**  
Bis zum 31. Dezember 2026 wird die Kommission einen ersten Entwurf des neuen Grundsatzprogramms erstellen. Allen Mitgliedern wird der Entwurf zur Verfügung gestellt. Änderungsanträge können gemäß den üblichen Vorschriften eingereicht werden.
- 6 **5. Phase der Diskussion und Anpassung**  
Regionale Programmkonferenzen sowie digitale bundesweite Diskussionsformate sorgen für eine umfassende Beteiligung. Die Kommission fasst Änderungsanträge zusammen und entwickelt bei umstrittenen Punkten Vorschläge für einen Kompromiss. Ein Antragsspiegel gewährleistet Klarheit im fortlaufenden Verfahren.
- 7 **6. Verabschiedung**  
Intensive Beratungen führen zur Verabschiedung des neuen Grundsatzprogramms auf der Bundeskonferenz 2027. Es wird um eine breite Zustimmung für die Annahme geworben.
- 8 **7. Realisierung und Etablierung**  
Der Bundesvorstand wird mit der aktiven Kommunikation des Grundsatzprogramms und dessen Integration in die programmatische Arbeit der SPDqueer und der SPD insgesamt beauftragt. Begleitmaterialien (wie Kurzfassung, Sharepics und Bildungseinheiten) werden angefertigt.

38 Spätestens nach zehn Jahren wird eine Überprüfung und gegebenenfalls Fortschreibung  
39 vorgenommen.

## **Empfänger\*Innen**

SPDqueer-Bundesvorstand

# Antrag P02: Arbeitsprogramm der SPDqueer-Bundesvorstandes 2025–2027

Laufende Nummer: 33

Antragsteller*in:	Bundesvorstand
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Sachgebiet:	P - Programme

- 1 Die SPDqueer ist die Arbeitsgemeinschaft der SPD für Akzeptanz und Gleichstellung.
- 2 Gemeinsam mit unseren Landesverbänden, Bezirken und mit der gesamten SPD machen wir
- 3 queere Menschen und Themen in den kommenden zwei Jahren weiterhin sichtbar, kämpfen
- 4 für bessere Lebensbedingungen und entwickeln progressive Ideen. Unser Ziel ist es,
- 5 die SPDqueer weiter als starke Stimme innerhalb der SPD sowie als verlässliche
- 6 Partnerin in der queeren Community zu etablieren.
- 7 1. 50 Jahre SPDqueer – Geschichte sichtbar machen
- 8 Am 8. Juli 2028 feiert die SPDqueer ihr 50-jähriges Bestehen. Wir wollen dieses
- 9 Jubiläum nutzen, um unsere Geschichte sichtbar zu machen und sowohl die politischen
- 10 Erfolge als auch die Kämpfe der letzten Jahrzehnte aufzuarbeiten. Dafür werden wir
- 11 • bis 31. Dezember 2025 eine Geschichtskommission einrichten, bestehend aus
- 12 Mitgliedern des Bundesvorstandes, Vertreter\*innen der Landesverbände und Bezirke
- 13 sowie weiteren (externen) Expert\*innen. Die Kommission bekommt die Aufgabe, die
- 14 Geschichte der Schwusos/SPDqueer aufzuarbeiten. Als Ergebnisse sollen eine
- 15 Ausstellung und digitale Dokumentation sowie eine begleitende Publikation
- 16 entstehen.
- 17 • eine Kooperation mit der Friedrich-Ebert-Stiftung, der verantwortlichen Person
- 18 für Geschichtspolitik der SPD, dem Geschichtsforum der SPD und weiteren
- 19 Partner\*innen anstreben.
- 20 • das Jubiläum 2028 mit einer Jubiläumsveranstaltung und begleitenden
- 21 Veranstaltungen würdig begehen. Dafür sollen zusätzliche finanzielle Mittel
- 22 eingeworben werden.
- 23 • die Herausforderungen der SPDqueer in der Vergangenheit in den gegenwärtigen
- 24 Kontext von rechtem Hass und rechter Hetze stellen. Was können wir aus der
- 25 Geschichte lernen? Wie soll sich die SPDqueer in Zukunft gegen rechten Hass
- 26 stellen und rechter Hetze effektiv entgegenwirken?
- 27 2. Politische Kampagnen & Sichtbarkeit
- 28 Die Präsenz der SPDqueer auf den mittlerweile über 140 Christopher Street Days in
- 29 Deutschland ist ein zentrales Element unserer Arbeit. Damit dies gelingt, werden wir
- 30 • auch in den kommenden Jahren Materialien für CSDs zentral für die Landesverbände
- 31 und Bezirke bereitstellen. Statt der bisherigen Gutscheinlösung wird es ab 2026
- 32 eine bedarfsgerechte Abfrage geben, um Ressourcen gezielt und nachhaltig
- 33 einzusetzen.
- 34 • die CSD-Kampagnen frühzeitig entwickeln und koordinieren, sodass Gestaltung,
- 35 Botschaften und Materialien rechtzeitig vor der Saison vorliegen.
- 36 • begleitend eine digitale Materialbörse aufbauen, in der Landesverbände und

- 37 Bezirke auf Vorlagen, Sharepics und Aktionsideen zugreifen können.
- 38 • die Landesverbände weiterhin bei der Mobilisierung von Amts- und
- 39 Mandatsträger\*innen unterstützen.
- 40 • darüber hinaus auch die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit stetig weiter ausbauen
- 41 und professionalisieren.
- 42 **3. Politische Schwerpunkte & Fachtag**
- 43 Die SPDqueer versteht sich als Motor für politische Debatten innerhalb und außerhalb
- 44 der SPD. Daher wollen wir im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten
- 45 • jährlich einen Bundesfachtag zu zentralen queerpolitischen Themen organisieren
- 46 (z. B. zu Hass im Netz oder Gesundheit). Die Ergebnisse sollen in
- 47 Positionspapieren dokumentiert und in die Partei hineingetragen werden.
- 48 • uns aktiv für den Kampf gegen Rechts und gegen Parteien wie die AfD und ihre
- 49 menschenfeindliche Politik einsetzen. Dabei werden wir uns auch in
- 50 parteiübergreifenden Bündnissen einbringen.
- 51 • uns mit anderen demokratischen Parteien und Verbänden vernetzen, z.B.
- 52 Gewerkschaften
- 53 • gezielt Austauschformate und gemeinsame Projekte mit den queeren Organisationen
- 54 unserer Schwesterparteien auf europäischer und internationaler Ebene initiieren,
- 55 um voneinander zu lernen und politische Impulse für Vielfalt, Akzeptanz und
- 56 Gleichstellung zu setzen

57

58

59 **4. Stärkung der Strukturen & Mitgliederarbeit**

60 Eine starke SPDqueer lebt von aktiven Mitgliedern und verlässlichen Strukturen. Um

61 dies zu fördern, werden wir

- 62 • für die digitalen monatlichen Treffen des Bundesvorstandes mit den
- 63 Landesverbänden und Bezirken stärker mobilisieren und das Format ansprechender
- 64 gestalten.
- 65 • durch ein Angebot der Teilnahme an Landesvorstandssitzungen die Zusammenarbeit
- 66 mit den Landes- und Bezirksverbänden auszubauen.
- 67 • die digitale Zusammenarbeit verbessern, u. a. durch eine gemeinsame Plattform
- 68 mit Materialien, Vorlagen und Best-Practice-Beispielen.
- 69 • die digitale Beschlussdatenbank bzw. SPDqueer-Wiki weiter erarbeiten und
- 70 ausbauen.

## **Empfänger\*Innen**

SPDqueer-Bundesvorstand

# Antrag A01: Trans\*, inter und nichtbinäre Menschen schützen und Reisefreiheit gewährleisten

Laufende Nummer: 18

Antragsteller*in:	SPD-Landesverband Berlin
Status:	angenommen
Sachgebiet:	A - Asyl- und Außenpolitik

1 Die SPD-Mitglieder der Bundesregierung und die SPD-Fraktion im Deutschen Bundestag  
2 werden aufgefordert, sich gegenüber der Regierung der Vereinigten Staaten von Amerika  
3 dafür einzusetzen, dass trans\*, inter und nichtbinäre (TIN\*-) Personen nicht aufgrund  
4 ihres Geschlechtseintrags bei der Einreise in die USA, bei der Visavergabe und  
5 während ihres Aufenthalts dort diskriminiert werden. Ebenfalls sollen die deutschen  
6 Auslandsvertretungen für die Problematik sensibilisiert werden und adäquate  
7 Hilfestellungen angeboten werden, z.B. durch eine laufend aktualisierte Internetseite  
8 mit den geltenden Regelungen für TIN\*-Reisende sowie dauerhaft besetzte  
9 Kontaktmöglichkeiten per E-Mail und Telefon für TIN\*-Staatsbürger\*innen, die bei der  
10 Einreise oder während des Aufenthalts in Schwierigkeiten geraten. Mit den  
11 Auslandsvertretungen der anderen EU-Staaten soll hier eng kooperiert werden.  
12 Ebenfalls soll ein Konzept entwickelt werden für den Fall, dass Doppelstaatler\*innen  
13 gezwungen sind, ihren Geschlechtseintrag in ihren US-Pässen zu ändern, sodass ihr  
14 Geschlechtseintrag trotz dieser Divergenz in den deutschen Pässen erhalten bleibt.  
15 Insgesamt soll sich die deutsche Bundesregierung und der Deutsche Bundestag entgegen  
16 der US-Partner\*innen klar zu den Rechten von TIN\*-Personen bekennen und diese  
17 regelmäßig zum Thema bei Konsultationen machen.

## Empfänger\*Innen

SPD-Mitglieder der Bundesregierung  
SPD-Bundestagsfraktion  
Transatlantikkoordinator der Bundesregierung

## Antrag A02: Aufnahmeprogramm für queere Menschen aus Afghanistan erfüllen und Zusage einhalten!

Laufende Nummer: 22

Antragsteller*in:	SPD-Landesverband Bayern
Status:	erledigt durch
Sachgebiet:	A - Asyl- und Außenpolitik

- 1 Der SPD-Parteivorstand und die SPD-Bundestagsfraktion werden aufgefordert, gegenüber
- 2 der Bundesregierung mit Nachdruck darauf zu drängen, dass die ca. 400 queeren
- 3 Afghan\*innen, denen Deutschland im Rahmen des Bundesaufnahmeprogrammes für besonders
- 4 gefährdete Menschen wegen
- 5
- 6 • ihres Einsatzes für die Menschen-/Frauenrechte,
- 7 • ihrer Tätigkeit als Journalist\*in oder bspw. in Politik, Justiz oder Wissenschaft,
- 8 • ihres Geschlechts,
- 9 • ihrer sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität,
- 10 • ihrer Religion
- 11
- 12 im Hinblick auf ihre individuelle Gefährdung und Verfolgung durch die jetzigen
- 13 Machthaber in Afghanistan Rettung versprochen hat und denen nach ihrer erfolgten
- 14 Ausreise nach Pakistan durch die unkoordinierte Beendigung dieses
- 15 Bundesaufnahmeprogrammes die Abschiebung nach Afghanistan droht, wo sie der sichere
- 16 Tod erwartet, umgehend nach Deutschland einreisen dürfen.

### Empfänger\*Innen

SPD-Parteivorstand  
SPD-Bundestagsfraktion  
SPD-Mitglieder der Bundesregierung

## Antrag A03: Rettung queerer Menschen aus Afghanistan

Laufende Nummer: 25

Antragsteller*in:	SPD-Landesverband Saarland
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Auf diesen Antrag verweisende Anträge:	A02
Sachgebiet:	A - Asyl- und Außenpolitik

1 Wir fordern den SPD-Parteivorstand, die SPD-Bundestagsfraktion und die  
2 Bundesregierung auf, die Aufnahme aller bereits nach Pakistan ausgereisten ca. 400  
3 queeren Afghan\*innen, denen Deutschland im Rahmen des Bundesaufnahmeprogrammes für  
4 besonders gefährdete Menschen wegen:  
5 • ihres Einsatzes für die Menschen-/Frauenrechte,  
6 • ihrer Tätigkeit als Journalist\*in oder bspw. in Politik, Justiz oder Wissenschaft,  
7 • ihres Geschlechts,  
8 • ihrer sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität,  
9 • ihrer Religion  
10 im Hinblick auf ihre individuelle Gefährdung und Verfolgung durch die jetzigen  
11 Machthaber in Afghanistan Rettung versprochen hat, die bereits im Aufnahmeprogramm  
12 registriert sind und denen nach ihrer erfolgten Ausreise nach Pakistan durch die  
13 unkoordinierte Beendigung dieses Bundesaufnahmeprogrammes die Abschiebung nach  
14 Afghanistan droht, wo sie der sichere Tod erwartet, zu Ende zu bearbeiten und sie  
15 umgehend nach Deutschland einreisen zu lassen. Darüber hinaus fordern wir die  
16 Initiierung weiterer Aufnahmeprogramme für queere Menschen.

### Empfänger\*Innen

SPD-Mitglieder der Bundesregierung  
SPD-Bundestagsfraktion  
SPD-Parteivorstand

## **Antrag A04: Überarbeitung der Regelung zu sicheren Herkunftsstaaten unter Berücksichtigung des EuGH-Urteils vom 1. August 2025 und Schutz vulnerable Gruppen (insbesondere LSBTIQ+)**

Laufende Nummer: 28

<b>Antragsteller*in:</b>	SPD-Landesverband Sachsen
<b>Status:</b>	erledigt durch
<b>Sachgebiet:</b>	A - Asyl- und Außenpolitik

- 1 Auf Grundlage des EuGH-Urteils vom 1. August 2025 fordern wir die Bundesregierung
- 2 auf, eine umfassende Überarbeitung der Regelung zu sicheren Herkunftsstaaten
- 3 durchzuführen.

### **Empfänger\*Innen**

SPD-Mitglieder der Bundesregierung

# Antrag A05: Wo queere Menschen verfolgt werden, ist es nicht sicher!

Laufende Nummer: 14

Antragsteller*in:	SPD-Landesverband Berlin
Status:	angenommen
Sachgebiet:	A - Asyl- und Außenpolitik

- 1 Die Mitglieder der SPD-Bundestagsfraktion sowie die sozialdemokratischen Mitglieder
- 2 der Bundesregierung und des Bundesrats werden aufgefordert, sich dafür einzusetzen,
- 3 dass kein Land, in denen einvernehmliche homosexuelle Handlungen unter Strafe stehen,
- 4 zu einem sicheren Herkunftsstaat erklärt wird. Sie werden insbesondere aufgefordert,
- 5 die Aufnahme von Algerien, Marokko und Tunesien auf die Liste sicherer
- 6 Herkunftsstaaten abzulehnen und sich für eine Streichung von Senegal und Ghana von
- 7 dieser Liste einzusetzen. Die sozialdemokratischen Mitglieder der Landesregierungen
- 8 werden aufgefordert, sich für ein entsprechendes Abstimmungsverhalten ihrer Länder im
- 9 Bundesrat einzusetzen.

## Empfänger\*Innen

SPD-Bundestagsfraktion

SPD-Mitglieder der Bundesregierung und des Bundesrats

## Antrag A06: Keine Bestimmung „sicherer Herkunftsländer“ durch Rechtsverordnung, effektiver Rechtschutz für queere Geflüchtete

Laufende Nummer: 27

Antragsteller*in:	SPD-Landesverband Saarland
Status:	erledigt durch
Sachgebiet:	A - Asyl- und Außenpolitik

- 1 Die SPDqueer fordert die SPD-Fraktion auf, einen Gesetzesentwurf vorzulegen, der die
- 2 beschlossene Bestimmung sicherer Herkunftsstaaten und sicherer Drittstaaten durch
- 3 Rechtsverordnung rückgängig macht.

### Empfänger\*Innen

SPD-Bundestagsfraktion

# Antrag B01: Regelfinanzierung von Schulaufklärungsprojekten gegen Queerfeindlichkeit

Laufende Nummer: 29

Antragsteller*in:	SPD-Landesverband Sachsen
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Sachgebiet:	B - Bildungspolitik

- 1 Die Landesregierungen und Landtagsfraktionen werden aufgefordert
- 2 Schulaufklärungsprojekte gegen
- 3 Die Landesregierungen werden aufgefordert Schulaufklärungsprojekte gegen
- 4 Queerfeindlichkeit sowie altersgerechte Projekte zu Queersensibilität im Rahmen
- 5 frühkindlicher Bildung dauerhaft in die Regelfinanzierung der Kultusministerien der
- 6 Länder aufzunehmen.

## Empfänger\*Innen

SPD-Landtagsfraktionen  
SPD-Landesregierungen

# Antrag G01: ANTRAG QUEERE BERATUNGSSTELLEN IN JEDER KOMMUNE / LANDKREIS

Laufende Nummer: 11

Antragsteller*in:	SPD-Bezirk Weser-Ems
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Sachgebiet:	G - Gesundheitspolitik

- 1 Es sollen flächendeckend im gesamten Bundesgebiet Aufklärungs- und Beratungsstellen
- 2 für LSBTIQA+ geschaffen werden, die auch eine Erstberatung zu rechtlichen und
- 3 medizinischen Fragen anbieten und an entsprechende Fachstellen verweisen können.
- 4 Diese Aufklärungs- und Beratungsstellen sind mit ausreichend finanziellen Mitteln
- 5 auszustatten. Zudem sollen bereits bestehende Aufklärungs- und Beratungsangebote aus
- 6 der queeren Community, die sich seit Jahren ehrenamtlich in diesem Bereich
- 7 engagieren, finanziell gestärkt werden.

8

## Empfänger\*Innen

SPD-Bundestagsfraktion  
SPD-Landtagsfraktionen

# Antrag G02: Born This Way - Für eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung queerer Menschen!

Laufende Nummer: 20

Antragsteller*in:	SPD-Landesverband Berlin
Status:	angenommen
Sachgebiet:	G - Gesundheitspolitik

- 1 NEU G02: Born This Way - Für eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung  
2 queerer Menschen!
- 3 Alle Menschen sollten eine angemessene, respektvolle und menschenwürdige  
4 gesundheitliche Versorgung erhalten. Das ist auch unser Anspruch als  
5 Sozialdemokratie. Doch die Realität sieht vielerorts leider immer noch anders aus.
- 6 Queere Menschen stehen im deutschen Gesundheitssystem vor einer verheerenden Lage.  
7 Gesundheit und Versorgungsstrukturen für queere Menschen sind in Deutschland ungleich  
8 verteilt. So zeigen die empirischen Befunde einer Studie der Universität Bielefeld  
9 (2021), dass queere Menschen in Deutschland – und insbesondere trans<sup>+</sup> Personen – einer  
10 systematisch höheren gesundheitlichen Belastung ausgesetzt sind, die weit über  
11 individuelle Risikofaktoren hinausgeht. Diese Belastungen sind das Ergebnis eines  
12 komplexen Zusammenspiels aus struktureller Diskriminierung, mangelnder medizinischer  
13 Sensibilisierung und fehlenden sozialen Sicherheitsnetzen. So erhalten queere  
14 Menschen häufig unzureichende Versorgung, weil Fachpersonal oft nicht über die  
15 spezifischen körperlichen und psychischen Belastungen informiert ist, die durch  
16 dauerhaften Diskriminierungs<sup>+</sup> und Minderheitenstress entstehen oder nehmen aufgrund  
17 von andauernden Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitsbereich bestimmte  
18 Versorgungsangebote aus Angst vor erneuter Abwertung gar nicht erst wahr, was  
19 gesundheitliche Probleme verschleppt und verschärft. Dadurch ergeben sich unter  
20 anderem folgende Problemlagen:
- 21 1. Psychische Gesundheit
- 22 26<sup>+</sup> % der befragten queeren Personen geben an, an einer depressiven Episode oder  
23 Burn<sup>+</sup> out zu leiden – ein Wert, der nahezu das Dreifache der Prävalenz bei  
24 cis<sup>+</sup> heterosexuellen Befragten (10<sup>+</sup> %) darstellt.
- 25 Bei trans<sup>+</sup> Personen liegt die Prävalenz von Angststörungen bei 40<sup>+</sup> %, wohingegen  
26 cis<sup>+</sup> heterosexuelle Befragte lediglich 9<sup>+</sup> % angeben. Diese Diskrepanz spiegelt die  
27 permanente Bedrohungslage wider, die queere Menschen im Alltag erfahren.
- 28 Queere Menschen berichten doppelt so häufig von chronischen Schlafproblemen und  
29 essgestörten Verhaltensweisen, wobei trans<sup>+</sup> Personen besonders stark betroffen sind.
- 30 2. Körperliche Erkrankungen
- 31 Die Studie zeigt, dass diese Krankheitsbilder bei queeren Personen fast doppelt so  
32 häufig diagnostiziert werden wie in der Gesamtbevölkerung. Chronischer Stress,  
33 ausgelöst durch Diskriminierung und soziale Ausgrenzung, wirkt hier als  
34 pathophysiologischer Katalysator.
- 35 3. Soziale Isolation und fehlende herkunfts-familiäre Unterstützung
- 36 31<sup>+</sup> % der trans<sup>+</sup> Personen und 15<sup>+</sup> % der cis<sup>+</sup> queeren Befragten fühlen sich dauerhaft  
37 einsam – im Vergleich zu lediglich 5<sup>+</sup> % bei cis<sup>+</sup> heterosexuellen Personen.

38 37% der trans Personen berichten von einer ausgeprägten gesellschaftlichen  
39 Ausgrenzung, was die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zusätzlich erschwert.  
40 Während queere Menschen häufig auf Freund\*innen und Wahl Familien als primäre  
41 Unterstützungsquelle zurückgreifen, fehlt ihnen häufig ein stabiles familiäres  
42 Rückgrat. Dies führt zu einer erhöhten Vulnerabilität gegenüber psychischen  
43 Belastungen und reduziert die Wahrscheinlichkeit, frühzeitig medizinische Hilfe zu  
44 suchen.

#### 45 4.Arbeitsunfähigkeit und ökonomische Folgen

46 Queere Beschäftigte waren 2019 doppelt so häufig länger als sechs Wochen  
47 arbeitsunfähig, was nicht nur individuelle Existenzrisiken, sondern auch erhebliche  
48 Kosten für das Sozialsystem bedeutet.

49 Ist nicht schon die Ausgangssituation für queere Menschen, sowohl gesundheitlich wie  
50 auch arbeitstechnisch verheerend, so wird ihnen der Zugang zum Gesundheitssektor  
51 (z.B. zu medizinischen Behandlungen, Beratungen, Therapien) strukturell durch das  
52 derzeitige System selbst erschwert.

#### 53 Systemische Barrieren im Gesundheitswesen

54 Viele Ärzt\*innen und Pflegekräfte verfügen nicht über ausreichende Kenntnisse zu  
55 geschlechtsspezifischen Besonderheiten und den psychosozialen Stressoren, denen  
56 queere Menschen ausgesetzt sind.

57 Aufgrund wiederholter negativer Erfahrungen scheuen sich queere Personen häufig  
58 davor, ärztliche Angebote wahrzunehmen – selbst wenn sie dringend benötigt werden  
59 (z.B. Vorsorgeuntersuchungen).

60 Ohne gezielte Sensibilisierung, niedrigschwellige Angebote und die Einbindung von  
61 queeren Unterstützungsnetzwerken bleibt das Gesundheitssystem für diese Gruppe  
62 unzugänglich und queere Menschen gesundheitlich strukturell benachteiligt. Zwar sind  
63 die Gesetzesänderungen der letzten Jahre ein guter erster Schritt und haben dazu  
64 beigetragen, Diskriminierung abzubauen, aber gesundheitliche Benachteiligungen  
65 queerer Menschen werden zumeist immer noch als individuelles Problem und nicht als  
66 strukturelles Defizit des deutschen Gesundheitssystems aufgefasst. Deswegen  
67 erschreckt es umso mehr, dass, obwohl z.B. Berlin als Regenbogenhauptstadt gilt,  
68 vergleichsweise (z.B. zu Köln) wenig queere Gesundheitsversorgungsstrukturen  
69 vorzufinden ist und die Unterschiede regional gravierend sind. Es darf jedoch nicht  
70 vom Wohnort abhängen, ob ein Mensch Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung  
71 erhält.

72 Als SPDqueer können wir das nicht hinnehmen. Queere Gesundheit muss als relevant für  
73 die Lebens- und Arbeitspraxis und als gesamtgesellschaftliche Verantwortung  
74 wahrgenommen werden. Es geht um die Teilhabe aller und es kann nicht nur Aufgabe der  
75 Community sein, für sich selbst zu sorgen. Deswegen fordern wir, dezidierte  
76 Verbesserungsmaßnahmen, die sich in folgende fünf Bereiche unterteilen lassen:

#### 77 1.Intersektionalität von queerer Gesundheit

#### 78 2.TINA\*-Gesundheit (TINA\* = Trans\* Inter\* Nichtbinär\* Agender\*)

#### 79 3.Verzahnung von Maßnahmen in Bund, Ländern und Kommunen

#### 80 4.Ausbildung und Standardisierung

81 5.Verbesserungen im Versorgungssystem

82 Nur durch ein konsequentes, intersektionales und politisch verankertes Handeln kann  
83 die gesundheitliche Chancengleichheit für queere Menschen hergestellt, nachhaltig  
84 gesichert und die strukturellen Ursachen ihrer Benachteiligung wirksam bekämpft  
85 werden.

86 1: Intersektionalität queerer Gesundheit

87 Queere Menschen gibt es in allen Teilen der Gesellschaft, sie sind arm und reich, alt  
88 und jung, weiß und BIPOC, neurotypisch und neurodivergent, haben unterschiedliche  
89 Geschlechter und Religionen, sind wohnungslos und vieles mehr. Dadurch sind sie  
90 jedoch häufig auch von Mehrfachdiskriminierung betroffen. Bei der Frage der  
91 Verbesserung queerer Gesundheit stoßen wir somit zwangsläufig auf andere Bereiche und  
92 Defizite unserer Gesellschaft und des Gesundheitssystems. Immer wieder erfahren  
93 Personen aus der LGBTQIA\*-Community, Menschen mit internationalem Hintergrund oder  
94 aufgrund ihres äußerlichen Aussehens Diskriminierung, Ausgrenzung und/oder unsensible  
95 Behandlung. Diskriminierungsfreie und respektvolle Behandlung muss jedoch für alle  
96 möglich sein. Die von uns aufgestellten Forderungen sind altersübergreifend zu  
97 verstehen und beziehen sich auf die Lebenssituationen von queeren Menschen von  
98 Kindheit und Jugend an bis ins hohe Alter.

99 Die medizinischen Bedürfnisse von Menschen mit unterschiedlichen  
100 Diversitätsmerkmalen, ihre Zugänge und Möglichkeiten, und ihr Verhalten bei der  
101 Inanspruchnahme von Angeboten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sind so  
102 unterschiedlich und vielfältig wie die Menschen selbst. Es handelt sich um eine  
103 heterogene Gruppe mit heterogenen Bedürfnissen. Diese sind dabei nicht mit Blick auf  
104 einzelne Diskriminierungsmerkmale erfassbar, sondern müssen in ihrem intersektionalen  
105 Zusammenhang gesehen werden. Verallgemeinerungen und Stereotypisierungen sind dabei  
106 unbedingt zu vermeiden, ohne jedoch Missstände und Betroffenheiten zu ignorieren.

107 Wir sind uns darüber im Klaren, dass die hier angeführten intersektionalen  
108 Verflechtungen nur einen kleinen Teil der möglichen Mehrfachdiskriminierungen  
109 abbilden.

110 Wir erkennen an, dass es medizinisch notwendige Unterschiede in der Behandlung von  
111 biologisch weiblichen Menschen oder z.B. BIPOC-Personen gibt, bspw. aufgrund der  
112 Wirksamkeit spezifischer Medikamente oder der Präposition für bestimmte Erkrankungen.  
113 Diese medizinische Notwendigkeit darf jedoch keinesfalls mit einer Diskriminierung  
114 der jeweiligen Person einhergehen. Sie sind keine Rechtfertigung für Rassismus oder  
115 Queerfeindlichkeit!

116 Feministische Medizin

117 Unser Ansatz ist ein queerfeministischer. Queere Medizin und feministische Medizin  
118 sind für uns in den Forderungen eng miteinander verwoben. Ein Sektor, der hier eine  
119 zentrale Rolle spielt, ist der Bereich der geschlechtersensiblen Medizin. Seit Jahren  
120 setzen sich Menschen für eine bessere Repräsentanz verschiedener Geschlechter in  
121 medizinischen Studien und bei der Medikamentenforschung ein. Dies betrifft nicht nur  
122 die Berücksichtigung und Einbindung queerer Identitäten, auch cis-Frauen werden bis  
123 heute zu wenig einbezogen, was weitreichende gesundheitliche Folgen hat. Begründet  
124 wird der Ausschluss von Personen, die nicht heterosexuell und cis-männlich sind  
125 damit, dass es z.B. bei Personen, die eine Menstruation haben in den Studien zu zu

126 hohen Schwankungen in den Untersuchungsergebnissen kommt, dass eine reibungslose  
127 Durchführung medizinischer Studien dadurch erschwert würde. Im Ergebnis sind die  
128 Ergebnisse solcher Studien und die zugelassenen Medikamente in der empfohlenen Dosis  
129 damit aber für einen großen Teil der Bevölkerung unbrauchbar. Die Folgen sind  
130 bekannt: Medikamente, die in der Dosierung nicht wirken, weil sie auf cis-männliche  
131 Personen ausgerichtet sind (z.B. Schmerzmittel), Krankheitssymptome, die nicht  
132 erkannt werden, weil sie nur bei cis-männlichen Personen in der beschriebenen Weise  
133 auftreten (z.B. Herzinfarkte) und in der Konsequenz zu spät behandelt werden oder  
134 sogar zum Tod der Betroffenen führen, Krankheiten, Organe und Medikamente, die zu  
135 wenig erforscht sind, weil sie cis-männliche Personen nicht betreffen (z.B.  
136 Endometriose, Schwangerschaftsverhütung, Menstruationsblut). Diese defizitäre  
137 Forschung gefährdet Leben und trägt zusätzlich zu einer Tabuisierung ganzer  
138 Gesundheitsbereiche bei!

139 Wir fordern daher klare Vorgaben für die Durchführung und Diversifizierung von  
140 medizinischen Forschungen und Studien:

- 141 • Die Durchführung von Studien darf nur auf Basis eines breiten  
142 Studienteilnehmendenprofils stattfinden.
- 143 • Studienbeschreibungen müssen einen Abschnitt zur Inklusion verschiedener Gruppen  
144 enthalten, zu welchen u.a. cis-Frauen, queere Identitäten, aber bspw. auch alte  
145 Menschen gehören müssen.
- 146 • Ein Ausschluss der genannten Gruppen muss nachvollziehbar begründet und  
147 faktenbasiert sein.
- 148 • Etwaige Testmethoden müssen entsprechend erweitert werden, um die Bedürfnisse  
149 vielfältiger Geschlechtsidentitäten zu berücksichtigen.
- 150 • Medikamentenzulassungen und -freigaben dürfen nur dann erfolgen, wenn das Medikament  
151 über mehrere Patient\*innengruppen hinweg getestet wurde.
- 152 • Medikamentenvorgaben bereits zugelassener Medikamente müssen hinsichtlich  
153 diskriminierender Vorgaben überprüft und bei positiver Prüfung entsprechend angepasst  
154 werden.
- 155 • Wir fordern unsere Mandatsträger\*innen auf, sich für die Verankerung bzw. Änderung  
156 gesetzlicher Vorgaben einzusetzen, wo erforderlich.
- 157 • Zudem müssen gezielte Informationen zu Behandlungen, Medikationen und Bedarfen  
158 queerer Menschen erarbeitet und zur Verfügung gestellt werden. Diese sollten nicht  
159 nur für medizinisches Fachpersonal zugänglich sein, sondern auch für Betroffene und  
160 themenspezifisch und zielgruppenorientiert ausgestaltet werden, bspw. im Bereich der  
161 Gynäkologie für Lesben, TINA\*Personen etc.

162 Gesundheitsversorgung queerer wohnungs- und obdachloser Menschen  
163 EU, Bund und Länder haben erklärt, Wohnungs- und Obdachlosigkeit bis 2030  
164 „überwinden“ zu wollen. Aktuelle Zahlen zeigen jedoch eine gegenteilige Entwicklung.

165 Unser Ziel bleibt, dass Menschen nicht mehr wohnungs- bzw. obdachlos werden und alle  
166 Menschen einen bezahlbaren Ort zum Leben haben. Bis dahin müssen jedoch Maßnahmen  
167 ergriffen werden, damit auch Menschen ohne festen Wohnsitz u.a. angemessenen und  
168 niedrigschwolligen Zugang zu gesundheitlicher Versorgung haben.

169 Besonders queere Menschen sind proportional häufig von Wohnungs- und Obdachlosigkeit

170 betroffen. Ursache hierfür sind u.a. familiärer Ausschluss und das Verstoßen aus  
171 familiären Strukturen aufgrund von Outing und Queerfeindlichkeit, Gewalt im Nahumfeld  
172 (Familie, Partner\*innenschaften usw.) oder Diskriminierung bei der Job- und  
173 Wohnungssuche.

174 Die Gesundheitsversorgung obdachloser Menschen ist insgesamt mangelhaft, der Zugang  
175 zu Medikamenten oder z.B. Vorsorgeuntersuchungen ist erschwert und viele Betroffene  
176 sind nicht krankenversichert bzw. verlieren ihre Krankenversicherung im Verlauf.  
177 Zudem empfinden sie häufig Scham, medizinische Einrichtungen aufzusuchen oder haben  
178 Angst vor Diskriminierung. Gerade wohnungs- und obdachlose Menschen haben jedoch  
179 einen erhöhten Bedarf an gesundheitlicher Versorgung, da sie häufig unter  
180 körperlichen und psychischen Erkrankungen leiden, mit Drogenkonsum und ungeschütztem  
181 Sexualverkehr zu tun haben, aber auch gewalttamen Übergriffen ausgesetzt sind.

182 Dabei sind sie häufig von Mehrfachdiskriminierung betroffen. Eine Vielzahl der  
183 wohnungs- und obdachlosen Menschen ist BIPoC bzw. hat eine Migrations- oder  
184 Fluchtbiografie. Queere wohnungs- und obdachlose Menschen sind zudem in mehrfacher  
185 Hinsicht von sozialer Ausgrenzung und Diskriminierung betroffen, sowohl aufgrund  
186 ihrer Queerness als auch ihrer Wohnungs- und Obdachlosigkeit. Einrichtungen der  
187 Obdach- und Wohnungslosenhilfe sind nicht für queere Menschen sensibilisiert, es gibt  
188 meist keine Notunterkünfte für queere Menschen und in den vorhandenen allgemeinen  
189 Einrichtungen sowie auf der Straße erfahren queere Menschen Gewalt aufgrund ihrer  
190 sexuellen oder geschlechtlichen Identität und Queerfeindlichkeit durch andere  
191 Aufsuchende der Einrichtungen sowie durch das Personal.

192 Damit geht eine zusätzlich verstärkte Unsicherheit im System, auch im  
193 Gesundheitssystem, einher.

194 Wir fordern:

195 •Die Schaffung gezielter Sensibilisierungsprogramme in Bezug auf das Thema Queerness  
196 im Zusammenhang mit Wohnungs- und Obdachlosigkeit für Einrichtungen der Obdach- und  
197 Wohnungslosenhilfe und Beratungsstellen, z.B. Stadtmissionen, aufsuchende  
198 Sozialarbeit usw., welche sowohl das Personal als auch dort tätige Ehrenamtliche  
199 einbeziehen sollen

200 •Die Einrichtung spezifischer Unterbringungsangebote für queere wohnungs- und  
201 obdachlose Menschen, bspw. Notunterkünfte spezifisch für queere Menschen

202 •Die Schaffung und Ausweitung barriearärmer medizinischer Angebote für wohnungs- und  
203 obdachlose Menschen

204 •Den Abbau von Sprachbarrieren in der Gesundheitsversorgung. Außerdem müssen, wo  
205 nicht vorhanden, Möglichkeiten zur kostenlosen Wahrnehmung von Sprachmittlung oder  
206 Angeboten in Leichter Sprache geschaffen werden.

207 •Die Erarbeitung von Lösungen, damit auch Betroffene ohne Aufenthaltstitel, Wohnort  
208 oder Krankenversicherung niedrigschwellig und kostenlos versorgt werden können.

209 Queer und Neurodiversität

210 Der Begriff der Neurodiversität bezieht sich auf Menschen, deren Gehirn „abweichend“  
211 von neurologischen Normvorstellungen („neurotypisch“) arbeitet und erkennt diese in  
212 ihrer Existenz an. Die Unterscheidung zwischen neurodivergent und neurotypisch sieht  
213 diese Unterschiede dabei als Variationen, in denen sich menschliche Vielfalt

214 darstellt. Dabei gibt es kein „richtig“ oder „falsch“, „gesund“ oder „krank“,  
215 „normal“ oder „anormal“. Neurologische Vielfalt ist „Normalität“. Neurodiversität ist  
216 unabhängig von anderen Faktoren wie z. B. Geschlecht, Hautfarbe, Bildungsstand  
217 und/oder Herkunft. Gleichzeitig bringt Neurodiversität Barrieren und Hindernisse mit  
218 sich, da unsere Gesellschaft auf neurotypische Menschen ausgerichtet ist.  
219 Neurodiversität kann sich in verschiedenen Aspekten der Persönlichkeit zeigen, z. B.  
220 Lernen, Denkweise, Motorik, Struktur, Interaktion, Sprache und Wahrnehmung. Die  
221 erhöhte Reizsensibilität vieler neurodivergenter Menschen kann zu einem höheren  
222 Stresserleben und einem verstärkten Bedürfnis nach Rückzug führen, was wiederum  
223 gesundheitliche Auswirkungen haben kann. Dies führt auch zu Problemen im  
224 Gesundheitssystem, wenn Räumlichkeiten und medizinisches Fachpersonal nicht für den  
225 Umgang mit neurodivergenten Menschen sensibilisiert sind.  
226 Der Querschnittsbereich aus den Themen Queer und Neurodiversität liegt darin  
227 begründet, dass neurodivergente Denk- und Sichtweisen Diskriminierungspotenziale  
228 bergen, auch in Bezug auf die geschlechtliche und sexuelle Identität einer Person,  
229 bspw. hinsichtlich des eigenen Geschlechtsausdrucks oder der geschlechtlichen  
230 Zuweisung anderer, wenn eine neurodivergente Person das Konzept Geschlecht z.B. nicht  
231 nachvollziehen kann. Neurodivergente Menschen sind zudem prozentual deutlich häufiger  
232 queer als neurotypische Menschen. Die Zusammenhänge bzw. Überschneidungen dieser  
233 beiden Spektren wurden in der Vergangenheit bereits einige Male im Rahmen von Studien  
234 und Befragungen untersucht, u.a. in den Niederlanden und Australien, wobei die  
235 Ergebnisse dieser Untersuchungen darauf hindeuten, dass geschlechtliche und sexuelle  
236 Identitäten z.B. bei autistischen Menschen vielfältiger zu sein scheinen als in der  
237 neurotypischen Bevölkerung und auch ein breiteres und vielfältigeres Verständnis  
238 derselben zu bestehen scheint.  
239 Die Durchführungen derartiger Studien ist essenziell, um die intersektionalen  
240 Verflechtungen zwischen Queerness und Neurodiversität besser zu verstehen und so  
241 bedarfsgerechte Maßnahmen entwickeln zu können, um die Teilhabe von Menschen zu  
242 verbessern, die sich auf beiden Spektren verorten oder verortet werden. Dies gilt  
243 insbesondere für den Gesundheitssektor, da sich aus dieser Verflechtung eine Vielzahl  
244 an spezifischen gesundheitlichen Risiken, Stressfaktoren und Bedürfnissen ergibt, auf  
245 die fachlich reagiert werden muss. Besonders in Bezug auf medizinische und  
246 psychologische Begleitung ist entpathologisierendes und diskriminierungssensibles  
247 Wissen von Bedeutung.  
248 Das Unwissen über die Zusammenhänge dieser Themenpektren führt in der Realität  
249 leider oft zu Mehrfachdiskriminierung. Viele queere Menschen beschreiben  
250 Diskriminierung im Zusammenhang mit Ableismus, also Behindertenfeindlichkeit. Diese  
251 bezieht sich am häufigsten auf psychische Merkmale und Neurodivergenz. Jede fünfte  
252 befragte Person nach einer Umfrage der Antidiskriminierungsstelle StandUp der  
253 Schwulenberatung Berlin erlebte neben Diskriminierung aufgrund der geschlechtlichen  
254 oder sexuellen Identität auch Diskriminierung aufgrund einer Neurodivergenz. So  
255 werden neurodivergenten Personen in der Praxis u.a. manche Behandlungen versagt, z.B.  
256 Hormontherapien oder der Zugang zu bestimmten Verhütungsmitteln, da sie  
257 infantilisiert werden und ihnen nicht zugetraut wird, informierte Entscheidungen über  
258 ihre Identität z.B. aufgrund ihres Autismus zu treffen. Gleichzeitig wird ihnen dabei  
259 die Selbstbestimmung über ihre eigene geschlechtliche und/oder sexuelle Identität und

260 ihren Körper entzogen. Das muss aufhören! Neurodivergent zu sein bedeutet nicht,  
261 unfähig zu sein, selbstbestimmte Entscheidungen über die eigene Gesundheit zu  
262 treffen.

263 Zudem gibt es kaum Pflegeangebote, die sowohl queersensibel, als auch auf die Pflege  
264 von neurodivergenten Menschen, bspw. von Autismus, ausgerichtet sind. Hier besteht  
265 ein enormes Defizit in der gesundheitlichen Versorgung.

266 Wir fordern:

267 •Mehr Sensibilität in der Gesundheitsversorgung! Es braucht einen auf Konsens und  
268 Kommunikation ausgerichteten Umgang mit Patient\*innen, auch während der Behandlung.  
269 Medizinisches Personal sollte darauf geschult sein, vor der körperlichen  
270 Kontaktaufnahme Konsens zu erfragen (sofern es sich nicht um einen medizinischen  
271 Notfall handelt) und in einfacher und klarer Sprache zu kommunizieren, da bspw.  
272 nonverbale Kommunikation missinterpretiert werden kann. Eine klare Kommunikation  
273 hinsichtlich von Bedürfnissen und Grenzen kann Hürden abbauen und schafft eine  
274 größere Vertrauensbasis. Gleichzeitig wird einer etwaigen Reizüberflutung  
275 neurodivergenter Personen durch unerwünschte Berührung oder kommunikative  
276 Undeutlichkeiten vorgebeugt.

277 •Die Erarbeitung eines Leitfadens zum konsensualen und diversitätssensiblen Umgang im  
278 Patient\*innenkontakt

279 •Mehr Forschung zum Querschnitt Queerness und Neurodivergenz, um adäquate  
280 Behandlungsstrategien entwickeln zu können

281 •Die Schaffung von reizarmen Warte- bzw. Rückzugsbereichen in öffentlichen  
282 Gesundheitseinrichtungen. Diese Bereiche sollten möglichst geräuscharm oder  
283 vollkommen ruhig und mit gedimmtem Licht ausgestattet sein. Sollte dies nicht möglich  
284 sein, so sollten z.B. Noise-Cancelling-Kopfhörer und ähnliche Werkzeuge zur  
285 Reizreduzierung bereitgestellt werden.

286 •Die Schaffung von Anlaufstellen bei Schwierigkeiten bzw. Unterstützungsbedarf für  
287 queere und neurodivergente Menschen.

288 •Die Schaffung von mehr Pflegeangeboten bzw. die Ausweitung bestehender Angebote,  
289 z.B. durch Schulungen, die auch auf neurodivergente, queere Menschen, z.B. queere  
290 Menschen mit Autismus, ausgerichtet sind.

291 •Die Schaffung und bessere Zugänglichkeit von und zu Psychotherapieplätzen  
292 Queere BIPOCs im Gesundheitssystem

293 Wenn von diversitätssensibler Gesundheitsversorgung die Rede ist, denken viele  
294 Menschen zunächst an die Berücksichtigung unterschiedlicher kultureller Hintergründe  
295 und Menschen mit Migrationsbiografie. Tatsächlich spielt die Frage von Herkunft,  
296 ethnischer Zugehörigkeit und Aufenthaltsstatus auch beim Thema queerer  
297 Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle. Rassismus ist neben Queerfeindlichkeit  
298 eine der am häufigsten genannten Diskriminierungsformen. Das Zusammenspiel beider  
299 Diskriminierungsformen erhöht die Sorge vor Ausgrenzung und die Angst vor  
300 Übergriffen. Im Bereich von Gesundheit und Pflege erfahren z.B. schwarze trans\*,  
301 inter\* oder nicht-binäre Menschen besonders häufig Diskriminierung, sowohl im  
302 Vergleich zu weißen als auch zu cis-BIPOC-Personen.

303 Sowohl bei queeren Menschen als auch bei BIPOCs handelt es sich um Personengruppen,

304 die durch Zugangshürden oft über eine geringere Informiertheit über das deutsche  
305 Gesundheits- und Pflegesystem verfügen. Außerdem bevorzugen Befragungen zufolge beide  
306 Personengruppen tendenziell eine ambulante Pflege im häuslichen Umfeld, auch aus  
307 Angst, in Einrichtungen erneute Diskriminierung und Ausgrenzung zu erfahren. Viele  
308 Betroffene beschreiben ein Gefühl der Isolation, der Unsichtbarkeit und der  
309 Behandlung als Außenseiter\*innen im Umgang mit medizinischem Personal oder anderen  
310 Bewohner\*innen von Pflegeeinrichtungen. Hinzu kommen Sprachbarrieren und damit  
311 verbundene Scham oder das Gefühl des Nicht-ernstgenommen-werdens, da häufig aufgrund  
312 der mangelnden deutschen Sprachkenntnis gleichsam mangelnde Intelligenz unterstellt  
313 wird. Wenn die Kommunikation nicht in der Erstsprache der Behandelnden oder  
314 Patient\*innen durchgeführt wird, kann dies außerdem schlimmstenfalls dazu führen,  
315 dass Behandlungen nicht, schlechter oder falsch durchgeführt werden. Häufig müssen  
316 nicht-deutschsprachige Menschen sich zudem entscheiden, ob sie Einrichtungen  
317 aufsuchen, in denen sie mit einer queersensiblen Behandlung rechnen können oder zu  
318 einer Person, mit der sie in ihrer Erstsprache kommunizieren können.

319 Gerade für die Pflege rückt der Themenkomplex Queer und post-/migrantisch zudem im  
320 Vergleich zu früheren Generationen immer mehr in den Fokus. Sowohl die Zahl der  
321 pflegebedürftigen BIPOC-Personen und Menschen mit Migrationsbiografie als auch der  
322 pflegebedürftigen (offen) queeren Menschen steigt an.

323 Die Sensibilität für die Intersektionalität von Queerness und Rassismus darf überdies  
324 nicht nur Patient\*innen berücksichtigen, sondern muss ebenso An- und Zugehörige sowie  
325 das medizinische Fachpersonal miteinbeziehen. Der Gesundheitssektor wird zunehmend  
326 von internationalen Fachkräften getragen und auch von diesen sind viele Menschen  
327 queer, auch aber nicht nur deswegen, da sie ihre sexuelle bzw. geschlechtliche  
328 Identität in Deutschland ohne Angst vor staatlicher Verfolgung leben können. Um  
329 dieses internationale Fachpersonal dauerhaft halten zu können und als Arbeitsstandort  
330 attraktiv zu bleiben, ist es jedoch notwendig, Diskriminierungsformen, wie Rassismus  
331 und Queerfeindlichkeit abzubauen, weil sie sowohl durch andere Mitarbeiter\*innen als  
332 auch Patient\*innen z.B. Rassismus erleben.

333 Wir fordern:

334 •Den Abbau von Sprachbarrieren in der Gesundheitsversorgung. Außerdem müssen, wo noch  
335 nicht vorhanden, Möglichkeiten zur kostenlosen Wahrnehmung von Sprachmittlung oder  
336 Angeboten in Leichter Sprache geschaffen werden.  
337 •Die Etablierung von Sensibilisierungsprogrammen in öffentlichen medizinischen  
338 Einrichtungen zu gesellschaftlicher Vielfalt und dem Abbau von Diskriminierungsformen  
339 wie Rassismus.

340 Queere Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

341 Der Bereich der Gesundheit queerer Kinder und Jugendlicher ist von besonderer  
342 Relevanz, da sich in den aktuellen Alterskohorten anteilig deutlich mehr Menschen als  
343 queer identifizieren als in älteren Jahrgängen, was u.a. mit einer größeren  
344 gesellschaftlichen Offenheit und Akzeptanz zusammenhängen könnte. Die bereits in der  
345 Einführung genannten Faktoren, welche queere Gesundheit negativ beeinflussen, treten  
346 dabei vermehrt bereits in der Kindheit und Jugend auf. Viele queere Kinder und  
347 Jugendliche leiden unter depressiven Verstimmungen, unter einem Gefühl der Einsamkeit  
348 und Isolation sowie des Andersseins, einem negativen (Körper-) Selbstbild,

349 Selbstablehnung und Scham, was häufig auch durch z.B. (Cyber-) Mobbing verstärkt  
350 wird. Begleiterscheinungen psychischer und psychosomatischer Art sind oft Kopf-,  
351 Magen-, Nacken- und Rückenschmerzen, Niedergeschlagenheit, Nervosität,  
352 Schlafstörungen, Angstgefühle und Sorgen um die Zukunft. Auch wenn hier einzuräumen  
353 ist, dass viele Kinder und Jugendliche unter den genannten Symptomen leiden und sich  
354 dieser Effekt durch Corona verstärkt hat, so treten sie doch prozentual wesentlich  
355 häufiger bei queeren Kindern und Jugendlichen auf als bei cis-heteronormativen.  
356 Queere Kinder und Jugendliche leiden unter allgemeinen Stressoren ihrer Altersgruppe,  
357 wie bspw. Pubertät, Schulstress und Identitätsfindung, aber auch unter spezifisch  
358 queeren Stressfaktoren, die mit dieser Lebensphase einhergehen. Körperliche  
359 Veränderungen können bei TINA\* (trans\*-, inter\*, nicht-binäre und agender\*) Kindern  
360 und Jugendlichen Körperforschung auslösen, Misgendering durch das Lehrpersonal kann  
361 zu zusätzlichem Stress in der Schule und Schuldistanz beitragen, gleichzeitig geht  
362 mit queerer Identitätsfindung häufig die Angst vor Ablehnung und Zurückweisung  
363 einher, da sie nicht „normal“, also cis-heteronormativ sind, was teils mit  
364 verinnerlichter Queer-Negativität zusammenhängt.  
365 Ein weiterer nicht zu vernachlässigender und schwerwiegender Punkt ist die traurige  
366 Tatsache, dass die Suizidversuchsraten unter queeren Menschen drei- bis viermal höher  
367 ist als bei cis-heteronormativen Personen und die Mehrheit dieser Versuche im Kinder-  
368 und Jugendalter erfolgt. Queere Jugendliche sind vermehrt von Suizidgedanken und -  
369 versuchen betroffen. Hier müssen Kampagnen zur Suizidprävention und Aufklärung  
370 rechtzeitig einsetzen, um die queeren Kinder und Jugendlichen in dieser vulnerablen  
371 Zeit in ihren Bedarfen nicht zu vernachlässigen.  
372 Zudem fühlen viele queere Kinder und Jugendliche sich durch ihr familiäres Umfeld  
373 unzureichend oder gar nicht unterstützt, was Effekte von Einsamkeitsgefühlen noch  
374 verstärkt, und befinden sich aus Angst vor Ausgrenzung in einem ständigen  
375 Anpassungsprozess, was Stress auslöst. Dabei sind gerade Kinder und Jugendliche, auch  
376 in ihrer gesundheitlichen Versorgung, von ihrem Umfeld und dessen Willen zu  
377 unterstützen abhängig.  
378 Diskriminierende Faktoren im Gesundheitswesen können sich bei Kindern und  
379 Jugendlichen überdies verstärken aufgrund ihres Alters und ihres  
380 Erfahrungshintergrunds, Ängste und Unsicherheit treten vermehrt auf, sind jedoch  
381 gleichzeitig mit einer stärkeren Zurückhaltung und in der Folge dem Verschweigen von  
382 Unwohlsein und diskriminierenden Erfahrungen verbunden. Diese Umstände müssen im  
383 medizinischen Umgang mit queeren Kindern und Jugendlichen besonders berücksichtigt  
384 werden, um Ängste abzubauen und das Vertrauen zu stärken. Queere Kinder und  
385 Jugendliche müssen in der Bewusstseinsbildung über die eigenen gesundheitlichen  
386 Bedürfnisse unterstützt und in der Inanspruchnahme der Möglichkeiten des  
387 Gesundheitssystems entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen bestärkt werden.  
388 Leider werden auch heute noch häufig Operationen und Veränderungen an inter\* Kindern  
389 und Jugendlichen durchgeführt, um bspw. Geschlechtsmerkmale binaritätskonform  
390 anzupassen, obwohl diese Eingriffe medizinisch gar nicht notwendig sind, dabei  
391 fordern Betroffenenverbände seit Jahrzehnten ein umfassendes Verbot. Seit 2021 sind  
392 medizinisch nicht notwendige genitalverändernde Operationen bei inter\*Personen ohne  
393 deren Einwilligung in Deutschland zwar verboten, dennoch hat die aktuelle  
394 Gesetzeslage diverse Regelungslücken, die zur Umgehung genutzt werden. Gesetzeslücken

395 müssen vollumfänglich geschlossen werden. Kosmetische Genitaloperationen und  
396 medizinisch nicht notwendige hormonelle Behandlungen, sofern keine lebensbedrohliche  
397 Indikation besteht, welche nachweislich erhebliche körperliche und psychische Folgen  
398 für die Betroffenen haben, müssen verboten werden und sollten nicht ohne die  
399 informierte Einwilligung der Kinder und Jugendlichen erfolgen. In Fällen  
400 lebensbedrohlicher Notwendigkeit muss eine stärkere Kontrolle der Gegebenheit und  
401 eine genaue Dokumentation erfolgen.

402 Der Zugang zu gewünschten Operationen und Hormontherapien, sowie Pubertätsblockern,  
403 bspw. im Rahmen von Transitionsprozessen, muss gewährleistet sein und darf nicht von  
404 der finanziellen Situation abhängig sein. Dies gilt auch bei queeren Kindern und  
405 Jugendlichen und ihren Familien. Hormontherapien, Pubertätsblocker und  
406 geschlechtsangleichende Operationen, die auf den Wunsch der Betroffenen hin angefragt  
407 werden, müssen als medizinisch notwendig anerkannt werden, da sie entscheidend sind  
408 für das körperliche und psychische Wohlbefinden der Betroffenen, und müssen  
409 Kassenleistung sein! Pubertätsblocker sind für viele TINA\*Kinder und Jugendliche  
410 entscheidend für die körperliche und psychische Gesundheit und senken Studien zufolge  
411 das Suizidrisiko. Sie tragen zum Abbau von Körperforschung bei, da entscheidende  
412 körperliche Faktoren, die eventuell nicht mit der eigenen Identität der Kinder und  
413 Jugendlichen übereinstimmen, unterbunden werden, bspw. das Einsetzen von Periode oder  
414 Stimmbruch, das Brustwachstum oder eine vermehrte Körperbehaarung. Die  
415 niedrigschwellige Zugänglichkeit dieser lebensrettenden Medikamente muss  
416 gewährleistet sein und darf nicht eingeschränkt werden.

417 Außerdem fordern wir ein EU-weites Verbot von „Konversionstherapien“, auch wenn  
418 Deutschland bereits ein Verbot derselben „ohne Einwilligung“ etabliert hat. Dies ist  
419 erforderlich, um vor allem queere Kinder und Jugendliche vor „Konversionstherapien“  
420 im Ausland zu schützen.

421 Kinder und Jugendliche müssen das Recht haben, über ihren Körper und ihren  
422 Geschlechtseintrag selbstbestimmt entscheiden zu können! Das Selbstbestimmungsgesetz  
423 muss auch für Minderjährige zugänglich sein und bleiben! Denn auch minderjährige  
424 Menschen haben das Recht, an ihrer medizinischen Versorgung beteiligt zu werden und  
425 die Maßnahmen, die dort ergriffen werden, mitbestimmen zu können.

426 Medizinische Behandlungen und Medikamente, bspw. im Rahmen von Transitionsprozessen,  
427 müssen auch für Kinder und Jugendliche Kassenleistung sein!

428 Über geschlechtliche und sexuelle Vielfalt muss darüber hinaus in  
429 Bildungseinrichtungen, z.B. Schulen im Rahmen des Lehrplans aufgeklärt werden. Dies  
430 muss bundesweit verankert werden. Dabei soll auch über Themen wie queere  
431 Sexualaufklärung und Verhütung informiert werden.

432 Dies alles ist ein enormes Warnsignal! Eine derartige Häufung von gravierenden, durch  
433 Minderheitenstress verursachten Krankheitsbildern im Jugendalter hat langfristige  
434 negative gesundheitliche Folgen für queere Menschen, die sie im Zweifel bis ins Alter  
435 begleiten bzw. ihre Lebenszeit verkürzen. Darum ist es umso dringender, dass diese  
436 Kinder und Jugendlichen zeitnah Zugang zu Therapieplätzen erhalten und die  
437 Therapieangebote für queere Kinder und Jugendliche ausgebaut werden. Denn gerade im  
438 Kinder- und Jugendalter ist Zeit ein wesentlicher Faktor für queere Menschen, um  
439 bspw. rechtzeitig Maßnahmen in Reaktion auf Veränderungen durch die Pubertät zu  
440 ergreifen und langfristige gesundheitliche Folgen zu verhindern - Zeit, die diese

441 Kinder und Jugendlichen nicht haben.

442 Wir fordern daher:

443 •Die Erstellung von Aufklärungsmaterial zu Gesundheitsbedarfen von queeren Kindern  
444 und Jugendlichen für Fachpersonal sowie Eltern und Kinder und Jugendliche, die auch  
445 altersgerecht medizinische Maßnahmen erläutern und darüber nachvollziehbar und in  
446 ihrer Relevanz informieren.

447 •Die Schaffung gezielter Anlaufstellen für Eltern von queeren Kindern zur  
448 Angehörigenberatung und -begleitung

449 •Die Verbesserung der gesundheitlichen Beratung zu Behandlungsbedarfen von queeren  
450 Kindern und Jugendlichen, besonders TINA\*Kinder und Jugendliche und die Weiterbildung  
451 von schulischem Personal, Personal der Jugendarbeit, sowie Ärzt\*innen und  
452 Einrichtungen des Gesundheitswesens. Es ist die Einrichtung einer spezialisierten  
453 Beratungsstelle zu erwägen.

454 •Die Einrichtung von Unterstützungsstrukturen im Gesundheitswesen zur Beratung und  
455 Begleitung queerer Kinder und Jugendlicher bei gesundheitlichen  
456 Entscheidungsprozessen durch geschulte Mediziner\*innen und Berater\*innen, um Kindern  
457 und Jugendlichen eine informierte, selbstbestimmte und ausgewogene  
458 Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Eltern sollen dabei so gut wie möglich, aber im  
459 Interesse des Kindes einbezogen werden

460 •Die Schaffung von medizinischen Begleitmöglichkeiten, damit Eltern auf Wunsch  
461 Begleitung bspw. während eines Transitionsprozesses ihres Kindes durch ausgebildetes  
462 Personal mit Spezialisierung auf Kinder- und Jugendarbeit erhalten können

463 •Die Schaffung von Austauschangeboten für queere Kinder und Jugendliche, bei welchen  
464 auch Themen wie Outing, Transition und queere Verhütung behandelt werden

465 •Aufklärung von Personal in Bildungs- und Kinder- und Jugendeinrichtungen bzgl.  
466 Themen von queerer Gesundheit, um eine angstfreie Identitätsentwicklung der Kinder  
467 und Jugendlichen und eine kompetente Begleitung zu gewährleisten und die Schaffung  
468 entsprechender Weiterbildungsangebote

469 •Sensibilisierung für Themen queerer Kinder und Jugendlicher im Schulsport und in  
470 Kinder- und Jugendsportstätten sowie bei freien Angeboten, u.a. aber nicht nur die  
471 Einrichtungen von geschlechtsneutralen Umkleidekabinen, Duschen und Toiletten bzw.  
472 die Einführung von Einzelkabinen. Die Teilnahme am Sport ist für den Erhalt der  
473 körperlichen Gesundheit von queeren Kindern und Jugendlichen sowie der psychischen,  
474 um Gefühlen von Anderssein und Ausgrenzung vorzubeugen.

475 •Die Schaffung von Angeboten zur beratenden Begleitung von Transitions- und „Coming-  
476 Out“-Prozessen

477 •Keine medizinisch nicht notwendigen Operationen und Veränderungen von  
478 Geschlechtsmerkmalen sowie medizinisch nicht notwendige hormonelle Behandlungen,  
479 bevor die Personen nicht selbst über ihren Körper und ihre Identität entscheiden  
480 können und wollen – es braucht ein umfassendes Verbot!

481 •Ein EU-weites einwilligungsunabhängiges Verbot von „Konversionstherapien“

482 •Die Zurücknahme der Beschlüsse Ic-128 und IC-48 der Bundesärztkammer des 128.  
483 Deutschen Ärztetages

484 •Die Verbesserung der Forschungslage und Etablierung von Forschungsprojekten zu  
485 Gesundheitsbedarfen queerer Kinder und Jugendlicher  
486 •Die Berücksichtigung der Bedarfe in Aus- und Weiterbildung von Kinderärzt\*innen und  
487 Kinder- und Jugendpsychiater\*innen  
488 •Die Schaffung von Angeboten zur queeren Suizidprävention in Schulen und  
489 Jugendeinrichtungen sowie die entsprechende Weiterbildung und Sensibilisierung des  
490 Personals (Sozialarbeitenden, Lehrenden etc.)  
491 •Den Ausbau von Kinder- und Jugendtherapieplätzen, besonders solchen, die auf die  
492 Behandlung und den Umgang mit queeren Kindern und Jugendlichen spezialisiert sind  
493 •Wir fordern die Aufklärung über sexuelle und geschlechtliche Vielfalt und die  
494 Verankerung dieser Themen in den Rahmenlehrplänen der Länder.

#### 495 Queer im Alter

496 Die Zahl pflegebedürftiger Menschen wird im Zuge des demografischen Wandels in den  
497 kommenden Jahren gesamtgesellschaftlich ansteigen. Queere bzw. diversitäts- und  
498 diskriminierungssensible Pflege ist nicht nur eine Frage des Alters, auch junge  
499 Menschen sind auf Pflege angewiesen und das Angebot muss insgesamt ausgeweitet  
500 werden. Dennoch macht die Pflege älterer Menschen immer noch einen Großteil des  
501 Bedarfs aus und auch queere Menschen werden älter und haben spezifische Bedürfnisse  
502 an ihre Gesundheitsversorgung. Allgemeine Aspekte der Gesundheit queerer Menschen und  
503 ihre Gesundheit im Allgemeinen müssen bei der Pflege queerer Menschen, auch im Alter,  
504 aber somit ebenfalls mitgedacht werden, bspw. das Thema Einsamkeit, aber auch die  
505 Häufigkeit chronischer Erkrankungen durch jahrelangen Minderheitenstress. Die bereits  
506 angeführten und noch folgenden Aspekte müssen somit auch in die queere Altenpflege  
507 einbezogen werden.

508 Nach Schätzungen des niedersächsischen Sozialministeriums aus dem Jahr 2016 gibt es  
509 in Deutschland bis zu 1,8 Millionen lesbische, schwule, bisexuelle, trans- und  
510 intergeschlechtliche (LSBTI\*) Senior\*innen im Alter von über 60 Jahren. Queer und  
511 Alter ist im öffentlichen Diskurs allerdings selten Thema. Ältere queere Menschen  
512 sind gesellschaftlich oft wenig sichtbar und erhalten wenig Beachtung. Das hängt u.a.  
513 damit zusammen, dass viele sich zunehmend zurückziehen und ihre sexuelle oder  
514 geschlechtliche Identität verschweigen, da sie in ihrem Leben  
515 Diskriminierungserfahrungen gemacht haben. Diskriminierungen, die vor Jahrzehnten  
516 aufgrund der eigenen sexuellen oder geschlechtlichen Identität erlebt wurden, haben  
517 auch im Alter Auswirkungen. Betroffene reden oft nicht über das Erlebte, haben das  
518 Gefühl, dass sie von ihrem Umfeld nicht verstanden werden oder es keine Personen  
519 gibt, mit denen sie diese Erfahrungen teilen und die diese nachvollziehen können.  
520 Außerdem herrscht ein Mangel an queersensiblen Räumen für ältere Menschen. Häufig  
521 fühlen sich ältere queere Menschen sozial isoliert. Dieser Fakt wird zudem dadurch  
522 verstärkt, dass ältere queere Menschen häufiger kinderlos und alleinlebend sind und  
523 Versorgungsangebote der Altenhilfe aus Angst vor Diskriminierung weniger annehmen.  
524 Aufgrund des Mangels familiärer Kontexte, z.B. als Folge einer Ausstoßung aus der  
525 Familie als Folge eines Outings oder aus Mangel an Kindern und Nahverwandten, fehlt  
526 die Unterstützung durch Angehörige und familiäre Netzwerke, auch gesundheitlich. Als  
527 Resultat erfolgt ein großer Teil der Sorgearbeit bei queeren Menschen durch die sog.  
528 „Wahlfamilie“, also Freund\*innen und andere soziale Netzwerke. Wahlfamilien werden

529 vom Gesundheitssystem jedoch nicht berücksichtigt. Andere als familiäre zugehörige  
530 Personen werden bei Gesprächen zu Pflege und Unterstützungsnetzwerken seitens  
531 offizieller Stellen gar nicht erfragt. Dies macht ein Umdenken bei der  
532 Angebotslandschaft und Beratung für Pflegende notwendig, welche nicht nur auf An-,  
533 sondern auch auf Zugehörige ausgeweitet werden sollte. Angebote müssen um Zugehörige  
534 erweitert werden und dürfen nicht nur auf Familien ausgerichtet sein. Dies gilt auch  
535 in der Kommunikation zu pflegebezogenen Themen und im Umgang mit Pflegebedürftigen.  
536 Zudem braucht es eine bessere, auch psychosoziale Begleitung von an- und zugehörigen  
537 Pflegenden. Es sollten Stationspsycholog\*innen zur Verfügung gestellt werden auf  
538 Stationen, wo es sinnvoll ist, und allgemeine Beratungsangebote müssen ausgeweitet  
539 werden.  
540 Gleichzeitig altern diese Netzwerke häufig zusammen mit ihnen und haben nicht die  
541 Ressourcen, um eine adäquate Pflege zu gewährleisten oder sind mit ähnlichen  
542 Herausforderungen konfrontiert. Der Einzug in eine Pflegeeinrichtung bedeutet zudem  
543 zumeist eine Herauslösung aus diesem Umfeld. Gerade weil das persönliche Umfeld vor  
544 allem für queere Menschen enorm wichtig und eine große soziale Stütze ist  
545 (diskriminierungsfrei), fällt es queeren Menschen häufig umso schwerer als ohnehin  
546 schon z.B. in Pflegeeinrichtungen mit ihnen Unbekannten zu ziehen. Ältere queere  
547 Menschen brauchen die Gewissheit, dass sie ihr Leben weiterhin selbstbestimmt leben  
548 können. Statt in stationäre Pflegeeinrichtungen zu ziehen, bevorzugen viele queere  
549 Menschen daher Kontexte, die ihrem Bedürfnis nach gesellschaftlicher Teilhabe mehr  
550 entgegenkommen und ihnen eine höhere Selbstständigkeit ermöglichen und ihnen  
551 gleichzeitig ein sensibles Umfeld erhalten. Darum werden viele queere Wohnprojekte  
552 als Mehrgenerationenwohnen gedacht, also Pflege-WGs in Kombination mit Wohneinheiten  
553 für queere Menschen allen Alters, um Teil der Community zu bleiben und bspw. auch  
554 Kontakt zu jungen queeren Menschen zu haben. Wohnprojekte sind von hoher Relevanz für  
555 queere Senior\*innen. Sie bieten ihnen die Möglichkeit, mit anderen queeren Menschen  
556 zusammenzuleben, solidarisch und gemeinschaftlich, die ihre Erfahrungen verstehen und  
557 teilen und bei denen sie sich zugehörig fühlen, ohne sich immer wieder erklären zu  
558 müssen. Darüber hinaus kostet das dortige Wohnen in der Regel nur wenig Geld. Gerade  
559 letzteres ist für viele queere Senior\*innen von zentraler Bedeutung. Viele ältere  
560 queere Menschen haben unterbrochene Erwerbsbiografien, haben aufgrund von  
561 Queerfeindlichkeit nur im Niedriglohnsektor Arbeit gefunden oder aufgrund von  
562 Verurteilungen nach §175 und ihrer damit zusammenhängenden Vorstrafe keine Arbeit  
563 gefunden. Queere Frauen sind zudem von doppelter Diskriminierung als Frauen und  
564 queere Menschen betroffen und die Altersarmut von Frauen ist statistisch bekanntlich  
565 noch höher als bei Männern, außerdem sind auch ihre Erwerbsbiografien in einigen  
566 Fällen durch Schwangerschaften unterbrochen. Queere ältere Menschen leiden in der  
567 Konsequenz besonders unter der angespannten Wohnungsmarktsituation und den steigenden  
568 wirtschaftlichen Kosten.  
569 Allerdings gibt es zu wenige bzw. vielerorts gar keine queeren Pflege-  
570 Wohngemeinschaften und das bestehende Angebot reicht nicht aus, um den Bedarf und die  
571 hohe Nachfrage zu decken. Die Wartelisten der existierenden Angebote und  
572 Mehrgenerationenhäuser sind lang und können die enorme Nachfrage, auch angesichts der  
573 angespannten Wohnungsmarktsituation, nicht decken. Zudem fehlt es an einer  
574 Definition, um Wohnraum spezifisch als queeren Wohnraum auszuweisen. Es gibt weder  
575 Richtlinien noch Umsetzungsstrategien, was das Merkmal „queer“ ausmacht und warum

576 „queer“ als besondere Kategorie zu berücksichtigen und somit bei der Vergabe von  
577 Wohnraum zu bevorzugen ist. Queeres Wohnen ist schwierig, weil (rechtlich) nicht klar  
578 ist, was „Queeres Wohnen“ definiert und was die besonderen Bedarfe ausmacht. Hier  
579 müssen definitorische Parameter geschaffen werden, um queeres Wohnen langfristig  
580 abzusichern und die Schaffung queerer Wohnprojekte zu unterstützen. Die ambulante  
581 Pflege wird der stationären vorgezogen, da der Verbleib in der eigenen gewohnten  
582 Umgebung und im sicheren zu Hause von queeren Menschen als zentral erachtet wird,  
583 auch aus Angst vor institutioneller Diskriminierung. Wenn die ambulante Pflege die  
584 Pflegeerfordernisse nicht bewältigen kann, werden Pflege-Wohngemeinschaften  
585 herkömmlichen Pflegeheimen vorgezogen. Zudem gibt es kaum Angebote stationärer Pflege  
586 die ausgewiesen queersensibel sind. Der strukturelle Mangel bedingt im Zweifel also  
587 auch die Wahl der Versorgung.

588 Queere Menschen befürchten in Einrichtungen der Altenhilfe und Pflege Ausgrenzung,  
589 Ablehnung und Diskriminierung bzw. sich und ihre sexuelle und geschlechtliche  
590 Identität verstecken zu müssen, um eben jenen zu entgehen. Dabei geht es nicht nur um  
591 Diskriminierungssorgen durch Personal der Gesundheitsversorgung, sondern auch durch  
592 Altersgenoss\*innen, welche auf Diskriminierungs- und Verfolgungserfahrungen  
593 zurückzuführen sind. Hierbei sind z.B. Fragen von strafrechtlicher Verfolgung (§175)  
594 und HIV relevant - Altersgenoss\*innen, mit denen queere Senior\*innen bspw. in  
595 Pflegeeinrichtungen zusammenleben müssen, haben die Kriminalisierung und  
596 strafrechtliche Verfolgung sowie die Stigmatisierung häufig miterlebt bzw. sind in  
597 einer Zeit sozialisiert worden, in der queere Menschen kriminalisiert und ausgegrenzt  
598 wurden. Der Umgang mit HIV-positiven Menschen ist ebenfalls immer noch mit vielen  
599 Vorurteilen und Ängsten behaftet und mit viel Unwissenheit verbunden, sowohl seitens  
600 des medizinischen Fachpersonals als auch anderen Senior\*innen in  
601 Gesundheitseinrichtungen. Dabei sind die Betroffenen nicht nur aufgrund der HIV-  
602 Erkrankung selbst, sondern auch aufgrund der Begleiterkrankungen und Risiken, bspw.  
603 Osteoporose oder Herz-Nierenerkrankungen, auf eine gute gesundheitliche Versorgung  
604 angewiesen.

605 Demenz ist eine Erkrankung, die alle Betroffenen und ihre An- und Zugehörigen vor  
606 große Herausforderungen stellt. Zudem ist Demenz als Thema gesellschaftlich oft noch  
607 unsichtbar und erhält wenig Beachtung. Die Unsichtbarkeit der Themen Demenz und Queer  
608 im Alter sorgt für eine doppelte Unsichtbarkeit queerer Betroffener. Für queere  
609 Menschen ergeben sich jedoch zusätzliche Bedarfe und Leiden, die mit der Erkrankung  
610 einhergehen. Viele Erkrankte wissen oft nicht mehr, ob sie sich in Pflegekontexten  
611 geoutet haben, was sie und wie offen sie erzählt haben bzw. wenn sie sich nicht  
612 geoutet haben, was sie stattdessen über ihr Leben erzählt haben, um nicht als queer  
613 „entdeckt“ zu werden. Auch das Coming-Out selbst oder eine Geschlechtsangleichung  
614 können vergessen werden, abhängig davon, wie lange die Ereignisse zurückliegen. Das  
615 kann in der Folge zu einem unfreiwilligen Coming-Out oder zur erneuten Sorge der  
616 Offenlegung führen. Zudem vergessen Erkrankte die Medikamenteneinnahme bspw. von  
617 Hormonpräparaten oder HIV-Medikation. Auch die sexuelle und geschlechtliche Identität  
618 einer Betreuungsperson kann seitens der Betreuten vergessen werden und wiederum zur  
619 Diskriminierung der Pflegenden führen. Gleichzeitig geht mit dem Thema Demenz die  
620 Herausforderung einher, zu unterscheiden, ob es sich bei den Erinnerungen einer  
621 Person um Symptome einer Demenzerkrankung oder um Re-Traumatisierungen handelt.  
622 Traumatische Erlebnisse können durch Erfahrungen im Gesundheitssystem, durch das

623 Gefühl von Abhängigkeiten, Ausgeliefertsein, Kontrollverlust, Stress, z.B. durch den  
624 Verlust des vertrauten sozialen Umfelds, erneute Diskriminierungserfahrungen oder  
625 Pflegepraktiken ausgelöst werden, die in der Symptomatik einer beginnenden Demenz  
626 ähneln können. Hier ist es notwendig für beide Themen, sowohl Demenz als auch  
627 Traumaerfahrungen und -reaktionen zu sensibilisieren und das Personal entsprechend zu  
628 schulen.

629 Bedürfnisse von queeren Senior\*innen werden in Gesundheits- und Pflegekontexten  
630 (sowohl stationär als auch ambulant) in vielen Fällen nur unzureichend  
631 berücksichtigt. Überdies herrscht trotz des Bedarfs einer differenzierten Pflege bzw.  
632 eines differenzierten Angebots ein großes Defizit an queersensiblen (Pflege-  
633 )Einrichtungen. Eine Verbesserung der Situation hat es durch die Schaffung des  
634 Qualitätssiegels „Lebensort Vielfalt“, eines bundesweiten Qualifizierungsprogramms  
635 für stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflege, Hospize, Krankenhäuser  
636 gegeben. Das Ziel des Programms ist die Schaffung struktureller,  
637 organisationspolitischer und personeller Voraussetzungen für LSBTIQ\*-sensible und  
638 (post-)migrationssensible Situationen. Es handelt sich um ein kostenfreies Angebot.  
639 Mitarbeitende sollen im Rahmen des Prozesses im Umgang mit vielfältigen Lebenswelten  
640 gestärkt werden. Die Schwulenberatung bietet einen Diversity-Check an, bei dem mit  
641 konkreten Kriterien gearbeitet wird, um die Diversitätssensibilität von Einrichtungen  
642 einzuschätzen. Die Kriterien stellen gleichzeitig die Grundlage des  
643 Begutachtungsprozesses des Qualifizierungsprogramms dar, wobei z.B. Aspekte wie  
644 Unternehmenspolitik und Kommunikation, Personalmanagement, Transparenz und  
645 Sicherheit, Pflege/Versorgung/Begleitung und Lebenswelten/Aktivitäten betrachtet  
646 werden. Programme wie dieses müssen ausgeweitet werden, um diskriminierungssensible  
647 Versorgung sicherzustellen, auszuweiten und sichtbar zu machen. Dafür braucht es  
648 belastbare und sensibilisierte Gesamtkonzepte, Einrichtungen müssen für Themen von  
649 Diskriminierung und Diversität sensibilisiert werden und willkommenheißen sein.  
650 Öffentliche Gesundheitseinrichtungen müssen Konzepte zum Umgang mit Diskriminierung  
651 und Diversität entwickeln und ihre Diversitätsgrundsätze sichtbar und leicht  
652 zugänglich für Personal und Patient\*innen sowie An- und Zugehörige machen.  
653 Öffentliche Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen müssen sich im Rahmen anerkannter  
654 Prozesse als diversitätssensibel zertifizieren lassen.

655 Die Datenlage zu queeren Menschen im Alter ist gering, wobei bei existierenden  
656 Studien und Befragungen von einer Dunkelziffer auszugehen ist, da Menschen ihre  
657 Zugehörigkeit zur queeren Community aus Angst vor Diskriminierung eventuell nicht  
658 angegeben haben. Im 9. Altersbericht der Bundesregierung von 2024 gibt es erstmalig  
659 einen Abschnitt zu LSBTIQ\* im Alter. Dabei fällt ebenso auf, dass es keine  
660 Datengrundlage gibt. Dies trifft sowohl auf die Bundesebene als auch auf die Länder  
661 und Kommunen zu. Dieser Zustand muss verbessert werden, um zielgerichtete Maßnahmen  
662 etablieren und queere Senior\*innen in der Versorgung besser unterstützen zu können.

663 Die Vorbeugung von Einsamkeit ist Teil der Gesundheitsvorsorge, auch oder gerade im  
664 Alter braucht es folglich Angebote, die gezielt den Bedarfen queerer Menschen gerecht  
665 werden, Freizeitangebote, Räume zum Austausch, aber auch Einrichtungen, Wohnprojekte,  
666 Gesundheitsversorgung und Pflege-WGs. Die Bedürfnisse queerer Senior\*innen sollten  
667 zudem in bestehende Angebote eingebunden werden, ohne dass dabei eine erneute  
668 Stigmatisierung erfolgt, wobei dennoch Vorurteile und Diskriminierungen sichtbar

669 gemacht und abgebaut werden müssen.

670 Ungleichbehandlungen, denen Menschen in ihrem Leben ausgesetzt waren, bleiben auch im  
671 Alter weiter bestehen und beeinflussen den Zugang zu gesundheitlicher und  
672 pflegerischer Versorgung. Neben den institutionellen und strukturellen Barrieren  
673 kommen persönliche Ängste hinzu, u.a. vor erneuter Diskriminierung oder Ausgrenzung,  
674 die Menschen davon abhalten können, benötigte Unterstützung anzunehmen. Diese  
675 verstärken sich noch, wenn Menschen in eine Lebensphase kommen, in der sie potenziell  
676 auf Unterstützung angewiesen sind.

677 Wir fordern:

- 678 •Sensibilisierung zum Umgang mit HIV-positiven Senior\*innen, welche eine respektvolle  
679 Versorgung sicherstellen soll
- 680 •Die Schaffung von Weiterbildungsangeboten zum Paragraphen 175, dessen Folgen und  
681 Nachwirkungen für medizinisches Fachpersonal, aber auch nicht-queere Senior\*innen, um  
682 Diskriminierung und Vorurteile abzubauen
- 683 •Die Schaffung von geschützten Räumen und Vernetzungsangeboten für queere  
684 Senior\*innen, in öffentlichen Einrichtungen und Einrichtungen der  
685 Gesundheitsversorgung und Pflege
- 686 •Die Förderung der bestehenden und den Ausbau weiterer queerer Wohnangebote
- 687 •Die Förderung des Qualitätssiegels „Lebensort Vielfalt“
- 688 •Schulung des medizinischen Fachpersonals im Umgang mit Demenz und Trauma bei  
689 diskriminierungsbetroffenen Senior\*innen
- 690 •Die Schaffung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten für An- Zugehörige, sowie  
691 die bessere Anerkennung von zugehörigen Personen aus dem sozialen Nahumfeld als  
692 Pflegende
- 693 •Die Verbesserung der Studienlage zu queeren Menschen im Alter und in der Pflege
- 694 •Öffentliche Gesundheitseinrichtungen müssen Konzepte zum Umgang mit Diskriminierung  
695 und Diversität entwickeln und ihre Diversitätsgrundsätze sichtbar und leicht  
696 zugänglich für Personal und Patient\*innen sowie An- und Zugehörige machen.
- 697 Öffentliche Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen müssen sich im Rahmen anerkannter  
698 Prozesse als diversitätssensibel zertifizieren lassen.
- 699 •Die Merkmalsdefinition „queer“ hinsichtlich der Wohnraumvergabe und die Schaffung  
700 definitorische Parameter, um queeres Wohnen langfristig abzusichern und die Schaffung  
701 weiterer queerer Wohnprojekte zu unterstützen.

702 Intersektionale Gesundheitsbetrachtung strukturell unterfüttern

703 Einzelne Diversitätsmerkmale kommen in medizinbezogenen Studiengängen, Aus- und  
704 Weiterbildungen durchaus vor, werden aber nach wie vor zu selten im Kontext ihrer  
705 vielfältigen Verflechtungen und der damit zusammenhängenden Auswirkungen betrachtet.  
706 Das unzureichende Wissen über Mehrfach-Diskriminierungserfahrungen und die  
707 Auswirkungen von Machtasymmetrien und ihre verwobenen Wirkungen führt nicht nur zu  
708 Unsicherheiten im Umgang mit von Diskriminierung betroffenen Personengruppen, sondern  
709 auch zu mangelhafter Versorgung, Infantilisierung und in der Konsequenz erneuter  
710 Diskriminierung, dem Gefühl von Machtlosigkeit und Ohnmacht bei Patient\*innen und An-  
711 und Zugehörigen und dem Verlust von Vertrauen. Dabei handelt es sich um strukturelle

712 Diskriminierung. Strukturelle Diskriminierungen, wie Rassismus, Ableismus und  
713 Queerfeindlichkeit im Gesundheitswesen und seinen Institutionen müssen als solche  
714 erkannt und sichtbar gemacht werden. Es braucht eine intersektionale Perspektive in  
715 der medizinischen Praxis, diskriminierungs- und diversitätssensible Versorgung und  
716 diskriminierungs- und diversitätssensitive Forschung. Der Mangel an Vermittlung  
717 dieser Themen und Zusammenhänge führt in der Konsequenz dazu, dass es zu wenig  
718 Behandler\*innen mit intersektionaler Gesundheitskompetenz gibt. Es besteht nach wie  
719 vor ein Mangel an Fachpersonal, das mehrere Diskriminierungsmerkmale intersektional  
720 berücksichtigt, z.B. Aspekte queeren Lebens, Sprachbarrieren oder Neurodivergenz,  
721 wodurch Patient\*innen häufig Teile ihres Lebens verschweigen.

722 Um strukturelle Diskriminierung sichtbar zu machen, braucht es klarere Strukturen und  
723 eine bessere Datengrundlage, z.B. durch konsequenter Datenerfassung und die  
724 Schaffung von Anlaufstellen für Menschen, die Diskriminierungserfahrungen in der  
725 Gesundheitsversorgung und in der Pflege erleben. Darüber hinaus benötigt es  
726 Reflexionsräume für das Personal.

727 Forschungsdesiderate bestehen sowohl im qualitativen als auch quantitativen Bereich  
728 sowie in der Mixed-Methods-Forschung, insbesondere in der Forschung zur  
729 Pflegesituation, zu Bedürfnissen und zur Evaluation von konkreten Maßnahmen sowie in  
730 Bezug auf unterschiedliche Lebenswelten von queeren Menschen im Zusammenhang mit  
731 bedürfnisorientierter gesundheitlicher Versorgung. Es existieren bislang kaum Studien  
732 mit einer intersektionalen Perspektive, die mehrere Differenzmerkmale einbeziehen,  
733 wie etwa die sozioökonomische Situation, die sexuelle und geschlechtliche Identität,  
734 Ableismus, Antisemitismus und Rassismus. Dabei sind diese für die Entwicklung  
735 bedürfnisorientierter gesundheitlicher Versorgungsangebote und einer intersektionalen  
736 Weiterentwicklung des Gesundheitssystems hinsichtlich einer milieu-,  
737 diskriminierungs- und diversitätssensiblen Gesundheitsversorgung unerlässlich.  
738 Diversität muss als Querschnittsthema in gesundheits- und pflegewissenschaftliche  
739 Forschungs- und Modellprojekte einbezogen werden.

740 **Wir fordern:**

- 741 • Die flächendeckende Schaffung von zentralen und dezentralen Anlaufstellen für  
742 Menschen, die Diskriminierungserfahrungen in der Gesundheitsversorgung und in der  
743 Pflege erleben, u.a. Antidiskriminierungsstellen und Beschwerdestellen in allen  
744 öffentlichen medizinischen Einrichtungen.
- 745 • Die Einrichtung von Reflexionsräumen zu Themen von Diskriminierung und Diversität  
746 für medizinisches Personal
- 747 • Die konsequente und strukturierte Datenerfassung zu Themen von Diskriminierung und  
748 Diversität im Gesundheitssektor
- 749 • Die Etablierung von Diversität als Querschnittsthema und einer intersektionalen  
750 Perspektive in gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Forschungs- und  
751 Modellprojekten

752 **2: TINA\*Gesundheit**

753 Trans\*-, inter\*, nicht-binäre und agender\* Personen sind die queeren Menschen, die in  
754 der Gesellschaft und auch im Gesundheitssektor die meiste Diskriminierung erfahren.  
755 Gleichzeitig sind sie die Gruppe, die am häufigsten im Diskurs unsichtbar bleiben und  
756 deren Bedürfnisse oft übersehen werden. Die mit am häufigsten auftretende

757 Diskriminierung trat nach einer Umfrage von der Antidiskriminierungsstelle StandUp  
758 der Schwulenberatung Berlin im Zusammenhang von sexueller und geschlechtlicher  
759 Identität auf. So gaben 30% der Teilnehmenden an, auch sexistisch bzw. aufgrund einer  
760 nicht-binären Identität (33%) Diskriminierung erlebt zu haben. Bei inter\*Personen  
761 kommt hinzu, dass eine bedeutende Anzahl von ihnen insbesondere  
762 menschenrechtsverletzende Eingriffe an ihren intergeschlechtlichen Körpern im  
763 Kindesalter (ohne Einwilligung oder Zustimmung) erlebt haben und der dadurch  
764 erfahrene Vertrauensbruch in alle Lebensphasen fortdauert.

765 Die Sensibilität für TINA\*Personen im Gesundheitssystem beginnt schon bei der  
766 Terminvergabe, der Einrichtung von Praxen und Wartezimmern oder der Gestaltung von  
767 Anmeldungen und Anamnesebögen. Häufig kann bei der Terminvergabe und in Anamnesebögen  
768 nur zwischen zwei Geschlechtern gewählt werden. Obwohl der Beschluss zur sog.  
769 „Dritten Option“ schon viele Jahre zurückliegt, wurden die Strukturen vielerorts  
770 immer noch nicht angepasst und häufig ist nicht einmal die Auswahl „divers“ möglich,  
771 geschweige denn die Möglichkeit gegeben, eine individuelle Angabe zu machen.  
772 Besonders im Bereich der Gynäkologie kommt es zudem zu erheblichen Problemen, bspw.  
773 in der Terminvergabe, wo männlich gelesene Personen (männlich präsentierend,  
774 stimmlich, namentlich etc.) oft bereits an der Anmeldung und Terminvereinbarung  
775 scheitern, weil dort keine Sensibilität für TINA\*Personen und ihre medizinischen  
776 Bedarfe herrscht, wodurch ihnen in der Folge Termine verweigert werden aus der  
777 fälschlichen Annahme heraus, sie bräuchten keine gynäkologische Versorgung bzw.  
778 hätten in „Frauenräumen“ nichts zu suchen. Auch Wartezimmer sollten in der  
779 Ausgestaltung geschlechtsneutral sein, stattdessen sind sie jedoch häufig mit  
780 Abbildungen cis-weiblicher (z.B. Gynäkologie) oder cis-männlicher (z.B. Prostata-  
781 Zentren) Personen dekoriert.

782 Viele TINA\*Personen werden oft mit Fragen konfrontiert, die nichts mit dem  
783 Gesundheitsbild zu tun haben und unnötig weitreichend und übergriffig sind, außerdem  
784 erleben sie regelmäßig Misgendering, also die falsche Verwendung von Pronomen bzw.  
785 die Ansprache mit einem nicht zutreffenden Geschlecht. TINA\*Personen sind darüber  
786 hinaus besonders oft, auch im Vergleich zu anderen queeren Menschen, von  
787 Pathologisierung betroffen, sowohl in Verbindung mit ihrer Identität als TINA\* als  
788 auch im Zusammenhang mit medizinischen Anliegen, welche nichts mit ihrer Identität zu  
789 tun haben, aber anlasslos auf diese als Ursache zurückgeführt werden. Dadurch werden  
790 TINA\*Personen in ihren gesundheitlichen Bedarfen vermehrt nicht ernstgenommen.

791 Im Bereich der TINA\*Gesundheitsversorgung bestehen erhebliche Wissens- und  
792 Versorgungslücken. Nicht-binäre Menschen, die geschlechtsangleichende Anpassungen in  
793 Anspruch nehmen möchten, können dies ausschließlich eigenfinanziert tun, da die  
794 gesetzlichen Krankenkassen die Kosten nicht übernehmen, wenn sich nicht umgehend  
795 einem spezifischen Geschlecht zugeordnet wird. Eine Gesundheitsversorgung, die  
796 ausschließlich bzw. fast ausschließlich auf cisgeschlechtliche, weiße und  
797 heterosexuelle Körper ausgerichtet ist, vernachlässigt eine adäquate  
798 Gesundheitsversorgung für alle! Die medizinische Versorgung von TINA\*Personen  
799 erfordert jedoch auch eine Auseinandersetzung mit von dieser „Norm“ abweichenden  
800 Körpern, um diesen die gesundheitliche und pflegerische Versorgung zukommen zu  
801 lassen, die sie brauchen. Gerade für die Frage guter Pflege ist es jedoch essenziell  
802 zu lernen und zu verstehen, wie diese Körper gepflegt werden können und müssen. Es

803 braucht zudem Ärzt\*innen, z.B. Gynäkolog\*innen, die sich mit geschlechtsangleichenden  
804 Operationen und Körpern, die solche durchlaufen haben, auskennen, bspw. hinsichtlich  
805 der gesundheitlichen Versorgung von Personen mit Neo-Vagina. Auch Themen im Kontext  
806 von Hormontherapien und den Auswirkungen auf Körper sollten medizinischem  
807 Fachpersonal vertraut sein, bspw. Brustwachstum durch Hormone, Tumorvorsorge und  
808 weitere. Operationen und Hormonbehandlungen müssen zudem durch Ärzt\*innen adäquat und  
809 sensibel begleitet werden können. Biologisch weibliche Personen, die Östrogenblocker  
810 einnehmen brauchen z.B. besondere medizinische Versorgung, da der Östrogenmangel zu  
811 Trockenheit und Vaginose führen kann. Auch andere medizinische Probleme können  
812 auftreten, auf die Ärzt\*innen professionell und informiert reagieren können müssen.  
813 Auch bei der Mamographie stoßen TINA\*Personen auf Hürden, weil für diese  
814 Untersuchung/ Vorsorge nur Menschen angeschrieben werden, die als „weiblich“  
815 registriert sind. Nicht alle Menschen, die einen gesundheitlichen Bedarf an dieser  
816 Untersuchung haben identifizieren sich jedoch als „weiblich“ und nicht alle Menschen,  
817 die Brüste haben, sind auch als „weiblich“ registriert. Umgekehrt identifizieren sich  
818 nicht alle Personen, die als „weiblich“ registriert sind als solches oder haben  
819 Brüste und daher keinen Bedarf an einer entsprechenden Untersuchung. Dieses Vorgehen  
820 bringt gleich mehrere Zugangsbeschränkungen und Diskriminierungen mit sich.  
821 Einerseits handelt es sich um Misgendering, da alle angeschriebenen Personen als  
822 „Frauen“ angeschrieben werden, andererseits werden nicht alle Personen erreicht, die  
823 dieses Angebot brauchen würden, dadurch findet keine ausreichende  
824 Gesundheitsversorgung statt. Ähnlich sehen die Praxis und Kontaktaufnahme z.B. bei  
825 der Durchführung von Pap-Abstrichen aus, welche alle Menschen mit Cervix machen  
826 lassen sollten. Hier braucht es zwingend Lösungen, um alle Menschen zu erreichen, die  
827 einen Bedarf an einer entsprechenden Gesundheitsversorgung haben, auch solche, die  
828 selbstmedikamentiert sind, damit diese nicht durchs Raster fallen und entsprechende  
829 Erkrankungen durch Vorsorge frühzeitig entdeckt werden können. Die  
830 Gesundheitsversorgung von TINA\*Personen sowie die Inanspruchnahme notwendiger  
831 Vorsorgeuntersuchungen und der Zugang zu solchen müssen Teil von Aufklärungskampagnen  
832 sein. Es müssen Lösungen für die Kontaktaufnahme und das Erreichen dieser  
833 Personengruppe erarbeitet werden. Zudem braucht es Handlungsempfehlungen und eine  
834 bessere Daten- und Studienlage zum Umgang mit TINA\*Personen in der  
835 Gesundheitsversorgung.

836 Wir fordern:

- 837 • Die Einbindung der Gesundheitsbedarfe von TINA\*Personen in Aufklärungskampagnen
- 838 • Die Einbindung der Gesundheitsbedarfe von TINA\*Personen in Behandlungsempfehlungen
- 839 • Die Verbesserung der Studien- und Datenlage zu TINA\*Gesundheit
- 840 • Die Anpassung von Anamnesebögen sowie Terminvergabesystemen und eine Überwindung der  
841 geschlechtlichen Binarität in der Ansprache durch Gesundheitseinrichtungen
- 842 • Die geschlechtsneutrale Gestaltung von Warteräumen öffentlicher  
843 Gesundheitsinstitutionen
- 844 • Die Auseinandersetzung mit diversen Körperbildern in Studium, Aus- und Weiterbildung
- 845 • Die Herausgabe von Empfehlungen zu TINA\*sensibler Gesundheitsversorgung z.B. für den  
846 medizinischen Privatsektor
- 847 • Den Aufbau von queeren Gesundheitszentren zur besseren Information und vernetzen

848 Gesundheitsversorgung von queeren Menschen sowie die Förderung bestehender  
849 Initiativen

850 3: Verzahnung von Maßnahmen in Bund, Ländern und Kommunen

851 Die aufgelisteten Punkte sind ohne eine grundsätzliche Strukturreform in den Ländern,  
852 Kommunen und insbesondere auf Bundesebene nicht realisierbar. Die wichtige  
853 intersektionale Sensibilisierung in den Berufszweigen für die Bedürfnisse queerer  
854 Menschen muss begleitet werden von einer stärkeren materiellen Ressourcenausstattung  
855 (z.B. mehr Einrichtungen, mehr sensibilisiertes Personal). Die Unterschiede zwischen  
856 Stadt und Land, Ost und West sowie zwischen Stadtstaaten und großen  
857 Flächenbundesländern müssen hinsichtlich der Verfügbarkeit von Ärzt\*innen und  
858 Ausbildungsplätzen bedarfsgerecht angepasst und Defizite ausgeglichen werden. Die  
859 derzeitige rechtliche Situation verhindert aber genau das.

860 Wir fordern deswegen die Schlüsselverteilung zur Niederlassung von Ärzt\*innen zu  
861 ändern, sodass nicht der Versorgungsgrad eines Gesamtbundeslandes (gerechnet auf 100  
862 %) als Berechnungsgrundlage genommen wird, sondern die Berechnungsgrundlage auf die  
863 lebensweltlichen lokalen Bedarfe umgestellt wird. Damit soll der ungleichen  
864 Verteilung von Ärzt\*innen und dem materiellen Mangel an Ausbildungsplätzen im  
865 gesundheitlichen Bereich und somit der strukturellen Unterversorgung in bestimmten  
866 Regionen entgegengewirkt werden.

867 Zudem muss die gesetzliche Lücke bei nicht-binären Personen, die  
868 geschlechtsangleichende Anpassungen vornehmen wollen, geschlossen werden. Derzeit  
869 übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen hierfür keine Kosten, wenn sich eine Person  
870 nicht sofort einem Geschlecht zuordnen will. Entsprechend ist eine gesetzliche  
871 Anpassung hier also zwingend notwendig, damit nicht-binäre Menschen unabhängig von  
872 ihrer monetären Situation Zugang zu für sie elementaren Behandlungen haben.

873 Pflegepolitisch müssen Diversitätsaspekte stärker in der Weiterentwicklung der  
874 Pflegeversicherung berücksichtigt werden, etwa in Modellvorhaben nach Paragraf 8  
875 Absatz 3 Sozialgesetzbuch XI, was bislang nur wenig erfolgt.

876 In den Ländern muss an verschiedenen Stellschrauben, insbesondere bei den zuständigen  
877 Verwaltungen und Ministerien, gedreht werden, um die materielle, infrastrukturelle  
878 wie auch bildungstechnische Ausstattung weiter zu verbessern:

879 Jedes Bundesland muss eine Pflegekammer errichten.

880 Die in den Ländern bestehenden gesundheitlichen Einzelmaßnahmen und Konzepte zur  
881 Gesundheit von und für queere Menschen müssen jeweils besser gebündelt und über ein  
882 Informationsportal niederschwellig interessierten Menschen zur Verfügung gestellt  
883 werden. Zudem sollen auf diesem Informationsportal medizinische und pflegende  
884 Einrichtungen sowie Ärzt\*innen aufgelistet werden, die queersensibel sind, sofern  
885 dies durch diese erwünscht ist. Zum Zweck der Zusammenstellung und Aktualisierung  
886 einer entsprechenden Sammlung könnten Kooperationen mit existenten Initiativen in  
887 Erwägung gezogen werden (z.B. QueerMed, QueerPflege). Die Informationsportale sollten  
888 zudem um eine Übersicht zu weiteren Beratungs- und Anlaufstellen und Portalen  
889 erweitert werden, welche im Bereich diskriminierungs- und diversitätssensibler  
890 Gesundheitsversorgung angesiedelt sind bzw. Expertise aufweisen.

891 Zudem muss ein umfassendes Qualifizierungsprogramm zu Diversitätssensibilität in der  
892 Pflege durchgeführt werden. Ursache ist die Erkenntnis, dass Einrichtungen der

893 Altenhilfe und Pflege nach wie vor nicht ausreichend auf die spezifischen Bedarfe von  
894 LSBTIQ+ ausgerichtet sind. Die Qualifizierung soll Zugänglichkeit und  
895 Selbstbestimmung für ältere queere Menschen fördern. Hierzu kann bspw. das  
896 bundesweite Angebot der Schwulenberatung genutzt werden.

897 Die Länder sollen Strategien entwickeln, um insbesondere für queere Menschen im Alter  
898 Wohnmöglichkeiten in landeseigenen Einheiten zu schaffen, in welchen sie  
899 diskriminierungsfrei leben und gesundheitlich versorgt werden können. Rechtliche  
900 Lücken (z.B. Diskriminierungsverbot bei Platzvergaben) müssen dabei von Seiten der  
901 zuständigen Verwaltungen bzw. Ministerien explizit angegangen und im Austausch mit  
902 den in diesem Feld bereits etablierten Akteur\*innen (z.B. Lebensort Vielfalt)  
903 geschlossen werden.

904 All diese Maßnahmen (Infoportale, Qualifizierungs- und Wohnprogramme etc.) sollen von  
905 den Verwaltungen und Ministerien übergreifend mit einer Werbekampagne speziell für  
906 die queere Community begleitet werden, im Zuge derer in Zusammenarbeit mit den  
907 Kommunen auch explizit Angebote zu Alter und Pflege für queere Menschen in Freizeit  
908 und Selbsthilfe geschaffen werden.

909 Wir fordern darüber hinaus den Erhalt und eine flächendeckendere Versorgung mit  
910 queersensiblen Apotheken. Diese sind nicht nur dort infrastrukturell wichtig, wo  
911 Ballungsräume der queeren Community zu verorten sind und so bestimmte Ressourcen  
912 (z.B. spezifische Medikamente, STI-Tests) mehr nachgefragt werden, sondern es ist  
913 eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung notwendig, da queere Menschen oft  
914 einen höheren Beratungsbedarf zu Medikationen und z.B. Wechselwirkungen,  
915 Hormonbehandlung, insbesondere für TINA\*Personen haben. Deswegen sollen auch in  
916 diesem Gesundheitsbereich die Vermittlung queersensibler Inhalte verpflichtend in  
917 Ausbildung und Studium verankert werden. In der Übergangszeit, wo noch keine  
918 flächendeckende Versorgung erreicht werden kann, soll ein Register erstellt werden,  
919 in welchem entsprechend queersensible Apotheken und Anlaufstellen aufgelistet sind,  
920 sofern sie dies wünschen.

921 Wir fordern den Erhalt und die Weiterfinanzierung queerer Gesundheitsinitiativen und  
922 -programme, sowie Beratungs- und Informationsstellen. Es darf keine Kürzungen im  
923 unversorgten Bereich der queeren Gesundheit geben!

924 In den Kommunen ist der Austausch mit der queeren Community vor Ort für eine  
925 Verbesserung der Gesundheitssituation essenziell, darf aber nicht einseitig sein.  
926 Leider geht die Kontaktaufnahme bisher häufig nur von der queeren Community selbst  
927 aus. Wir fordern die zuständigen Stellen auf, aktiver auf die Community zuzugehen und  
928 in einen lebendigen Austausch über Bedarfe zu treten. Sie sollen den Austausch mit  
929 Einrichtungen und Orten suchen, welche Raum für queersensible Angebote (z.B. (Jugend-  
930 )Freizeitstätten, Senior\*innentreffen, AWO-Begegnungsstätten) bieten, diese aufzusuchen  
931 und in Erfahrung bringen, was vor Ort benötigt wird, um bestehende Angebote zu  
932 unterstützen oder mangelnde Angebote aufzubauen. Wir fordern, dass dieser Prozess  
933 durch die Kommunen mit einer dezidierten Bewerbungskampagne über die jeweiligen  
934 existierenden Angebote begleitet wird. So können Strukturen, etwa in den  
935 Freizeitstätten, nicht nur verändert und sicherer gemacht werden, sondern dies stärkt  
936 gleichzeitig die queere Community, diese Räume auch explizit aufzusuchen und Angebote  
937 anzunehmen.

938 Zudem muss bei den kommunal betriebenen Programmen (Besuchsdienste, amtliche

939 medizinische Untersuchungen, medizinische Untersuchungen zur Einschulung, aufsuchende  
940 Sozialarbeit usw.) auf Queersensibilität geachtet werden. Notwendige  
941 Weiterbildungsprogramme sind bei Bedarf durchzuführen.

942 Wir fordern:

943 •Die Änderung der Schlüsselverteilung zur Niederlassung von Ärzt\*innen und die  
944 Ausweitung der Kassensitze

945 •Die Übernahme aller geschlechtsangleichenden Anpassungen durch die gesetzlichen  
946 Krankenkassen unabhängig vom Geschlecht

947 •Die Berücksichtigung von Diversitätsaspekten in der Weiterentwicklung der  
948 Pflegeversicherung

949 •Die Einführung einer Pflegekammer in allen Bundesländern und einen entsprechenden  
950 Errichtungsbeschluss, wo er noch nicht getroffen wurde

951 •Die Bündelung von bereits existenten Gesundheitsmaßnahmen im Bereich queerer  
952 Gesundheitsversorgung, sowie die Bündelung und niedrigschwellige Zurverfügungstellung  
953 von Informationen zu existenten Maßnahmen und Konzepten.

954 •Einrichtung eines Informationsportals zu Anlaufstellen und queersensiblen Ärzt\*innen  
955 auf den Seiten der (kommunalen) zuständigen Verwaltungen und Ministerien, soweit eine  
956 Veröffentlichung unter Einhaltung des Informationsschutzes ausschließlich erfolgt,  
957 wenn dies von den betreffenden Anlaufstellen und Ärzt\*innen gewünscht ist und  
958 ausschließlich auf freiwilliger Basis erfolgt.

959 •Die Durchführung eines umfassenden Qualifizierungsprogramms zu  
960 Diversitätssensibilität in der Pflege

961 •Die Entwicklung und Umsetzung von Strategien durch die zuständigen Verwaltungen und  
962 Ministerien in den Ländern zur Schaffung queeren Wohnraums, insbesondere für queere  
963 Menschen im Alter, in landeseigenen bzw. kommunalen Einheiten und die Beseitigung  
964 etwaiger rechtlicher Hindernisse bzw. Regelungslücken in Zusammenarbeit mit den  
965 Queerverbänden

966 •Die Schaffung von Angeboten der Queeren Selbsthilfe in den Kommunen, insbesondere  
967 für ältere queere Menschen

968 •Den Erhalt und eine flächendeckendere Versorgung mit queersensiblen Apotheken

969 •Die Erstellung eines Registers mit Standorten queersensibler Apotheken und  
970 Anlaufstellen durch die Kommunen, soweit eine Veröffentlichung unter Einhaltung des  
971 Informationsschutzes ausschließlich erfolgt, wenn dies von den betreffenden  
972 Anlaufstellen und Apotheken gewünscht ist und ausschließlich auf freiwilliger Basis  
973 erfolgt.

974 •Den Austausch der zuständigen kommunalen Stellen mit der queeren Community vor Ort  
975 zu gesundheitlichen Bedarfen, sowie die Kontaktaufnahme mit kommunalen Einrichtungen  
976 zur Angebotsstruktur.

977 •Kommunale Informationskampagnen zu vorhandenen Angeboten im Wohnumfeld

978 •Die queersensible Durchführung kommunaler Programme und Angebote, bspw.  
979 Besuchsdienste und amtlicher medizinischer Untersuchungen, und die Durchführung von  
980 diversitäts- und diskriminierungssensiblen Weiterbildungen, falls erforderlich

981 •Keine Kürzungen bei queerer Gesundheit! Queere Gesundheitsinitiativen und -

982 programme, sowie Beratungs- und Informationsstellen müssen erhalten, weiterfinanziert  
983 und perspektivisch ausgebaut werden

984 4: Ausbildung und Standardisierung

985 Um das Gesundheitssystem nachhaltig zu ändern und langfristig Diskriminierung  
986 abzubauen, reicht es nicht, Maßnahmen für den Umgang mit queeren Menschen in  
987 Einrichtungen zu verankern. Das Berufsethos sollte inklusiv sein, viele queere  
988 Menschen erfahren dennoch Diskriminierung im Gesundheitssystem, Gesundheit sollte  
989 jedoch über alle Bereiche hinweg flächendeckend und geschlechtsübergreifend gedacht  
990 werden. Es muss ein konsequentes Um- und Neudenken hinsichtlich queerer  
991 Gesundheitsversorgung geben. Dies beginnt schon bei Ausbildung und Studium.

992 Medizinische und therapeutische Lehrbücher bilden leider häufig weiße, cis-  
993 heteronormative, normschlanke, nicht behinderte Körper ab. Dieses Bild hat die Lehre  
994 über Jahrzehnte dominiert und unser Gesundheitssystem sowie den Umgang mit  
995 Patient\*innen auf lange Zeit geprägt. Das führt zu Missständen und Unterschieden in  
996 der Versorgung. Hier sind Weiterbildungsprogramme notwendig, um die fehlenden Aspekte  
997 von Ausbildung und Studium auszugleichen und bereits praktizierende Personen zu  
998 sensibilisieren. Daher ist es notwendig verpflichtende Fortbildungen für bereits im  
999 Gesundheitssektor tätige Personen durchzuführen, wobei in regelmäßigen Abständen eine  
1000 pflichtgemäße Auffrischung des Kenntnisstandes im Rahmen einer Weiterbildung bspw.  
1001 alle 5 Jahre erfolgen soll oder auf freiwillige Nachfrage auch zwischen den  
1002 vorgeschriebenen Zeiträumen. Dabei müssen etwaige Fortbildungskosten vollumfänglich  
1003 durch die Arbeitgebenden, nicht durch die Beschäftigten, getragen werden. Bei Bedarf  
1004 sollen die Arbeitgebenden die Möglichkeit bekommen, beim Land bzw. den Kommunen  
1005 Beihilfen für die Gegenfinanzierung der Fortbildungen zu beantragen. Auch das nicht-  
1006 medizinische Personal muss im diversitätssensiblen Umgang mit Patient\*innen geschult  
1007 werden und Zugang zu Fortbildungsangeboten erhalten, mindestens in den Bereichen, die  
1008 viel Patient\*innenkontakt haben. Um einen Anreiz zu schaffen, damit z.B. private  
1009 Praxen und Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen offen für Fortbildungen zu queerer  
1010 bzw. diversitäts- und diskriminierungssensibler Gesundheitsversorgung sind, wäre es  
1011 möglich, dass diese bei erfolgreich absolviert Fortbildung bspw. nach Schlüssel für  
1012 ihre Leistungen mehr abrechnen dürfen, um so das Engagement für eine bedarfsgerechte  
1013 Versorgung für alle Menschen zu belohnen.

1014 Menschen, die im Gesundheitssektor arbeiten, sollten bereits vor Berufsantritt ein  
1015 Verständnis für eine integrative und diverse Gesundheitsversorgung entwickeln. Dazu  
1016 ist es notwendig, Themen von Diversität und Diskriminierung intersektional in  
1017 medizinischen, therapeutischen und pharmazeutischen Ausbildungs- und Studiengängen zu  
1018 implementieren. Dazu gehört auch die Sensibilisierung und der Abbau von Vorurteilen  
1019 im Umgang mit queeren Menschen, nicht-cis-heteronormativen Körpern und  
1020 Krankheitsbildern bspw. HIV. Um eine höhere Sensibilität zu fördern, ist es  
1021 notwendig, die adäquate Behandlung queerer Menschen systematisch in die Lehre  
1022 einzubinden und curricular festzuschreiben. Zudem sollten entsprechende Inhalte in  
1023 die Logbücher der Fachärzt\*innen aufgenommen werden, dafür muss die Liste um ein Log  
1024 erweitert werden, damit Menschen in der Fachärzt\*innenausbildung bspw. in der  
1025 Gynäkologie queergynäkologische Behandlungen durchgeführt haben müssen.

1026 Um Hürden abzubauen und das Vertrauen queerer Menschen in das Gesundheitssystem zu  
1027 stärken, ist es zudem notwendig, alltägliche Diskriminierungen abzubauen. Scheinbare

1028 Kleinigkeiten können hierbei bereits einen merkbaren Unterschied machen und das  
1029 Vertrauen queerer Menschen stärken. Hierzu gehört es u.a., Formulare und  
1030 Anamnesebögen anzupassen, die eigene Website diversitätssensibel zu gestalten, indem  
1031 z.B. auf die Verwendung bestimmter Bilder geachtet bzw. verzichtet wird, oder die  
1032 eigene Praxis barrierearm einzurichten, um bereits die Ansprache offen zu gestalten  
1033 und queeren Menschen ein Gefühl der Sicherheit in Gesundheitseinrichtungen zu geben.  
1034 Ein respektvoller Umgang fördert das Vertrauen zwischen Patient\*innen, Ärzt\*innen und  
1035 Therapeut\*innen. Patient\*innen fühlen sich ernst genommen, sind eher bereit, Bedenken  
1036 und Informationen offen mitzuteilen und sich anzuvertrauen, was enorm wichtig für  
1037 eine präzise Diagnosestellung und Behandlung ist. Hierbei kann auch das  
1038 verpflichtende Tragen eines Namensschilds inklusive der Pronomen der Person helfen.  
1039 Das erleichtert sowohl Patient\*innen als auch queeren Mitarbeiter\*innen die  
1040 Ansprache. Ein diskriminierungssensibler Umgang in der medizinischen Praxis  
1041 ermöglicht eine angemessene und bedarfsgerechte Versorgung für alle und kann dazu  
1042 beitragen, Barrieren abzubauen und den Zugang zu Gesundheitsleistungen zu verbessern.  
1043 Um strukturelle Diskriminierung abzubauen und flächendeckend diskriminierungs- und  
1044 diversitätssensible Strukturen zu schaffen, ist es notwendig, einheitliche Standards  
1045 für öffentliche Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser einzuführen.  
1046 Dies kann zum Beispiel im Rahmen eines landeseigenen oder existierenden  
1047 Zertifizierungsprogramms für Diversitätssensibilität erfolgen. Zudem müssen Leitfäden  
1048 im Umgang mit queeren Menschen erstellt werden. Mögliche Maßnahmen könnten die  
1049 Festschreibung von Diversitätssensibilität im Rahmen von Qualitätshandbüchern, die  
1050 Einrichtung einer Stelle als Diversitätsbeauftragte bzw. -manager\*in, die Erstellung  
1051 eines Leitbilds zum Thema Diversitätssensibilität, die Einrichtung eines  
1052 Beschwerdemanagements, die Schaffung von Vertrauenspersonen, die Umsetzung  
1053 gendersensibler Sprache (auch um Misgendering auszuschließen), die Umsetzung  
1054 diversitätssensibler Aufnahme- und Anamnesebögen, die Einführung eines  
1055 Verhaltenskodex oder diversitätsbezogene Weiterbildungskonzepte sein. Die Kriterien  
1056 des Diversity Checks der Schwulenberatung könnten bei der Festlegung einheitlicher  
1057 Standards als Grundlage dienen bzw. könnte bei der Erarbeitung von Kriterien bspw.  
1058 mit der Schwulenberatung kooperiert werden, welche im Rahmen des Programms „Lebensort  
1059 Vielfalt“ bereits Kriterien für einen Diversity Check erarbeitet haben. Die  
1060 Erarbeitung der Standards muss in Zusammenarbeit mit Expert\*innen, queeren  
1061 Organisationen, Vereinen, Verbänden und Initiativen und der queeren Community  
1062 entwickelt werden.  
1063 Es müssen klare und niedrigschwellig zugängliche und erreichbare Beschwerdewege und  
1064 Anlaufstellen im Falle von Diskriminierungen geschaffen werden. Zudem braucht es  
1065 Vorgaben, welche Maßnahmen bei vorgefallenen Diskriminierungen ergriffen werden und  
1066 welche möglichen Sanktionen eintreten.  
1067 Die Einrichtung bzw. der Ausbau von queeren Netzwerken, z.B. Queer Staff Networks, an  
1068 Gesundheitseinrichtungen soll unterstützt und den Beteiligten der Zugang zu  
1069 Weiterbildungsprogrammen ermöglicht werden.  
1070 Wir fordern:  
1071 •Die Aufnahme von Themen queerer Gesundheitsversorgung und Sensibilisierung  
1072 hinsichtlich queergesundheitlicher Bedarfe in die Lehrpläne bzw. Studien- und  
1073 Prüfungsordnungen gesundheitsbezogener Ausbildungs- und Studiengänge.

- 1074 •Die Behandlung spezifischer Themen queeren Lebens in der Facharztausbildung
- 1075 •Die verpflichtende Fortbildung bereits im Gesundheitssektor tätigen medizinischen
- 1076 und nicht-medizinischen Personals zu diversitätssensibler Gesundheitsversorgung,
- 1077 wobei in regelmäßigen Abständen eine pflichtgemäße Auffrischung des Kenntnisstandes
- 1078 im Rahmen einer Weiterbildung bspw. alle 5 Jahre erfolgen soll oder auf freiwillige
- 1079 Nachfrage auch zwischen den vorgeschriebenen Zeiträumen. Dabei müssen etwaige
- 1080 Fortbildungskosten vollumfänglich durch die Arbeitgebenden, nicht durch die
- 1081 Beschäftigten, getragen werden. Fortbildungen zu queersensibler Gesundheitsversorgung
- 1082 sollen nicht allein aus Kosten- und Zeitgründen abgelehnt werden können. Bei Bedarf
- 1083 sollen die Arbeitgebenden die Möglichkeit bekommen, beim Land bzw. der Kommune
- 1084 Beihilfen für die Gegenfinanzierung der Fortbildungen zu beantragen.
- 1085 •Die Schaffung von mehr Ausbildungsplätzen für medizinisches Fachpersonal, um die
- 1086 Bedarfslücken auszugleichen
- 1087 •Die Erstellung von Aufklärungs- und Informationsmaterial zu queerer Gesundheit für
- 1088 medizinisches Fachpersonal
- 1089 •Die curriculare Festschreibung queermedizinischer Lehrinhalte in medizinischen,
- 1090 therapeutischen und pharmazeutischen Ausbildungs- und Studiengängen
- 1091 •Die Erweiterung der Logbücher der Fachärzt\*innenausbildung um ein Log zu
- 1092 queermedizinischer Behandlung
- 1093 •Die Entwicklung, Bewerbung und Empfehlung von diversitätssensiblen Anamnesebögen und
- 1094 Leitfäden zum diversitätssensiblen Umgang mit Patient\*innen – zur Orientierung können
- 1095 hierbei bspw. die Empfehlungen von Queermed Deutschland genutzt werden.
- 1096 •Die Erarbeitung und Umsetzung diversitäts- und diskriminierungssensibler Standards
- 1097 für öffentliche Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser in
- 1098 Zusammenarbeit mit Vereinen und Verbänden der queeren Community
- 1099 •Die Schaffung von weisungsgebundenen Queer- und Diversitätsbeauftragten an
- 1100 öffentlichen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, z.B. allen landeseigenen bzw.
- 1101 kommunalen Krankenhausseinrichtungen. Die Stelle könnte angelehnt an die der Frauen-
- 1102 und Gleichstellungsbeauftragten geschaffen werden.
- 1103 •Die Erarbeitung von Leitfäden zum Umgang mit queeren Menschen im Gesundheitswesen
- 1104 •Die Etablierung von klaren und niedrigschwülligen Beschwerdewegen
- 1105 •Die Unterstützung queerer Netzwerke
- 1106 5: Verbesserungen im Versorgungssystem
- 1107 Die Sicherung queerer Gesundheitsversorgung betrifft weitreichende Bereiche unseres
- 1108 alltäglichen Lebens. Um queere Menschen langfristig gesundheitlich zu unterstützen,
- 1109 ist es nicht nur notwendig, Einrichtungen zu sensibilisieren, berufliche Standards zu
- 1110 etablieren und Gesetze zu ändern, es erfordert auch den Erhalt bereits geschaffener
- 1111 und genutzter Strukturen, den Zugang zu Medikamenten und die Berücksichtigung
- 1112 sozioökonomischer Faktoren.
- 1113 Wir fordern:
- 1114 •Die Versorgung mit PREP-Medikamenten, Medikamenten der HIV-Behandlung und weiterer
- 1115 muss auch weiterhin, trotz Lieferengpässen, sichergestellt sein. Die Versorgung von
- 1116 Ärzt\*innen und Patient\*innen mit PREP-Medikamenten ist zu gewährleisten. PREP-

1117 Medikamente müssen für alle Patient\*innen zugänglich und kostenlos sein.

1118 •Die Durchführung von STI-Tests muss nicht nur durch Fachärzt\*innen und designierte  
1119 Teststellen, sondern z.B. auch Hausärzt\*innen möglich sein, um eine breite  
1120 Zugänglichkeit zu gewährleisten und dem zahlenmäßigen Bedarf gerecht zu werden. Die  
1121 Notwendigkeit für ein erweitertes Angebot wird schon allein durch die neue  
1122 Gesetzesregelung geschaffen, die es vorsieht, dass vor dem Aufsuchen von  
1123 Fachärzt\*innen zunächst Hausärzt\*innen aufgesucht werden müssen. Dies kann im Zweifel  
1124 eine dringend notwendige Testung verzögern, obwohl schnelles Handeln von Nöten ist.

1125 •Den Ausbau von STI-Teststellen und die Ausweitung des Angebots

1126 •Die Versorgung mit ausreichend diversitätssensiblen Therapieplätzen ist  
1127 sicherzustellen, dazu ist eine Ausweitung der Kapazitäten notwendig. Gerade für  
1128 queere Menschen ist der rasche Zugang zu einem Therapieplatz essenziell, da sie  
1129 vermehrt unter depressiven Episoden, Burnout, Angststörungen, chronischen  
1130 Schlafproblemen und essgestörten Verhaltensweisen leiden sowie neurodivergent sind.  
1131 Es braucht eine bessere Zugänglichkeit und höhere Verfügbarkeit von queersensiblen  
1132 Therapieangeboten

1133 •Die Schaffung mehr queerer Schutzzäume in öffentlichen Einrichtungen

1134 •Die Schaffung und Ausweitung des Angebots von gesundheitlichen Selbsthilfegruppen  
1135 für queere Patient\*innen und An- und Zugehörige (z.B. Queer und Demenz, Queer und  
1136 Krebs usw.), sowie Vernetzungsgruppen und Beteiligungsformaten, um Informationen  
1137 auszutauschen und sich zu vernetzen

1138 •Die Schaffung zusätzlicher Beratungsmöglichkeiten zu queersensibler Pflege,  
1139 Zugängen, Beschwerdewegen usw.

1140 •Queere Menschen, die in Pflegeeinrichtungen leben, sollten die Möglichkeit bekommen,  
1141 auch weiterhin Kontakt zur Community zu haben. Hierzu sollen Konzepte entwickelt  
1142 werden, bspw. Kooperationen mit Vereinen und Verbänden oder Besuchsdienste

1143 •Das Mitdenken queerer Menschen bei kommunalen Formaten, wie z.B. Messen für  
1144 pflegende Angehörige, Pflege etc.

1145 •Die Schaffung niedrigschwelliger Angebote in den Kommunen, z.B. in  
1146 Nachbarschaftseinrichtungen, bspw. Freizeitgruppen zu queeren Themen, wie Outing bei  
1147 älteren queeren Menschen, Unsicherheiten oder queeren Lebenswelten und -wegen. Durch  
1148 die Schaffung vertrauensvoller Räume ist ein leichterer Übergang zu  
1149 Beratungsgesprächen möglich, auch in medizinischen Fragen. Niedrigschwelligkeit und  
1150 Teilhabe gehören zur Gesundheitsvorsorge dazu

1151 •Informationen zu queerer Gesundheitsversorgung durch staatliche Institutionen und  
1152 Versicherungsträger sind unzureichend, hier gibt es einen Informationsbedarf zu  
1153 medizinischen Möglichkeiten, es braucht eine umfassendere Informationsbereitstellung

1154 •Eine Aufklärungskampagne und die Erstellung entsprechenden Materials zu  
1155 Übertragungswegen von HPV und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen sowie  
1156 Angebotsgespräche bspw. zu PREP-Medikation. Dabei darf die Kampagne nicht nur auf  
1157 queere Menschen Bezug nehmen, sondern soll allgemein zu sexueller Gesundheit  
1158 informieren, um unzutreffende Stigmatisierungen nicht zu erhärten. Die Kampagne soll  
1159 die Anerkennung des Themas „Sexuelle Gesundheit“ erhöhen und die Notwendigkeit der  
1160 Vorsorge kenntlich machen

1161 •Die Beseitigung ökonomischer Hürden in der Gesundheitsversorgung. Der Zugang zu  
1162 medizinischen Leistungen darf nicht vom Geldbeutel abhängen! Oft verweigern  
1163 Krankenkassen die Finanzierung medizinischer Leistungen queerer Menschen, da diese  
1164 nicht abgedeckt sind oder als notwendig erachtet werden und die Unterstützung der  
1165 Krankenkassen ist mangelhaft. Die Abrechnung in der Gynäkologie ist bspw. nur auf  
1166 cis-Frauen ausgelegt, TINA\*Personen haben somit häufig keinen Anspruch auf  
1167 gynäkologische Leistungen. Viele Patient\*innen können die privaten Rechnungen jedoch  
1168 nicht begleichen und nehmen in der Konsequenz wichtige Untersuchungen nicht wahr,  
1169 weil sie sie sich nicht leisten können. Auch STI- Tests sind bspw. bei den  
1170 Kassenleistungen von der Leistungsübernahme oft ausgeschlossen, was u.a. mit der  
1171 Stigmatisierung des Themas und der Annahme zusammenhängt, Betroffene seien selbst an  
1172 ihrer Ansteckung Schuld. In der Folge müssen queere Menschen medizinische  
1173 Untersuchungen und Hilfsmittel häufig selbst zahlen, was eine erhebliche finanzielle  
1174 Belastung darstellt. Das muss aufhören, queere Gesundheit und der Zugang zu  
1175 Behandlungen dürfen nicht an Krankenkassen scheitern! Viele Untersuchungen sind zudem  
1176 übermäßig teuer. In anderen Ländern können Menschen sich bspw. jederzeit kostenlos  
1177 auf STIs testen lassen. In Deutschland kostet die Testung häufig viel Geld, die  
1178 Privatrechnungen für einen einzigen Test sind oft 300€ hoch und höher. Es gibt kaum  
1179 Anlaufstellen und die Anlaufstellen, die es gibt sind häufig auf homosexuelle cis-  
1180 Männer ausgerichtet und nicht auf cis-Frauen oder andere queere Personengruppen. Hier  
1181 muss es ein Umdenken geben! Gesundheitliche Vorsorge muss kostenfrei und für alle  
1182 Menschen zugänglich sein! Gesundheitsbehandlungen und Untersuchungen sexueller  
1183 Gesundheit müssen Kassenleistung sein!

1184 Wir fordern ein Um- und Neudenken queerer Gesundheitsversorgung, weil alle Menschen  
1185 ein Recht auf ein gesundes Leben haben!

1186 körperlichen und psychischen Erkrankungen leiden, mit Drogenkonsum (mit oder ohne  
1187 Substanzabhängigkeit) und ungeschütztem

1188 Sexualverkehr zu tun haben, aber auch mit gewaltsgemäßen Übergriffen.

1189 Dabei sind sie häufig von Mehrfachdiskriminierung betroffen. Eine Vielzahl der  
1190 wohnungs- und obdachlosen Menschen ist BIPOC oder hat eine Migrations- oder

1191 Fluchtbiografie. Queere wohnungs- und obdachlose Menschen sind zudem in mehrfacher  
1192 Hinsicht von sozialer Ausgrenzung und Diskriminierung betroffen, sowohl aufgrund  
1193 ihrer Queerness als auch ihrer Wohnungs- und Obdachlosigkeit. Einrichtungen der  
1194 Obdach- und Wohnungslosenhilfe sind nicht für queere Menschen sensibilisiert, es gibt  
1195 keine Notunterkünfte für queere Menschen und in den vorhandenen allgemeinen  
1196 Einrichtungen sowie auf der Straße erfahren queere Menschen Gewalt aufgrund ihrer  
1197 sexuellen oder geschlechtlichen Identität und Queerfeindlichkeit durch andere  
1198 Aufsuchende der Einrichtungen sowie durch das Personal.

1199 Damit geht eine zusätzlich verstärkte Unsicherheit im System, auch im  
1200 Gesundheitssystem, einher.

1201 Wir fordern:

1202 •Die Schaffung gezielter Sensibilisierungsprogramme in Bezug auf das Thema Queerness  
1203 im Zusammenhang mit Wohnungs- und Obdachlosigkeit für Einrichtungen der Obdach- und  
1204 Wohnungslosenhilfe und Beratungsstellen, z.B. Stadtmissionen, aufsuchende

1205 Sozialarbeit usw., welche sowohl das Personal als auch dort tätige Ehrenamtliche  
1206 einbeziehen sollen

1207 •Die Einrichtung eines spezifischen Unterbringungsangebots für queere wohnungs- und  
1208 obdachlose Menschen, bspw. Notunterkünfte spezifisch für queere Menschen

1209 •Die Schaffung und Ausweitung barriereärmer medizinischer Angebote für wohnungs- und  
1210 obdachlose Menschen

1211 •Den Abbau von Sprachbarrieren in der Gesundheitsversorgung. Außerdem müssen  
1212 Möglichkeiten zur kostenlosen Wahrnehmung von Sprachmittlung oder Angeboten in  
1213 Leichter Sprache geschaffen werden.

1214 •Die Erarbeitung von Lösungen, damit auch Betroffene ohne Aufenthaltstitel, Wohnort  
1215 oder Krankenversicherung niedrigschwellig und kostenlos versorgt werden können.

1216 Queer und Neurodiversität

1217 Der Begriff der Neurodiversität bezieht sich auf Menschen, deren Gehirn „abweichend“  
1218 von neurologischen Normvorstellungen („neurotypisch“) arbeitet und erkennt diese in  
1219 ihrer Existenz an. Die Unterscheidung zwischen neurodivergent und neurotypisch sieht  
1220 diese Unterschiede dabei als Variationen, in denen sich menschliche Vielfalt  
1221 darstellt. Dabei gibt es kein „richtig“ oder „falsch“, „gesund“ oder „krank“,  
1222 „normal“ oder „anormal“. Neurologische Vielfalt ist „Normalität“. Neurodiversität ist  
1223 unabhängig von anderen Faktoren wie z. B. Geschlecht, Hautfarbe, Bildungsstand  
1224 und/oder Herkunft. Gleichzeitig bringt Neurodiversität Barrieren und Hindernisse mit  
1225 sich, da unsere Gesellschaft auf neurotypische Menschen ausgerichtet ist.

1226 Neurodiversität kann sich in verschiedenen Aspekten der Persönlichkeit zeigen, z. B.  
1227 Lernen, Denkweise, Motorik, Struktur, Interaktion, Sprache und Wahrnehmung. Die  
1228 erhöhte Reizsensibilität vieler neurodivergenter Menschen kann zu einem höheren  
1229 Stresserleben und einem verstärkten Bedürfnis nach Rückzug führen, was wiederum  
1230 gesundheitliche Auswirkungen haben kann. Dies führt auch zu Problemen im  
1231 Gesundheitssystem, wenn Räumlichkeiten und medizinisches Fachpersonal nicht für den  
1232 Umgang mit neurodivergenten Menschen sensibilisiert sind.

1233 Der Querschnittsbereich aus den Themen Queer und Neurodiversität liegt darin  
1234 begründet, dass neurodivergenten Denk- und Sichtweisen Diskriminierungspotenziale  
1235 bürgen, auch in Bezug auf die geschlechtliche und sexuelle Identität einer Person,  
1236 bspw. hinsichtlich des eigenen Geschlechtsausdrucks oder der geschlechtlichen  
1237 Zuweisung anderer, wenn eine neurodivergente Person das Konzept Geschlecht z.B. nicht  
1238 nachvollziehen kann. Neurodivergente Menschen sind zudem prozentual deutlich häufiger  
1239 queer als neurotypische Menschen. Die Zusammenhänge bzw. Überschneidungen dieser  
1240 beiden Spektren wurden in der Vergangenheit bereits einige Male im Rahmen von Studien  
1241 und Befragungen untersucht, u.a. in den Niederlanden und Australien, wobei die  
1242 Ergebnisse dieser Untersuchungen darauf hindeuten, dass geschlechtliche und sexuelle  
1243 Identitäten z.B. bei Autist\*innen vielfältiger zu sein scheinen als in der  
1244 neurotypischen Bevölkerung und auch ein breiteres und vielfältigeres Verständnis  
1245 derselben zu bestehen scheint.

1246 Die Durchführungen derartiger Studien ist essenziell, um die intersektionalen  
1247 Verflechtungen zwischen Queerness und Neurodiversität besser zu verstehen und so  
1248 bedarfsgerechte Maßnahmen entwickeln zu können, um die Teilhabe von Menschen zu  
1249 verbessern, die sich auf beiden Spektren verorten oder verortet werden. Dies gilt

1250 insbesondere für den Gesundheitssektor, da sich aus dieser Verflechtung eine Vielzahl  
1251 an spezifischen gesundheitlichen Risiken, Stressfaktoren und Bedürfnissen ergibt, auf  
1252 die fachlich reagiert werden muss. Besonders in Bezug auf medizinische und  
1253 psychologische Begleitung ist entpathologisierendes und diskriminierungssensibles  
1254 Wissen von Bedeutung.

1255 Das Unwissen über die Zusammenhänge dieser Themenspektren führt in der Realität  
1256 leider oft zu Mehrfachdiskriminierung. Viele queere Menschen beschreiben  
1257 Diskriminierung im Zusammenhang mit Ableismus, also Behindertenfeindlichkeit. Diese  
1258 bezieht sich am häufigsten auf psychische Merkmale und Neurodivergenz. Jede fünfte  
1259 befragte Person nach einer Umfrage der Antidiskriminierungsstelle StandUp der  
1260 Schwulenberatung Berlin erlebte neben Diskriminierung aufgrund der geschlechtlichen  
1261 oder sexuellen Identität auch Diskriminierung aufgrund einer Neurodivergenz. So  
1262 werden neurodivergenten Personen in der Praxis u.a. manche Behandlungen versagt, z.B.  
1263 Hormontherapien oder der Zugang zu bestimmten Verhütungsmitteln, da sie  
1264 infantilisiert werden und ihnen nicht zugetraut wird, informierte Entscheidungen über  
1265 ihre Identität z.B. aufgrund ihres Autismus zu treffen. Gleichzeitig wird ihnen dabei  
1266 die Selbstbestimmung über ihre eigene geschlechtliche und/oder sexuelle Identität und  
1267 ihren Körper entzogen. Das muss aufhören! Neurodivergent zu sein bedeutet nicht,  
1268 unfähig zu sein, selbstbestimmte Entscheidungen über die eigene Gesundheit zu  
1269 treffen.

1270 Zudem gibt es kaum Pflegeangebote, die sowohl queersensibel, als auch auf die Pflege  
1271 von neurodivergenten Menschen, bspw. von Autismus, ausgerichtet sind. Hier besteht  
1272 ein enormes Defizit in der gesundheitlichen Versorgung.

1273 Wir fordern:

1274

1275 •Mehr Sensibilität in der Gesundheitsversorgung! Es braucht einen auf Konsens und  
1276 Kommunikation ausgerichteten Umgang mit Patient\*innen, auch während der Behandlung.  
1277 Medizinisches Personal sollte darauf geschult sein, vor der körperlichen  
1278 Kontaktaufnahme Konsens zu erfragen (sofern es sich nicht um einen medizinischen  
1279 Notfall handelt) und in einfacher und klarer Sprache zu kommunizieren, da bspw.  
1280 nonverbale Kommunikation missinterpretiert werden kann. Eine klare Kommunikation  
1281 hinsichtlich von Bedürfnissen und Grenzen kann Hürden abbauen und schafft eine  
1282 größere Vertrauensbasis. Gleichzeitig wird einer etwaigen Reizüberflutung  
1283 neurodivergenter Personen durch unerwünschte Berührung oder kommunikative  
1284 Undeutlichkeiten vorgebeugt.

1285 •Die Erarbeitung eines Leitfadens zum konsensualen und diversitätssensiblen Umgang im  
1286 Patient\*innenkontakt

1287 •Mehr Forschung zum Querschnitt Queerness und Neurodivergenz, um adäquate  
1288 Behandlungsstrategien entwickeln zu können

1289 •Die Schaffung von reizarmen Warte- bzw. Rückzugsbereichen in öffentlichen  
1290 Gesundheitseinrichtungen. Diese Bereiche sollten möglichst geräuscharm oder  
1291 vollkommen ruhig und mit gedimmtem Licht ausgestattet sein. Sollte dies nicht möglich  
1292 sein, so sollten z.B. Noise-Cancelling-Kopfhörer und ähnliche Werkzeuge zur  
1293 Reizreduzierung bereitgestellt werden.

1294 •Die Schaffung von Anlaufstellen bei Schwierigkeiten bzw. Unterstützungsbedarf für

1295 queere und neurodivergente Menschen.

1296 •Die Schaffung von mehr Pflegeangeboten bzw. die Ausweitung bestehender Angebote,  
1297 z.B. durch Schulungen, die auch auf neurodivergente, queere Menschen, z.B. queere  
1298 Menschen mit Autismus, ausgerichtet sind.

1299 •Die Schaffung und bessere Zugänglichkeit von und zu Psychotherapieplätzen

1300 Queere BIPOCs im Gesundheitssystem

1301 Wenn von diversitätssensibler Gesundheitsversorgung die Rede ist, denken viele  
1302 Menschen zunächst an die Berücksichtigung unterschiedlicher kultureller Hintergründe  
1303 und Menschen mit Migrationsbiografie. Tatsächlich spielt die Frage von Herkunft,  
1304 ethnischer Zugehörigkeit und Aufenthaltsstatus auch beim Thema queerer  
1305 Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle. Rassismus ist neben Queerfeindlichkeit  
1306 eine der am häufigsten genannten Diskriminierungsformen. Das Zusammenspiel beider  
1307 Diskriminierungsformen erhöht die Sorge vor Ausgrenzung und die Angst vor  
1308 Übergriffen. Im Bereich von Gesundheit und Pflege erfahren z.B. schwarze trans\*,  
1309 inter\* oder nicht-binäre Menschen besonders häufig Diskriminierung, sowohl im  
1310 Vergleich zu weißen als auch zu cis-BIPOC-Personen.

1311 Sowohl bei queeren Menschen als auch bei BIPOCs handelt es sich um Personengruppen,  
1312 die durch Zugangshürden oft über eine geringere Informiertheit über das deutsche  
1313 Gesundheits- und Pflegesystem verfügen. Außerdem bevorzugen Befragungen zufolge beide  
1314 Personengruppen tendenziell eine ambulante Pflege im häuslichen Umfeld aus Angst, in  
1315 Einrichtungen erneute Diskriminierung und Ausgrenzung zu erfahren. Viele Betroffene  
1316 beschreiben ein Gefühl der Isolation, der Unsichtbarkeit und der Behandlung als  
1317 Außenseiter\*innen im Umgang mit medizinischem Personal oder anderen Bewohner\*innen  
1318 von Pflegeeinrichtungen. Hinzu kommen Sprachbarrieren und damit verbundene Scham oder  
1319 das Gefühl des Nicht-ernstgenommen-werdens, da häufig aufgrund der mangelnden  
1320 deutschen Sprachkenntnis gleichsam mangelnde Intelligenz unterstellt wird. Wenn die  
1321 Kommunikation nicht in der Erstsprache der Behandelnden oder Patient\*innen  
1322 durchgeführt wird, kann dies außerdem schlimmstenfalls dazu führen, dass Behandlungen  
1323 nicht, schlechter oder falsch durchgeführt werden. Häufig müssen nicht-  
1324 deutschsprachige Menschen sich zudem entscheiden, ob sie Einrichtungen aufsuchen, in  
1325 denen sie mit einer queersensiblen Behandlung rechnen können oder zu einer Person,  
1326 mit der sie in ihrer Erstsprache kommunizieren können.

1327 Gerade für die Pflege rückt der Themenkomplex Queer und post-/migrantisch zudem immer  
1328 weiter in den Fokus im Vergleich zu früheren Generationen. Sowohl die Zahl der  
1329 pflegebedürftigen BIPOC-Personen und Menschen mit Migrationsbiografie als auch der  
1330 pflegebedürftigen queeren Menschen steigt an.

1331 Die Sensibilität für die Intersektionalität von Queerness und Rassismus darf überdies  
1332 nicht nur Patient\*innen berücksichtigen, sondern muss ebenso An- und Zugehörige sowie  
1333 das medizinische Fachpersonal miteinbeziehen. Der Gesundheitssektor wird zunehmend  
1334 von internationalen Fachkräften getragen und auch von diesen sind viele Menschen  
1335 queer, auch aber nicht nur deswegen, da sie ihre sexuelle bzw. geschlechtliche  
1336 Identität in Deutschland ohne Angst vor staatlicher Verfolgung leben können. Um  
1337 dieses internationale Fachpersonal dauerhaft halten zu können und als Arbeitsstandort  
1338 attraktiv zu bleiben, ist es jedoch notwendig, Diskriminierungsformen, wie Rassismus  
1339 und Queerfeindlichkeit abzubauen, weil sie sowohl durch Mitarbeiter\*innen als auch

1340 Patient\*innen z.B. Rassismus erleben.

1341 Wir fordern:

1342 •Den Abbau von Sprachbarrieren in der Gesundheitsversorgung. Außerdem müssen

1343 Möglichkeiten zur kostenlosen Wahrnehmung von Sprachmittlung oder Angeboten in

1344 Leichter Sprache geschaffen werden.

1345 •Die Etablierung von Sensibilisierungsprogrammen in öffentlichen medizinischen

1346 Einrichtungen zu gesellschaftlicher Vielfalt und dem Abbau von Diskriminierungsformen

1347 wie Rassismus.

1348 Queer im Alter

1349 Die Zahl pflegebedürftiger Menschen wird im Zuge des demografischen Wandels in den

1350 kommenden Jahren gesamtgesellschaftlich ansteigen. Queere bzw. diversitäts- und

1351 diskriminierunssensible Pflege ist nicht nur eine Frage des Alters, auch junge

1352 Menschen sind auf Pflege angewiesen und das Angebot muss insgesamt ausgeweitet

1353 werden. Dennoch macht die Pflege älterer Menschen immer noch einen Großteil des

1354 Bedarfs aus und auch queere Menschen werden älter und haben spezifische Bedürfnisse

1355 an ihre Gesundheitsversorgung. Allgemeine Aspekte der Gesundheit queerer Menschen und

1356 ihre Gesundheit im Allgemeinen müssen bei der Pflege queerer Menschen, auch im Alter,

1357 aber somit ebenfalls mitgedacht werden, bspw. das Thema Einsamkeit, aber auch die

1358 Häufigkeit chronischer Erkrankungen durch jahrelangen Minderheitenstress. Die bereits

1359 angeführten und noch folgenden Aspekte müssen somit auch in die queere Altenpflege

1360 einbezogen werden.

1361 Nach Schätzungen des niedersächsischen Sozialministeriums aus dem Jahr 2016 gibt es

1362 in Deutschland bis zu 1,8 Millionen lesbische, schwule, bisexuelle, trans- und

1363 intergeschlechtliche (LSBTI\*) Senior\*innen im Alter von über 60 Jahren. Queer und

1364 Alter ist im öffentlichen Diskurs allerdings selten Thema. Ältere queere Menschen

1365 sind gesellschaftlich oft wenig sichtbar und erhalten wenig Beachtung. Das hängt u.a.

1366 damit zusammen, dass viele sich zunehmend zurückziehen und ihre sexuelle oder

1367 geschlechtliche Identität verschweigen, da sie in ihrem Leben

1368 Diskriminierungserfahrungen gemacht haben. Diskriminierungen, die vor Jahrzehnten

1369 aufgrund der eigenen sexuellen oder geschlechtlichen Identität erlebt wurden, haben

1370 auch im Alter Auswirkungen. Betroffene reden oft nicht über das Erlebte, haben das

1371 Gefühl, dass sie von ihrem Umfeld nicht verstanden werden oder es keine Personen

1372 gibt, mit denen sie diese Erfahrungen teilen und die diese nachvollziehen können.

1373 Außerdem herrscht ein Mangel an queersensiblen Räumen für ältere Menschen. Häufig

1374 fühlen sich ältere queere Menschen sozial isoliert. Dieser Fakt wird zudem dadurch

1375 verstärkt, dass ältere queere Menschen häufiger kinderlos und alleinlebend sind und

1376 Versorgungsangebote der Altenhilfe aus Angst vor Diskriminierung weniger annehmen.

1377 Aufgrund des Mangels familiärer Kontexte, z.B. als Folge einer Ausstoßung aus der

1378 Familie als Folge eines Outings oder aus Mangel an Kindern und Nahverwandten, fehlt

1379 die Unterstützung durch Angehörige und familiäre Netzwerke, auch gesundheitlich. Als

1380 Resultat erfolgt ein großer Teil der Sorgearbeit bei queeren Menschen durch die sog.

1381 „Wahlfamilie“, also Freund\*innen und andere soziale Netzwerke. Wahlfamilien werden

1382 vom Gesundheitssystem jedoch nicht berücksichtigt. Andere als familiäre zugehörige

1383 Personen werden bei Gesprächen zu Pflege und Unterstützungsnetzwerken seitens

1384 offizieller Stellen gar nicht erfragt. Dies macht ein Umdenken bei der

1385 Angebotslandschaft und Beratung für Pflegende notwendig, welche nicht nur auf An-,  
1386 sondern auch auf Zugehörige ausgeweitet werden sollte. Angebote müssen um Zugehörige  
1387 erweitert werden und dürfen nicht nur auf Familien ausgerichtet sein. Dies gilt auch  
1388 in der Kommunikation zu pflegebezogenen Themen und im Umgang mit Pflegebedürftigen.  
1389 Zudem braucht es eine bessere, auch psychosoziale Begleitung von an- und zugehörigen  
1390 Pflegenden. Es sollten Stationspsycholog\*innen zur Verfügung gestellt werden auf  
1391 Stationen, wo es sinnvoll ist, und allgemeine Beratungsangebote müssen ausgeweitet  
1392 werden.

1393 Gleichzeitig altern diese Netzwerke häufig zusammen mit ihnen und haben nicht die  
1394 Ressourcen, um eine adäquate Pflege zu gewährleisten oder sind mit ähnlichen  
1395 Herausforderungen konfrontiert. Der Einzug in eine Pflegeeinrichtung bedeutet zudem  
1396 zumeist eine Herauslösung aus diesem Umfeld. Gerade weil das persönliche Umfeld vor  
1397 allem für queere Menschen enorm wichtig und eine große soziale Stütze ist  
1398 (diskriminierungsfrei), fällt es queeren Menschen häufig umso schwerer als ohnehin  
1399 schon z.B. in Pflegeeinrichtungen mit ihnen Unbekannten zu ziehen. Ältere queere  
1400 Menschen brauchen die Gewissheit, dass sie ihr Leben weiterhin selbstbestimmt leben  
1401 können. Statt in stationäre Pflegeeinrichtungen zu ziehen, bevorzugen viele queere  
1402 Menschen daher Kontexte, die ihrem Bedürfnis nach gesellschaftlicher Teilhabe mehr  
1403 entgegenkommen und ihnen eine höhere Selbstständigkeit ermöglichen und ihnen  
1404 gleichzeitig ein sensibles Umfeld erhalten. Darum werden viele queere Wohnprojekte  
1405 als Mehrgenerationenwohnen gedacht, also Pflege-WGs in Kombination mit Wohneinheiten  
1406 für queere Menschen allen Alters, um Teil der Community zu bleiben und bspw. auch  
1407 Kontakt zu jungen queeren Menschen zu haben. Die Wohnprojekte sind von hoher Relevanz  
1408 für queere Senior\*innen. Sie bieten ihnen die Möglichkeit, mit anderen queeren  
1409 Menschen zusammenzuleben, solidarisch und gemeinschaftlich, die ihre Erfahrungen  
1410 verstehen und teilen und bei denen sie sich zugehörig fühlen, ohne sich immer wieder  
1411 erklären zu müssen. Darüber hinaus kostet das dortige Wohnen nur wenig Geld. Gerade  
1412 letzteres ist für viele queere Senior\*innen von zentraler Bedeutung. Viele ältere  
1413 queere Menschen haben unterbrochene Erwerbsbiografien, haben aufgrund von  
1414 Queerfeindlichkeit nur im Niedriglohnsektor Arbeit gefunden oder aufgrund von  
1415 Verurteilungen nach §175 und ihrer damit zusammenhängenden Vorstrafe keine Arbeit  
1416 gefunden. Queere Frauen sind zudem von doppelter Diskriminierung als Frauen und  
1417 queere Menschen betroffen und die Altersarmut von Frauen ist statistisch bekanntlich  
1418 noch höher als bei Männern, außerdem sind auch ihre Erwerbsbiografien in einigen  
1419 Fällen durch Schwangerschaften unterbrochen. Queere ältere Menschen leiden in der  
1420 Konsequenz besonders unter der angespannten Wohnungsmarktsituation und den steigenden  
1421 wirtschaftlichen Kosten.

1422 Allerdings gibt es in Berlin zu wenige queere Pflege-Wohngemeinschaften, um den  
1423 Bedarf und die hohe Nachfrage zu decken. Die Wartelisten der existierenden Angebote  
1424 und Mehrgenerationenhäuser sind lang und können die enorme Nachfrage, auch angesichts  
1425 der angespannten Wohnungsmarktsituation, nicht decken. Zudem fehlt es an einer  
1426 Definition, um Wohnraum spezifisch als queeren Wohnraum auszuweisen. Es gibt weder  
1427 Richtlinien noch Umsetzungsstrategien, was das Merkmal „queer“ ausmacht und warum  
1428 „queer“ als besondere Kategorie zu berücksichtigen und somit bei der Vergabe von  
1429 Wohnraum zu bevorzugen ist. Queeres Wohnen ist schwierig, weil (rechtlich) nicht klar  
1430 ist, was „Queeres Wohnen“ definiert und was die besonderen Bedarfe ausmacht. Hier  
1431 müssen definitorische Parameter geschaffen werden, um queeres Wohnen langfristig

1432 abzusichern und die Schaffung weiterer queerer Wohnprojekte zu unterstützen. Die  
1433 ambulante Pflege wird der stationären vorgezogen, da der Verbleib in der eigenen  
1434 gewohnten Umgebung und im sicheren zu Hause von queeren Menschen als zentral erachtet  
1435 wird, auch aus Angst vor institutioneller Diskriminierung. Wenn die ambulante Pflege  
1436 die Pflegeerfordernisse nicht bewältigen kann, werden Pflege-Wohngemeinschaften  
1437 herkömmlichen Pflegeheimen vorgezogen. Zudem gibt es in Berlin kaum Angebote  
1438 stationärer Pflege die ausgewiesen queersensibel ist. Der strukturelle Mangel bedingt  
1439 im Zweifel also auch die Wahl der Versorgung.

1440 Queere Menschen befürchten in Einrichtungen der Altenhilfe und Pflege Ausgrenzung,  
1441 Ablehnung und Diskriminierung bzw. sich und ihre sexuelle und geschlechtliche  
1442 Identität verstecken zu müssen, um eben jenen zu entgehen. Dabei geht es nicht nur um  
1443 Diskriminierungssorgen durch Personal der Gesundheitsversorgung, sondern auch durch  
1444 Altersgenoss\*innen, welche auf Diskriminierungs- und Verfolgungserfahrungen  
1445 zurückzuführen sind. Hierbei sind z.B. Fragen von strafrechtlicher Verfolgung (§175)  
1446 und HIV relevant - Altersgenoss\*innen, mit denen queere Senior\*innen bspw. in  
1447 Pflegeeinrichtungen zusammenleben müssen, haben die Kriminalisierung und  
1448 strafrechtliche Verfolgung sowie die Stigmatisierung häufig miterlebt bzw. sind in  
1449 einer Zeit sozialisiert worden, in der queere Menschen kriminalisiert und ausgegrenzt  
1450 wurden. Der Umgang mit HIV-positiven Menschen ist ebenfalls immer noch mit vielen  
1451 Vorurteilen und Ängsten behaftet und mit viel Unwissenheit verbunden, sowohl seitens  
1452 des medizinischen Fachpersonals als auch anderen Senior\*innen in  
1453 Gesundheitseinrichtungen. Dabei sind die Betroffenen nicht nur aufgrund der HIV-  
1454 Erkrankung selbst, sondern auch aufgrund der Begleiterkrankungen und Risiken, bspw.  
1455 Osteoporose oder Herz-Nierenerkrankungen, auf eine gute gesundheitliche Versorgung  
1456 angewiesen.

1457 Demenz ist eine Erkrankung, die alle Betroffenen und ihre An- und Zugehörigen vor  
1458 große Herausforderungen stellt. Zudem ist Demenz als Thema gesellschaftlich oft noch  
1459 unsichtbar und erhält wenig Beachtung. Die Unsichtbarkeit der Themen Demenz und Queer  
1460 im Alter sorgt für eine doppelte Unsichtbarkeit queerer Betroffener. Für queere  
1461 Menschen ergeben sich jedoch zusätzliche Bedarfe und Leiden, die mit der Erkrankung  
1462 einhergehen. Viele Erkrankte wissen oft nicht mehr, ob sie sich in Pflegekontexten  
1463 geoutet haben, was sie und wie offen sie erzählt haben bzw. wenn sie sich nicht  
1464 geoutet haben, was sie stattdessen über ihr Leben erzählt haben, um nicht als queer  
1465 „entdeckt“ zu werden. Auch das Coming-Out selbst oder eine Geschlechtsangleichung  
1466 können vergessen werden, abhängig davon, wie lange die Ereignisse zurückliegen. Das  
1467 kann in der Folge zu einem unfreiwilligen Coming-Out oder zur erneuten Sorge der  
1468 Offenlegung führen. Zudem vergessen Erkrankte die Medikamenteneinnahme bspw. von  
1469 Hormonpräparaten oder HIV-Medikation. Auch die sexuelle und geschlechtliche Identität  
1470 einer Betreuungsperson kann seitens der Betreuten vergessen werden und wiederum zur  
1471 Diskriminierung der Pflegenden führen. Gleichzeitig geht mit dem Thema Demenz die  
1472 Herausforderung einher, zu unterscheiden, ob es sich bei den Erinnerungen einer  
1473 Person um Symptome einer Demenzerkrankung oder um Re-Traumatisierungen handelt.  
1474 Traumatische Erlebnisse können durch Erfahrungen im Gesundheitssystem, durch das  
1475 Gefühl von Abhängigkeiten, Ausgeliefertsein, Kontrollverlust, Stress, z.B. durch den  
1476 Verlust des vertrauten sozialen Umfelds, erneute Diskriminierungserfahrungen oder  
1477 Pflegepraktiken ausgelöst werden, die in der Symptomatik einer beginnenden Demenz  
1478 ähneln können. Hier ist es notwendig für beide Themen, sowohl Demenz als auch

1479 Traumaerfahrungen und -reaktionen zu sensibilisieren und das Personal entsprechend zu  
1480 schulen.

1481

1482 Bedürfnisse von queeren Senior\*innen werden in Gesundheits- und Pflegekontexten  
1483 (sowohl stationär als auch ambulant) in vielen Fällen nur unzureichend  
1484 berücksichtigt. Überdies herrscht trotz des Bedarfs einer differenzierten Pflege bzw.  
1485 eines differenzierten Angebots ein großes Defizit an queersensiblen (Pflege-  
1486 )Einrichtungen. Eine Verbesserung der Situation hat es durch die Schaffung des  
1487 Qualitätssiegels „Lebensort Vielfalt“, eines bundesweiten Qualifizierungsprogramms  
1488 für stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflege, Hospize, Krankenhäuser  
1489 gegeben. Das Ziel des Programms ist die Schaffung struktureller,  
1490 organisationspolitischer und personeller Voraussetzungen für LSBTIQ\*-sensible und  
1491 (post-)migrationssensible Situationen. Es handelt sich um ein kostenfreies Angebot.  
1492 Mitarbeitende sollen im Rahmen des Prozesses im Umgang mit vielfältigen Lebenswelten  
1493 gestärkt werden. Die Schwulenberatung bietet einen Diversity-Check an, bei dem mit  
1494 konkreten Kriterien gearbeitet wird, um die Diversitätssensibilität von Einrichtungen  
1495 einzuschätzen. Die Kriterien stellen gleichzeitig die Grundlage des  
1496 Begutachtungsprozesses des Qualifizierungsprogramms dar, wobei z.B. Aspekte wie  
1497 Unternehmenspolitik und Kommunikation, Personalmanagement, Transparenz und  
1498 Sicherheit, Pflege/Versorgung/Begleitung und Lebenswelten/Aktivitäten betrachtet  
1499 werden. Programme wie dieses müssen ausgeweitet werden, um diskriminierungssensible  
1500 Versorgung sicherzustellen, auszuweiten und sichtbar zu machen. Dafür braucht es  
1501 belastbare und sensibilisierte Gesamtkonzepte, Einrichtungen müssen für Themen von  
1502 Diskriminierung und Diversität sensibilisiert werden und willkommenheißen sein.  
1503 Öffentliche Gesundheitseinrichtungen müssen Konzepte zum Umgang mit Diskriminierung  
1504 und Diversität entwickeln und ihre Diversitätsgrundsätze sichtbar und leicht  
1505 zugänglich für Personal und Patient\*innen sowie An- und Zugehörige machen.  
1506 Öffentliche Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen müssen sich im Rahmen anerkannter  
1507 Prozesse als diversitätssensibel zertifizieren lassen.

1508 Die Datenlage zu queeren Menschen im Alter ist gering, wobei bei existierenden  
1509 Studien und Befragungen von einer Dunkelziffer auszugehen ist, da Menschen ihre  
1510 Zugehörigkeit zur queeren Community aus Angst vor Diskriminierung eventuell nicht  
1511 angegeben haben. Im 9. Altersbericht der Bundesregierung von 2024 gibt es erstmalig  
1512 einen Abschnitt zu LSBTIQ\* im Alter. Dabei fällt ebenso auf, dass es keine  
1513 Datengrundlage gibt. Dies trifft sowohl auf die Bundesebene als auch auf die Länder  
1514 und Kommunen zu. Dieser Zustand muss verbessert werden, um zielgerichtete Maßnahmen  
1515 etablieren und queere Senior\*innen in der Versorgung besser unterstützen zu können.

1516 Die Vorbeugung von Einsamkeit ist Teil der Gesundheitsvorsorge, auch oder gerade im  
1517 Alter braucht es folglich Angebote, die gezielt den Bedarfen queerer Menschen gerecht  
1518 werden, Freizeitangebote, Räume zum Austausch, aber auch Einrichtungen, Wohnprojekte,  
1519 Gesundheitsversorgung und Pflege-WGs. Die Bedürfnisse queerer Senior\*innen sollten  
1520 zudem in bestehende Angebote eingebunden werden, ohne, dass dabei eine erneute  
1521 Stigmatisierung erfolgt, wobei dennoch Vorurteile und Diskriminierungen sichtbar  
1522 gemacht und abgebaut werden müssen.

1523 Ungleichbehandlungen, denen Menschen in ihrem Leben ausgesetzt waren, bleiben auch im  
1524 Alter weiter bestehen und beeinflussen den Zugang zu gesundheitlicher und

1525 pflegerischer Versorgung. Neben den institutionellen und strukturellen Barrieren  
1526 kommen persönliche Ängste hinzu, u.a. vor erneuter Diskriminierung oder Ausgrenzung,  
1527 die Menschen davon abhalten können, benötigte Unterstützung anzunehmen. Diese  
1528 verstärken sich noch, wenn Menschen in eine Lebensphase kommen, in der sie potenziell  
1529 auf Unterstützung angewiesen sind.

1530 Wir fordern:

1531 •Sensibilisierung zum Umgang mit HIV-positiven Senior\*innen, welche eine respektvolle  
1532 Versorgung sicherstellen soll  
1533 •Die Schaffung von Weiterbildungsangeboten zum Paragrafen 175, dessen Folgen und  
1534 Nachwirkungen für medizinisches Fachpersonal, aber auch nicht-queere Senior\*innen, um  
1535 Diskriminierung und Vorurteile abzubauen  
1536 •Die Schaffung von geschützten Räumen und Vernetzungssangeboten für queere  
1537 Senior\*innen, in öffentlichen Einrichtungen und Einrichtungen der  
1538 Gesundheitsversorgung und Pflege  
1539 •Die Förderung der bestehenden und den Ausbau weiterer queerer Wohnangebote  
1540 •Die Förderung des Qualitätssiegels „Lebensort Vielfalt“  
1541 •Schulung des medizinischen Fachpersonals im Umgang mit Demenz und Trauma bei  
1542 diskriminierungsbetroffenen Senior\*innen  
1543 •Die Schaffung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten für An- Zugehörige, sowie  
1544 die bessere Anerkennung von zugehörigen Personen aus dem sozialen Nahumfeld als  
1545 Pflegende  
1546 •Die Verbesserung der Studienlage zu queeren Menschen im Alter und in der Pflege  
1547 •Öffentliche Gesundheitseinrichtungen müssen Konzepte zum Umgang mit Diskriminierung  
1548 und Diversität entwickeln und ihre Diversitätsgrundsätze sichtbar und leicht  
1549 zugänglich für Personal und Patient\*innen sowie An- und Zugehörige machen.  
1550 Öffentliche Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen müssen sich im Rahmen anerkannter  
1551 Prozesse als diversitätssensibel zertifizieren lassen.  
1552 •Die Merkmalsdefinition „queer“ hinsichtlich der Wohnraumvergabe und die Schaffung  
1553 definitorische Parameter, um queeres Wohnen langfristig abzusichern und die Schaffung  
1554 weiterer queerer Wohnprojekte zu unterstützen.

1555 Intersektionale Gesundheitsbetrachtung strukturell unterfüttern

1556 Einzelne Diversitätsmerkmale kommen in medizinbezogenen Studiengängen, Aus- und  
1557 Weiterbildungen durchaus vor, werden aber nach wie vor zu selten im Kontext ihrer  
1558 vielfältigen Verflechtungen und der damit zusammenhängenden Auswirkungen betrachtet.  
1559 Das unzureichende Wissen über Mehrfach-Diskriminierungserfahrungen und die  
1560 Auswirkungen von Machtasymmetrien und ihre verwobenen Wirkungen führt nicht nur zu  
1561 Unsicherheiten im Umgang mit von Diskriminierung betroffenen Personengruppen, sondern  
1562 auch zu mangelhafter Versorgung, Infantilisierung und in der Konsequenz erneuter  
1563 Diskriminierung, dem Gefühl von Machtlosigkeit und Ohnmacht bei Patient\*innen und An-  
1564 und Zugehörigen und dem Verlust von Vertrauen. Dabei handelt es sich um strukturelle  
1565 Diskriminierung. Strukturelle Diskriminierungen, wie Rassismus, Ableismus und  
1566 Queerfeindlichkeit im Gesundheitswesen und seinen Institutionen müssen als solche  
1567 erkannt und sichtbar gemacht werden. Es braucht eine intersektionale Perspektive in  
1568 der medizinischen Praxis, diskriminierungs- und diversitätssensible Versorgung und

1569 diskriminierungs- und diversitätssensitive Forschung. Der Mangel an Vermittlung  
1570 dieser Themen und Zusammenhänge führt in der Konsequenz dazu, dass es zu wenig  
1571 Behandler\*innen mit intersektionaler Gesundheitskompetenz gibt. Es besteht nach wie  
1572 vor ein Mangel an Fachpersonal, das mehrere Diskriminierungsmerkmale intersektional  
1573 berücksichtigt, z.B. Aspekte queeren Lebens, Sprachbarrieren oder Neurodivergenz,  
1574 wodurch Patient\*innen häufig Teile ihres Lebens verschweigen.

1575 Um strukturelle Diskriminierung sichtbar zu machen, braucht es klarere Strukturen und  
1576 eine bessere Datengrundlage, z.B. durch konsequenter Datenerfassung und die  
1577 Schaffung von Anlaufstellen für Menschen, die Diskriminierungserfahrungen in der  
1578 Gesundheitsversorgung und in der Pflege erleben. Darüber hinaus benötigt es  
1579 Reflexionsräume für das Personal.

1580 Forschungsdesiderate bestehen sowohl im qualitativen als auch quantitativen Bereich  
1581 sowie in der Mixed-Methods-Forschung, insbesondere in der Forschung zur  
1582 Pflegesituation, zu Bedürfnissen und zur Evaluation von konkreten Maßnahmen sowie in  
1583 Bezug auf unterschiedliche Lebenswelten von queeren Menschen im Zusammenhang mit  
1584 bedürfnisorientierter gesundheitlicher Versorgung. Es existieren bislang kaum Studien  
1585 mit einer intersektionalen Perspektive, die mehrere Differenzmerkmale einbeziehen,  
1586 wie etwa die sozioökonomische Situation, die sexuelle und geschlechtliche Identität,  
1587 Ableismus, Antisemitismus und Rassismus. Dabei sind diese für die Entwicklung  
1588 bedürfnisorientierter gesundheitlicher Versorgungsangebote und einer intersektionalen  
1589 Weiterentwicklung des Gesundheitssystems hinsichtlich einer milieu-,  
1590 diskriminierungs- und diversitätssensiblen Gesundheitsversorgung unerlässlich.  
1591 Diversität muss als Querschnittsthema in gesundheits- und pflegewissenschaftliche  
1592 Forschungs- und Modellprojekte einbezogen werden.

1593 Wir fordern:

1594 •Die flächendeckende Schaffung von zentralen und dezentralen Anlaufstellen für  
1595 Menschen, die Diskriminierungserfahrungen in der Gesundheitsversorgung und in der  
1596 Pflege erleben, u.a. Antidiskriminierungsstellen und Beschwerdestellen in allen  
1597 öffentlichen medizinischen Einrichtungen.

1598 •Die Einrichtung von Reflexionsräumen zu Themen von Diskriminierung und Diversität  
1599 für medizinisches Personal

1600 •Die konsequente und strukturierte Datenerfassung zu Themen von Diskriminierung und  
1601 Diversität im Gesundheitssektor

1602 •Die Etablierung von Diversität als Querschnittsthema und einer intersektionalen  
1603 Perspektive in gesundheits- und pflegewissenschaftlichen Forschungs- und  
1604 Modellprojekten

1605 2.TINA\*Gesundheit

1606 Trans\*-, inter\*, nicht-binäre und agender\* Personen sind die queeren Menschen, die in  
1607 der Gesellschaft und auch im Gesundheitssektor die meiste Diskriminierung erfahren.  
1608 Gleichzeitig sind sie die Gruppe, die am häufigsten im Diskurs unsichtbar bleiben und  
1609 deren Bedürfnisse oft übersehen werden. Die mit am häufigsten auftretende  
1610 Diskriminierung trat nach einer Umfrage von der Antidiskriminierungsstelle StandUp  
1611 der Schwulenberatung Berlin im Zusammenhang von sexueller und geschlechtlicher  
1612 Identität auf. So gaben 30% der Teilnehmenden an, auch sexistisch bzw. aufgrund einer  
1613 nicht-binären Identität (33%) Diskriminierung erlebt zu haben. Bei inter\*Personen

1614 kommt hinzu, dass eine bedeutende Anzahl von ihnen insbesondere  
1615 menschenrechtsverletzende Eingriffe an ihren intergeschlechtlichen Körpern im  
1616 Kindesalter (ohne Einwilligung oder Zustimmung) erlebt haben und der dadurch  
1617 erfahrene Vertrauensbruch in alle Lebensphasen fortduert.

1618 Die Sensibilität für TINA\*Personen im Gesundheitssystem beginnt schon bei der  
1619 Terminvergabe, der Einrichtung von Praxen und Wartezimmern oder der Gestaltung von  
1620 Anmeldungen und Anamnesebögen. Häufig kann bei der Terminvergabe und in Anamnesebögen  
1621 nur zwischen zwei Geschlechtern gewählt werden. Obwohl der Beschluss zur sog.  
1622 „Dritten Option“ schon viele Jahre zurückliegt, wurden die Strukturen vielerorts  
1623 immer noch nicht angepasst und häufig ist nicht einmal die Auswahl „divers“ möglich,  
1624 geschweige denn die Möglichkeit gegeben, eine individuelle Angabe zu machen.

1625 Besonders im Bereich der Gynäkologie kommt es zudem zu erheblichen Problemen, bspw.  
1626 in der Terminvergabe, wo männlich gelesene Personen (männlich präsentierend,  
1627 stimmlich, namentlich etc.) oft bereits an der Anmeldung und Terminvereinbarung  
1628 scheitern, weil dort keine Sensibilität für TINA\*Personen und ihre medizinischen  
1629 Bedarfe herrscht, wodurch ihnen in der Folge Termine verweigert werden aus der  
1630 fälschlichen Annahme heraus, sie bräuchten keine gynäkologische Versorgung bzw.  
1631 hätten in „Frauenräumen“ nichts zu suchen. Auch Wartezimmer sollten in der  
1632 Ausgestaltung geschlechtsneutral sein, stattdessen sind sie jedoch häufig mit  
1633 Abbildungen cis-weiblicher (z.B. Gynäkologie) oder cis-männlicher (z.B. Prostata-  
1634 Zentren) Personen dekoriert.

1635 Viele TINA\*Personen werden oft mit Fragen konfrontiert, die nichts mit dem  
1636 Gesundheitsbild zu tun haben und unnötig weitreichend und übergriffig sind, außerdem  
1637 erleben sie regelmäßig Misgendering, also die falsche Verwendung von Pronomen bzw.  
1638 die Ansprache mit einem nicht zutreffenden Geschlecht. TINA\*Personen sind darüber  
1639 hinaus besonders oft, auch im Vergleich zu anderen queeren Menschen, von  
1640 Pathologisierung betroffen, sowohl in Verbindung mit ihrer Identität als TINA\* als  
1641 auch im Zusammenhang mit medizinischen Anliegen, welche nichts mit ihrer Identität zu  
1642 tun haben, aber anlasslos auf diese als Ursache zurückgeführt werden. Dadurch werden  
1643 TINA\*Personen in gesundheitlichen Bedarfen vermehrt nicht ernstgenommen.

1644 Im Bereich der TINA\*Gesundheitsversorgung bestehen erhebliche Wissens- und  
1645 Versorgungslücken. Nicht-binäre Menschen, die geschlechtsangleichende Anpassungen in  
1646 Anspruch nehmen möchten, können dies ausschließlich eigenfinanziert tun, da die  
1647 gesetzlichen Krankenkassen die Kosten nicht übernehmen, wenn sich nicht umgehend  
1648 einem spezifischen Geschlecht zugeordnet wird. Eine Gesundheitsversorgung, die  
1649 ausschließlich bzw. fast ausschließlich auf cisgeschlechtliche, weiße und  
1650 heterosexuelle Körper ausgerichtet ist, vernachlässigt eine adäquate  
1651 Gesundheitsversorgung für alle! Die medizinische Versorgung von TINA\*Personen  
1652 erfordert jedoch auch eine Auseinandersetzung mit von dieser „Norm“ abweichenden  
1653 Körpern, um diesen die gesundheitliche und pflegerische Versorgung zukommen zu  
1654 lassen, die sie brauchen. Gerade für die Frage guter Pflege ist es jedoch essenziell  
1655 zu lernen und zu verstehen, wie diese Körper gepflegt werden können und müssen. Es  
1656 braucht zudem Ärzt\*innen, z.B. Gynäkolog\*innen, die sich mit geschlechtsangleichenden  
1657 Operationen und Körpern, die solche durchlaufen haben, auskennen, bspw. hinsichtlich  
1658 der gesundheitlichen Versorgung von Personen mit Neo-Vagina. Auch Themen im Kontext  
1659 von Hormontherapien und den Auswirkungen auf Körper sollten medizinischem

1660 Fachpersonal vertraut sein, bspw. Brustwachstum durch Hormone, Tumorvorsorge und  
1661 weitere. Operationen und Hormonbehandlungen müssen zudem durch Ärzt\*innen adäquat und  
1662 sensibel begleitet werden können. Biologisch weibliche Personen, die Östrogenblocker  
1663 einnehmen brauchen z.B. besondere medizinische Versorgung, da der Östrogenmangel zu  
1664 Trockenheit und Vaginose führen kann. Auch andere medizinische Probleme können  
1665 auftreten, auf die Ärzt\*innen professionell und informiert reagieren können müssen.  
1666 Auch bei der Mamographie stoßen TINA\*Personen auf Hürden, weil für diese  
1667 Untersuchung/ Vorsorge nur Menschen angeschrieben werden, die als „weiblich“  
1668 registriert sind. Nicht alle Menschen, die einen gesundheitlichen Bedarf an dieser  
1669 Untersuchung haben identifizieren sich jedoch als „weiblich“ und nicht alle Menschen,  
1670 die Brüste haben, sind auch als „weiblich“ registriert. Umgekehrt identifizieren sich  
1671 nicht alle Personen, die als „weiblich“ registriert sind als solches oder haben  
1672 Brüste und daher keinen Bedarf an einer entsprechenden Untersuchung. Dieses Vorgehen  
1673 bringt gleich mehrere Zugangsbeschränkungen und Diskriminierungen mit sich.  
1674 Einerseits handelt es sich um Misgendering, da alle angeschriebenen Personen als  
1675 „Frauen“ angeschrieben werden, andererseits werden nicht alle Personen erreicht, die  
1676 dieses Angebot brauchen würden, dadurch findet keine ausreichende  
1677 Gesundheitsversorgung statt. Ähnlich sehen die Praxis und Kontaktaufnahme z.B. bei  
1678 der Durchführung von Pap-Abstrichen aus, welche alle Menschen mit Cervix machen  
1679 lassen sollten. Hier braucht es zwingend Lösungen, um alle Menschen zu erreichen, die  
1680 einen Bedarf an einer entsprechenden Gesundheitsversorgung haben, auch solche, die  
1681 selbstmedikamentiert sind, damit diese nicht durchs Raster fallen und entsprechende  
1682 Erkrankungen durch Vorsorge frühzeitig entdeckt werden können. Die  
1683 Gesundheitsversorgung von TINA\*Personen sowie die Inanspruchnahme notwendiger  
1684 Vorsorgeuntersuchungen und der Zugang zu solchen müssen Teil von Aufklärungskampagnen  
1685 sein. Es müssen Lösungen für die Kontaktaufnahme und das Erreichen dieser  
1686 Personengruppe erarbeitet werden. Zudem braucht es Handlungsempfehlungen und eine  
1687 bessere Daten- und Studienlage zum Umgang mit TINA\*Personen in der  
1688 Gesundheitsversorgung.

1689 Wir fordern:

- 1690 • Die Einbindung der Gesundheitsbedarfe von TINA\*Personen in Aufklärungskampagnen
  - 1691 • Die Einbindung der Gesundheitsbedarfe von TINA\*Personen in Behandlungsempfehlungen
  - 1692 • Die Verbesserung der Studien- und Datenlage zu TINA\*Gesundheit
  - 1693 • Die Anpassung von Anamnesebögen sowie Terminvergabesystemen und eine Überwindung der  
1694 geschlechtlichen Binarität in der Ansprache durch Gesundheitseinrichtungen
  - 1695 • Die geschlechtsneutrale Gestaltung von Warteräumen öffentlicher  
1696 Gesundheitsinstitutionen
  - 1697 • Die Auseinandersetzung mit diversen Körperbildern in Studium, Aus- und Weiterbildung
  - 1698 • Der Herausgabe von Empfehlungen zu TINA\*sensibler Gesundheitsversorgung z.B. für den  
1699 medizinischen Privatsektor
  - 1700 • Den Aufbau von queeren Gesundheitszentren in Berlin zur besseren Information und  
1701 vernetzten Gesundheitsversorgung von queeren Menschen sowie Förderung bestehender  
1702 Initiativen, wie „Casa Kuà“
- 1703 3. Notwendige Veränderungen in Bezirken, Land und Bund

1704 Die aufgelisteten Punkte sind ohne eine grundsätzliche Strukturreform auf Bezirks-,  
1705 Landes- und insbesondere Bundesebene nicht realisierbar. Die wichtige intersektionale  
1706 Sensibilisierung in den Berufszweigen für die Bedürfnisse queerer Menschen muss  
1707 begleitet werden von einer stärkeren materiellen Ressourcenausstattung (z.B. mehr  
1708 Einrichtungen, mehr sensibilisiertes Personal). Die Unterschiede zwischen Stadt und  
1709 Land, Ost und West sowie zwischen Stadtstaaten und großen Flächenbundesländern müssen  
1710 hinsichtlich der Verfügbarkeit von Ärzt\*innen und Ausbildungsplätzen bedarfsgerecht  
1711 angepasst und Defizite ausgeglichen werden. Die derzeitige rechtliche Situation,  
1712 insbesondere auf Bundes- und Landesebene, verhindert aber genau das.

1713 Wir fordern deswegen die Schlüsselverteilung auf Bundesebene zur Niederlassung von  
1714 Ärzt\*innen zu ändern, sodass für Berlin nicht der Versorgungsgrad eines  
1715 Gesamtbundeslandes (gerechnet auf 100 %) als Berechnungsgrundlage genommen wird,  
1716 sondern die Berechnungsgrundlage auf die lebensweltlich orientierten Planungsräume  
1717 (LOR) umgestellt wird. Damit soll der ungleichen Verteilung von Ärzt\*innen und dem  
1718 materiellen Mangel an Ausbildungsplätzen im gesundheitlichen Bereich in den Berliner  
1719 Bezirken und somit der strukturellen Unterversorgung bestimmter LORs, insbesondere in  
1720 den Außenbezirken von Berlin, entgegengewirkt werden.

1721 Auf Bundesebene muss zudem die gesetzliche Lücke bei nicht-binären Personen, die  
1722 geschlechtsangleichende Anpassungen vornehmen wollen, geschlossen werden. Derzeit  
1723 übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen hierfür keine Kosten, wenn sich eine Person  
1724 nicht sofort einem Geschlecht zuordnen will. Entsprechend ist eine gesetzliche  
1725 Anpassung hier also zwingend notwendig, damit nicht-binäre Menschen unabhängig von  
1726 ihrer monetären Situation Zugang zu für sie elementaren Behandlungen haben.

1727 Pflegepolitisch müssen Diversitätsaspekte stärker in der Weiterentwicklung der  
1728 Pflegeversicherung berücksichtigt werden, etwa in Modellvorhaben nach Paragraf 8  
1729 Absatz 3 Sozialgesetzbuch XI, was bislang nur wenig erfolgt.

1730 Auf Landesebene muss an verschiedenen Stellschrauben, insbesondere bei den  
1731 zuständigen Senatsverwaltungen, gedreht werden, um die materielle, infrastrukturelle  
1732 wie auch bildungstechnische Ausstattung weiter zu verbessern:

1733 Die Pflegekammer muss endlich kommen. Berlin hat einen Errichtungsbeschluss, dieser  
1734 wird aber seit 10 Jahren vertagt.

1735 Wir fordern die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege auf die  
1736 bereits zur Verfügung stehenden gesundheitlichen Einzelmaßnahmen und Konzepte zur  
1737 Gesundheit von und für queere Menschen besser zu bündeln und diese über ein  
1738 Informationsportal niederschwellig interessierten Menschen zur Verfügung zu stellen.  
1739 Zudem sollen auf diesem Informationsportal medizinische und pflegende Einrichtungen  
1740 sowie Ärzt\*innen aufgelistet werden, die queersensibel sind. Zum Zweck der  
1741 Zusammenstellung und Aktualisierung einer entsprechenden Sammlung könnten  
1742 Kooperationen mit existenten Initiativen in Erwägung gezogen werden (z.B. QueerMed,  
1743 QueerPflege). Das Informationsportal sollte zudem um eine Übersicht zu weiteren  
1744 Beratungs- und Anlaufstellen und Portalen erweitert werden, welche im Bereich  
1745 diskriminierungs- und diversitätssensibler Gesundheitsversorgung angesiedelt sind  
1746 bzw. Expertise aufweisen. Die Übersichtsseite sollte ähnlich zur Seite der  
1747 Senatsverwaltung Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und  
1748 Antidiskriminierung zu den queeren Beratungsangeboten oder in Anlehnung an die  
1749 Website „queere-jugend-berlin“ gestaltet werden.

1750 Ferner soll die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege sich stärker  
1751 an bereits bestehenden Maßnahmen orientieren. So enthält der Maßnahmenkatalog der  
1752 Leitlinien der Senior\*innenpolitik von 2021 einen Abschnitt zu LSBTIQ+. In diesem  
1753 geht es u.a. um die Qualifizierung ambulanter und stationärer Pflege und Altenhilfe  
1754 zum Thema LSBTIQ+ und das bedarfsgerechte Arbeiten. Die Ergebnisse der Prüfung der  
1755 Möglichkeiten sollten laut Maßnahmenkatalog bis Ende 2024 vorliegen und könnten  
1756 entsprechend niederschwellig in die eigene landesweite Strategie eingebunden werden.

1757 Zudem muss ein umfassendes Qualifizierungsprogramm zu Diversitätssensibilität in der  
1758 Pflege durchgeführt werden. Ursache ist die Erkenntnis, dass Einrichtungen der  
1759 Altenhilfe und Pflege nach wie vor nicht ausreichend auf die spezifischen Bedarfe von  
1760 LSBTIQ+ ausgerichtet sind. Die Qualifizierung soll Zugänglichkeit und  
1761 Selbstbestimmung für ältere queere Menschen fördern. Hierzu kann bspw. das Angebot  
1762 der Schwulenberatung genutzt werden.

1763 Von der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen soll zudem eine  
1764 landesweite Strategie entwickelt werden, um insbesondere für queere Menschen im Alter  
1765 Wohnmöglichkeiten in landeseigenen Einheiten zu schaffen, in welchen sie  
1766 diskriminierungsfrei leben und gesundheitlich versorgt werden können. Rechtliche  
1767 Lücken (z.B. Diskriminierungsverbot bei Platzvergaben) müssen dabei von Seiten der  
1768 Senatsverwaltung explizit angegangen und im Austausch mit den in diesem Feld bereits  
1769 etablierten Akteur\*innen (z.B. Lebensort Vielfalt) geschlossen werden.

1770 All diese Maßnahmen (Infoportale, Qualifizierungs- und Wohnprogramme etc.) sollen von  
1771 den Senatsverwaltungen übergreifend mit einer Werbekampagne speziell für die queere  
1772 Community begleitet werden, im Zuge derer in Zusammenarbeit mit den Bezirken auch  
1773 explizit Angebote zu Alter und Pflege für queere Menschen in Freizeit und Selbsthilfe  
1774 geschaffen werden.

1775 Wir fordern darüber hinaus den Erhalt und eine flächendeckendere Versorgung mit  
1776 queersensiblen Apotheken im Berliner Gesamtraum. Diese sind nicht nur  
1777 infrastrukturell in den Bezirken wichtig, wo Ballungsräume der queeren Community zu  
1778 verorten sind und so bestimmte Ressourcen (z.B. spezifische Medikamente, STI-Tests)  
1779 mehr nachgefragt werden, sondern es ist eine gesamtstädtische und wohnortnahe  
1780 Versorgung notwendig, da queere Menschen oft einen höheren Beratungsbedarf zu  
1781 Medikationen und z.B. Wechselwirkungen, Hormonbehandlung, insbesondere für  
1782 TINA\*Personen haben. Deswegen sollen auch in diesem Gesundheitsbereich die  
1783 Vermittlung queersensibler Inhalte verpflichtend in Ausbildung und Studium verankert  
1784 werden. In der Übergangszeit, wo noch keine flächendeckende Versorgung erreicht  
1785 werden kann, soll ein Register erstellt werden, in welchem entsprechend queersensible  
1786 Apotheken und Anlaufstellen aufgelistet sind.

1787 Wir fordern den Erhalt und die Weiterfinanzierung queerer Gesundheitsinitiativen und  
1788 -programme, sowie Beratungs- und Informationsstellen, bspw. der Schwulenberatung oder  
1789 des Checkpoints BLN. Es darf keine Kürzungen im unversorgten Bereich der queeren  
1790 Gesundheit geben!

1791 Auf Bezirksebene ist der Austausch mit der queeren Community vor Ort für eine  
1792 Verbesserung der Gesundheitssituation essenziell, darf aber nicht einseitig sein.  
1793 Leider geht die Kontaktaufnahme bisher häufig nur von der queeren Community selbst  
1794 aus. Wir fordern deswegen die queerbeauftragten Personen sowie die entsprechend  
1795 verantwortlichen Referate und Stadträt\*innen in den Berliner Bezirksämtern auf,

1796 aktiver auf die Community zuzugehen und in einen lebendigen Austausch über Bedarfe zu  
1797 treten. Die zuständigen Personen in den Bezirksamtern sollen ergänzend den Austausch  
1798 mit Einrichtungen und Orten suchen, welche Raum für queersensible Angebote (z.B.  
1799 (Jugend-)Freizeitstätten, Senior\*innentreffen, AWO-Begegnungsstätten) bieten, diese  
1800 aufzusuchen und in Erfahrung bringen, was vor Ort benötigt wird, um bestehende Angebote  
1801 zu unterstützen oder mangelnde Angebote aufzubauen. Wir fordern, dass dieser Prozess  
1802 durch die Bezirke mit einer dezidierten Bewerbungskampagne über die jeweiligen  
1803 existierenden Angebote begleitet wird. So können Strukturen, etwa in den  
1804 Freizeitstätten, nicht nur verändert und sicherer gemacht werden, sondern dies stärkt  
1805 gleichzeitig die queere Community, diese Räume auch explizit aufzusuchen und Angebote  
1806 anzunehmen.

1807 Zudem muss bei den bezirklich betriebenen Programmen (Besuchsdienste, amtliche  
1808 medizinische Untersuchungen, medizinische Untersuchungen zur Einschulung, aufsuchende  
1809 Sozialarbeit usw.) auf Queersensibilität geachtet werden. Notwendige  
1810 Weiterbildungsprogramme sind bei Bedarf durchzuführen.

1811 Wir fordern:

- 1812 •Die Änderung der Schlüsselverteilung auf Bundesebene zur Niederlassung von  
1813 Ärzt\*innen, sodass für Berlin nicht der Versorgungsgrad eines Gesamtlandes  
1814 (gerechnet auf 100 %) als Berechnungsgrundlage genommen wird, sondern die  
1815 Berechnungsgrundlage auf die lebensweltlich orientierten Planungsräume (LOR)  
1816 umgestellt wird und die Ausweitung der Kassensitze
- 1817 •Die Übernahme aller geschlechtsangleichenden Anpassungen durch die gesetzlichen  
1818 Krankenkassen unabhängig vom Geschlecht
- 1819 •Die Berücksichtigung von Diversitätsaspekten in der Weiterentwicklung der  
1820 Pflegeversicherung
- 1821 •Die Einführung einer Pflegekammer und einen entsprechenden Errichtungsbeschluss
- 1822 •Die Bündelung von bereits existenten Gesundheitsmaßnahmen im Bereich queerer  
1823 Gesundheitsversorgung, sowie die Bündelung und niedrigschwellige Zurverfügungstellung  
1824 von Informationen zu existenten Maßnahmen und Konzepten.
- 1825 •Einrichtung eines Informationsportals zu Anlaufstellen und queersensiblen Ärzt\*innen  
1826 auf den Seiten der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege
- 1827 •Die Umsetzung der Abschnitte zu queerer Versorgung bestehender Konzepte und  
1828 Maßnahmen, bspw. des Maßnahmenkatalogs zu den Leitlinien der Berliner  
1829 Senior\*innenpolitik, des Berliner LSBTIQ+Aktionsplans und der Landesstrategie Queere  
1830 Sicherheit
- 1831 •Die Durchführung eines umfassenden Qualifizierungsprogramms zu  
1832 Diversitätssensibilität in der Pflege
- 1833 •Die Entwicklung und Umsetzung einer landesweiten Strategie durch die  
1834 Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen zur Schaffung queeren  
1835 Wohnraums, insbesondere für queere Menschen im Alter, in landeseigenen Einheiten und  
1836 die Beseitigung etwaiger rechtlicher Hindernisse bzw. Regelungslücken in  
1837 Zusammenarbeit mit den Queerverbänden
- 1838 •Die Schaffung von Angeboten der Queeren Selbsthilfe in den Bezirken, insbesondere  
1839 für ältere queere Menschen

1840 •Den Erhalt und eine flächendeckendere Versorgung mit queersensiblen Apotheken im  
1841 Berliner Gesamtraum

1842 •Die Erstellung eines Registers mit Standorten queersensibler Apotheken und  
1843 Anlaufstellen

1844 •Den Austausch der zuständigen Bezirksamter und bezirklichen Queerbeauftragten mit  
1845 der queeren Community vor Ort zu gesundheitlichen Bedarfen, sowie die Kontaktaufnahme  
1846 mit bezirklichen Einrichtungen zur Angebotsstruktur.

1847 •Bezirkliche Informationskampagnen zu vorhandenen Angeboten im bezirklichen  
1848 Wohnumfeld

1849 •Die queersensible Durchführung bezirklicher Programme und Angebote, bspw.  
1850 Besuchsdienste und amtlicher medizinischer Untersuchungen, und die Durchführung von  
1851 diversitäts- und diskriminierungssensiblen Weiterbildungen, falls erforderlich

1852 •Keine Kürzungen bei queerer Gesundheit! Queere Gesundheitsinitiativen und -  
1853 programme, sowie Beratungs- und Informationsstellen müssen erhalten, weiterfinanziert  
1854 und perspektivisch ausgebaut werden

1855 4.Ausbildung und Standardisierung

1856 Um das Gesundheitssystem nachhaltig zu ändern und langfristig Diskriminierung  
1857 abzubauen, reicht es nicht, Maßnahmen für den Umgang mit queeren Menschen in  
1858 Einrichtungen zu verankern. Das Berufsethos sollte inklusiv sein, viele queere  
1859 Menschen erfahren dennoch Diskriminierung im Gesundheitssystem, Gesundheit sollte  
1860 jedoch über alle Bereiche hinweg flächendeckend und geschlechtsübergreifend gedacht  
1861 werden. Es muss ein konsequentes Um- und Neudenken hinsichtlich queerer  
1862 Gesundheitsversorgung geben. Dies beginnt schon bei Ausbildung und Studium.

1863 Medizinische und therapeutische Lehrbücher bilden leider häufig weiße, cis-  
1864 heteronormative, normschlange, nicht behinderte Körper ab. Dieses Bild hat die Lehre  
1865 über Jahrzehnte dominiert und unser Gesundheitssystem sowie den Umgang mit  
1866 Patient\*innen auf lange Zeit geprägt. Das führt zu Missständen und Unterschieden in  
1867 der Versorgung. Hier sind Weiterbildungsprogramme notwendig, um die fehlenden Aspekte  
1868 von Ausbildung und Studium auszugleichen und bereits praktizierende Personen zu  
1869 sensibilisieren. Daher ist es notwendig verpflichtende Fortbildungen für bereits im  
1870 Gesundheitssektor tätige Personen durchzuführen, wobei in regelmäßigen Abständen eine  
1871 pflichtgemäße Auffrischung des Kenntnisstandes im Rahmen einer Weiterbildung bspw.  
1872 alle 5 Jahre erfolgen soll oder auf freiwillige Nachfrage auch zwischen den  
1873 vorgeschriebenen Zeiträumen. Dabei müssen etwaige Fortbildungskosten vollumfänglich  
1874 durch die Arbeitgebenden, nicht durch die Beschäftigten, getragen werden. Bei Bedarf  
1875 sollen die Arbeitgebenden die Möglichkeit bekommen, beim Land Beihilfen für die  
1876 Gegenfinanzierung der Fortbildungen zu beantragen. Auch das nicht-medizinische  
1877 Personal muss im diversitätssensiblen Umgang mit Patient\*innen geschult werden und  
1878 Zugang zu Fortbildungsangeboten erhalten, mindestens in den Bereichen, die viel  
1879 Patient\*innenkontakt haben. Um einen Anreiz zu schaffen, damit z.B. private Praxen  
1880 und Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen offen für Fortbildungen zu queerer bzw.  
1881 diversitäts- und diskriminierungssensibler Gesundheitsversorgung sind, wäre es  
1882 möglich, dass diese bei erfolgreich absolviert Fortbildung bspw. nach Schlüssel für  
1883 ihre Leistungen mehr abrechnen dürfen, um so das Engagement für eine bedarfsgerechte  
1884 Versorgung für alle Menschen zu belohnen.

1885 Menschen, die im Gesundheitssektor arbeiten, sollten bereits vor Berufsantritt ein  
1886 Verständnis für eine integrative und diverse Gesundheitsversorgung entwickeln. Dazu  
1887 ist es notwendig, Themen von Diversität und Diskriminierung intersektional in  
1888 medizinischen, therapeutischen und pharmazeutischen Ausbildungs- und Studiengängen zu  
1889 implementieren. Dazu gehört auch die Sensibilisierung und der Abbau von Vorurteilen  
1890 im Umgang mit queeren Menschen, nicht-cis-heteronormativen Körpern und  
1891 Krankheitsbildern bspw. HIV. Um eine höhere Sensibilität zu fördern, ist es  
1892 notwendig, die adäquate Behandlung queerer Menschen systematisch in die Lehre  
1893 einzubinden und curricular festzuschreiben. Zudem sollten entsprechende Inhalte in  
1894 die Logbücher der Fachärzt\*innen aufgenommen werden, dafür muss die Liste um ein Log  
1895 erweitert werden, damit Menschen in der Fachärzt\*innenausbildung bspw. in der  
1896 Gynäkologie queergynäkologische Behandlungen durchgeführt haben müssen.  
1897 Um Hürden abzubauen und das Vertrauen queerer Menschen in das Gesundheitssystem zu  
1898 stärken, ist es zudem notwendig, alltägliche Diskriminierungen abzubauen. Scheinbare  
1899 Kleinigkeiten können hierbei bereits einen merkbaren Unterschied machen und das  
1900 Vertrauen queerer Menschen stärken. Hierzu gehört es u.a., Formulare und  
1901 Anamnesebögen anzupassen, die eigene Website diversitätssensibel zu gestalten, indem  
1902 z.B. auf die Verwendung bestimmter Bilder geachtet bzw. verzichtet wird, oder die  
1903 eigene Praxis barrieararm einzurichten, um bereits die Ansprache offen zu gestalten  
1904 und queeren Menschen ein Gefühl der Sicherheit in Gesundheitseinrichtungen zu geben.  
1905 Ein respektvoller Umgang fördert das Vertrauen zwischen Patient\*innen, Ärzt\*innen und  
1906 Therapeut\*innen. Patient\*innen fühlen sich ernst genommen, sind eher bereit, Bedenken  
1907 und Informationen offen mitzuteilen und sich anzuvertrauen, was enorm wichtig für  
1908 eine präzise Diagnosestellung und Behandlung ist. Hierbei kann auch das  
1909 verpflichtende Tragen eines Namensschildes inklusive der Pronomen der Person helfen.  
1910 Das erleichtert sowohl Patient\*innen als auch queeren Mitarbeiter\*innen die  
1911 Ansprache. Ein diskriminierungssensibler Umgang in der medizinischen Praxis  
1912 ermöglicht eine angemessene und bedarfsgerechte Versorgung für alle und kann dazu  
1913 beitragen, Barrieren abzubauen und den Zugang zu Gesundheitsleistungen zu verbessern.  
1914 Um strukturelle Diskriminierung abzubauen und flächendeckend diskriminierungs- und  
1915 diversitätssensible Strukturen zu schaffen, ist es notwendig, einheitliche Standards  
1916 für öffentliche Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser einzuführen.  
1917 Dies kann zum Beispiel im Rahmen eines landeseigenen oder existierenden  
1918 Zertifizierungsprogramms für Diversitätssensibilität erfolgen. Zudem müssen Leitfäden  
1919 im Umgang mit queeren Menschen erstellt werden. Mögliche Maßnahmen könnten die  
1920 Festschreibung von Diversitätssensibilität im Rahmen von Qualitätshandbüchern, die  
1921 Einrichtung einer Stelle als Diversitätsbeauftragte bzw. -manager\*in, die Erstellung  
1922 eines Leitbilds zum Thema Diversitätssensibilität, die Einrichtung eines  
1923 Beschwerdemanagements, die Schaffung von Vertrauenspersonen, die Umsetzung  
1924 gendersensibler Sprache (auch um Misgendering auszuschließen), die Umsetzung  
1925 diversitätssensibler Aufnahme- und Anamnesebögen, die Einführung eines  
1926 Verhaltenskodex oder diversitätsbezogene Weiterbildungskonzepte sein. Die Kriterien  
1927 des Diversity Checks der Schwulenberatung könnten bei der Festlegung einheitlicher  
1928 Standards könnte bspw. mit der Schwulenberatung kooperiert werden, welche im Rahmen  
1929 des Programms „Lebensort Vielfalt“ bereits Kriterien für einen Diversity Check  
1930 erarbeitet haben. Die Erarbeitung der Standards muss in Zusammenarbeit mit  
1931 Expert\*innen, queeren Organisationen, Vereinen, Verbänden und Initiativen und der

1932 queeren Community entwickelt werden.

1933 Es müssen klare und niedrigschwellig zugängliche und erreichbare Beschwerdewege und

1934 Anlaufstellen im Falle von Diskriminierungen geschaffen werden. Zudem braucht es

1935 Vorgaben, welche Maßnahmen bei vorgefallenen Diskriminierungen ergriffen werden und

1936 welche möglichen Sanktionen eintreten.

1937 Die Einrichtung bzw. der Ausbau von queeren Netzwerken, z.B. Queer Staff Networks, an

1938 Gesundheitseinrichtungen soll unterstützt und den Beteiligten der Zugang zu

1939 Weiterbildungsprogrammen ermöglicht werden.

1940 Wir fordern:

1941 •Die Aufnahme von Themen queerer Gesundheitsversorgung und Sensibilisierung

1942 hinsichtlich queergesundheitlicher Bedarfe in die Lehrpläne bzw. Studien- und

1943 Prüfungsordnungen gesundheitsbezogener Ausbildungs- und Studiengänge.

1944 •Die Behandlung spezifischer Themen queeren Lebens in der Facharztausbildung

1945 •Die verpflichtende Fortbildung bereits im Gesundheitssektor tätigen medizinischen

1946 und nicht-medizinischen Personals zu diversitätssensibler Gesundheitsversorgung,

1947 wobei in regelmäßigen Abständen eine pflichtgemäße Auffrischung des Kenntnisstandes

1948 im Rahmen einer Weiterbildung bspw. alle 5 Jahre erfolgen soll oder auf freiwillige

1949 Nachfrage auch zwischen den vorgeschriebenen Zeiträumen. Dabei müssen etwaige

1950 Fortbildungskosten vollumfänglich durch die Arbeitgebenden, nicht durch die

1951 Beschäftigten, getragen werden. Fortbildungen zu queersensibler Gesundheitsversorgung

1952 sollen nicht allein aus Kosten- und Zeitgründen abgelehnt werden können. Bei Bedarf

1953 sollen die Arbeitgebenden die Möglichkeit bekommen, beim Land Beihilfen für die

1954 Gegenfinanzierung der Fortbildungen zu beantragen.

1955 •Die Schaffung von mehr Ausbildungsplätzen für medizinisches Fachpersonal, um die

1956 Bedarfslücken auszugleichen

1957 •Die Erstellung von Aufklärungs- und Informationsmaterial zu queerer Gesundheit für

1958 medizinisches Fachpersonal

1959 •Die curriculare Festschreibung queermedizinischer Lehrinhalte in medizinischen,

1960 therapeutischen und pharmazeutischen Ausbildungs- und Studiengängen

1961 •Die Erweiterung der Logbücher der Fachärzt\*innenausbildung um ein Log zu

1962 queermedizinischer Behandlung

1963 •Die Entwicklung, Bewerbung und Empfehlung von diversitätssensiblen Anamnesebögen und

1964 Leitfäden zum diversitätssensiblen Umgang mit Patient\*innen – zur Orientierung können

1965 hierbei bspw. die Empfehlungen von Queermed Deutschland genutzt werden.

1966 •Die Erarbeitung und Umsetzung diversitäts- und diskriminierungssensibler Standards

1967 für öffentliche Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser in

1968 Zusammenarbeit mit Vereinen und Verbänden der queeren Community

1969 •Die Schaffung von weisungsgebundenen Queer- und Diversitätsbeauftragten an

1970 öffentlichen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, z.B. allen landeseigenen

1971 Krankenhausinrichtungen. Die Stelle könnte angelehnt an die der Frauen- und

1972 Gleichstellungsbeauftragten geschaffen werden.

1973 •Die Erarbeitung von Leitfäden zum Umgang mit queeren Menschen im Gesundheitswesen

1974 •Die Etablierung von klaren und niedrigschwelligen Beschwerdewegen

1975 •Die Unterstützung queerer Netzwerke

1976

1977 5.Verbesserungen im Versorgungssystem

1978 Die Sicherung queerer Gesundheitsversorgung betrifft weitreichende Bereiche unseres  
1979 alltäglichen Lebens. Um queere Menschen langfristig gesundheitlich zu unterstützen,  
1980 ist es nicht nur notwendig, Einrichtungen zu sensibilisieren, berufliche Standards zu  
1981 etablieren und Gesetze zu ändern, es erfordert auch den Erhalt bereits geschaffener  
1982 und genutzter Strukturen, den Zugang zu Medikamenten und die Berücksichtigung  
1983 sozioökonomischer Faktoren.

1984 Wir fordern:

1985 •Die Versorgung mit PREP-Medikamenten, Medikamenten der HIV-Behandlung und weiterer  
1986 muss auch weiterhin, trotz Lieferengpässen, sichergestellt sein. Die Versorgung von  
1987 Ärzt\*innen und Patient\*innen mit PREP-Medikamenten ist gewährleisten. PREP-  
1988 Medikamente müssen für alle Patient\*innen zugänglich und kostenlos sein.

1989 •Die Durchführung von STI-Tests muss nicht nur durch Fachärzt\*innen und designierte  
1990 Teststellen, sondern z.B. auch Hausärzt\*innen möglich sein, um eine breite  
1991 Zugänglichkeit zu gewährleisten und dem zahlenmäßigen Bedarf gerecht zu werden. Die  
1992 Notwendigkeit für ein erweitertes Angebot wird schon allein durch die neue  
1993 Gesetzesregelung geschaffen, die es vorsieht, dass vor dem Aufsuchen von  
1994 Fachärzt\*innen zunächst Hausärzt\*innen aufgesucht werden müssen. Dies kann im Zweifel  
1995 eine dringend notwendige Testung verzögern, obwohl schnelles Handeln von Nöten ist.

1996 •Den Ausbau von STI-Teststellen und die Ausweitung des Angebots

1997 •Die Versorgung mit ausreichend diversitätssensiblen Therapieplätzen ist  
1998 sicherzustellen, dazu ist eine Ausweitung der Kapazitäten notwendig. Gerade für  
1999 queere Menschen ist der rasche Zugang zu einem Therapieplatz essenziell, da sie  
2000 vermehrt unter depressiven Episoden, Burnout, Angststörungen, chronischen  
2001 Schlafproblemen und essgestörten Verhaltensweisen leiden sowie neurodivergent sind.  
2002 Es braucht eine bessere Zugänglichkeit und höhere Verfügbarkeit von queersensiblen  
2003 Therapieangeboten

2004 •Die Schaffung mehr queerer Schutzzäume in öffentlichen Einrichtungen

2005 •Die Schaffung und Ausweitung des Angebots von gesundheitlichen Selbsthilfegruppen  
2006 für queere Patient\*innen und An- und Zugehörige (z.B. Queer und Demenz, Queer und  
2007 Krebs usw.), sowie Vernetzungsgruppen und Beteiligungsformaten, um Informationen  
2008 auszutauschen und sich zu vernetzen

2009 •Die Schaffung zusätzlicher Beratungsmöglichkeiten zu queersensibler Pflege,  
2010 Zugängen, Beschwerdewege usw.

2011 •Queere Menschen, die in Pflegeeinrichtungen leben, sollten die Möglichkeit bekommen,  
2012 auch weiterhin Kontakt zur Community zu haben. Hierzu sollen Konzepte entwickelt  
2013 werden, bspw. Kooperationen mit Vereinen und Verbänden oder Besuchsdienste

2014 •Das Mitdenken queerer Menschen bei Formaten, wie z.B. der „Woche der pflegenden  
2015 Angehörigen“

2016 •Die Schaffung niedrigschwelliger Angebote, z.B. in Nachbarschaftseinrichtungen,  
2017 bspw. Freizeitgruppen zu queeren Themen, wie Outing bei älteren queeren Menschen,

2018 Unsicherheiten oder queeren Lebenswelten und -wegen. Durch die Schaffung  
2019 vertrauensvoller Räume ist ein leichterer Übergang zu Beratungsgesprächen möglich,  
2020 auch in medizinischen Fragen. Niedrigschwelligkeit und Teilhabe gehören zur  
2021 Gesundheitsvorsorge dazu

2022 •Informationen zu queerer Gesundheitsversorgung durch staatliche Institutionen und  
2023 Versicherungsträger sind unzureichend, hier gibt es einen Informationsbedarf zu  
2024 medizinischen Möglichkeiten, es braucht eine umfassendere Informationsbereitstellung

2025 •Eine Aufklärungskampagne und die Erstellung entsprechenden Materials zu  
2026 Übertragungswegen von HPV und anderen sexuell übertragbaren Erkrankungen sowie  
2027 Angebotsgespräche bspw. zu PREP-Medikation. Dabei darf die Kampagne nicht nur auf  
2028 queere Menschen Bezug nehmen, sondern soll allgemein zu sexueller Gesundheit  
2029 informieren, um unzutreffende Stigmatisierungen nicht zu erhärten. Die Kampagne soll  
2030 die Anerkennung des Themas „Sexuelle Gesundheit“ erhöhen und die Notwendigkeit der  
2031 Vorsorge kenntlich machen

2032 •Die Beseitigung ökonomischer Hürden in der Gesundheitsversorgung. Der Zugang zu  
2033 medizinischen Leistungen darf nicht vom Geldbeutel abhängen! Oft verweigern  
2034 Krankenkassen die Finanzierung medizinischer Leistungen queerer Menschen, da diese  
2035 nicht abgedeckt sind oder als notwendig erachtet werden und die Unterstützung der  
2036 Krankenkassen ist mangelhaft. Die Abrechnung in der Gynäkologie ist bspw. nur auf  
2037 cis-Frauen ausgelegt, TINA\*Personen haben somit häufig keinen Anspruch auf  
2038 gynäkologische Leistungen. Viele Patient\*innen können die privaten Rechnungen jedoch  
2039 nicht begleichen und nehmen in der Konsequenz wichtige Untersuchungen nicht wahr,  
2040 weil sie sie sich nicht leisten können. Auch STI- Tests sind bspw. bei den  
2041 Kassenleistungen von der Leistungsübernahme oft ausgeschlossen, was u.a. mit der  
2042 Stigmatisierung des Themas und der Annahme zusammenhängt, Betroffene seien selbst an  
2043 ihrer Ansteckung Schuld. In der Folge müssen queere Menschen medizinische  
2044 Untersuchungen und Hilfsmittel häufig selbst zahlen, was eine erhebliche finanzielle  
2045 Belastung darstellt. Das muss aufhören, queere Gesundheit und der Zugang zu  
2046 Behandlungen dürfen nicht an Krankenkassen scheitern! Viele Untersuchungen sind zudem  
2047 übermäßig teuer. In anderen Ländern können Menschen sich bspw. jederzeit kostenlos  
2048 auf STIs testen lassen. In Deutschland kostet die Testung eine nicht unermessliche  
2049 Summe, die Privatrechnungen für einen einzigen Test sind oft 300€ hoch und höher. Es  
2050 gibt kaum Anlaufstellen und die Anlaufstellen, die es gibt sind häufig auf  
2051 homosexuelle cis-Männer ausgerichtet und nicht auf cis-Frauen oder andere queere  
2052 Personengruppen. Hier muss es ein Umdenken geben! Gesundheitliche Vorsorge muss  
2053 kostenfrei und für alle Menschen zugänglich sein! Gesundheitsbehandlungen und  
2054 Untersuchungen sexueller Gesundheit müssen Kassenleistung sein!

2055 Wir fordern ein Um- und Neudenken queerer Gesundheitsversorgung, weil alle Menschen  
2056 ein Recht auf ein gesundes Leben haben!

## Empfänger\*Innen

SPD-Parteivorstand  
SPD-Mitglieder der Bundesregierung  
SPD-Bundestagsfraktion  
SPD-Landtagsfraktionen

Bundes und Landesvorstände SGK

# Antrag 001: Geschlechtliche Vielfalt auch in Doppelpitzen zulassen!

Laufende Nummer: 8

Antragsteller*in:	SPD-Bezirk Hessen-Süd
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Sachgebiet:	O - Organisationspolitik

- 1 Die Quotenregelungen der SPD müssen angepasst werden, um Geschlechtervielfalt besser abzubilden. Ein wichtiger Schritt ist dabei die Anpassung der Formulierung für die Doppelpitzen. Dafür soll der SPDqueer Bundesvorstand in Zusammenarbeit mit den SPD Frauen sowie dem PV eine Lösung erarbeiten.

## Empfänger\*Innen

SPD-Parteivorstand

## Antrag 002: Nicht-binäre Personen in Berichten abbilden

Laufende Nummer: 10

Antragsteller*in:	SPD-Bezirk Hessen-Süd
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Sachgebiet:	O - Organisationspolitik

- 1 In den Berichten der Partei über Mitgliederentwicklung, Gleichstellung, Delegierte,
- 2 Abgeordnete, etc., in denen auch die Anzahl bzw. der Anteil an Frauen angegeben wird,
- 3 soll auch standardmäßig die Anzahl bzw. der Anteil mit diversem und keinem
- 4 Geschlechtseintrag angegeben werden.
  
- 5 soll auch standardmäßig die Anzahl bzw. der Anteil von Personen mit diversem
- 6 Geschlechtseintrag angegeben
  
- 7 werden.

### Empfänger\*Innen

SPD-Parteivorstand

# Antrag R01: Keine Ausnahmen bei Queerfeindlichkeit - Schutz vor Beleidigung muss für alle queeren Menschen gelten!

Laufende Nummer: 12

Antragsteller*in:	SPD-Landesverband Berlin
Status:	angenommen
Sachgebiet:	R - Rechtspolitik

1 Wir fordern die Erweiterung des Paragrafen 192a StGB um den Schutz vor Angriffen und  
2 Hassrede aufgrund des Merkmals Geschlecht, insbesondere geschlechtlicher Identität,  
3 um verhetzende Beleidigungen gegenüber trans\*, inter\*, nicht-binären und agender\*  
4 Personen in den Straftatbestand mit aufzunehmen.

5 Eine mögliche neue und diversitätssensible Formulierung könnte lauten:

6 „§ 192a Verhetzende Beleidigung

7 Wer einen Inhalt (§ 11 Absatz 3), der geeignet ist, die Menschenwürde anderer dadurch  
8 anzugreifen, dass er eine durch ihre nationale, rassische, religiöse oder ethnische  
9 Herkunft, ihre Weltanschauung, ihre Behinderung, ihr Geschlecht oder ihre sexuelle  
10 Orientierung und geschlechtliche Identität bestimmte Gruppe oder einen Einzelnen  
11 wegen dessen Zugehörigkeit zu einer dieser Gruppen beschimpft, böswillig verächtlich  
12 macht oder verleumdet, an eine andere Person, die zu einer der vorbezeichneten  
13 Gruppen gehört, gelangen lässt, ohne von dieser Person hierzu aufgefordert zu sein,  
14 wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“

15 Wir fordern darüber hinaus die Erweiterung des Paragrafen 130 Absatz 1 StGB um den  
16 Schutz von queeren Menschen vor Volksverhetzung aufgrund des Merkmals Geschlechts,  
17 insbesondere geschlechtlicher Identität, oder aufgrund ihrer sexuellen Orientierung.

18 Eine mögliche neue und diversitätssensible Formulierung könnte lauten:

19 „§130 Volksverhetzung

20 (1) Wer in einer Weise, die geeignet ist, den öffentlichen Frieden zu stören,  
21 1. gegen eine nationale, rassische, religiöse oder durch ihre ethnische Herkunft  
22 bestimmte Gruppe, gegen Teile der Bevölkerung oder gegen einen Einzelnen wegen dessen  
23 Zugehörigkeit zu einer vorbezeichneten Gruppe oder zu einem Teil der Bevölkerung oder  
24 durch ihr Geschlecht oder ihre sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität  
25 bestimmten Gruppe zum Hass aufstachelt, zu Gewalt- oder Willkürmaßnahmen auffordert  
26 oder  
27 2. die Menschenwürde anderer dadurch angreift, dass er eine vorbezeichnete Gruppe,  
28 Teile der Bevölkerung oder einen Einzelnen wegen dessen Zugehörigkeit zu einer  
29 vorbezeichneten Gruppe oder zu einem Teil der Bevölkerung oder durch ihr Geschlecht  
30 oder ihre sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität bestimmten Gruppe  
31 beschimpft, böswillig verächtlich macht oder verleumdet, wird mit Freiheitsstrafe von  
32 drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.“

## Empfänger\*Innen

SPD-Bundestagsfraktion

SPD-Mitglieder der Bundesregierung insbesondere Bundesjustizministerin Stefanie Hubig (SPD)

## Antrag R02: Gewalthilfe für alle! – Gewalthilfegesetz auf queere Betroffene ausweiten!

Laufende Nummer: 19

Antragsteller*in:	SPD-Landesverband Berlin
Status:	angenommen
Sachgebiet:	R - Rechtspolitik

1 Wir fordern die Erweiterung des Gewalthilfegesetzes (GewHG) oder auch „Gesetz für ein  
2 verlässliches Hilfesystem bei geschlechtsspezifischer und häuslicher Gewalt“ um  
3 trans\*, inter\* und nicht-binäre Personen (TIN\*) und damit die umfassende Umsetzung  
4 der Istanbul-Konvention. Das Gesetz muss schnellstmöglich nachgebessert und die  
5 explizite Inklusion queerer Menschen sichergestellt werden.

6 Zu diesem Zweck fordern wir die Überarbeitung des § 2 „Begriffsbestimmungen“, der  
7 „geschlechtsspezifische Gewalt“ im Sinne des Gesetzes als „Gewalt an Frauen“  
8 definiert. Diese Definition greift zu kurz! Sie muss ausgeweitet und um trans\*,  
9 inter\* und nicht-binäre Betroffene ergänzt werden, damit auch diese angemessenen  
10 Gewaltschutz erfahren! Eine Möglichkeit wäre, die Formulierung des ursprünglichen  
11 Gesetzentwurfs wieder aufzugreifen und § 2 „Begriffsbestimmungen“ wie folgt  
12 anzupassen:

13 „(1) Geschlechtsspezifische Gewalt im Sinne dieses Gesetzes ist jede körperliche,  
14 sexuelle, psychische oder wirtschaftliche Gewalthandlung durch eine oder mehrere  
15 Personen, die sich gegen eine Person aufgrund ihres Geschlechts oder ihrer  
16 Geschlechtsidentität richtet und zu Schaden oder Leiden führt oder führen kann.  
17 (2) Häusliche Gewalt im Sinne dieses Gesetzes ist jede körperliche, sexuelle,  
18 psychische oder wirtschaftliche Gewalthandlung gegen eine Person aufgrund ihres  
19 Geschlechts oder ihrer Geschlechtsidentität [...] oder durch sonstige im Haushalt der  
20 gewaltbetroffenen Person lebende Personen. Ein fester Wohnsitz der gewaltbetroffenen  
21 Person oder eine feste Haushaltsgehörigkeit ist nicht erforderlich.  
22 (3) Gewaltbetroffene Personen im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die aufgrund  
23 ihres Geschlechts oder ihrer Geschlechtsidentität geschlechtsspezifische Gewalt oder  
24 häusliche Gewalt erlitten haben, erleiden oder hiervon bedroht sind [...].“  
25 Zudem müssen alle weiteren Anpassungen des Gesetzes veranlasst werden, die notwendig  
26 sind, um TIN\*Personen umfassend in die vorgesehenen Maßnahmen des Gesetzes zu  
27 integrieren bzw. um ihren Ausschluss zu verhindern. Die Bedarfe von TIN\*Personen  
28 müssen im Gesetz angemessen berücksichtigt und wieder aufgenommen werden.  
29 Wir fordern die SPD-Bundestagsfraktion dazu auf, sich für die Anpassung der  
30 Gesetzeslage einzusetzen.  
31 Außerdem fordern wir die zügige und umfassende Umsetzung der EU-  
32 Gewaltschutzrichtlinie (2024/1385) vom 14. Mai 2024 „zur Bekämpfung von Gewalt gegen  
33 Frauen und häuslicher Gewalt“ auf Bundes- und Landesebene. Im Unterschied zum  
34 deutschen Gewalthilfegesetz sind nach der Richtlinie Schutz und Unterstützung für  
35 alle von häuslicher Gewalt Betroffenen verpflichtend. Mit der Umsetzung der  
36 Richtlinie müssen also dringend Lücken in Landes- und Bundesrecht geschlossen werden,  
37 damit alle Betroffenen Schutz und Unterstützung bekommen - unabhängig von ihrem

38 Geschlecht.

### **Empfänger\*Innen**

SPD-Bundestagfraktion  
SPD-Mitglieder der Bundesregierung  
SPD-Landesregierungen  
SPD-Landtagsfraktionen

## Antrag R03: Kein Sonderregister für trans\*Personen

Laufende Nummer: 23

Antragsteller*in:	SPD-Landesverband Saarland
Status:	erledigt durch
Sachgebiet:	R - Rechtspolitik

- 1 Die SPDqueer fordert die Bundesregierung auf, keine Verordnung zur Erstellung eines
- 2 Sonderregisters, in Bezug auf den Geschlechtseintrag im Meldewesen. Kein
- 3 Sonderregister für die, die das Selbstbestimmungsgesetz genutzt, oder genutzt haben.
- 4 Wir fordern die Bundesregierung auf:
- 5 Keine Extra-Datenblätter für frühere Geschlechtseinträge.
- 6 Gleiches Recht auf Privatsphäre, wie bei Heirat und Namensänderung
- 7 Schutz sensibler Daten, keine Weitergabe ohne zwingenden Grund.
- 8 Echtes Offenbarungsverbot und ohne Schlupflöcher.
- 9 Keine Sonderlisten für Minderheiten.
- 10 nur mit Fachverbänden die Evaluierung des Selbstbestimmungsgesetz durchzuführen.
- 11

### Empfänger\*Innen

SPD-Mitglieder der Bundesregierung

## Antrag R04: Nie wieder heißt nie wieder: Listen von TINA\* Personen verhindern

Laufende Nummer: 13

Antragsteller*in:	SPD-Landesverband Berlin
Status:	erledigt durch
Sachgebiet:	R - Rechtspolitik

1 Die SPD-Mitglieder der Bundesregierung und die SPD-Fraktion im Deutschen Bundestag  
2 werden aufgefordert jedwede Form von Register, Datenbanken oder Listen, die explizit  
3 TINA\* (trans\*, inter, nichtbinäre, agender) Personen, ihre Geburtsnamen und/oder das  
4 ihnen bei Geburt zugewiesene Geschlecht zum Zwecke verwaltungstechnischer oder  
5 sonstiger Nutzung pauschal festhalten, zu verhindern. Abfrage von Geburts- oder  
6 früher genutzten Namen darf nur, wie es gängige Praxis ist, anlassbezogen und  
7 individualisiert abgefragt werden. Die SPD bekennt sich wiederholt und deutlich zu  
8 dem Grundsatz, dass kein Mensch aufgrund des Geschlechts, der sexuellen Orientierung  
9 und/oder Geschlechtsidentität und -ausdruck diskriminiert werden darf. Das  
10 Selbstbestimmungsgesetz und der damit verbundene Grundsatz der Selbstzuweisung der  
11 Genderidentität, die Istanbul-Konvention und die Menschenwürde sind für die SPD nicht  
12 verhandelbare Grundsätze, unabhängig von politischen Koalitionen oder öffentlichen  
13 Diskursen.

# Antrag R05: Konsequentes Offenbarungsverbot für trans\*, inter\* und nicht-binäre Personen

Laufende Nummer: 17

Antragsteller*in:	SPD-Landesverband Berlin
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Auf diesen Antrag verweisende Anträge:	R03, R04
Sachgebiet:	R - Rechtspolitik

- 1 Die SPD-Mitglieder der Bundesregierung und die SPD-Fraktion im Deutschen Bundestag
- 2 werden aufgefordert, sich dafür einzusetzen, dass:
  - 3 1. auf allen Ebenen auf jedwede Form von Register, Datenbanken oder Listen, die explizit TINA\* (trans\*, inter\*, nichtbinäre, agender) Personen, ihre Geburtsnamen und/oder das ihnen bei Geburt zugewiesene Geschlecht ausweisen, verzichtet wird;
  - 4 2. ein konsequentes Offenbarungsverbot für TINA\*- Personen ohne Schlupflöcher
  - 5 gesetzlich implementiert bleibt und keine Verordnungen oder Regierungshandeln dieses untergraben;
  - 6 3. keine zusätzlichen Datenblätter (z. B. mit früherem Geschlechtseintrag, Vornamen, Änderungsdatum oder Behördenvermerk) für trans\*, inter\* und nicht-binäre Personen
  - 7 erhoben oder übermittelt sowie personenbezogene Daten nur im unbedingt notwendigen
  - 8 Umfang, individualisiert und anlassbezogen, sowie ohne weitergehende Speicherung
  - 9 verarbeitet werden;
  - 10 4. wir nochmal die historische Verantwortung an diskriminierende Behördenpraxen in
  - 11 der Vergangenheit wie "Rosa Listen" und "Travestiten-Karteien" gegenüber der
  - 12 Öffentlichkeit und vor allem gegenüber politischen und Koalitionspartner\*innen
  - 13 bekräftigen;
  - 14 5. die SPD aktiv politisches Handeln auf allen Ebenen nutzt, wie öffentliche
  - 15 Stellungnahmen, Anfragen, oder parlamentarische Initiativen, um den Entwurf der
  - 16 Verordnung des Bundesministeriums des Innern in dieser Form zu verhindern.
  - 17 Die SPD bekennt sich wiederholt und deutlich zu dem Grundsatz, dass kein Mensch
  - 18 aufgrund des Geschlechts, der sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität
  - 19 und -ausdruck diskriminiert werden darf. Das Selbstbestimmungsgesetz und der damit
  - 20 verbundene Grundsatz der Selbstzuweisung der Genderidentität, die Istanbul-Konvention
  - 21 und die Menschenwürde sind für die SPD nicht verhandelbare Grundsätze, unabhängig von
  - 22 politischen Koalitionen oder öffentlichen Diskursen.
  - 23
  - 24
  - 25 BMI Verordnung in dieser Form zu verhindern.
  - 26 6. nur mit Fachverbänden die Evaluierung des Selbstbestimmungsgesetz durchgeführt
  - 27 wird.
  - 28 BMI Verordnung in dieser Form zu verhindern.
  - 29
  - 30
  - 31
  - 32
  - 33
  - 34

35

36

## **Empfänger\*Innen**

SPD-Mitglieder im Abgeordnetenhaus

des Senats

SPD-Bundestagsfraktion

SPD-Mitglieder der Bundesregierung

## Antrag R06: Regenbogenfamilien endlich rechtlich umsetzen

Laufende Nummer: 26

Antragsteller*in:	SPD-Landesverband Saarland
Status:	angenommen
Sachgebiet:	R - Rechtspolitik

- 1 Die SPDqueer fordert die SPD-Fraktion auf, einen Gesetzesentwurf in den deutschen
- 2 Bundestag einzubringen, der, die im Eckpunktepapier der vorherigen Bundesregierung
- 3 vorgestellten Maßnahmen umsetzt, mehr als zwei rechtliche Elternteilen in einer Mehr-
- 4 Eltern ermöglicht, Elternschaftsvereinbarung berücksichtigt, konkrete Vorschläge zu
- 5 trans\*, inter\* und nichtbinärer Elternschaft beinhaltet und eine Rückwirkung regelt

### Empfänger\*Innen

SPD-Bundestagsfraktion

# Antrag Z01: Resilienz für Vielfalt: Aufbau und Finanzierung queerer Stiftungen

Laufende Nummer: 15

Antragsteller*in:	SPD-Landesverband Berlin
Status:	zurückgezogen
Sachgebiet:	Z - Zivilgesellschaft und Demokratie

- 1 Die SPD-Bundestagsfraktion wird aufgefordert, sich bei den zuständigen Ministerien
- 2 für den Aufbau sowie die ausreichende finanzielle Ausstattung von queeren Stiftungen
- 3 einzusetzen. Ziel ist es, eine nachhaltige und von wechselnden politischen Mehrheiten
- 4 unabhängige Förderung queerer Projekte und Strukturen sicherzustellen und auszubauen.

## Empfänger\*Innen

SPD-Bundestagsfraktion

SPD-Mitglieder der Bundesregierung

## Antrag Z02: Bund bleibt bunt: Die Bundesverwaltung gehört auf den CSD!

Laufende Nummer: 16

Antragsteller*in:	SPD-Landesverband Berlin
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Sachgebiet:	Z - Zivilgesellschaft und Demokratie

- 1 Die Mitglieder der SPD-Bundestagsfraktion sowie die sozialdemokratischen Mitglieder  
2 der Bundesregierung werden aufgefordert, sich dafür einzusetzen, dass sich die  
3 obersten Bundesbehörden künftig mit einem gemeinsamen Wagen am Berliner CSD  
4 beteiligen. So kann der Bund ein klares Signal für Vielfalt in der Verwaltung setzen  
5 und Solidarität mit den queeren Beschäftigten des Bundes zeigen. Die weitere  
6 Ausgestaltung soll in Abstimmung mit den queeren Beschäftigten-Netzwerken der  
7 Bundesministerien und der anderen Bundesbehörden erfolgen. Zudem fordern wir die  
8 sozialdemokratischen Mitglieder der Bundesregierung auf, entsprechende finanzielle  
9 Mittel dafür bereitzustellen.
- 10 Die Mitglieder der SPD-Bundestagsfraktion sowie die sozialdemokratischen Mitglieder  
11 der Bundesregierung werden aufgefordert, sich dafür einzusetzen, dass sich die  
12 obersten **Bundesbehörden künftig auf allen CSDs im Bundesgebiet (u.a. auch auf dem**  
13 **Berliner CSD mit einem eigenen Wagen) beteiligen können.** Die Mitglieder der SPD-  
14 Bundestagsfraktion sowie die sozialdemokratischen Mitglieder der Bundesregierung  
15 werden aufgefordert, sich dafür einzusetzen, dass sich die obersten **Bundesbehörden**  
16 **künftig auf allen CSDs im Bundesgebiet (u.a. auch auf dem Berliner CSD mit einem**  
17 **eigenen Wagen) beteiligen können.** So kann der Bund ein klares Signal für Vielfalt in  
18 der Verwaltung setzen

### Empfänger\*Innen

SPD-Bundestagsfraktion  
SPD-Mitglieder der Bundesregierung  
SPD-Mitglieder der Bundesregierung

# Antrag Z03: Förderung von Diversitäts- und Antidiskriminierungsprogrammen in Unternehmen

Laufende Nummer: 30

Antragsteller*in:	SPD-Landesverband Sachsen
Status:	überwiesen
Sachgebiet:	Z - Zivilgesellschaft und Demokratie

- 1 Die Bundesregierung wird aufgefordert, die Steuer- und Unternehmensgesetzgebung
- 2 dahingehend zu ändern, dass Unternehmen finanzielle Anreize erhalten, Diversitäts-
- 3 und Antidiskriminierungsprogramme – insbesondere zum Schutz queerer Menschen – zu
- 4 implementieren und nachhaltig zu verankern.

## Empfänger\*Innen

SPD-Bundestagsfraktion

## Antrag Z06: Antrag zur Erinnerungskultur

Laufende Nummer: 36

Antragsteller*in:	SPD-Landesverband Rheinland-Pfalz
Status:	angenommen
Sachgebiet:	Z - Zivilgesellschaft und Demokratie

- 1 SPDqueer setzt sich dafür ein, dass die SPD als Koalitionspartner in der  
2 Bundesregierung in der aktuellen Legislaturperiode (2025-2029) folgendes umsetzt:
- 3 1. Die Bundesregierung setzt sich dafür ein, dass in allen Gedenk- und  
4 Erinnerungsstätten im Land Vertretungen der verschiedenen  
5 Verfolgtenorganisationen (der Jüd\*innen, der politisch Verfolgten, der Sinti und  
6 Roma, der queeren Menschen, der sog Euthanasieopfer und weiterer) **strukturell**  
7 vertreten sind, z.B. in Form eines Beirats. Dieser Beirat berät die Gedenk- und  
8 Erinnerungsstätten und ist in konzeptionelle Fragen von Ausstellungen und  
9 pädagogischen Angeboten der Gedenkstätten und Erinnerungsorte einbezogen
- 10 2. An allen Gedenk- und Erinnerungsorten der Bundesrepublik muss die Vielfalt der  
11 verfolgten Gruppen sichtbar sein. Dies schließt die Erinnerung an die Verfolgung  
12 queerer Menschen explizit ein.
- 13 3. Die Gedenk- und Erinnerungsstätten sind angehalten, die Ergebnisse  
14 systematischer Forschung zur Verfolgung und Emanzipation von schwulen Männern,  
15 lesbischen Frauen, bisexuellen Personen, trans\*- und intergeschlechtlichen und  
16 non-binären Menschen in der Zeit des Nationalsozialismus und Ihre Kontinuität in  
17 beiden deutschen Staaten in der Nachkriegszeit einer breiten Öffentlichkeit  
18 zugänglich zu machen.

# Antrag Ini02: Listenwahlen für alle Geschlechter gerechter gestalten

Laufende Nummer: 47

Antragsteller*in:	Felix Scharge (Alle Pronomen)
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Sachgebiet:	Ini - Initiativanträge

- 1 Die SPDqueer Bundeskonferenz möge beschließen:
- 2 Der SPDQueer Bundesvorstand wird aufgefordert in einem Gespräch mit der AG Frauen und den Jusos einen Vorschlag zur Berücksichtigung zu erarbeiten.
- 3 Der Vorschlag soll die Mindestquote von 40% für Frauen festhalten und zusätzlich die Reihenfolge bei Listenwahlen mit dem Zusatz ergänzen, dass Geschlechter auf einer Liste abwechselnd zu wählen sind, dass unterschiedliche Geschlechter auf einer folgen.
- 4 Als Beispiel:
- 5 1. Frau
- 6 2. Divers
- 7 3. Mann
- 8 4. Frau
- 9 5. Mann
- 10 6. Frau
- 11 7. Divers
- 12 8. Frau

# Antrag Ini03: Änderungsantrag zum Initiativantrag: Weser Ems – Bettina Kruthaup

Laufende Nummer: 54

Antragsteller*in:	Claire Stamboltsyan
Status:	angenommen
Sachgebiet:	Ini - Initiativanträge

- 1 Es sollen folgende Absätze ergänzt werden:
- 2 Es soll darauf hingewirkt werden dass Abgeordnete auf die Einhaltung der europäischen Verträge drängen.
- 3 Dies kann auch durch ein Vertragsverletzungsverfahren gegen die Bundesrepublik Deutschland erfolgen. Dies muss ggf. noch gesondert geprüft werden.
- 4 Nach Möglichkeit sollte auch die Unterstützung von einzelnen Asylsuchenden durch ein Verfahren vor dem EGMR erfolgen. Eine interne Absprache und Koordination der Parteigrämien ist hierfür jedoch unabdingbar.

# Antrag 01: Initiativantrag Aktuelle Situation von queeren Asylantragsstellenden aus den USA

Laufende Nummer: 57

Antragsteller*in:	Frank-Joachim Zobel
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Sachgebiet:	Ini - Initiativanträge

- 1 Seit dem Regierungswechsel in den USA hat die neue Regierung die Jagd auf queere Menschen eröffnet. Besonders auf transidente und diverse Menschen. Es wird Ihnen das Existenzrecht aberkannt und Sie werden aus allen staatlichen Einrichtungen entfernt.
- 2 Wie beispielsweise beim Transgenderbann im US Militär. Auch wurde die
- 3 Gesundheitsvorsorge für transidente Menschen eingestellt. Daher ist für diese
- 4 Menschen ein triftige Grund für Asyl in Deutschland gegeben.
- 5
- 6
- 7 S

# Antrag S01: Geschlechtliche Vielfalt im Betriebsverfassungsgesetz

Laufende Nummer: 9

Antragsteller*in:	SPD-Bezirk Hessen-Süd
Status:	angenommen in geänderter Fassung
Sachgebiet:	S - Sonstige

- 1 § 15 Abs.2 des Betriebsverfassungsgesetzes legt fest, dass in Betriebsräten das
- 2 Minderheitengeschlecht proportional vertreten sein muss. Die implizite
- 3 Zweigeschlechtlichkeit dieser Formulierung lässt offen, wie nicht-binäre Personen bei
- 4 Betriebsratswahlen Berücksichtigung finden sollen.
  
- 5 Der SPDqueer Bundesvorstand soll sich des Themas annehmen und in Zusammenarbeit mit
- 6 den Gewerkschaften an einem Lösungsvorschlag arbeiten, wie nicht-binäre Menschen bei
- 7 Wahlen zu betrieblichen Interessensvertretungen nach Betriebsverfassungsgesetz,
- 8 Bundespersonalvertretungsgesetz, den Landespersonalvertretungsgesetzen der Länder
- 9 sowie den Mitarbeitervertretungsgesetzen der Kirchen adäquat berücksichtigt werden
- 10 können, ohne benachteiligt oder unverhältnismäßig übervorteilt zu werden.

## Empfänger\*Innen

SPDqueer-Bundesvorstand

## Antrag S02: Dialog mit queerer jüdische und queerer muslimischer Community aufnehmen

Laufende Nummer: 21

Antragsteller*in:	SPD-Bezirk Weser-Ems
Status:	angenommen
Sachgebiet:	S - Sonstige

- 1 Der SPDqueer Bundesvorstand wird beauftragt zeitnah mit Vertreter\*innen von queeren
- 2 jüdischen und queeren muslimischen Organisationen und Verbänden in Kontakt zu treten
- 3 und einen regelmäßigen Austausch aufzubauen.

### Empfänger\*Innen

SPDqueer-Bundesvorstand