

BESCHLÜSSE

der ordentlichen
Bundeskonzferenz 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 Herkunftsländer“ durch Rechtsverordnung, effektiver Rechtsschutz 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. Ein kurzer Rückblick: Die SPD und die Queerpolitik

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

1.1. Unsere Haltung – klar und unmissverständlich

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

1.2. Kein Entweder-oder: Queerpolitik ist Sozialpolitik

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

1.3. Queerpolitik heißt Solidarität

Sozialdemokratische Politik lebt vom Grundsatz der Solidarität. Solidarität mit queeren Menschen bedeutet, aktiv gegen Diskriminierung, Ausgrenzung und Gewalt einzutreten. Sie bedeutet, marginalisierte Gruppen zu stärken und ihnen eine Stimme zu geben. Diese Solidarität endet nicht an nationalen Grenzen. Sie gilt auch international – überall dort, wo queere Menschen verfolgt werden, müssen wir uns als 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.

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.

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.

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.

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

Handlungsbedarf ist.

2.1. Daten, Fakten, Zahlen

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

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

2.2. Formen von Trans*feindlichkeit in unserer Gesellschaft

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

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

2.3. Der Kulturkampf gegen Vielfalt

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

2.4. Gesetzgeberische Forderungen

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

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

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

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

5. Reform des Personenstandsrechts: Anerkennung der dritten Option und
Gewährleistung internationaler Anerkennung von Geschlechtseinträgen.

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

3. Queerpolitik als Querschnittsaufgabe

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

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

3.1. Weiterentwicklung des Nationalen Aktionsplans

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

Konkrete Forderungen sind:

- die systematische Überprüfung bestehender Gesetze auf ihre queer-inklusive
Wirkung,
- verbindliche Schutzkonzepte in Schulen, Behörden und Gesundheitseinrichtungen,
- bundesweite Ansprechstellen und Ombudssysteme für queere Belange,

- finanzielle Förderung queerer Projekte und Beratungsangebote.

3.2. Queer-inklusive Gesetzgebung

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

3.3 Außen- und Europapolitik

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

3.4. Medien in die Verantwortung nehmen

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

3.5. Fazit

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

4. Queerpolitik innerhalb der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands

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

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

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

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

4.1. Fazit und Auftrag an sozialdemokratische Politik

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

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

4.2. Unser Auftrag ist klar:

- Innerhalb der SPD müssen queere Themen in Grundsatzprogrammen, in der politischen Bildung und in der alltäglichen Arbeit auf allen Ebenen fest verankert und mitgedacht werden. Mandatsträger*innen sind aufgefordert, Präsenz zu zeigen und Solidarität mit der queeren Community sichtbar zu machen – vor allem dort, wo queere Sichtbarkeit noch immer besonders schwer erkämpft werden muss, etwa in ländlichen Regionen.
- In der Gesellschaft muss sozialdemokratische Politik dafür sorgen, dass Gleichberechtigung nicht nur auf dem Papier existiert, sondern konkret erfahrbar wird – durch sichere Lebensbedingungen, rechtliche Absicherung und volle gesellschaftliche Teilhabe.
- Auch in Regierungsverantwortung gilt: Queerpolitik ist kein „Nice-to-have“, sondern Ausdruck unseres sozialdemokratischen Selbstverständnisses! Sie ist integraler Bestandteil unseres Einsatzes für Gleichberechtigung, Freiheit und Gerechtigkeit und damit unverhandelbarer Teil an jedem Regierungshandeln an der sich die SPD beteiligt.
- Sozialdemokratische Regierungsarbeit darf queere Politik nicht an den Rand drängen oder als symbolisches Zusatzthema behandeln, sondern muss sie in allen Politikfeldern mitdenken, fördern und absichern. Auch deshalb kämpfen wir in jeder möglichen Bundesregierung weiter für die Erweiterung des Artikels 3 GG, in welchem die sexuelle

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

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

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

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

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 vulnerabler Gruppen (insbesondere LSBTIQ+)

Laufende Nummer: 28

Antragsteller*in:	SPD-Landesverband Sachsen
Status:	erledigt durch
Sachgebiet:	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* 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* 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% der befragten queeren Personen geben an, an einer depressiven Episode oder
23 Burn* out zu leiden – ein Wert, der nahezu das Dreifache der Prävalenz bei
24 cis* heterosexuellen Befragten (10%) darstellt.

25 Bei trans* Personen liegt die Prävalenz von Angststörungen bei 40%, wohingegen
26 cis* heterosexuelle Befragte lediglich 9% 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* 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 herkunftsfamiliäre Unterstützung

36 31% der trans* Personen und 15% der cis* queeren Befragten fühlen sich dauerhaft
37 einsam – im Vergleich zu lediglich 5% bei cis* heterosexuellen Personen.

37% der trans Personen berichten von einer ausgeprägten gesellschaftlichen Ausgrenzung, was die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zusätzlich erschwert.

Während queere Menschen häufig auf Freund*innen und Wahl Familien als primäre Unterstützungsquelle zurückgreifen, fehlt ihnen häufig ein stabiles familiäres Rückgrat. Dies führt zu einer erhöhten Vulnerabilität gegenüber psychischen Belastungen und reduziert die Wahrscheinlichkeit, frühzeitig medizinische Hilfe zu suchen.

4.Arbeitsunfähigkeit und ökonomische Folgen

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

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

Systemische Barrieren im Gesundheitswesen

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

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

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

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

1.Intersektionalität von queerer Gesundheit

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

3.Verzahnung von Maßnahmen in Bund, Ländern und Kommunen

4.Ausbildung und Standardisierung

5. Verbesserungen im Versorgungssystem

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

1: Intersektionalität queerer Gesundheit

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

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

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

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

Feministische Medizin

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

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

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

- Die Durchführung von Studien darf nur auf Basis eines breiten Studienteilnehmendenprofils stattfinden.

- Studienbeschreibungen müssen einen Abschnitt zur Inklusion verschiedener Gruppen enthalten, zu welchen u.a. cis-Frauen, queere Identitäten, aber bspw. auch alte Menschen gehören müssen.

- Ein Ausschluss der genannten Gruppen muss nachvollziehbar begründet und faktenbasiert sein.

- Etwaige Testmethoden müssen entsprechend erweitert werden, um die Bedürfnisse vielfältiger Geschlechtsidentitäten zu berücksichtigen.

- Medikamentenzulassungen und -freigaben dürfen nur dann erfolgen, wenn das Medikament über mehrere Patient*innengruppen hinweg getestet wurde.

- Medikamentenvorgaben bereits zugelassener Medikamente müssen hinsichtlich diskriminierender Vorgaben überprüft und bei positiver Prüfung entsprechend angepasst werden.

- Wir fordern unsere Mandatsträger*innen auf, sich für die Verankerung bzw. Änderung gesetzlicher Vorgaben einzusetzen, wo erforderlich.

- Zudem müssen gezielte Informationen zu Behandlungen, Medikationen und Bedarfen queerer Menschen erarbeitet und zur Verfügung gestellt werden. Diese sollten nicht nur für medizinisches Fachpersonal zugänglich sein, sondern auch für Betroffene und themenspezifisch und zielgruppenorientiert ausgestaltet werden, bspw. im Bereich der Gynäkologie für Lesben, TINA*Personen etc.

Gesundheitsversorgung queerer wohnungs- und obdachloser Menschen

EU, Bund und Länder haben erklärt, Wohnungs- und Obdachlosigkeit bis 2030

„überwinden“ zu wollen. Aktuelle Zahlen zeigen jedoch eine gegenteilige Entwicklung.

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

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 gewaltsamen 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 barrierearmer 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

darstellt. Dabei gibt es kein „richtig“ oder „falsch“, „gesund“ oder „krank“, „normal“ oder „anormal“. Neurologische Vielfalt ist „Normalität“. Neurodiversität ist unabhängig von anderen Faktoren wie z. B. Geschlecht, Hautfarbe, Bildungsstand und/oder Herkunft. Gleichzeitig bringt Neurodiversität Barrieren und Hindernisse mit sich, da unsere Gesellschaft auf neurotypische Menschen ausgerichtet ist. Neurodiversität kann sich in verschiedenen Aspekten der Persönlichkeit zeigen, z. B. Lernen, Denkweise, Motorik, Struktur, Interaktion, Sprache und Wahrnehmung. Die erhöhte Reizsensibilität vieler neurodivergenter Menschen kann zu einem höheren Stresserleben und einem verstärkten Bedürfnis nach Rückzug führen, was wiederum gesundheitliche Auswirkungen haben kann. Dies führt auch zu Problemen im Gesundheitssystem, wenn Räumlichkeiten und medizinisches Fachpersonal nicht für den Umgang mit neurodivergenten Menschen sensibilisiert sind.

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

Die Durchführungen derartiger Studien ist essenziell, um die intersektionalen Verflechtungen zwischen Queerness und Neurodiversität besser zu verstehen und so bedarfsgerechte Maßnahmen entwickeln zu können, um die Teilhabe von Menschen zu verbessern, die sich auf beiden Spektren verorten oder verortet werden. Dies gilt insbesondere für den Gesundheitssektor, da sich aus dieser Verflechtung eine Vielzahl an spezifischen gesundheitlichen Risiken, Stressfaktoren und Bedürfnissen ergibt, auf die fachlich reagiert werden muss. Besonders in Bezug auf medizinische und psychologische Begleitung ist entpathologisierendes und diskriminierungssensibles Wissen von Bedeutung.

Das Unwissen über die Zusammenhänge dieser Themenspektren führt in der Realität leider oft zu Mehrfachdiskriminierung. Viele queere Menschen beschreiben Diskriminierung im Zusammenhang mit Ableismus, also Behindertenfeindlichkeit. Diese bezieht sich am häufigsten auf psychische Merkmale und Neurodivergenz. Jede fünfte befragte Person nach einer Umfrage der Antidiskriminierungsstelle StandUp der Schwulenberatung Berlin erlebte neben Diskriminierung aufgrund der geschlechtlichen oder sexuellen Identität auch Diskriminierung aufgrund einer Neurodivergenz. So werden neurodivergenten Personen in der Praxis u.a. manche Behandlungen versagt, z.B. Hormontherapien oder der Zugang zu bestimmten Verhütungsmitteln, da sie infantilisiert werden und ihnen nicht zugetraut wird, informierte Entscheidungen über ihre Identität z.B. aufgrund ihres Autismus zu treffen. Gleichzeitig wird ihnen dabei die Selbstbestimmung über ihre eigene geschlechtliche und/oder sexuelle Identität und

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

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

Wir fordern:

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

- Die Erarbeitung eines Leitfadens zum konsensualen und diversitätssensiblen Umgang im Patient*innenkontakt

- Mehr Forschung zum Querschnitt Queerness und Neurodivergenz, um adäquate Behandlungsstrategien entwickeln zu können

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

- Die Schaffung von Anlaufstellen bei Schwierigkeiten bzw. Unterstützungsbedarf für queere und neurodivergente Menschen.

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

- Die Schaffung und bessere Zugänglichkeit von und zu Psychotherapieplätzen

Queere BIPOCs im Gesundheitssystem

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

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

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

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

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

Wir fordern:

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

- Die Etablierung von Sensibilisierungsprogrammen in öffentlichen medizinischen Einrichtungen zu gesellschaftlicher Vielfalt und dem Abbau von Diskriminierungsformen wie Rassismus.

Queere Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Der Bereich der Gesundheit queerer Kinder und Jugendlicher ist von besonderer Relevanz, da sich in den aktuellen Alterskohorten anteilig deutlich mehr Menschen als queer identifizieren als in älteren Jahrgängen, was u.a. mit einer größeren gesellschaftlichen Offenheit und Akzeptanz zusammenhängen könnte. Die bereits in der Einführung genannten Faktoren, welche queere Gesundheit negativ beeinflussen, treten dabei vermehrt bereits in der Kindheit und Jugend auf. Viele queere Kinder und Jugendliche leiden unter depressiven Verstimmungen, unter einem Gefühl der Einsamkeit 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 Körperdysphorie 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 Suizidversuchsrate 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 Körperdysphorie 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 Pflegenden 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 Pflegeeifordernisse 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 willkommenheißend 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 Paragrafen 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

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

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

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

Wir fordern:

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

- Die Einrichtung von Reflexionsräumen zu Themen von Diskriminierung und Diversität für medizinisches Personal

- Die konsequente und strukturierte Datenerfassung zu Themen von Diskriminierung und Diversität im Gesundheitssektor

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

2: TINA*Gesundheit

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

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

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

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

Im Bereich der TINA*Gesundheitsversorgung bestehen erhebliche Wissens- und Versorgungslücken. Nicht-binäre Menschen, die geschlechtsangleichende Anpassungen in Anspruch nehmen möchten, können dies ausschließlich eigenfinanziert tun, da die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten nicht übernehmen, wenn sich nicht umgehend einem spezifischen Geschlecht zugeordnet wird. Eine Gesundheitsversorgung, die ausschließlich bzw. fast ausschließlich auf cisgeschlechtliche, weiße und heterosexuelle Körper ausgerichtet ist, vernachlässigt eine adäquate Gesundheitsversorgung für alle! Die medizinische Versorgung von TINA*Personen erfordert jedoch auch eine Auseinandersetzung mit von dieser „Norm“ abweichenden Körpern, um diesen die gesundheitliche und pflegerische Versorgung zukommen zu lassen, die sie brauchen. Gerade für die Frage guter Pflege ist es jedoch essenziell 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, Tumervorsorge 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 vernetzten

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 Paragraph 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 unterversorgten 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 aufsuchen
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 absolvierter 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 weisungsungebundenen Queer- und Diversitätsbeauftragten an
1100 öffentlichen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, z.B. allen landeseigenen bzw.
1101 kommunalen Krankenhauseinrichtungen. 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 niedrigschwelligen 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 Schutzräume 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 leichter 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 gewaltsamen 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 barrierearmer 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 bürden, 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

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

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

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

Wir fordern:

1274

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

- Die Erarbeitung eines Leitfadens zum konsensualen und diversitätssensiblen Umgang im Patient*innenkontakt

- Mehr Forschung zum Querschnitt Queerness und Neurodivergenz, um adäquate Behandlungsstrategien entwickeln zu können

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

- 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 diskriminierungssensible 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 willkommenheißend 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 Vernetzungsangeboten 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 konsequentere 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 fort dauert.

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, Tumorstherapie 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 Mammographie 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 Paragraph 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 Gesamttraum. 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 unterversorgten 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 Bezirksämtern 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 aufsuchen 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 Gesamtbundeslandes
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 queerer
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 Bezirksämter 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, normschlanke, 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 absolvierter 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 barrierearm 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 Namensschilds 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 weisungsungebundenen Queer- und Diversitätsbeauftragten an
1970 öffentlichen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, z.B. allen landeseigenen
1971 Krankenhauseinrichtungen. 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.Verbetterungen 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 Schutzräume 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 leichter 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 Doppelspitzen 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
- 2 abzubilden. Ein wichtiger Schritt ist dabei die Anpassung der Formulierung für die
- 3 Doppelspitzen. Dafür soll der SPDqueer Bundesvorstand in Zusammenarbeit mit den SPD
- 4 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 Paragraphen 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 Paragraphen 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 Haushaltszugehörigkeit 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
4 explizit TINA* (trans*, inter*, nichtbinäre, agender) Personen, ihre Geburtsnamen
5 und/oder das ihnen bei Geburt zugewiesene Geschlecht ausweisen, verzichtet wird;
6 2. ein konsequentes Offenbarungsverbot für TINA*- Personen ohne Schlupflöcher
7 gesetzlich implementiert bleibt und keine Verordnungen oder Regierungshandeln dieses
8 untergraben;
9 3. keine zusätzlichen Datenblätter (z. B. mit früherem Geschlechtseintrag, Vornamen,
10 Änderungsdatum oder Behördenvermerk) für trans*, inter* und nicht-binäre Personen
11 erhoben oder übermittelt sowie personenbezogene Daten nur im unbedingt notwendigen
12 Umfang, individualisiert und anlassbezogen, sowie ohne weitergehende Speicherung
13 verarbeitet werden;
14 4. wir nochmal die historische Verantwortung an diskriminierende Behördenpraxen in
15 der Vergangenheit wie "Rosa Listen" und "Travestiten-Karteien" gegenüber der
16 Öffentlichkeit und vor allem gegenüber politischen und Koalitionspartner*innen
17 bekräftigen;
18 5. die SPD aktiv politisches Handeln auf allen Ebenen nutzt, wie öffentliche
19 Stellungnahmen, Anfragen, oder parlamentarische Initiativen, um den Entwurf der
20 Verordnung des Bundesministeriums des Innern in dieser Form zu verhindern.
21 Die SPD bekennt sich wiederholt und deutlich zu dem Grundsatz, dass kein Mensch
22 aufgrund des Geschlechts, der sexuellen Orientierung und/oder Geschlechtsidentität
23 und -ausdruck diskriminiert werden darf. Das Selbstbestimmungsgesetz und der damit
24 verbundene Grundsatz der Selbstzuweisung der Genderidentität, die Istanbul-Konvention
25 und die Menschenwürde sind für die SPD nicht verhandelbare Grundsätze, unabhängig von
26 politischen Koalitionen oder öffentlichen Diskursen.
27
28
29 BMI ☐ Verordnung in dieser Form zu verhindern.
30 6. nur mit Fachverbänden die Evaluierung des Selbstbestimmungsgesetz durchgeführt
31 wird.
32 BMI ☐ Verordnung in dieser Form zu verhindern.

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 Elternteile 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 Meschen, 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
- 3 den Jusos einen Vorschlag zur Berücksichtigung zu erarbeiten.
- 4 Der Vorschlag soll die Mindestquote von 40% für Frauen festhalten und zusätzlich die
- 5 Reihenfolge bei Listenwahlen mit dem Zusatz ergänzen, dass Geschlechter auf einer
- 6 Liste abwechselnd zu wählen sind, dass unterschiedliche Geschlechter auf einer
- 7 folgen.
- 8 Als Beispiel:
- 9 1. Frau
- 10 2. Divers
- 11 3. Mann
- 12 4. Frau
- 13 5. Mann
- 14 6. Frau
- 15 7. Divers
- 16 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
- 3 Verträge drängen.
- 4 Dies kann auch durch ein Vertragsverletzungsverfahren gegen die Bundesrepublik
- 5 Deutschland erfolgen. Dies muss ggf. noch gesondert geprüft werden.
- 6 Nach Möglichkeit sollte auch die Unterstützung von einzelnen Asylsuchenden durch ein
- 7 Verfahren vor dem EGMR erfolgen. Eine interne Absprache und Koordination der
- 8 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
- 2 Menschen eröffnet. Besonders auf transidente und diverse Menschen. Es wird Ihnen das
- 3 Existenzrecht aberkannt und Sie werden aus allen staatlichen Einrichtungen entfernt.
- 4 Wie beispielsweise beim Transgenderbann im US Militär. Auch wurde die
- 5 Gesundheitsvorsorge für transidente Menschen eingestellt. Daher ist für diese
- 6 Menschen ein triftige Grund für Asyl in Deutschland gegeben.
- 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