

Beschluss Gender affirming care saves lives!

Antragsteller*in: Lian Jori Belgardt, Carro Göbel

Tagesordnungspunkt: TOP 7 Inhaltliche Anträge

Antragstext

1 Eine vulnerable Gruppe mit besonderem 2 Versorgungsbedarf

3 Trans*, intergeschlechtliche, nicht-binäre und agender Menschen (im Folgenden:
4 TINA* Personen) sind einer Vielzahl struktureller Belastungen ausgesetzt, die
5 ihre psychische und physische Gesundheit erheblich beeinträchtigen. Studien
6 zeigen konsistent, dass TINA* Personen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung
7 deutlich häufiger von Depressionen, Angststörungen und Suizidalität betroffen
8 sind – nicht aufgrund ihrer Geschlechtsidentität an sich, sondern aufgrund von
9 Diskriminierung, gesellschaftlicher Ablehnung und dem Mangel an adäquater
10 medizinischer Versorgung.

11 Internationale Forschung und klinische Erfahrung belegen: Wenn trans* Personen
12 Zugang zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen erhalten, verbessern sich ihre
13 psychischen Gesundheitswerte signifikant. Hormontherapie und operative Eingriffe
14 reduzieren Geschlechtsdysphorie nachweislich und sind damit keine optionalen
15 Wohlfühlleistungen, sondern medizinisch indizierte Behandlungen. Trotzdem werden
16 sie in Deutschland weiterhin bürokratisch erschwert, verzögert oder verweigert.

17 Entgegen großer Hoffnungen aus der TINA* Community regelt das
18 Selbstbestimmungsgesetz, das am 1. November 2024 in Kraft getreten ist,
19 lediglich die Änderung des Vornamens und des Geschlechtseintrags, allerdings
20 keine medizinischen Maßnahmen. Dabei gibt es hier großen Handlungsbedarf. Die
21 Gesundheitsversorgung für TINA* Personen ist prekär und dringend
22 verbesserungswürdig.

23 Dabei ist wichtig festzuhalten: Nicht alle TINA* Personen machen eine
24 medizinische Transition. Trans* Sein bedeutet nicht automatisch, Hormone zu
25 nehmen oder operiert werden zu wollen. Manche TINA* Personen verändern ihren
26 Körper, andere ihren Geschlechtsausdruck, wieder andere nichts davon und all das
27 ist valide. Es gibt kein richtiges oder vollständiges trans* Sein. Dieser Antrag
28 fordert, dass all jene, die sich medizinische Maßnahmen wünschen, einen fairen,
29 sicheren und diskriminierungsfreien Zugang dazu bekommen.

30 Der steinige Weg zur medizinischen Transition

31 Was viele nicht wissen: Eine medizinische Transition ist kein schneller oder
32 einfacher Prozess. Sie dauert in der Regel mehrere Jahre und ist an jedem
33 Schritt von Hürden geprägt. Ein typischer Ablauf sieht in Deutschland derzeit so
34 aus:

- 35 • Erstdiagnose und Überweisung: Eine TINA* Person wendet sich an ihre
36 Hausarztpraxis oder psychiatrische Ambulanz. Die Wartezeit auf einen

ersten Termin in einer fachärztlichen Praxis beträgt oft sechs Monate bis über ein Jahr.

- Diagnostische Phase und Gutachten: Vor jeder Behandlung verlangt das System psychologische oder psychiatrische Gutachten. Die Anzahl der Therapeut*innen, die überhaupt Gutachten erstellen, ist gering. Häufig sind zwei unabhängige Gutachten (sogenannte Doppelatteste) erforderlich. Die Betroffenen stehen dabei unter dem Druck, ihr trans* Sein zu beweisen. Das ist ein Umstand, der offene geführte Therapiegespräche faktisch verhindert.
- Hormontherapie: Erst nach erfolgreichem Durchlaufen der diagnostischen Phase kann eine Hormontherapie eingeleitet werden. Die Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung ist dabei nicht automatisch gesichert und muss gesondert beantragt werden.
- Geschlechtsangleichende Operationen: Für operative Eingriffe sind erneut Gutachten, Anträge und häufig langwierige Widerspruchsverfahren notwendig. Zwischen dem Entschluss zur Operation und deren Durchführung vergehen oft mehrere Jahre. Der Druck auf Betroffene, ein binäres Transitionsziel anzugeben, ist dabei strukturell eingebaut.
- Selbstmedikation als Ausweg: Da der offizielle Weg so beschwerlich ist, greifen immer mehr TINA* Personen auf unkontrollierte Selbstmedikation zurück. Dies ist mit erheblichen gesundheitlichen Risiken verbunden und ist eine direkte Folge der Versorgungslücken im System.

Dieser Ablauf ist kein Zufall, sondern das Ergebnis politischer Untätigkeit. Er zeigt, was passiert, wenn ein Versorgungssystem nicht auf die Bedürfnisse einer Gruppe ausgerichtet ist, sondern auf das Misstrauen ihr gegenüber.

Zwischen Mythos und Realität: Wie Falschbehauptungen Betroffenen schaden

Entgegen der Behauptung von Julia Klöckner, Pubertätsblocker seien wie Hustenbonbons zu bekommen, ist eine medizinische Transition ein steiniger Weg, geprägt von bürokratischen Hürden und häufig hohem Leidensdruck. TERFs (Trans*-Exkludierende Radikale Feminist*innen) wie Alice Schwarzer suggerieren, Kinder und Jugendliche müssten nur einmal sagen, dass sie trans* seien, und würden am nächsten Tag Hormone bekommen oder auf dem OP-Tisch liegen. Ähnliche Argumentationen, die sich auf Kinder- und Jugendschutz berufen, hören wir aus CDU- und AfD-Kreisen.

Diese Behauptungen sind nicht nur falsch, sie sind gefährlich. Sie existieren nicht im luftleeren Raum, sondern befeuern ein Klima, in dem Hasskriminalität gegen TINA* Personen nachweislich zunimmt. TINA* Personen werden im gegenwärtigen Rechtsruck gezielt zum Feindbild gemacht: als Bedrohung für Kinder, als Angriff auf die Natur, als Symbol eines vermeintlichen gesellschaftlichen Verfalls. Diese Rhetorik kennen wir. Sie funktioniert nach demselben Muster wie die Feindbildkonstruktion gegenüber migrantisierten Menschen. Falschbehauptungen wie die von Klöckner oder Schwarzer geben solchen Ressentiments eine scheinbar seriöse Grundlage. Wer sie verbreitet, trägt

81 Mitverantwortung dafür, dass TINA* Personen sich heute alltäglich um ihre
82 körperliche Unversehrtheit sorgen müssen – auf der Straße, im Nahverkehr, in
83 Schulen.

84 Vor diesem Hintergrund ist eine gute Gesundheitsversorgung auch ein
85 Schutzfaktor: Sie stärkt TINA* Personen, gibt ihnen Sicherheit und
86 Handlungsfähigkeit, in einem gesellschaftlichen Umfeld, das ihnen zunehmend
87 feindlich gegenübersteht.

88 **Nicht-binäre Personen: Vom System unsichtbar** 89 **gemacht**

90 Das Bundessozialgericht in Kassel urteilte im Oktober 2023 über die Ablehnung
91 einer Kostenübernahme für eine geschlechtsangleichende Operation bei einer
92 nicht-binären Person durch die gesetzliche Krankenversicherung. Das Gericht
93 entschied: Die Krankenkasse ist derzeit nicht verpflichtet, diese Kosten zu
94 tragen.

95 Die Begründung des BSG ist bezeichnend: Weil nicht-binäre Personen kein binäres
96 Zielbild – Mann oder Frau – anstreben, fehle ein objektiver Maßstab für das
97 Behandlungsziel, und deshalb könne auch kein Anspruch gegenüber der Krankenkasse
98 bestehen. Vom Gemeinsamen Bundesausschuss sei noch nicht geklärt worden, wie
99 Geschlechtsdysphorie zu behandeln ist.

100 Dieses Urteil hat in der TINA* Community extreme Unsicherheit ausgelöst. Nicht-
101 binäre Menschen werden so weiterhin gedrängt, sich auf männliche oder weibliche
102 Transitionsziele festzulegen. Das ist diskriminierend und zeigt, wie stark unser
103 Versorgungssystem noch in überholten Geschlechternormen steckt. Hier braucht es
104 endlich Rechtssicherheit, die Politik muss handeln.

105 In der Praxis führt das dazu, dass nicht-binäre Personen sich gegenüber
106 Gutachter*innen und Krankenkassen als trans Frau oder trans Mann darstellen
107 müssen, auch wenn das nicht ihrem tatsächlichen Erleben entspricht. Sie lügen
108 nicht aus Bequemlichkeit, sondern weil das System ihnen keine andere Wahl lässt.
109 Diese Lüge hat weitreichende Konsequenzen: Wer gegenüber Krankenkasse und
110 medizinischem Personal eine binäre Transition vortäuschen muss, kann den eigenen
111 Geschlechtseintrag nicht auf divers ändern oder streichen lassen und damit auch
112 den Vornamen nicht. Die Möglichkeiten des Selbstbestimmungsgesetzes bleiben so
113 für viele unerreichbar. Zur Geschlechtsdysphorie kommt also ständiges
114 Misgenden, die schmerzhaftes Verwenden des Geburtsnamens und die psychische
115 Belastung durch die aufgezwungene Lüge. Eine Versorgungsstruktur, die Menschen
116 zwingt, ihre Identität zu verfälschen, um Zugang zu notwendiger Behandlung zu
117 bekommen, hat mit guter medizinischer Praxis nichts zu tun.

118 **Gatekeeping als strukturelles Problem**

119 Der oben skizzierte Ablauf hat einen Namen: Gatekeeping. Das bedeutet: Der
120 Zugang zu medizinischer Versorgung wird nicht durch den nachgewiesenen Bedarf
121 geregelt, sondern durch eine Reihe von Kontrollinstanzen, die TINA* Personen
122 erst passieren müssen. Jede dieser Instanzen kann Nein sagen – ohne dass es
123 dafür klare, einheitliche oder rechtssichere Maßstäbe gäbe.

124 Besonders problematisch ist dabei die Rolle der Gutachten. Nicht alle
 125 Therapeut*innen, die diese erstellen, gehen sensibel mit dem Thema
 126 Geschlechtsidentität um, obwohl sie sich als Expert*innen beschreiben. Anstatt
 127 ein therapeutisches Umfeld zu schaffen, in dem ein empathisches, spezifisch
 128 ausgebildetes Gegenüber hilft diesen inneren Prozess zu navigieren, zwingt das
 129 System TINA* Personen in eine Prüfungssituation: Sie müssen ihr trans* Sein
 130 beweisen, um Zugang zu Behandlung zu bekommen. Das verhindert genau das, was in
 131 dieser Phase so wichtig wäre – offen sprechen zu können, ohne Angst, dass jedes
 132 Wort gegen die eigene Indikation verwendet wird. Ein Transitionsprozess kann so
 133 nicht ehrlich und auf Augenhöhe begleitet werden.

134 Dieses System trifft nicht alle gleich. Wer sich eine Privatklinik leisten kann,
 135 umgeht viele dieser Hürden. Wer Geld, Zeit und eine stabile Lebenssituation hat,
 136 kommt leichter durch. Wer das nicht hat, bleibt zurück. Gatekeeping ist damit
 137 nicht nur eine Zumutung für die Gesundheit, sondern auch eine soziale Frage. Die
 138 Konsequenzen sind bekannt: Für viele TINA* Personen verschlimmert sich die
 139 Geschlechtsdysphorie während der langen Wartezeiten. Der Leidensdruck wächst,
 140 während die Aussicht auf Hilfe in weiter Ferne bleibt. Was als vorübergehende
 141 Hürde gedacht sein mag, wird für viele zu einer zermürenden Dauersituation. Das
 142 bedeutet unnötige psychische Belastung und führt immer öfter zu riskanter
 143 Selbstmedikation und im schlimmsten Fall zum Suizid.

144 Geschlechtsangleichende Maßnahmen sind kein Luxus, sondern medizinisch notwendig
 145 und essentiell für die psychische Gesundheit von vielen TINA* Personen. Klare,
 146 faire und diskriminierungsfreie Regeln schützen Gesundheit und retten Leben.

147 **Schluss mit Gatekeeping und diskriminierenden** 148 **Gutachten! Wir fordern:**

- 149 • Kassenleistung für alle – inklusive Rechtssicherheit für nicht-binäre
 150 Personen: Geschlechtsangleichende Maßnahmen müssen vollständig von der
 151 gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Und zwar unabhängig
 152 davon, ob eine Person ein binäres oder nicht-binäres Transitionsziel
 153 verfolgt. Der Gesetzgeber muss klarstellen, dass dieser Anspruch
 154 ausdrücklich auch für nicht-binäre trans* Personen gilt. Das BSG-Urteil
 155 von 2023 darf nicht der letzte Stand sein.
- 156 • Informed-Consent-Modell als verbindlicher Standard: Ärztlich begleitete
 157 Behandlung nach dem Informed-Consent-Prinzip muss in allen
 158 Versorgungsbereichen verbindlich eingeführt werden. In einzelnen, zu
 159 begründenden Fällen darf maximal in ein externes Indikationsschreiben
 160 gefordert werden.
- 161 • Dezierte Therapieplätze für die Indikationsstellung: Therapieplätze, die
 162 ausschließlich für die begleitende Indikationsstellung vorgesehen sind,
 163 müssen geschaffen werden. Sie müssen getrennt zur allgemeinen
 164 psychotherapeutischen Versorgung, spezifisch ausgebildet und schnell
 165 verfügbar sein. Im Verfahren muss endlich ein Patient*innen-zentrierter

- 166 Ansatz angewendet werden, denn TINA* Personen kennen ihre Lebensrealität
167 am besten. Wir setzen dem Gatekeeping ein Ende!
- 168 • Abschaffung von Doppelattesten und Vorabgutachten: Die Pflicht zu
169 mehrfachen Begutachtung vor geschlechtsangleichenden Maßnahmen wird
170 abgeschafft. Beratung für eine informierte Entscheidung ist wichtig, aber
171 strukturelles Misstrauen gegenüber trans* Personen hat in medizinischen
172 Leitlinien nichts verloren.
- 173 • Ausbau kostenloser Beratungsangebote: Die Möglichkeit, sich zu
174 informieren, darf nicht vom Geldbeutel abhängen. Beratungsangebote müssen
175 ausgebaut, niedrigschwellig zugänglich und kostenlos sein.

Begründung

erfolgt mündlich