



IMeV

Über Intergeschlechtliche Menschen e. V.

Intergeschlechtliche Menschen e. V. setzt sich ein für ein selbstbestimmtes, diskriminierungsfreies Leben aller Menschen. Intergeschlechtliche Menschen e. V. steht ein für die Verwirklichung der Menschenrechte und wendet sich gegen jede Art der Diskriminierung und Benachteiligung wegen des Geschlechtes auf nationaler und internationaler Ebene.

Intergeschlechtliche Menschen e. V. leistet für intergeschlechtlich geborene Menschen:

- Unterstützung, Finanzierung, Förderung und Ausbildung von Selbsthilfegruppen;
- Individuelle Beratung, Unterstützung und Hilfe zu Lebenssituation;
- Unterstützung der Selbsthilfe auch von Eltern mit intergeschlechtlichen Kindern;
- die Kooperation mit anderen Initiativen und Verbänden mit ähnlicher Zielsetzung;
- Beratung und Weiterbildung politischer, gesellschaftlicher und medizinischer Einrichtungen;
- den Aufbau eines Netzes landesspezifischer Selbsthilfe- und Beratungsstellen;
- Weitergabe der besonderen Expertisen, intergeschlechtliche Lebensentwürfe be treffend.

Redaktion: Lisa Oude Lansink, Lucie Veith

Kontakt:

Intergeschlechtliche Menschen e. V.
Slebuschstieg 6
20537 Hamburg
Telefon Geschäftsstelle: 0170 - 7090385
E-Mail: vorstand@im-ev.de

Zum Weiterlesen:

www.im-ev.de
www.inter-nrw.de
www.regenbogenportal.de

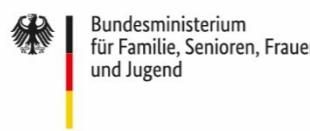
FAKten zu INTERGESCHLECHTLICHKEIT

(K)ein Recht auf
Gesundheitsversorgung?

Im Kompetenznetzwerk

**Selbst.verständlich
Vielfalt**

Gefördert vom



im Rahmen des Bundesprogramms

Demokratie *leben!*



IMeV

#9

Stand: August 2022

Was brauchen intergeschlechtlich geborene Menschen für eine gelungene Gesundheitsversorgung?

Die dürftige Forschungslage und die karge Angebotslandschaft zur Gesundheitsversorgung für intergeschlechtlich geborene Menschen zeigen, dass deren Bedarfe bislang viel zu wenig berücksichtigt werden. Dabei kann jeder intergeschlechtlich geborene Mensch in die Situation geraten, Leistungen zur Gesundheitsversorgung durch Fachpersonen in Anspruch nehmen zu müssen. Diese kennen sich jedoch häufig nicht mit Intergeschlechtlichkeit aus, und so bleiben die Ratsuchenden Expert_innen in eigener Sache, ohne eine angemessene Behandlung zu erhalten. Im Behandlungskontext sehen sich viele intergeschlechtliche Menschen zudem diskriminierenden Erfahrungen, einer unangemessenen Exotisierung ihres Körperschlechts und einem binären „Zuteilungzwang“ (etwa auf Formularen oder bei Abteilungen in Kliniken) ausgesetzt. Die noch nicht vorliegenden Ergebnisse der InTra-Health Studie der FH Dortmund werden in diesem Zusammenhang aufschlussreich sein.¹ Die körperlichen Vorgänge und Potentiale bei intergeschlechtlich geborenen Menschen sind sehr unterschiedlich, und eine Behandlung zur Gesundheitsversorgung, die sich an medizinisch definierten „männlichen“ und „weiblichen“ Normwerten ausrichtet, ist ungeeignet. Auch die psychosexuelle Entwicklung und das geschlechtliche Selbstverständnis ist in der Gruppe der Intergeschlechtlichen sehr vielfältig. Der Bundesverband INTERGESCHLECHTLICHE MENSCHEN e.V. kritisiert seit Langem, dass dies im Gesundheitssystem und den zugehörigen Fachberufen nicht anzukommen scheint, und dass intergeschlechtlich geborene Menschen dadurch systematisch von einer angemessenen Gesundheitsversorgung ausgeschlossen werden.

Gesundheit ist mehr als die „Abwesenheit von Krankheit“

Gesundheit wird überwiegend als Abwesenheit von Krankheit verstanden, und was als krank gilt, liegt nach wie vor in der Deutungshoheit des (bio)medizinischen Apparats. Die einseitige Ausrichtung des Gesundheitsbegriffs an der Referenzkategorie „Abwesenheit von Krankheit“ vernachlässigt gesundheitsförderliche Faktoren und trägt zur Stärkung der medizinischen Deutungshoheit im Gesundheitsdiskurs bei² – mit weitreichenden Folgen für intergeschlechtlich geborene Menschen. Als Folge der oftmals traumatisierenden Überbehandlung ihrer an sich gesunden und funktionsfähigen Körper leben viele von ihnen mit schwerwiegenden Beeinträchtigungen ihrer seelischen, psychischen und physischen Gesundheit. Manche gelten deswegen heute als chronisch krank und haben einen Schwerbehindertenausweis. Viele haben aufgrund der traumatischen Erfahrungen den Zugang zum Gesundheitssystem und zur Regelversorgung verloren. Die biomedizinischen Klassifikationen von Krankheit müssen auf sozio-kulturelle Einflüsse überprüft und es muss verstanden werden, dass Gesundheit weit mehr als die Abwesenheit von Krankheit ist.

Demnach beinhaltet gesundheitliche Versorgung mehr als den Auftrag Krankheiten zu heilen.

Gesundheitsmanagement impliziert auch, Gesundheit präventiv zu erhalten sowie Resilienzen und das Höchstmaß an körperlicher und seelischer Gesundheit zu fördern.

Dabei spielen die individuellen Bedürfnisse und Lebenswirklichkeiten des Menschen eine herausragende Rolle. Die WHO hat 1948 einen ersten Definitionsversuch unternommen, nachdem sie das Recht auf Gesundheit bereits 1946 in ihrer Verfassung verankert hatte. Im Jahr 2018 nahm sie auch die seelisch-geistige Gesundheit mit auf.³

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Das Erreichen des höchstmöglichen Gesundheitsniveaus ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der ethnischen Zugehörigkeit [original: „race“], der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ WHO, 1948.

Die seelisch-geistige Gesundheit: „ist definiert als ein Stadium des Wohlbefindens, in dem die/der Einzelne sich ihrer/seiner eigenen Fähigkeiten klar wird und sie verwirklichen, die normalen Belastungen des Lebens bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und in der Lage ist, einen Beitrag zu ihrer oder seiner Gemeinschaft zu leisten. Psychische Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von psychischen Störungen. Psychische Gesundheit ist ein integraler Bestandteil der Gesundheit; tatsächlich gibt es keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit.“⁴

In ihren Menschenrechtsabkommen formulierten die Vereinten Nationen das Recht auf Gesundheit zu einem fundamentalen Menschenrecht aus, wodurch individuelle und völkerrechtliche Ansprüche auf umfassende Gesundheit im definierten Sinne entstanden.⁵ Unter anderem mit dem UN-Sozialpakt, Artikel 12 und dessen Ratifizierung hat auch Deutschland sich zu dem Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit⁶ bekannt. Diese Verpflichtungen sind auch gegenüber intergeschlechtlich geborenen Menschen, unabhängig von Alter, Ethnie oder Behinderung, unverzüglich umzusetzen.

Was bedeutet das Recht auf Gesundheit konkret?

Selbstverständlich lässt sich Gesundheit als solche nicht einklagen, jedoch enthält das Menschenrecht auf Gesundheit bestimmte, gesetzlich durchsetzbare Komponenten.⁶ Hierzu zählen unter anderem das Recht auf diskriminierungsfreien Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und die in Artikel 12 des UN-Sozialpakts ausformulierten Maßnahmen zu deren Rechtlicher Umsetzung sich die Mitgliedsstaaten verpflichtet haben.^{5,6} Der diskriminierungsfreie Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung muss auch Gruppen ermöglicht werden, die sozio-kulturell bedingt eine höhere Verletzlichkeit aufweisen.⁶ Bei intergeschlechtlich geborenen Menschen trägt eine überwiegend nach binären Geschlechtsmustern agierende Gesellschaft erheblich zu dieser Verletzlichkeit bei. Sichtbar wird das auch in der eklatanten Versorgungslücke und bei den Zugangshürden.

Dabei hat das Bundesverfassungsgericht die Rechte eines jeden Menschen auf gleichen Zugang zur Gesundheitsversorgung, unabhängig seines (Körper)Geschlechts, zugesprochen.⁷

Auch nach deutschem Recht besteht kein Anspruch auf Gesundheit als solche, es gibt aber aus dem Grundgesetz ableitbare Ansprüche – zum Beispiel auf ein gesundheitliches Existenzminimum oder Zugang zur Gesundheitsversorgung. Grundlage bezüglich der Gesundheit ist das in **Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG** festgeschriebene Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Neben seiner Schutzfunktion vor staatlichen Übergriffen verpflichtet das Grundgesetz damit den Staat, sich schützend und fördernd vor die Rechtsgüter Leben und körperliche Unversehrtheit zu stellen, wenn sie durch Dritte bedroht werden.⁸ In Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip ergibt sich daraus die Verpflichtung des Staates, ein funktionsfähiges wie tragfähiges Gesundheits- und Krankenversicherungssystem zu schaffen.⁹ Für intergeschlechtlich geborene Menschen sind diese Verpflichtungen bis jetzt nicht umgesetzt. Darum ist das Bundesministerium für Gesundheit gefordert aktiv zu werden. Denn dort liegt die Hauptzuständigkeit für Fragen der Gesundheitspolitik und der gesetzlichen Krankenversicherung. Dadurch ist das Ministerium in der Position und Verantwortung, Gesetzesvorhaben zugunsten einer angemessenen Gesundheitsversorgung für intergeschlechtliche Menschen auf den Weg zu bringen.⁹

Was ist eine gelungene Gesundheitsversorgung für intergeschlechtlich geborene Menschen?

Wenn es um eine angemessene Gesundheitsversorgung geht, kann die Deutungshoheit über Intergeschlechtlichkeit nicht bei der Medizin verbleiben. Im Sinne ihrer Profession und ihres Auftrags muss die Medizin intergeschlechtliche Körperfähigkeiten und Vorgänge verstehen lernen und gesundheitsförderliche Faktoren in multidisziplinärer Kooperation unter Einbezug der Inter*Community erforschen. Denn bis jetzt hat die medizinische Praxis intergeschlechtliche Entwicklungspotenziale und körperliche Vorgänge offenkundig wenig verinnerlicht. Insbesondere müssen die Forschung und die darauf aufbauenden Versorgungskonzepte die spezifischen Bedürfnisse im Lebensverlauf von intergeschlechtlich geborenen Menschen berücksichtigen. Der Anspruch muss sein, intergeschlechtlich geborene Menschen auf Grundlage evidenter Forschungsergebnisse und individueller Konzepte über die gesamte Lebensspanne versorgen und individuelle Heilbehandlungen anbieten zu können. Besonders für jene, die traumatische Erfahrungen im medizinischen Kontext gemacht haben, sind Trauma sensible Versorgungskonzepte und niedrigschwellige Zugänge zu Angeboten der Gesundheitsversorgung zu schaffen, etwa durch eine Onlinesprechstunde. In der Behandlungsplanung müssen alle gegenwärtigen und zukünftigen Risiken der geplanten Behandlung hinsichtlich der Auswirkungen auf den Lebensverlauf bedacht werden. Ebenso muss die medizinische Fachperson die ratsuchende Person **vollumfänglich** über die Risiken der geplanten Maßnahme aufklären. Dabei ist die intergeschlechtliche Person selbstbestimmt und gestaltend in die Behandlungsplanung einzubeziehen. Zur Behandlungsplanung gehört zudem, die Auswirkungen auf den Lebensverlauf in einem transparenten Prozess mit der ratsuchenden Person einzuschätzen.

Nach einer begonnenen Behandlung sind Weiterbehandlung und Versorgung bis zum Tod nach fachlichen Standards zu gewährleisten. Viele intergeschlechtlich geborene Menschen, an denen medizinische Eingriffe im Kindesalter vorgenommen wurden, suchen als Erwachsene vergeblich nach evidenzbasierten Versorgungs- und Behandlungsangeboten. Ohne evidente Faktenlage bleiben medizinische Behandlungen aus menschenrechtlicher Sicht Menschenversuche.

Um eine adäquate Gesundheitsversorgung anbieten zu können, braucht es neben evidenzbasierten Forschungsergebnissen vor allem eine bessere Ausbildung der medizinischen Fachkräfte. Die Ausbildung kann sich nicht allein auf die Vorgänge eines intergeschlechtlichen Körpers fokussieren, sondern muss auch die Biografien und Lebenswirklichkeiten intergeschlechtlicher Menschen in den Blick nehmen. Um Fachpersonen für Diskriminierungserfahrungen von intergeschlechtlichen Menschen und sozio-kulturelle Prägungen des professionellen Eigenverständnisses zu sensibilisieren, kann das Modell der Intersektionalität genutzt werden.

Der Bundesverband INTERGESCHLECHTLICHE MENSCHEN e.V. fordert die Schaffung zentraler Gesundheitsversorgungszentren mit Expert_innen in multidisziplinären Teams und unter Einbeziehung peergestützter Expertise als ersten Schritt. Diese Zentren müssen die lebenslange Versorgung von Menschen mit intergeschlechtlichen Körpern und Identitäten sicherstellen.¹⁰ Um hierfür die richtigen Anreize zu schaffen, ist der Gesetzgeber gefragt. Ebenso ist es Aufgabe der Legislative, den rechtlichen Schutz von Kindern mit einer so genannten Variante der Geschlechtsentwicklung auszubauen, denn dessen Schutzwirkung greift nicht weit genug.¹¹ Die Finanzierung der peergestützten Beratung ist als Regelleistung zu fördern. Es ist an der Zeit, dass Ärztekammern und Verantwortliche in den Gesundheitsministerien von Bund und Ländern ihrer Verantwortung nachkommen – mit dem Ziel, Gleichstellung bei der Teilhabe an der Gesundheitsversorgung zu schaffen.

Quellenverzeichnis:

¹ <https://www.fh-dortmund.de/intrahealth> (Im Rahmen der Studie wurden Daten zu den Erfahrungen intergeschlechtlicher Menschen in der Regelgesundheitsversorgung erhoben und ausgewertet.)

² www.sagw.ch/fileadmin/redaktion_sagw/dokumente/Publikationen/Medical_Humanities/12_Der_Funktional_Gesundheitsbegriff.pdf

³ <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheit/>

⁴ vgl. UN-Kinderrechtskonvention Artikel 24; UN Behindertenrechtskonvention Artikel 25;

⁵ <https://www.sozialpakt.info/gesundheit-3269/>

⁶ Das Recht auf Gesundheit: Gesundheit im Licht der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung, Theresia Degener, Marité Decker (S.35) In: Gesundheit inklusive; Hrsg: Walther, K., Römischi, K. (eds) Gesundheit inklusive. Springer VS, Wiesbaden

⁷ https://www.bundesverfassungsgericht.de/e/rs20171010_1bvr201916.htm

⁸ [https://www.europarl.europa.eu/think-tank/en/document/EPRS_STU\(2021\)698770](https://www.europarl.europa.eu/think-tank/en/document/EPRS_STU(2021)698770)

⁹ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/staatliche-ordnung/akteure-der-gesundheitspolitik.html>

¹⁰ <https://im-ev.de/forderungen/>

¹¹ vgl. Faktenpapier#: Notwendig, aber nicht hinreichend: Das Gesetz zum Schutz von Kindern mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung. Aufrufbar unter: <https://www.selbstverstaendlich-vielfalt.de/im-e/v/>