

E-PAPER

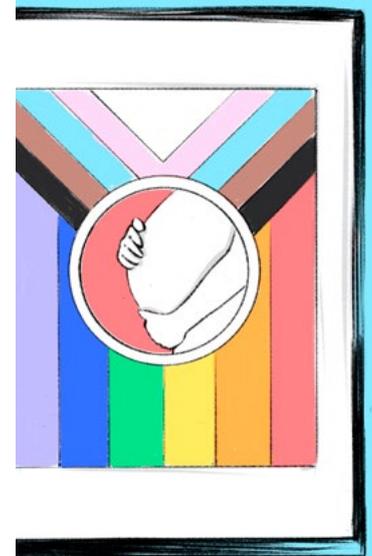
Policy Paper

Queer und schwanger

Diskriminierungserfahrungen und Verbesserungsbedarfe in der geburtshilflichen Versorgung

VON SKA SALDEN & DEM NETZWERK QUEERE
SCHWANGERSCHAFTEN

Eine Publikation der Heinrich-Böll-Stiftung, Februar 2022



Queer und schwanger

Von Ska Salden & dem Netzwerk Queere Schwangerschaften

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung	3
Glossar	4
Ausgangslage	6
Datenerhebung	8
Ergebnisse und Handlungsempfehlungen	9
Versorgungsqualität in der klinischen Geburtshilfe	9
Diskriminierungssensible Weiterbildung	11
Inklusive Informationen, Aufklärung und Repräsentation	14
Rechtliche Reformen	18
Fazit	22
Literatur	23
Die Autor*innen	24

Kurzfassung

Queere schwangere Menschen erfahren im Gesundheitssystem Diskriminierung. Institutionen der Gesundheitsversorgung sowie medizinisches Personal sind häufig nicht darauf vorbereitet, dass auch lesbische, bisexuelle, nicht-binäre, **trans*** und **intergeschlechtliche** Personen Kinder bekommen wollen, schwanger sind und gebären. Folglich kann den allgemeinen und spezifischen Bedarfen queerer Personen häufig nicht angemessen begegnet werden.

Um herauszufinden, welche Erfahrungen queere Personen im Bereich Schwangerschaft in der Gesundheitsversorgung machen und wie diese verbessert werden kann, wurde eine Online-Befragung mit 554 queeren und 873 **nicht-queeren** Personen zu unterschiedlichen Themen rund um Kinderwunschbehandlung, Schwangerschaft und Geburt durchgeführt.

Die Ergebnisse zeigen, dass queere Personen häufig Angst vor Diskriminierung haben und tatsächlich auch häufiger negative Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung machen. Außerdem haben sie es schwerer, an für sie relevante Informationen zu gelangen, und werden nicht zuletzt auch rechtlich diskriminiert, z. B. wenn sie bei der Finanzierung von assistierter Reproduktion gegenüber nicht-queeren Menschen benachteiligt werden oder sich spezifische juristische Schwierigkeiten, z.B. in Bezug auf rechtliche Elternschaft, ergeben.

Hier ist die Politik aufgefordert zu handeln. Diese Publikation gibt auf Grundlage der durchgeführten Studie Empfehlungen, wie eine angemessene Gesundheitsversorgung im Bereich Schwangerschaft und Geburt für alle – und damit auch für queere Menschen – erreicht werden kann. Begründet und differenziert ausgearbeitet werden folgende zentrale Forderungen:

- Versorgungsqualität in der klinischen Geburtshilfe verbessern;
- Medizinisches Personal zu diskriminierungssensiblen Handeln weiterbilden;
- Informationen, Aufklärung und Repräsentation zum Thema Schwangerschaft und Geburt inklusiv gestalten;
- Abstammungsrecht und Regelungen zur Finanzierung von assistierter Reproduktion reformieren.

Glossar

assistierte Reproduktion

Umfasst Methoden, die früher als «künstliche Befruchtung» bezeichnet wurden. Dazu gehören: die Intrauterine Insemination (IUI), bei der Spermien mithilfe eines Katheters und einer Spritze in den Uterus eingeführt werden; die In-Vitro-Fertilisation (IVF), bei der Eizellen entnommen und im Labor mit Spermien befruchtet und anschließend wieder eingesetzt werden; die Heiminspemination oder sog. «Bechermethode» ist ein nicht-medizinisches Verfahren, bei dem Spermien auf eine Spritze aufgezogen werden, die dann soweit wie möglich in die Vagina eingeführt wird. Sogenannte Eizellenspende und Leihmutter-schaft gehören ebenfalls zu den Methoden assistierter Reproduktion, sind aber in Deutschland verboten.

cis-geschlechtlich

Menschen, die sich ihrem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht zugehörig fühlen.

dyadisch

Das Wort bezeichnet Menschen, deren angeborene Geschlechtsmerkmale der medizinisch vorgesehenen zweigeschlechtlichen Norm entsprechen.

Fallpauschale

Die Fallpauschale ist Teil des Abrechnungssystems öffentlicher Gesundheitsversorgung und kalkuliert die Vergütung einer definierten Erkrankung und deren Behandlung (ohne die anfallenden Pflegepersonalkosten am Bett) in einer bestimmten Bandbreite der Verweildauer.

fertilitätsprotektive Maßnahmen

Maßnahmen, die es trans* Personen ermöglichen sollen, nach Beginn einer Hormonersatz-Therapie ihre Fortpflanzungsmöglichkeit zu bewahren. Dies betrifft vor allem die Kryokonservierung von Sperma oder Eizellen.

intergeschlechtlich

Menschen, deren angeborene Geschlechtsmerkmale von der medizinisch vorgesehenen zweigeschlechtlichen Norm abweichen.

nicht-queer

Diese Bezeichnung wird hier verwendet als Sammelbegriff für Menschen, die heterosexuell, cis-geschlechtlich und dyadisch sind.

queer

Diese Bezeichnung wird hier verwendet als Sammelbegriff für Menschen, die nicht-heterosexuell und/oder trans* und/oder nicht-binär und/oder intergeschlechtlich sind.

Stiefkindadoption

Menschen mit dem Personenstand «männlich», die in einer Ehe oder Partner*innenschaft mit einer gebärenden Person sind, werden in der Regel ohne weiteres als rechtliches Elternteil anerkannt und können sich bereits vor der Geburt als Vater eintragen lassen. Hingegen müssen alle anderen Menschen, also Personen mit den Personenständen «weiblich», «divers» und «kein Geschlechtseintrag», die in einer Ehe oder Partner*innenschaft mit einer gebärenden Person sind, das gemeinsame bzw. gemeinsam geplante Kind adoptieren. Dabei muss das Elternteil gegenüber Jugendamt und Familiengericht die Eignung als Eltern nachweisen, was von vielen Betroffenen als entwürdigend erlebt wird. Diese sogenannte Stiefkindadoption ist erst nach der Geburt möglich. Bis Bewilligung hat das Kind rechtlich nur ein Elternteil.

trans*

Oberbegriff für Menschen, deren gelebtes Geschlecht nicht dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht entspricht. Der Stern (*) dient als Platzhalter für unterschiedliche Selbstbezeichnungen wie transgender, transident oder transsexuell.

Ausgangslage

Eine Schwangerschaft und eine Geburt am eigenen Körper zu erleben ist für viele Menschen eine prägende Erfahrung. Dabei werden Erlebnisse rund um Schwangerschaft und Geburt zuweilen als Glücksmomente, gar als Wunder beschrieben – oder aber auch als schlimme, traumatische Erfahrung. Hierbei kann die Gesundheitsversorgung eine Rolle spielen, sind doch Schwangere in besonderem Maße auf das Gesundheitssystem angewiesen.

Schwangerschaft, Geburt und andere Aspekte der menschlichen Reproduktion sind in besonderem Maße durch Vorstellungen von Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität geprägt – so werden schwangere Personen in der Regel als heterosexuelle Frauen gesehen und angesprochen. Dies entspricht allerdings nicht der Lebensrealität aller schwangeren Menschen: So werden zum Beispiel auch trans* Männer, nicht-binäre Personen, intergeschlechtliche Personen, lesbische und bisexuelle Frauen schwanger und gebären Kinder. Wie steht es um die gesundheitliche Versorgung dieser Personen, wenn sie schwanger sind?

Der internationale Forschungsstand zeigt, dass queere Personen im Kontext von Schwangerschaft und Geburt häufig diskriminierende Erfahrungen machen und der Zugang zum Gesundheitssystem für queere Menschen erschwert ist (Burrow et al. 2018; Charter et al. 2018; Malmquist et al. 2019). Sie vermeiden teilweise notwendige medizinische Behandlungen aus Angst vor Diskriminierung, werden mit unangenehmen Kommentaren konfrontiert oder unter Druck gesetzt, sich bestimmten Behandlungen zu unterziehen. Zur Situation queerer Schwangerer in Deutschland gibt es allerdings bisher lediglich einige wenige qualitative und keine quantitativen Erhebungen. Adäquate und diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung rund um Schwangerschaft und Geburt braucht daher eine verbesserte Datenlage, um Bedarfe zu erkennen und politische Handlungsempfehlungen auszusprechen.

Um herauszufinden, welche Erfahrungen queere Personen mit der Gesundheitsversorgung im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, aber auch Beratung und Behandlung im Kinderwunschzentrum, Schwangerschaftskonfliktberatung und Schwangerschaftsabbruch sowie Fehl- und Totgeburt machen, führten wir eine quantitative Online-Befragung durch.

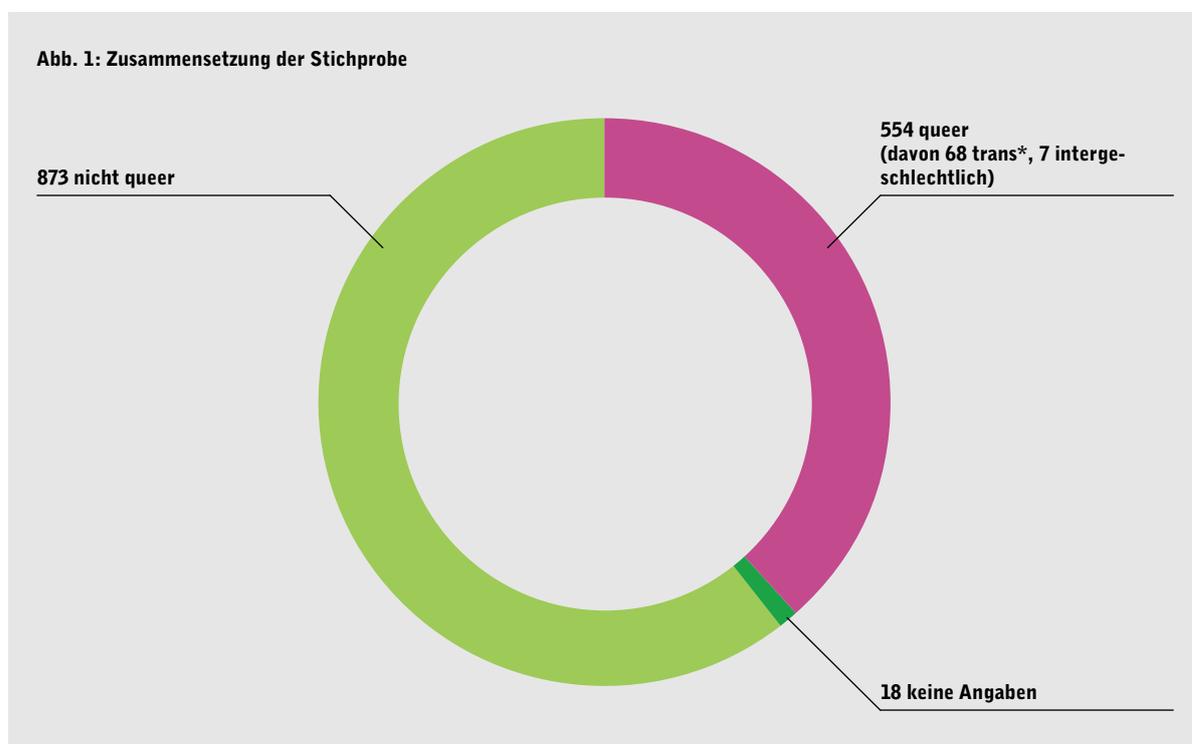
Basierend auf diesen Ergebnissen haben wir Handlungsempfehlungen für politische Entscheidungsträger*innen abgeleitet, die sich im Folgenden auf die Bereiche Versorgungsqualität in der klinischen Geburtshilfe, Sensibilisierung von medizinischem Personal, Repräsentation von und Informationen für queere Schwangere und Eltern sowie auf rechtliche Aspekte beziehen. Vertreter*innen verschiedener Organisationen – nämlich Cocoon – Queerfeministisches Hebammen*kollektiv (<https://www.cocoon-hebammenkollektiv.de>), Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern e.V.

(http://www.behinderte-eltern.de/Papoo_CMS/?menuid=1&getlang=de) und Inter-
geschlechtliche Menschen e.V. (<https://im-ev.de>) –, die mit Geschlechterdiversität, Dis-
kriminierung und/oder Geburtshilfe befasst sind, wirkten bei der Erstellung des
Fragebogens und der Entwicklung der Handlungsempfehlungen mit.

Datenerhebung

Die empirischen Daten, die diesem Papier zugrunde liegen, wurden im Zeitraum vom 23. August bis 3. Oktober 2021 in einer Online-Befragung erhoben. Diese richtete sich sowohl an queere als auch an nicht-queere Personen, die zwischen 2016 und 2021 schwanger waren oder werden wollten. Die Teilnehmenden beantworteten Fragen zu ihren Erfahrungen mit der Gesundheitsversorgung in Geburtskliniken, gynäkologischen Praxen und Geburtshäusern, mit Beratungen und Behandlungen im Kinderwunschzentrum sowie mit der außerklinischen Betreuung durch Hebammen.

Insgesamt beteiligten sich 1.445 Personen an der Befragung (siehe Abbildung 1). Die Daten der queeren Teilnehmer*innen wurden verglichen mit den Daten der nicht-queeren Teilnehmer*innen (Kontrollgruppe).



Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

Versorgungsqualität in der klinischen Geburtshilfe

«Meine ersten beiden Kinder wurden [...] im Krankenhaus geboren, die Art, wie dort mit mir umgegangen wurde, hat mich abgeschreckt, so dass ich [beim dritten Kind] lieber zuhause gebären wollte – und würde es so immer wieder machen.»

Anonyme*r Studienteilnehmer*in

«Ich würde queeren Eltern raten, ihr Kind im Geburtshaus oder Zuhause zu bekommen [...]. Im Krankenhaus gibt es nur Mann und Frau, da muss man sich entweder als Mann oder Frau vorstellen, wenn man nicht diskriminiert werden möchte. Für die anderen Geschlechter sind Krankenhäuser nicht offen.»

Anonyme*r Studienteilnehmer*in

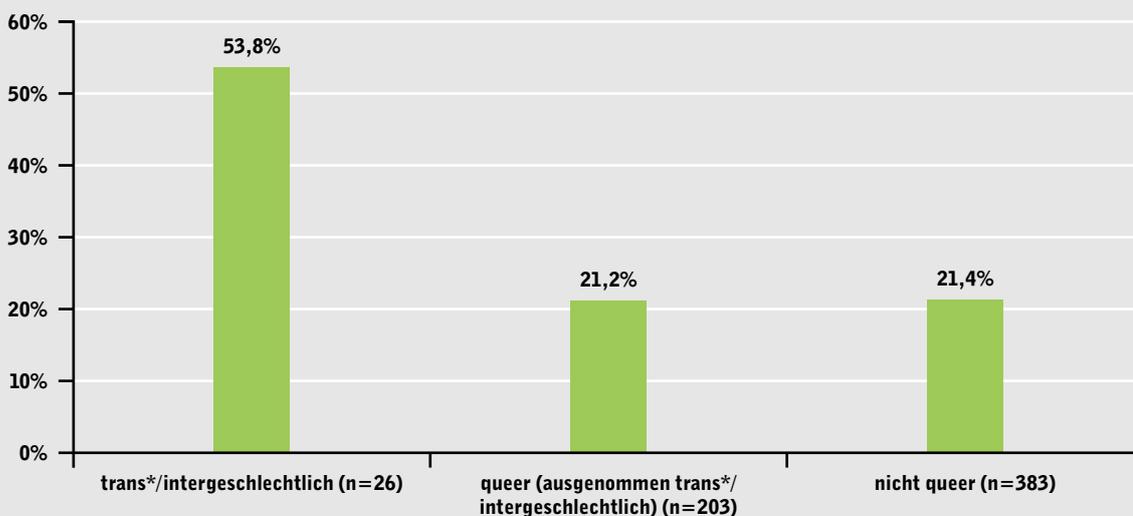
Von denjenigen, die ihr Kind in einer Klinik geboren hatten, berichtete jede fünfte **cis-geschlechtliche Person** (21,4%), dabei **Gewalt bzw. Diskriminierung** erfahren zu haben – unabhängig von der sexuellen Orientierung (siehe Abbildung 2). Von den trans* bzw. intergeschlechtlichen Personen berichtete sogar über die Hälfte (53,8%) von solchen Erfahrungen. Weitere 16% aller Befragten waren unsicher, ob sie Diskriminierungs- bzw. Gewalterfahrungen gemacht hatten. Über die Hälfte der Befragten (56%) wusste nicht, ob im Krankenhaus **entsprechende Beschwerdestellen** zur Verfügung standen; weitere 13% gingen davon aus, dass es in dem Krankenhaus keine Beschwerdestelle gab.

Deutlich seltener wurde von Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen bei Hausgeburten (4%) und bei Geburten im Geburtshaus (3%) berichtet.

Durch ökonomisch bedingten **Zeitdruck und Personalmangel** in der klinischen Geburtshilfe wird die individuelle Betreuung von Klient*innen stark begrenzt. **Hohe Versicherungspauschalen**, die die außerklinische Geburtshilfe beeinträchtigen tragen zu diesem Druck im klinischen Bereich und damit zu einer Kultur der defensiven Behandlung bei. So lassen sich die hohe Anzahl geburtshilflicher Interventionen wie vaginal-operative Geburten, Dammschnitte und Geburten per Kaiserschnitt im Zusammenhang mit dem Mangel an Zeit und Personal, der pro Klient*in im klinischen Bereich zur Verfügung steht, deuten.

Abb. 2: Gewalt- bzw. Diskriminierungserfahrungen bei der Klinikgeburt

Anteil derjenigen, die bei der Geburt im Krankenhaus diskriminierende und/oder gewaltvolle Erfahrungen gemacht haben



Eine individuelle Betreuung, die auf Bedürfnisse, Wünsche und Ängste der werdenden Eltern Bezug nimmt, kann so kaum gewährleistet werden (Ameli et al. 2020). So besteht unter diesen Bedingungen die Gefahr, **keine angemessene Versorgung und Begleitung** zu erhalten, was sowohl queere wie auch nicht-queere Menschen und in verstärktem Maße Personen betrifft, die auf unterschiedliche Weise gesellschaftliche Diskriminierung erfahren und/oder besondere Bedarfe (wie z. B. Dolmetschen) haben. Dies wird seit Jahren von Betroffenen von Gewalt in der Geburtshilfe sowie Berufsverbänden und Wissenschaftler*innen kritisiert.

Empfehlungen für die klinische Geburtshilfe:

- ➔ Geburtshilfe aus dem **Fallpauschalen-System** ausgliedern und eine bedarfsgerechte Vergütung einführen, die die hohen Vorhaltekosten und den Zeitaufwand für eine individuelle Betreuung abbildet.
- ➔ Die in den relevanten Leitlinien^[1] empfohlene 1:1-Betreuung aller Menschen unter der Geburt durch die vollständige Finanzierung der notwendigen Personalkosten als zweckgebundene Mittel gewährleisten.
- ➔ Eine flächendeckend ausreichende Versorgung sowohl im ambulanten Bereich (Vorsorge, außerklinische Geburtshilfe, Wochenbettbetreuung) als auch bezüglich der

1 S3 Leitlinie, AWMF (2021): Die vaginale Geburt am Termin (<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-083.html>). S1 Leitlinie, AWMF (2021): Empfehlungen für die strukturellen Voraussetzungen der perinatalogischen Versorgung in Deutschland (<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/087-001.html>).

Geburtskliniken durch Förderung von Angeboten in unterversorgten Gebieten sicherstellen. Weitere Schließungen kleiner ländlicher Geburtskliniken verhindern.

- Partizipative Entscheidungsfindung als Leitbild für die Geburtshilfe stärken.
- Möglichkeiten einer solidarischen, gesamtgesellschaftlichen und marktunabhängigen Absicherung von Geburtsschäden prüfen.
- Das im Patientenrechtegesetz 2013 festgesetzte «patientenorientierte Beschwerdemanagement» konsequent umsetzen. Zusätzlich eine über krankenhauserne Strukturen hinausgehende unabhängige Beschwerdestelle installieren, bei der Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem erfasst und ausgewertet werden.
- Niedrigschwellige, diskriminierungssensible Beratungsangebote für Menschen, die traumatische und gewaltvolle und/oder diskriminierende Erfahrungen im Kontext von Geburt und Schwangerschaft (inklusive Fehl- und Totgeburt), sowie Schwangerschaftsabbruch gemacht haben, auf- und ausbauen.

Diskriminierungssensible Weiterbildung

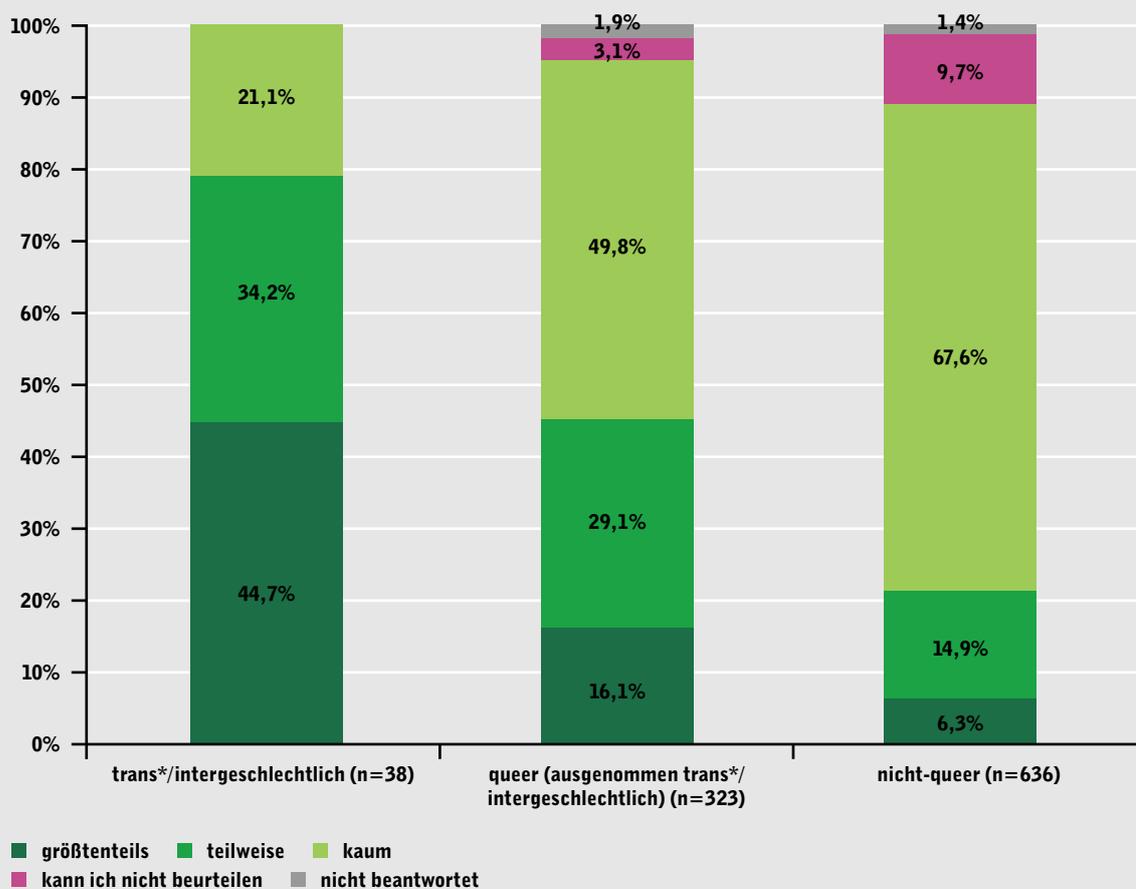
*«Zusammen mit der großen Sorge, dass mein*e nicht-binäre*r trans* Partner*in zu viel Diskriminierung ausgesetzt wäre, wenn wir als Paar ein Kind bekommen, [...] hat diese negative Erfahrung [mit der Gynäkologin] dann dazu geführt, dass ich den [Kinder-]Wunsch einfach ad acta gelegt hab.»*

Anonyme*r Studienteilnehmer*in

Ein zentrales Ergebnis unserer Befragung ist, dass queere Personen (und insbesondere trans* und intergeschlechtliche Personen) signifikant öfter als nicht-queere Personen **Angst vor Diskriminierung** haben, bevor sie beispielsweise in eine Ärzt*innenpraxis, in ein Kinderwunschzentrum oder zu einem Treffen mit einer Hebamme gehen: Vor Terminen mit Ärzt*innen hatte knapp die Hälfte (44,7%) der trans* bzw. intergeschlechtlichen Personen «größtenteils» Angst vor Diskriminierung; bei den dyadischen, cis-geschlechtlichen queeren Personen traf dies auf jede sechste Person zu (16,1%) (siehe Abbildung 3). Bei den nicht-queeren Personen hingegen hatte «nur» eine von sechzehn Personen (6,3%) bei solchen Terminen «größtenteils» Angst vor Diskriminierung.

Abb. 3: Angst vor Diskriminierung durch Ärzt*innen

Ausmaß, in dem die Befragten Angst vor Diskriminierung vor Kontakt mit Ärzt*innen während der Schwangerschaft hatten

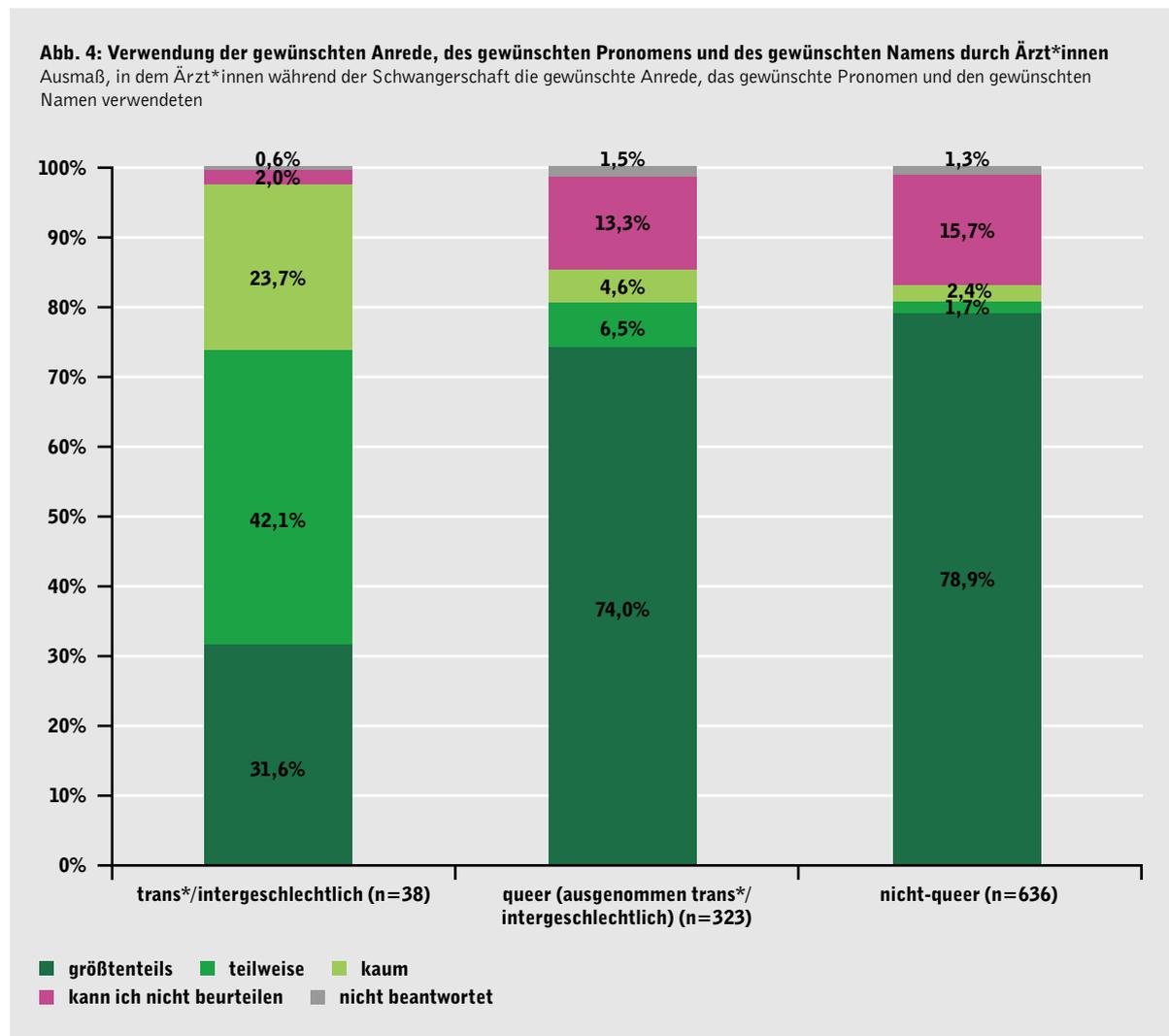


Viele queere Menschen machen die Erfahrung, dass medizinisches Personal **automatisch davon ausgeht**, dass eine schwangere Person **heterosexuell, cis-geschlechtlich und dyadisch** sei. So machte etwa die Hälfte der Befragten (51%) – unabhängig von der sexuellen Orientierung – die Erfahrung, dass Ärzt*innen, mit denen sie während der Schwangerschaft zu tun hatten, automatisch davon ausgegangen waren, dass sie heterosexuell waren. Während dies auf heterosexuelle Personen ja tatsächlich zutrifft, stimmt das für die Mehrheit der queeren Personen nicht. Diesen wird das Gefühl vermittelt, dass ihre Lebensweise besonders und in der Gesundheitsversorgung nicht vorgesehen ist.

Bei trans* und intergeschlechtlichen Personen werden die **gewünschte Anrede** und das gewählte Pronomen selten respektiert. So wurde bei cis-geschlechtlichen dyadischen Personen – unabhängig von der sexuellen Orientierung – bei etwa drei Vierteln der Befragten Name, Anrede und Pronomen der befragten Personen und ggf. Begleitperson(en) größtenteils richtig verwendet von den Ärzt*innen, mit denen die Befragten während der Schwangerschaft zu tun hatten (siehe Abbildung 4). Bei trans* bzw. intergeschlechtlichen Personen traf dies nur auf rund 32% zu (bei den Hebammen allerdings immerhin auf 41%).

Solche Erfahrungen können Stress, zusätzliche Belastungen und Angst hervorrufen und führen dazu, dass queere Personen den Kontakt mit dem Gesundheitssystem meiden.

In medizinischen Ausbildungen kommen queere Themen (wenn überhaupt) nur sehr marginalisiert vor, und es werden stark vergeschlechtlichte Bilder und Annahmen über Schwangerschaften und Geburten vermittelt. Dies führt dazu, dass Ärzt*innen, Hebammen und Krankenpfleger*innen, die sich nicht explizit mit queeren Themen befassen, häufig sowohl inhaltliches Wissen über als auch Verständnis für die Lebenssituation queerer Menschen fehlen und sie viele Berührungspunkte in Bezug auf queere Klient*innen haben (Voß 2021). Darunter leidet die Qualität der geburtshilflichen Versorgung queerer Menschen.



Empfehlungen zur Aus- und Weiterbildung von medizinischem Personal:

- ➔ (Sexuelle und geschlechtliche) Diversität als Querschnittsthema in Medizinstudium, Hebammenausbildung/-studium und Pflegeausbildung/-studium verpflichtend integrieren und die Entwicklung einer diskriminierungssensiblen Haltung fördern.

- ➔ Verpflichtende Fort- und Weiterbildungsangebote für geburtshilfliches Personal (klinisch und außerklinisch) zu sexueller und geschlechtlicher Diversität sowie zu diskriminierungssensiblen Arbeiten entwickeln und implementieren.
- ➔ Forschungsvorhaben zu geburtshilflichen Themen, die insbesondere für queere Menschen relevant sind, fördern, z.B. zu Schwangerschaft/Stillen und Testosteronsubstitution oder Co-Stillen.

Inklusive Informationen, Aufklärung und Repräsentation

*«Ich fand es erstaunlich, dass es in allen Gesprächen mit Gynäkolog*innen, Hebammen und Internetauftritten von solchen und denen von Kliniken immer nur um <den Mann> oder <den Partner> ging. Ebenso in allen Büchern, die ich zu Schwangerschaft sah. Es schien mir, als würde die Option einer Partnerin* oder mehrerer Partner*innen nicht ansatzweise mitgedacht.»*

Anonyme*r Studienteilnehmer*in

Die Befragungsergebnisse zeigen: Menschen, die schwanger sind oder werden wollen, haben einen **großen Informationsbedarf**, insbesondere zu den Themen «Hebammen finden», «Elternzeit/Elterngeld beantragen» und «Geburt im Krankenhaus». Im Schnitt gaben die Befragten an, **eher viel Aufwand** betreiben zu müssen, um die Informationen zu finden, die für sie wichtig waren (siehe Abbildung 5). Queere Personen mussten bei der Informationssuche signifikant mehr Aufwand betreiben als nicht-queere Menschen. Für trans* Personen war der Aufwand noch einmal höher, und intergeschlechtliche Personen gaben im Schnitt den höchsten Aufwand an.

Im Schnitt waren die Befragten «teils, teils» zufrieden (Mittelwert (M)=0,0 auf einer Skala von -2 bis +2) mit den Informationen, die sie von Ärzt*innen erhalten hatten, und «eher zufrieden» (M=0,8) mit den Informationen, die sie von Hebammen erhalten hatten. Trans* und intergeschlechtliche Personen waren dabei mit den Informationen von Ärzt*innen signifikant weniger zufrieden als cis-geschlechtliche, dyadische Personen, nämlich «eher unzufrieden» (M=-0,6) (siehe Abbildung 6).

Abb. 5: Aufwand für Informationssuche

Aufwand, den Personen, die schwanger werden wollten oder waren, betreiben mussten, um für sie relevante Informationen zu erhalten

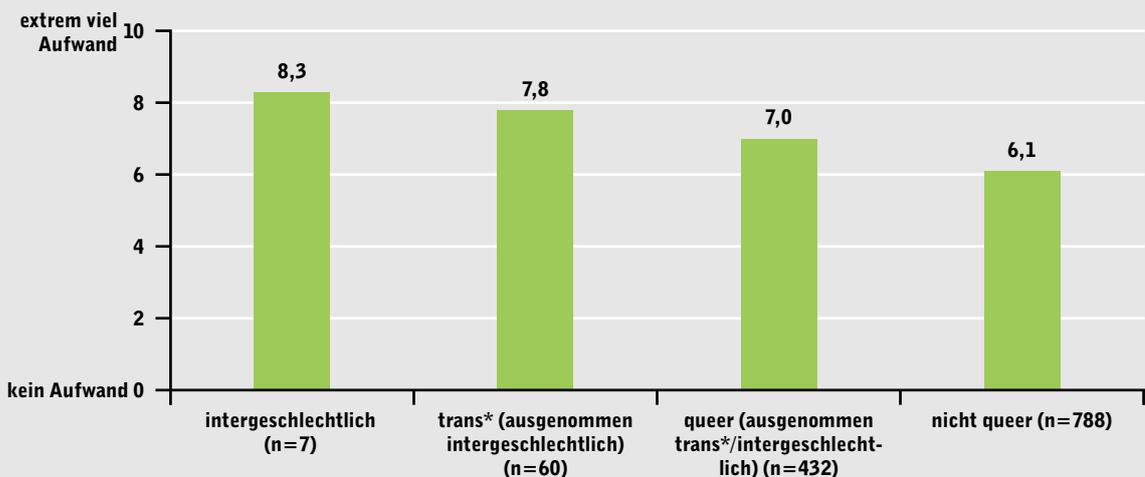
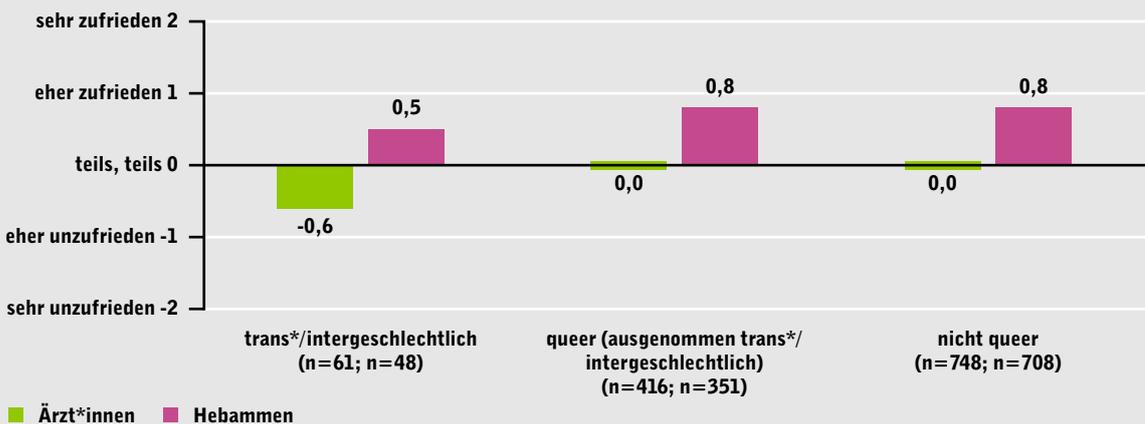


Abb. 6: Zufriedenheit mit Informationen

Zufriedenheit mit Informationen von Ärzt*innen und Hebammen zu relevanten Themen

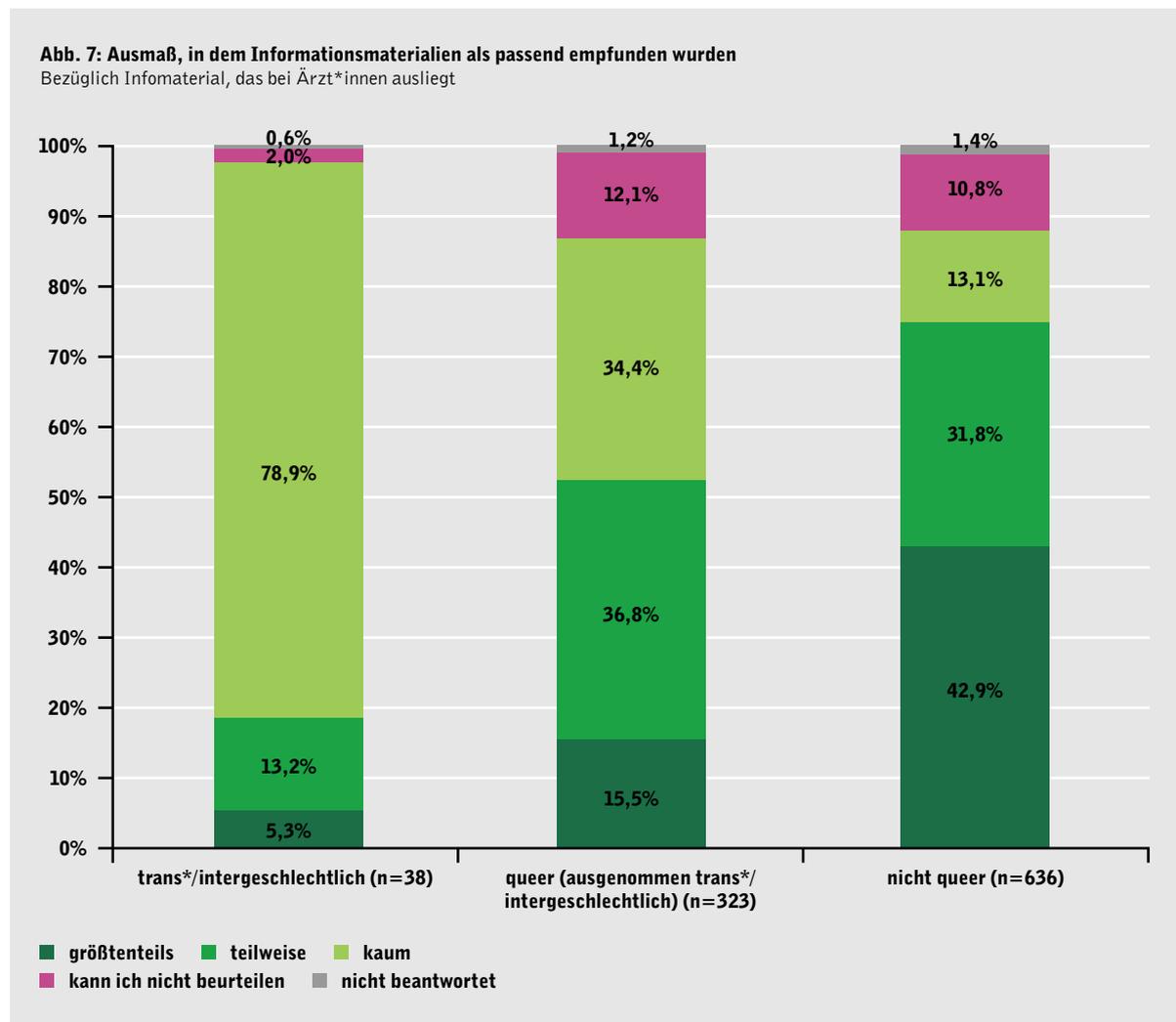


Unterschiede zwischen queeren und nicht-queeren Personen zeigen sich insbesondere in Bezug auf das Thema **Vernetzung** mit anderen Personen, die in derselben Situation sind – hier waren queere Personen signifikant unzufriedener. Trans* Personen waren außerdem signifikant weniger zufrieden mit **Informationen zu assistierter Reproduktion**, zum Finden **geeigneter Gynäkolog*innen** und zu **rechtlicher Anerkennung der Elternschaft**.

Weitere Hinweise auf **fehlende Informationen** zu Schwangerschaft und Geburt für queere Personen bzw. **fehlende Repräsentation** in Informationsmaterialien liefert die Tatsache, dass zwar drei Viertel (74,7%) der nicht-queeren, aber nur die Hälfte (52,3%) der queeren cis-geschlechtlichen, dyadischen Personen fand, dass bei Ärzt*innen **ausliegendes Material** (z.B. Broschüren) zumindest teilweise zu ihnen passte (siehe Abbildung 7). Bei den trans* bzw. intergeschlechtlichen Personen traf dies sogar nur auf jede fünfte Person zu (18,5%).

Ähnliche Unterschiede zeigten sich auch in Bezug darauf, inwiefern Anamnesebögen zu den Befragten passten.

Fehlende Thematisierung und Repräsentation führen dazu, dass queeren Personen grundlegende medizinische und rechtliche Informationen fehlen. Um eine adäquate, diskriminierungssensible Versorgung sicherzustellen, ist es notwendig, dass queere Menschen bei Aufklärung und Informationen zu reproduktiver Gesundheit repräsentiert und für sie besonders relevante Informationen zur Verfügung gestellt werden.



Empfehlungen für inklusive Information, Aufklärung und Repräsentation:

- ➔ Eine Arbeitsgruppe mit hinreichender Vertretung von queeren Interessenverbänden einrichten, die bestehende Informationsmaterialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des Bundesministeriums für Gesundheit (z.B. im nationalen Gesundheitsportal) zu Schwanger- und Elternschaft in Hinblick auf die Repräsentation und Information von queeren Personen prüft und überarbeitet.

- ➔ Eine Aufklärungskampagne zu queerer Reproduktion bei der BZgA ansiedeln, die insbesondere für queere Personen relevante Informationen zu Schwangerschaft bereitstellt, z.B. zu assistierter Reproduktion und rechtlichen Regelungen.
- ➔ Landes- und bundesweite Förderprogramme zur Erstellung von Informationsmaterialien und Kampagnen zur Aufklärung und Vernetzung von queeren Schwangeren initiieren.

Mehrfachdiskriminierung in der Gesundheitsversorgung

Der Abbau von Diskriminierungsmechanismen und Zugangsbarrieren im Gesundheitssystem ist essentiell für eine gute Gesundheitsversorgung für alle Menschen. Insbesondere (queere) Personen, die behindert werden, Rassismus erfahren und Personen, die einen ungesicherten Aufenthaltsstatus nach dem AsylbLG haben, erfahren häufig Diskriminierung und haben deutlich erschwerten Zugang zu adäquater Gesundheitsversorgung.

So sind beispielsweise viele Praxen nicht zugänglich für Menschen mit Beeinträchtigungen, etwa aufgrund der Räumlichkeiten oder der inadäquaten Bereitstellung von Informationen für körper- und sehbehinderte Menschen sowie für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Auch Menschen, die nicht fließend die deutsche Sprache sprechen und verstehen, werden häufig schlechter versorgt. Darüber hinaus gibt es ein erhebliches Versorgungsdefizit für Schwangere ohne Papiere – diese Menschen haben zwar Anspruch auf geburtshilfliche Behandlung und Vorsorge, nehmen diese jedoch aus Angst vor Abschiebung häufig nicht oder nur in geringem Umfang in Anspruch. Bei manchen Menschen kommen gleich mehrere Formen der Benachteiligung zum Tragen und wirken zusammen. Eine schwangere Person kann zum Beispiel trans* und sehbehindert sein und wenig Deutsch sprechen. Die adäquate Gesundheitsversorgung dieser Person wird durch multiple Barrieren erschwert, und sie läuft eher Gefahr, Diskriminierungs- oder Gewalterfahrungen zu machen. Empfehlungen:

- Veränderungen zur Verbesserung der Versorgung von Schwangerschaften grundsätzlich intersektional und damit auf die Bedarfe mehrfachdiskriminierter Personen ausgerichtet gestalten.
- Den Abbau von räumlichen, sprachlichen und weiteren Barrieren zu gynäkologischen Praxen, Kliniken und Kinderwunschzentren sowie bei Informationsmaterialien umfassend vorantreiben und finanzieren.
- Die Kostenübernahme für Sprachmittlung durch die Krankenkassen sicherstellen.
- Die in § 87 Abs. 2 AufenthG vorgeschriebene Übermittlungspflicht abschaffen und die Behandlung von Menschen ohne Aufenthaltsstatus gesamtgesellschaftlich solidarisch finanzieren.

Rechtliche Reformen

«Was am meisten wiegt: wissen, dass man trotz Ehe anders behandelt wird. Dass andere nicht ihr eigenes Kind adoptieren müssen, dass andere Befruchtungen bezahlt kriegen. Dass andere nicht zwölf Mal mit der Krankenkasse telefonieren, bevor sie korrekt versichert sind.»

Anonyme*r Studienteilnehmer*in

Rechtliche Regelungen haben einen Einfluss auf den Zugang zu medizinischer Versorgung. Außerdem können Hürden, die unter anderem in rechtlichen Regelungen ihren Ursprung haben, zu vermehrtem Stress und Belastung führen – und das in der Situation von Schwangerschaft, in der das psychische Wohlbefinden besonders wichtig ist.

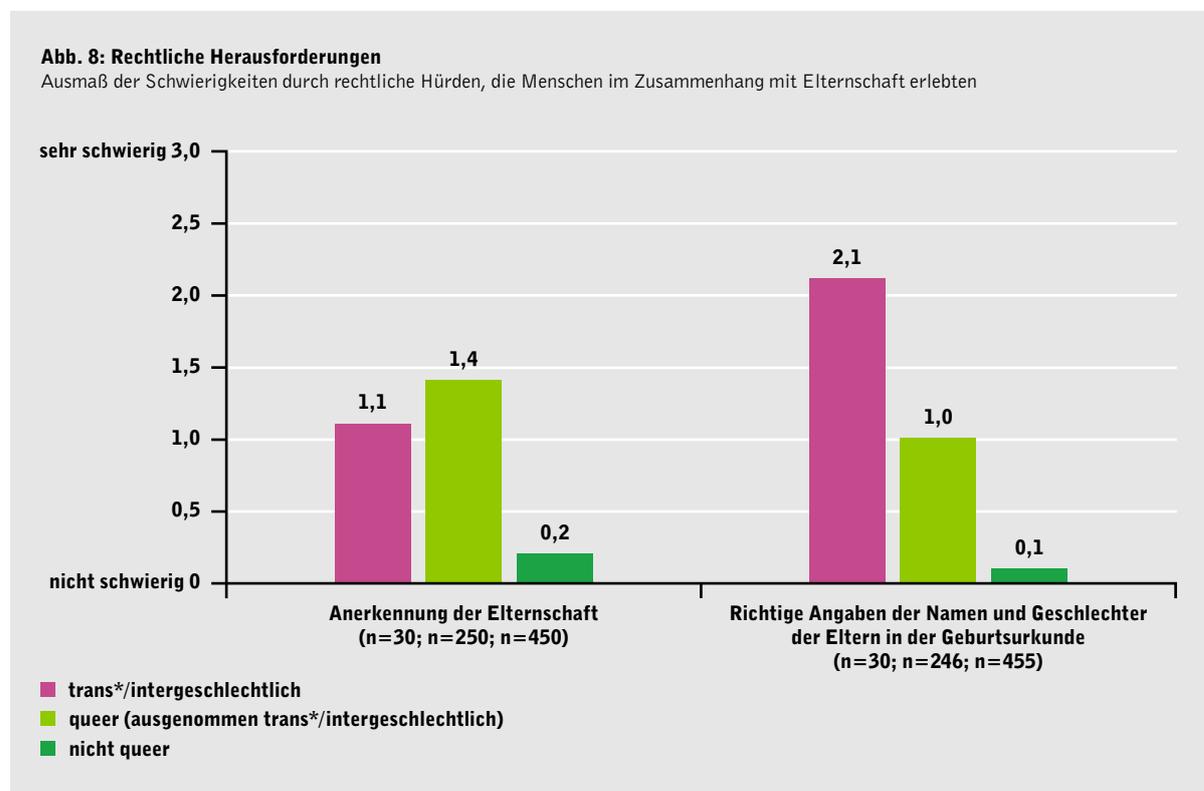
Abstammungsrecht

Die Befragung zeigte, dass die **Anerkennung der rechtlichen Elternschaft** für queere Personen signifikant schwieriger ist als für nicht-queere Personen (siehe Abbildung 8). Dabei wurde von den queeren Befragten mitunter deutlich gemacht, dass insbesondere die sog. **Stiefkindadoption** als belastend und diskriminierend wahrgenommen wurde und dies auch praktische rechtliche Konsequenzen hatte. Auch vor allem für **Konstellationen mit mehr als zwei Eltern** war die rechtliche Anerkennung der Eltern deutlich erschwert ($M = 1,57$ auf einer Skala von 0 bis 3) im Vergleich zu anderen Elternschaftskonstellationen ($M = 0,62$). Dass Name und Geschlecht der Eltern richtig in die **Geburtsurkunde des Kindes** eingetragen werden, war in der Befragung insbesondere für trans* und intergeschlechtliche Personen schwierig (siehe Abbildung 8).

Empfehlungen zu rechtlichen Reformen:

- Den Zwang zur Stiefkindadoption von in queere Partner*innenschaften geborenen Kindern abschaffen und die automatische Anerkennung der Elternschaft auch gewährleisten, wenn entweder beide Personen einen weiblichen oder mindestens ein Elternteil den Geschlechtseintrag «divers» (oder einem anderen nicht-binärem Geschlechtseintrag) oder keinen Geschlechtseintrag hat.
- Die gleichberechtigte rechtliche Elternschaft für mehr als zwei Erwachsene ermöglichen.

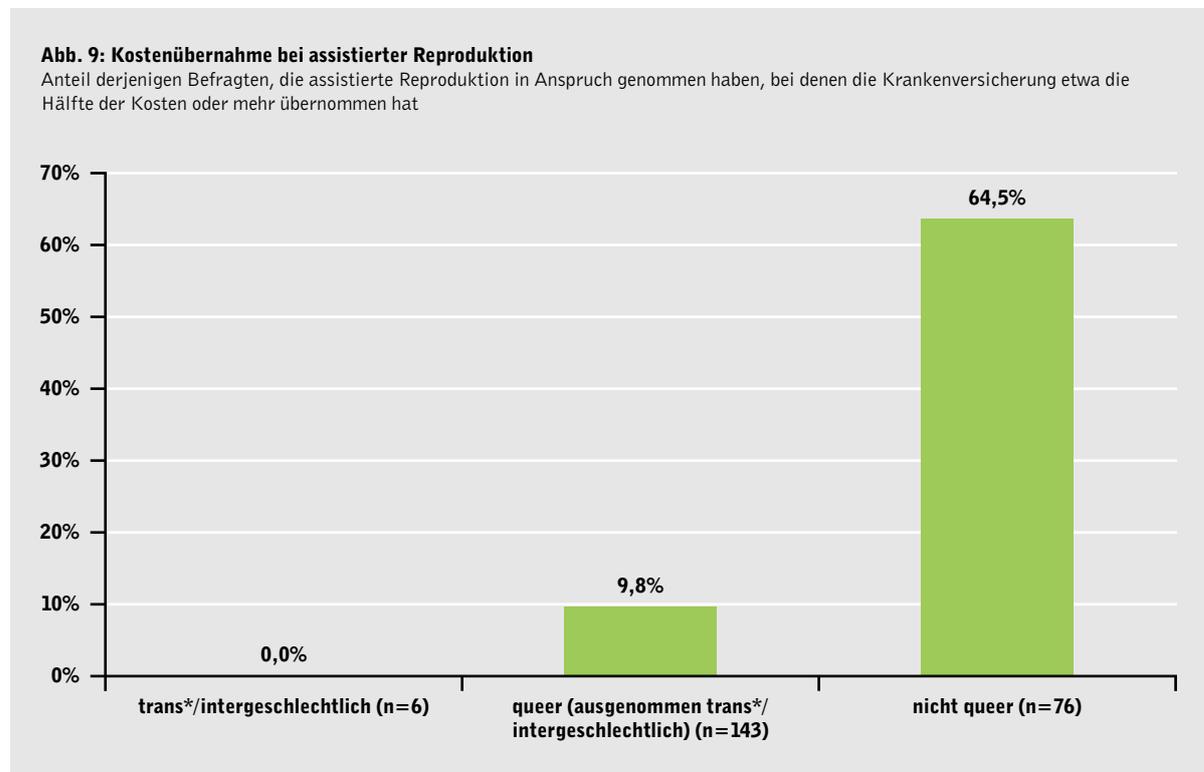
- ➔ Regelungen für eine Elternschaftsvereinbarung vor der Zeugung ermöglichen, in der die Beteiligten ihr Verhältnis zueinander und zu dem Kind rechtlich verbindlich gestalten können.
- ➔ Das Transsexuellengesetz abschaffen und durch ein Selbstbestimmungsgesetz ersetzen, in dem festgehalten ist, dass in die Geburtsurkunde von Kindern, deren Eltern ihren Personenstand nach § 45b Personenstandsgesetz oder nach Transsexuellengesetz geändert haben, der geänderte Name und Geschlechtseintrag der Eltern eingetragen werden.
- ➔ Den Begriff «Elternteil» als zusätzliche rechtliche Bezeichnung für Elternschaft einführen, die nicht vergeschlechtlicht ist. Diese Bezeichnung darf nicht grundsätzlich verpflichtend für Personen mit dem Geschlechtseintrag «divers» (oder einem anderen nicht-binären Geschlechtseintrag) oder keinem Geschlechtseintrag sein.



Finanzierung von assistierter Reproduktion

Bei mehr als zwei Dritteln (64,5%) der nicht-queeren Befragten, die assistierte Reproduktion in Anspruch genommen hatten, wurde mindestens die Hälfte der Kosten durch die Krankenversicherung übernommen (siehe Abbildung 9). Bei queeren Personen hingegen war dies nur für 9,8% der Befragten der Fall, und bei den wenigen befragten trans* Personen, die assistierte Reproduktion in Anspruch genommen hatten, sogar für gar keine

Person. **Kosten für assistierte Reproduktion** werden in den meisten Bundesländern bisher ausschließlich für verheiratete heterosexuelle Paare von den Krankenkassen bzw. staatlichen Förderprogrammen übernommen. **Fertilitätsprotektive Maßnahmen** für trans* Personen werden nicht von der Krankenkasse erstattet.



Empfehlungen zur Finanzierung von assistierter Reproduktion:

- ➔ Die Kostenübernahme von assistierter Reproduktion diskriminierungsfrei gestalten und für queere Personen im gleichen Maße gewährleisten wie für nicht-queere Personen.
- ➔ Staatliche Forschungsprojekte zu fertilitätsprotektiven Maßnahmen bei medizinischer Transition finanzieren und die Kostenübernahme durch alle Krankenkassen für Beratung zu und Durchführung von fertilitätsprotektiven Maßnahmen bei medizinischer Transition gesetzlich verankern.

Intergeschlechtlichkeit und Reproduktion: Zum Verbot nicht notwendiger Operationen an intergeschlechtlichen Kindern

«Ich hätte gerne ein oder mehrere Kinder in die Welt gesetzt, egal auf welche Weise. Leider wurden mir in frühester Kindheit sämtliche Möglichkeiten dazu entfernt oder verstümmelt, was mich bis heute belastet. Ich finde es sehr traurig, dass sich diese Praxis an zwischengeschlechtlichen Menschen nicht wirklich zum positiven ändert [...]»

Anonyme*r Studienteilnehmer*in

Unsere Studienergebnisse zeigen, dass insbesondere intergeschlechtliche und nicht-binär lebende Menschen Diskriminierung im Gesundheitssystem erfahren. Dies geschieht nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Annahme, dass intergeschlechtliche Menschen nicht reproduktionsfähig seien. Tatsächlich ist dies jedoch nicht per se für intergeschlechtliche Menschen der Fall, vielmehr haben viele die Fähigkeit, sich fortzupflanzen aufgrund von medizinischen normierenden Eingriffen verloren. So war es lange Praxis, nicht notwendige medizinische Operationen an intergeschlechtlichen Kindern durchzuführen, um sie an medizinische Normen von Weiblich- oder Männlichkeit anzupassen. Bei diesen Operationen wurde den betroffenen Personen häufig die Fähigkeit zur Reproduktion genommen. Im Mai 2021 wurde das Gesetz zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung (§1631e BGB-E) verabschiedet, das solche Operationen verbietet. Allerdings weist das bestehende Gesetz Lücken auf und muss überarbeitet werden. Der derzeitige Anwendungsrahmen des Gesetzes beschränkt sich auf Kinder mit einer diagnostizierten «Variante der Geschlechtsentwicklung». Wenn Kindern diese Diagnose nicht gestellt wird, fallen sie nicht unter den Schutzrahmen des Gesetzes. Es ist in diesem Falle möglich, dass sie weiterhin geschlechtsverändernd an den Genitalien operiert werden.

Empfehlungen:

- Umgehungsmöglichkeiten im Gesetz zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung (§1631e BGB-E) beseitigen und alle nicht-einwilligungsfähigen Kinder vor geschlechtsverändernden Eingriffen schützen.
- Ein zentrales Melderegister für alle genitalverändernden Operationen an Kindern einführen, damit das Gesetz wie vorgesehen evaluiert werden kann.
- Strafrechtlich relevante Verstöße gegen §1631e BGB-E in den Katalog der in Deutschland verfolgbaren Auslandsstraftaten nach §5 StGB aufnehmen.

Fazit

Queere Schwangere werden im Kontext «Schwangerschaft und Geburt» diskriminiert. Dies zeigt die von uns durchgeführte Studie, die im deutschsprachigen Raum die erste quantitative Studie zur gesundheitlichen Versorgung von queeren Schwangeren darstellt. Vor allem trans* und inter Personen erfahren mehr Gewalt beziehungsweise Diskriminierung während Schwangerschaft und Geburt im Krankenhaus. Queere Schwangere müssen einen größeren Aufwand betreiben, um eine gute Schwangerschaftsbegleitung zu bekommen. Die Ergebnisse der Studie weisen zudem auf grundsätzliche strukturelle Probleme der Geburtshilfe hin, die alle schwangeren Menschen und Gebärende betreffen. Es braucht daher dringend eine Reform der Geburtshilfe, um Versorgungsengpässe und Personalmangel anzugehen. Um queeren Personen den Weg zur Elternschaft zu ermöglichen, müssen sie in der Reproduktionsmedizin und der Geburtshilfe mitgedacht sowie die rechtliche Anerkennung von queeren Eltern realisiert werden. Das vorliegende Policy Paper präsentiert dabei lediglich erste Ergebnisse der Umfrage zur medizinischen Versorgung queerer Schwangerer. Themen, die in dieser Umfrage und aufgrund der Methodik nur unzureichend behandelt wurden (Mehrfachdiskriminierung, Fehl- und Totgeburten, Intergeschlechtlichkeit und Reproduktion), erfordern zusätzliche Forschungsprojekte. Die Datenlage ist schlecht und muss durch Forschungsförderung verbessert werden. Nur so können alle Bedarfe erkannt und angegangen werden. Politische Entscheidungsträger*innen im gesundheits-, familien- und rechtspolitischen Feld sind aufgefordert die hier dargelegten Handlungsempfehlungen in ihre Arbeit aufzunehmen. Diese Transformationsprozesse müssen stets unter Beteiligung der Selbstvertretungen und mithilfe der Expertise betroffener Communities angegangen werden. Nur so können eine zeitgemäße, lernende und gleichberechtigte Gesundheitsversorgung und die reproduktive Selbstbestimmung für alle Menschen sichergestellt werden.

Literatur

- Ameli, K.; Valdor, L. L. (2020): Geburt im Spannungsfeld von Interaktion, Professionalität und Gewalterfahrungen. *GENDER - Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 12(3), S. 141-156, <https://doi.org/10.3224/gender.v12i3.10>
- Burrow, S.; Goldberg, L.; Searle, J.; Aston, M. (2018): Vulnerability, Harm, and Com-promised Ethics Revealed by the Experiences of Queer Birthing Women in Rural Health-care. *Journal of Bioethical Inquiry*, 15(4), S. 511–524.
- Charter, R.; Ussher, J. M.; Perz, J.; Robinson, K. (2018): The transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. *International Journal of Transgenderism*, 19(1), S. 64–77.
- European Union Agency for Fundamental Rights (2020): A long way to go for LGBTI equality. Verfügbar unter: https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-lgbti-equality_en.pdf (letzter Zugriff: 30.12.2021).
- Malmquist, A.; Jonsson, L.; Wikström, J.; Nieminen, K. (2019): Minority stress adds an additional layer to fear of childbirth in lesbian and bisexual women, and transgender people. *Midwifery*, S. 79.
- Voß, Heinz-Jürgen (2021): Verankerung der Wissens- und Kompetenzentwicklung zu den Themen Trans- und Intergeschlechtlichkeit in den Bildungslehrplänen und Curricula von Ausbildungs- und Studiengängen relevanter Sozial- und Gesundheitsberufe. Policy Paper. Merseburg: Hochschule Merseburg.

Die Autor*innen

Ska Salden ist Psycholog*in an der Sigmund Freud PrivatUniversität Berlin und forscht an den Schnittstellen von Psychologie und Gender- bzw. Queerforschung mit intersektionaler Perspektive, insbesondere zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt und Anti-Diskriminierung.

Das Netzwerk Queere Schwangerschaften existiert seit 2020 und besteht unter anderem aus Wissenschaftler*innen, Aktivist*innen und Menschen aus dem Gesundheitswesen. Das Netzwerk verfolgt das Ziel, die gesundheitliche Versorgung von queeren Schwangeren zu verbessern. Folgende Personen haben als Teil des Netzwerks Queere Schwangerschaften diese Publikation erarbeitet: Magda Müssig, Dr. med Ulrike Roth, Tatiana Graf, Jennifer Stoll und Hanna Marla Frentz.

SIGMUND FREUD
PRIVATUNIVERSITÄT
BERLIN



Institut für Psychologische
Forschung an der Sigmund Freud
PrivatUniversität Berlin



Impressum

Herausgeberin: Heinrich-Böll-Stiftung e.V., Schumannstraße 8, 10117 Berlin
Kontakt: Derya Binışık, Gunda-Werner-Institut [E binisik@boell.de](mailto:binisik@boell.de)

Erscheinungsort: www.boell.de

Erscheinungsdatum: Februar 2022

Covermotiv: Illustration von Sanja Prautzsch (all rights reserved)

Lizenz: Creative Commons (CC BY-NC-ND 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Der vorliegenden Publikation liegt eine Online-Befragung zugrunde, die das Gunda-Werner-Institut in Kooperation mit der Sigmund Freud PrivatUniversität Berlin 2021 in Auftrag gegeben hat.

Die vorliegende Publikation spiegelt nicht notwendigerweise die Meinung der Heinrich-Böll-Stiftung wider.

Weitere E-Paper zum Downloaden unter: www.boell.de/publikationen