

**Carola Bury**

## **Familienplanung: Ein Menschenrecht – auch für arme Frauen**

Nach der Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe im Zuge von Hartz IV zum 1.1.2005 ist eine weitere Einschränkung sozialer Leistungen fast unbemerkt geblieben. Frauen werden durch eine Verkettung von Regelungen aus den Gesetzen der Arbeitsmarkt- und Gesundheitsreform in besonderem Maße benachteiligt.

Die Regelungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes, wie es am 1.1.2004 in Kraft getreten ist, sehen vor, dass Verhütungsmittel für Frauen ab 20 Jahren vom Leistungskatalog ausgeschlossen sind. Früher bot das Bundessozialhilfegesetz zwar grundsätzlich eine Hilfe zur Familienplanung für Sozialhilfeempfängerinnen. Doch Leistungen, die über die der gesetzlichen Krankenkassen hinaus gehen, sollten ausgeschlossen sein. Zudem gilt das Sozialgesetzbuch XII (SGB XII) für Frauen heute nur noch selten. Nach den Hartz-Reformen sind sie nun im SGB II. Durch den Zusammenbruch dieser gesetzlichen Regelungen wird der Zugang zu günstigen Verhütungsmitteln massiv eingeschränkt. Dies steht dem Recht auf die eigene Entscheidung in Fragen der Familienplanung entgegen.

Betroffen sind Frauen, die Leistungen nach Sozialhilfe beziehen, Bezieherinnen von Arbeitslosengeld II und Frauen mit prekären Einkommen. Angesichts der Dringlichkeit muss die Frage kostengünstiger Familienplanung für alle Frauen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Agenda der sozial- und gesundheitspolitischen Diskussion gesetzt werden. Denn Schwangerschaft ist zunehmend verbunden mit Armutsrisiken in biografischen Übergängen. Frauen müssen daher eine Entscheidungsmöglichkeit und Zugang zu günstigen Verhütungsmitteln haben. Zudem widerspricht die bundesdeutsche Situation aber auch internationalen Vereinbarungen und dem Menschenrecht auf reproduktive Gesundheit.

### **Gliederung:**

- 1 Reproduktive Gesundheit und Rechte
  - 1.1 Die Situation in Deutschland
- 2 Die Situation nach Gesundheitsmodernisierungsgesetz und Arbeitsmarktreformen
  - 2.1 Paradigmenwechsel: Menschenrecht versus „Eigenverantwortung“ und „persönliche Lebensplanung“
  - 2.2 Praxisbeispiel Pille
- 3 Lebenslagen und ökonomische Situation von Frauen
  - 3.1 Junge Frauen und ihre Situation am Arbeitsmarkt

# 16. Kongress Armut und Gesundheit

## VERWIRKLICHUNGSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

3. und 4. Dezember 2010

- 4 Schwangerschaft als Armutsrisiko
  - 4.1 Schwangerschaft und SGB II
  - 4.2 Die Bundesstiftung Mutter und Kind
- 5 Familienplanung in Zeiten von Armut
  - 5.1 Verhütungsverhalten
  - 5.2 Ungeplante Schwangerschaften bei Frauen mit Migrationshintergrund und Migrantinnen
- 6 Familienplanung – ein Menschenrecht

### 1 Reproduktive Gesundheit und Rechte

Seit mehr als 40 Jahren gibt es internationale Vereinbarungen und Empfehlungen zu den reproduktiven und sexuellen Menschenrechten. Schon auf der UN-Menschenrechtskonferenz in Teheran 1968 wurde formuliert: „Eltern verfügen über das grundlegende Menschenrecht, frei und eigenverantwortlich über Anzahl und Geburtenabstand ihrer Kinder zu entscheiden.“ Dies war der Grundbaustein für eine Weiterentwicklung und Ausformulierung. Auf der internationalen Weltbevölkerungskonferenz in Bukarest (1974) wurden die Rechte auf Zugang zu Informationen und den Zugang zu Mitteln, „die es ihnen ermöglichen, Geburtenplanung durchzuführen“ hinzugefügt. Sie müssen Einzelnen, als auch Paaren zur Verfügung stehen. Einen historischen Meilenstein in der gesellschaftlichen Entwicklung, auch für die Verbesserung der Rechte von Frauen und für Gleichberechtigung, markierte 1994 die „Internationale Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung“ (ICPD) in Kairo. In ihrer politischen Willensbekundung erklärten 179 Staaten Familienplanung zum Menschenrecht.

In Kairo wurde ein umfassendes Konzept der sexuellen und reproduktiven Gesundheit auf einem umfassenden menschenrechtsbasierten Ansatz entwickelt. Denn in Kairo entschied sich die Staatengemeinschaft für einen entscheidenden Richtungswechsel: Von einem überwiegend bevölkerungspolitischen Verständnis hin zu einem Ansatz, der sich am einzelnen Menschen und den allgemeinen Menschenrechten orientiert. Die Prinzipien und Definitionen des ICPD-Aktionsprogramms haben an Bedeutung nichts eingebüßt und stellen bis heute die Grundlage des internationalen entwicklungspolitischen Engagements in diesem Bereich dar.

Im Jahr 1994 wurde von den beteiligten Staaten anerkannt, wie sehr die Entwicklung eines Landes von der sexuellen und reproduktiven Gesundheit abhängt – und damit auch von der Gleichstellung der Geschlechter. Seitdem stehen bei allen Entwicklungsbemühungen auch die Bedürfnisse und Rechte der Menschen im Vordergrund.

Deutschland hat eine Vielzahl menschenrechtlicher Verträge unterzeichnet. Mit der Ratifizierung des sogenannten „Frauenrechtsabkommens“ aus dem Jahr 1979 (*Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women*, kurz: CEDAW) muss sich Deutschland menschenrechtlichen Überprüfungsverfahren stellen und wird sich kritischen Fragen des UN-Frauenrechtsausschusses nicht entziehen können. Dazu gehören in den nächsten Jahren

# 16. Kongress Armut und Gesundheit

## VERWIRKLICHUNGSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

3. und 4. Dezember 2010

auch der Staatenbericht, zu dem Deutschland verpflichtet ist, und eine Antwort auf die Frage, wie die Empfehlungen zur Beseitigung des *Gender Pay Gap* (Empfehlung Nr. 40, CEDAW) bislang umgesetzt wurden.

In den Überprüfungsverfahren des Internationalen Sozialpakts CESCR (*Convention on Economic, Social and Cultural Rights*) und von CEDAW werden die zu geringen Aufstiegschancen von Frauen, das *Gender Pay Gap* und die ungleiche Teilhabe von Frauen am Arbeitsmarkt in Deutschland auf der Tagesordnung stehen. Diese bringt der Ausschuss auch mit den spezifischen Lebensverläufen von Frauen in Verbindung.

Die Erreichung des „bestmöglichen Standards sexueller und reproduktiver Gesundheit“ gilt als Menschenrecht. Die Rechte im Zusammenhang mit sexueller und reproduktiver Gesundheit leiten sich aus internationalen Menschenrechten ab und beruhen auf diesen. Neben dem Recht auf den bestmöglichen Gesundheitsstandard schließt dies auch das Recht auf Entscheidung hinsichtlich der eigenen Fortpflanzung ein, die frei von Diskriminierung, Zwang oder Gewalt sein sollen, sowie das Recht von Frauen, über ihre Sexualität selbstbestimmt und verantwortungsbewusst zu entscheiden.

Damit enthält heute das Menschenrecht drei umfassende Ansätze zum

- Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit,
- Recht auf Zugang zu Informationen und Verhütungsmitteln,
- Recht auf Zugang zu Gesundheitsdiensten.

### *Das Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit*

bedeutet, ein befriedigendes und ungefährliches Sexualeben haben zu können. Es bedeutet das Recht auf Freiheit von sexuellem Zwang und sexueller Gewalt. Es bedeutet auch, gut informiert zu sein und frei darüber entscheiden zu können, ob und zu welchem Zeitpunkt und in welchem zeitlichen Abstand Menschen Kinder bekommen möchten und wie groß die Familie werden soll. Der Begriff bezieht sich auf alle Phasen des Lebens, also auch auf die Kindheit, die Jugend und das Alter.

### *Das Recht auf Zugang zu Informationen und zu Verhütungsmitteln*

Voraussetzung für sexuelle und reproduktive Gesundheit sind Wissen und Zugang zu Informationen über die Möglichkeiten der Familienplanung. Jede Frau und jeder Mann weltweit hat das Recht auf diese Informationen und den Zugang zu Verhütungsmitteln oder anderen modernen Methoden der Familienplanung – unabhängig von Alter oder Familienstand. Die Methoden müssen sicher, wirksam, akzeptiert und bezahlbar sein.

Sollten kulturelle Regeln oder gesetzliche Bestimmungen dieses Recht begrenzen, müssen Wege gefunden werden, unter Berücksichtigung der international anerkannten Menschenrechte und internationaler Übereinkommen, schrittweise zur Verwirklichung dieser Rechte – und somit der Umsetzung internationaler Verpflichtungen – im jeweiligen Land beizutragen.

# 16. Kongress Armut und Gesundheit

## VERWIRKLICHUNGSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

3. und 4. Dezember 2010

### *Das Recht auf Zugang zu Gesundheitsdiensten*

Eine ausreichende und angemessene medizinische Versorgung kann verhindern, dass Frauen bei der Geburt an vermeidbaren Komplikationen sterben. Sie kann außerdem verhindern, dass Kinder und Frauen an vermeidbaren Krankheiten und deren Folgen leiden – oder sogar daran sterben. Auch das Recht auf den Zugang zu Gesundheitsdiensten, die Frauen und Kindern dabei helfen, Schwangerschaft, Geburt und die erste Lebensphase sicher und gesund zu erleben, gehört zum Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit.

2008 hat die Parlamentarische Versammlung des Europarates bestätigt: „Frauen und Männern ist der Zugang zu Verhütungsberatung und zu Verhütung zuverlässig zu ermöglichen. Verhütung sollte im Preis zumutbar, für die Betroffenen geeignet und von ihnen selbst gewählt worden sein.“

### **1.1 Die Situation in Deutschland**

Auch die Bundesregierung hat die Unterstützung dieses Konzeptes immer wieder bekräftigt und öffentlich vertreten. Allerdings nur auf der Homepage des Ministeriums für Zusammenarbeit und Entwicklung. Hier erscheinen die Forderungen in Zusammenhang mit den Positionen zu den internationalen Millenniumsentwicklungszielen und zu Fragen der Bevölkerungsentwicklung und nachhaltigen Entwicklung in „Entwicklungsländern“. Nicht vertreten wird das individuelle Menschenrecht auf reproduktive Gesundheit.

In Deutschland selbst sieht die Bilanz daher schlecht aus: Verhütung ist vom sozialen Status abhängig, das Menschenrecht auf freie Wahl der Verhütungsmittel, die größtmögliche Sicherheit bieten, individuell gesundheitlich verträglich und erschwinglich sind, ist nicht (mehr) garantiert.

### **2 Die Situation nach Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) und Arbeitsmarktreformen (SGB II)**

Im Rahmen der Agenda 2010 nahmen die beiden großen Reformteile um die Arbeitsmarktreformen und die Gesundheitsreform zentrale Plätze ein. Sie markieren auf mehreren Politikfeldern einen Paradigmenwechsel, der nahezu zeitgleich zwischen 2004 und 2005 stattfand: Menschenrecht versus „persönliche Lebensplanung“.

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) trat zum 1.1.2004 in Kraft und gilt bis heute als Einstieg in die Entsolidarisierung der gesetzlichen Krankenversicherung. „Wir werden Leistungen des Staates kürzen, Eigenverantwortung fördern und mehr Eigenleistung von jedem Einzelnen abfordern müssen“, so hatte es Gerhard Schröder zu Beginn seiner Regierungserklärung zur Agenda 2010 erklärt. Analog zum Konzept des Förderns und Forderns in den Arbeitsmarktgesetzen (Hartz I-IV) heißt es nun in § 1 des Sozialgesetzbuchs V (SGB V) zur gesetzlichen Krankenversicherung: „Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mit verantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden“ (SGB V, § 1 Solidarität und Eigenverantwortung).

# 16. Kongress Armut und Gesundheit

## VERWIRKLICHUNGSSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

3. und 4. Dezember 2010

„Eigenverantwortung“ soll auch in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mithilfe von vorwiegend ordnungspolitischen Instrumenten erreicht werden. Die alten und neu eingeführten Instrumente des GMG sind ein komplexes System aus (erhöhten) alten und neuen Zuzahlungen (Praxisgebühr) und Selbstbehalten sowie der Ausgrenzung und Streichung von Leistungen. Statt der früher geltenden „Sozialklausel“, bei der bis zu einem Einkommen von 966 Euro Menschen von Zuzahlungen befreit waren, gilt seitdem die „Belastungsgrenze“, nach der gesundheitliche Kosten im Rahmen der Leistungen der GKV bis zu zwei Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens zumutbar sind. Andere Kosten, wie Eigenbeteiligung oder Kosten für ausgegliederte Kassenleistungen (Brille, Grippemittel, homöopathische Medikamente usw.) werden erst gar nicht mitgerechnet.

Alle Maßnahmen der Gesundheitsreform wirkten nicht als eine einzelne „Verschärfung“, sondern in ihren gegenseitigen Potenzierungen und Verschränkungen, in zeitlichen Ungleichheiten und der Tatsache, dass sich Kosten weder in ihren Summierungen noch zeitlich abschätzen lassen. So treffen die Folgen des GMG bis heute besonders Menschen mit niedrigen Einkommen und in Teilzeit, Sozialhilfeempfänger/innen und Menschen im Arbeitslosengeld II (ALG II). Und die Entwicklung geht noch weiter. Nach dem Einfrieren des Arbeitgeberanteils werden alle Kostensteigerungen ab 2011 in der GKV von den Versicherten zu tragen sein.

### **2.1 Paradigmenwechsel: Menschenrecht versus „Eigenverantwortung“ und „persönliche Lebensplanung“**

Insbesondere bei den ausgegliederten Leistungen, wie Brillen, Fahrtkosten bei ambulanten Behandlungen oder rezeptfreien Medikamenten (homöopathische Medikamente und alle nicht verschreibungspflichtigen Medikamente), die auch nicht auf die Zwei-Prozent-Belastungsgrenze angerechnet werden, kommt es zu hohen Belastungen, insbesondere bei Familien mit Kindern. Zwar wurden einzelne kinderbezogene Gebühren aus den Gebührenkatalogen herausgenommen, doch die Kosten summieren sich in Familien. Besonders gravierend traf die Neudefinition des Begriffs „Eigenverantwortung“ allerdings auch den gesamten Bereich der reproduktiven Gesundheit, der Verhütungsmittel und der Sterilisation.

So wurden Maßnahmen zur ‚künstlichen Befruchtung‘ in Bezug auf Altersgruppen und in ihrer Zahl eingeschränkt.

Die Kosten für eine Sterilisation bei Mann und Frau wurden ganz aus dem Katalog gestrichen, „außer bei Vorliegen medizinischer Gründe“, die allerdings sehr eng gefasst sind. Die Durchführung einer Sterilisation gilt als „persönliche Lebensplanung“, die selbst bezahlt werden muss. Selbst mehrere Abtreibungen pro Jahr – so ein Fallbeispiel von pro familia wurden von einer Krankenkasse nicht als medizinischer Grund zur Kostenübernahme akzeptiert.<sup>1</sup> Es gibt Beispiele, dass selbst „medizinische Gründe“ nach einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen nicht anerkannt wurden und die Kosten selbst finanziert werden mussten, wenn nicht

---

<sup>1</sup> Vgl. pro familia: Beispiele aus der Beratungspraxis, Verhütungskosten in Deutschland und die Auswirkungen auf die Verhütungssituation, Stand Januar 2010. [www.profamilia.de](http://www.profamilia.de)

# 16. Kongress Armut und Gesundheit

## VERWIRKLICHUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR GESUNDHEIT

### 3. und 4. Dezember 2010

das Leben der Mutter unmittelbar bedroht war, sondern lediglich die Verschlechterung des Gesundheitszustands drohte.

Auch im Falle der Verhütung mit Spirale gelten spätere Kontrolluntersuchungen und ärztliche Kosten nicht mehr als GKV-Leistung.

In zeitlicher Nähe zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) wurde ab Januar 2005 auch der letzte und vierte Teil der Arbeitsmarktreflexionen (Hartz IV) mit dem Umbau des alten Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) und der Etablierung des Sozialgesetzbuches II (SGB II) „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ umgesetzt. Damit wurde das frühere Bundessozialhilfegesetz vom SGB XII abgelöst und die frühere Arbeitslosenhilfe und die Sozialhilfe mit Wirkung vom 1. Januar 2005 zusammengeführt.

Bis Dezember 2004 fiel ein Großteil von Frauen, die auf öffentliche Transferleistungen angewiesen waren, z. B. Alleinerziehende, die dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung standen, wenn sie kleine Kinder unter 3 Jahren hatten, unter das BSHG. Mit dem vierten Teil der Arbeitsmarktgesetze (Hartz IV) gehörten ab dem 1.1.2005 die ehemaligen Bezieherinnen von Sozialhilfe – soweit sie erwerbsfähig<sup>2</sup> sind – in den Rechtskreis des SGB II. Das SGB XII – als neues Sozialhilfegesetz – umfasst nun die „nicht Erwerbsfähigen“ (weniger als 3 Stunden täglich), zu denen im Wesentlichen Alte, Kranke, Behinderte und Menschen in Pflege und Heimen gehören.

Das alte BSHG und das neue SGB II haben dabei zwei grundsätzlich unterschiedliche Ansätze:

- Das BSHG folgt dem Prinzip der „Bedarfsdeckung“ und kennt neben der Hilfe zum Lebensunterhalt auch das Prinzip der „individuellen Hilfe“.
- Das SGB II sieht dagegen nur einen pauschalierten Regelsatz zur Sicherung des Lebensunterhalts vor, mit dem die Hilfebedürftigkeit abgegolten wird: Hauptziel ist die Eingliederung in Erwerbsarbeit.

So galt im BSHG nach § 36 für Sozialhilfeempfängerinnen in der gesetzlichen Krankenversicherung und auch für arme Frauen ohne Krankenversicherung im Rahmen von Einzelfallhilfe, dass die Kosten für Arztkonsultationen und für ärztlich verordnete empfangnisregelnde Mittel übernommen wurden.

In Bezug auf den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gilt zugleich das Prinzip der „Gleichstellung“. Menschen im Bezug von Transferleistungen dürfen nicht „besser gestellt“ werden als Versicherte.

Für Frauen im SGB-II-Bezug gelten daher heutzutage ausschließlich die Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Doch hier sind nunmehr die Regelungen des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes gültig. Danach sind bei Frauen über 20 Jahren keinerlei Kosten in Zusammenhang mit der Verhütung und Sterilisation (mehr) im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

---

<sup>2</sup> Erwerbsfähigkeit setzt voraus, dass die Personen in der Lage sind, täglich mindestens drei Stunden zu arbeiten.

# 16. Kongress Armut und Gesundheit

## VERWIRKLICHUNGSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

3. und 4. Dezember 2010

Seitdem gibt es für alle Frauen über 20 Jahren praktisch keinen günstigen Zugang zu Verhütungsmitteln oder Sterilisation. Denn schon bei früheren Reformen waren Verhütungsmittel insgesamt aus dem Leistungskatalog der GKV herausgenommen worden.

Die „Gleichstellungsregel“ wird auch heute in vielen Kommunen für die Frauen angewendet, die sich im Rechtskreis des SGB XII befinden, obwohl auch das SGB XII Einzelfallhilfen vorsieht.

### 2.2 Praxisbeispiel Pille

Die Regelungen bei Verhütungsmitteln sind unübersichtlich.

Für Frauen unter 21 Jahren gelten die beiden wesentlichen Finanzierungsnormen der Krankenversicherung:

Unter 18 Jahren erhalten junge Frauen ein Kassenrezept: Die Pille ist kostenlos – weitere Gebühren fallen nicht an. Damit ist die verordnete Pille für junge Frauen bis zum 18. Lebensjahr kostenfrei.

Frauen zwischen 18 und 20 Jahren erhalten die Pille auf Kassenrezept gegen die obligatorische Rezeptgebühr. Dabei ist das Medikament „kostenlos“, allerdings fallen fünf Euro Rezept- und zehn Euro Praxis- oder Notfallgebühr an. Hier greifen dann die Zuzahlungshöchstgrenzen bis zwei Prozent vom Bruttoverdienst nach den Zuzahlungsregelungen.

Ab 20 Jahren gilt die Verhütung dann nicht mehr als Kassenleistung. Allerdings fallen für die ärztliche Konsultationen in der Regel zehn Euro Praxisgebühr an. Auf Privatrezept werden dann die vollen Medikamentenkosten fällig. Zwar wird in diesem Fall keine Rezeptgebühr fällig, allerdings sind die Kosten für die Pille in Deutschland im Vergleich sehr hoch.

Ab 20 Jahren ist Verhütung für Frauen „Privatsache“ und „persönlich“: Nach ärztlicher Konsultation sind die Medikamentenkosten über Privatrezept selbst zu finanzieren. Alle anderen Kosten aus dem Gebührenkatalog der GKV sind dennoch fällig, wie Praxisgebühr oder Notfallgebühr im Fall der Pille danach.

Dass es sich dabei um eine eindeutige Frauendiskriminierung handelt, bei der es sich durchaus um eine gesellschaftspolitisch begründete moralisierte Entscheidung handelt, zeigt die willkürliche – lediglich an dem Alter der Frauen ausgerichtete – Differenzierung und Festsetzung der verschiedenen Regelungen.

In der Logik des Regelsatzes im SGB II sind weder eine Geschlechter-Kategorie noch spezifische Lebenslagen vorgesehen. In der Berechnung des Regelsatzes wurde für Männer und Frauen lediglich eine Pauschale für „Gesundheitspflege“ angesetzt, die bei Erwachsenen vier Prozent des

# 16. Kongress Armut und Gesundheit

## VERWIRKLICHUNGSSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

### 3. und 4. Dezember 2010

Gesamtregelsatzes beträgt. Das heißt: rund 15 Euro pro Monat insgesamt pro Person wurden angesetzt.<sup>3</sup>

Zudem sollen in der Logik des SGB II die Bedarfe „angespart“ werden, zum Beispiel bei Anschaffung einer Waschmaschine. Dazu sind im Regelsatz pauschalisierte Beträge angesetzt. Wie absurd diese Pauschalen angesetzt sind, zeigt sich, wenn das Beispiel mit den realen Verhütungskosten durchgespielt wird. Weder die Spirale mit zwischen 200 bis zu 500 Euro, noch die Pille mit Kosten zwischen 35 bis 70 Euro für eine Sechsmontatspackung entsprechen den Ansätzen in den Regelsätzen. Oft können die Beträge von den Frauen nicht vorfinanziert werden.

Verhütung ist zwar keine „Krankheit“, verträgliche und sichere Verhütungsmittel wie die Kupfer- oder Hormonspirale, die Pille, die Pille danach oder eine Sterilisation sind immer ein Eingriff in einen Frauenkörper und eindeutig an medizinische Konsultation und medizinisch-ethische Kriterien gebunden (z. B. Alter, körperliche Verfassung, aber auch religiöse Ansichten), zumindest in Deutschland.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil zur Rechtmäßigkeit der Regelsätze festgestellt, dass es besondere Bedarfe an Sozialleistungen gibt. Dem Bundesverfassungsgericht ging es um die Sicherung eines menschenwürdigen Existenzminimums. Dazu gehören nicht nur die physische Existenz, sondern auch ein „Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben“. Zu diesem menschenwürdigen Existenzminimum gehört auch der Zugang zu sicheren, kostenlosen Verhütungsmitteln: mit Rechtsanspruch, doch dieser ist nicht explizit aufgeführt.

Denn Kosten der Verhütung wurden weder in der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS), die der Regelsatzberechnung zugrunde liegt, berücksichtigt.

Daher hat der Paritätische Wohlfahrtsverband mehrfach auf eine notwendige Regelung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung hingewiesen.<sup>4</sup>

Weder werden die Aufwendungen im Rahmen der Belastungsgrenzen angerechnet, noch gibt es Einzelfall-Hilfe nach sozialen Kategorien für besonders sozial benachteiligte Frauen, wie Frauen im Leistungsbezug, in Ausbildung, für Frauen ohne Krankenversicherung, nach dem Asylbewerber-Leistungsgesetz oder Obdachlose.

Viele Kommunen und Bundesländer haben infolge des Wegfalls des BSHG Richtlinien erlassen und verfügt, dass die Regelungen der GKV zu empfängnisverhütenden Mitteln, die früher im Rahmen § 36 BSHG bewilligt worden sind, nunmehr auch für Frauen im SGB XII gelten.

---

<sup>3</sup> Der Regelsatz beträgt nach dem Stand Dezember 2010 für einen Haushaltsvorstand bzw. eine Alleinerziehende 359 Euro, für eine/en Partner/in 323 Euro, für Kinder 0 – 6 Jahre 215 Euro, für Kinder 7 – 13 Jahre 251 Euro, für Kinder ab 14 Jahren 287 Euro.

Der Regelsatz enthält alle Kosten für Nahrungsmittel, Kleidung, gesellschaftliche Teilhabe, Schreibwaren und „Gesundheitspflege / medizinische Produkte“.

<sup>4</sup> Vgl. Der Paritätische (Hrsg.), Rudolf Martens, : Expertise, 22.10.2010.

Bis 2010 war selbst die Praxisgebühr nicht in der EVS berücksichtigt worden.

# 16. Kongress Armut und Gesundheit

## VERWIRKLICHUNGSSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

### 3. und 4. Dezember 2010

Fazit: Ausnahmen für Frauen über der Altersgrenze von 20 Jahren? – Keine!

Da bundeseinheitliche Regelungen fehlen, ist Verhütung in der Bundesrepublik derzeit eine Frage der Einkommenssituation, der sozialen Lage und des Wohnortes. Einige Kommunen haben in den letzten Jahren ohne gesetzliche Grundlagen, sondern nur auf dem Weg über Stiftungen oder Haushaltstitel Möglichkeiten entwickelt, um Frauen den Zugang zu günstigen Verhütungsmitteln zu ermöglichen.

So übernimmt die Stadt Flensburg im Rahmen eines dreijährigen Modellprojekts als freiwillige Leistung ohne Rechtsanspruch die Kosten für Verhütungsmittel. Die Maßnahmen sind im Bereich der „frühen Hilfen“ angesiedelt und gelten für Frauen im SGB II, III, XII, BAföG-Bezug und bei Unterschreitung von Einkommensgrenzen. Zugang besteht über den Kontakt zu Familienhebammen. Auch andere Städte, einige Landkreise<sup>5</sup> und die Bundesländer Berlin und Baden-Württemberg haben erkannt, dass ein Weg gefunden werden muss, zumindest Frauen in prekären Lebenssituationen zu helfen und haben Pilotprojekte oder Stiftungen ins Leben gerufen.

### 3 Lebenslagen und ökonomische Situation von Frauen

Armut hat ein spezifisches Frauengesicht. Auch wenn im Vordergrund bei der Beurteilung von Armut immer die Einkommensarmut steht, so müssen bei Frauen zur Beurteilung ihrer Situation zusätzlich der „Lebenslagenansatz“ und die „biografischen Armutsfallen“ hinzugenommen werden, um die strukturellen Faktoren genauer beurteilen zu können. Eine solche mehrdimensionale Betrachtungsweise der Frauenarmut hilft, die strukturellen Armutsrisiken von Frauen im Lebensverlauf und deren Kumulation deutlicher zu machen. Dabei ist Konsens, dass neben dem Einkommen die Lebensbereiche Bildung, Wohnen, Gesundheit und Erwerbsbeteiligung zentral sind. Auch soziale Lebenssituationen, Alter sowie Migrationshintergrund zählen dazu. So kann beispielsweise die Verflechtung struktureller Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt und bei den sozialen Sicherungssystemen Frauen je nach der individuellen Erwerbsbiografie und individueller Lebenslage binnen kürzester Zeit und häufig nicht umkehrbar in Armut oder in armutsnahe Situationen führen. Diese sind verbunden mit Abhängigkeiten vom Partner oder dem Angewiesensein auf staatliche Transferleistungen: weil Kinder betreut werden müssen, es aber keine ausreichenden Versorgungsstrukturen gibt, bei Trennung oder dem Tod des Partners, je nach dem Familienstand, bei Familienarbeit und Pflege von Angehörigen.

Das Geschlecht ist dabei zentrale Kategorie, es muss aber immer im Zusammenhang mit der Einkommenssituation und Beteiligung am Arbeitsmarkt, mit der weiblichen Biografie und der Lebenslage gesehen werden. Das gilt nicht nur, wenn es um Chancengerechtigkeit geht, sondern auch um die gesundheitliche Situation von Frauen.

Die Hartz-Reformen basieren auf einem konservativen Frauen- und Familienbild. So „verschwinden“ Frauen über das Konstrukt der „Bedarfsgemeinschaft“ aus den Arbeitslosenstatistiken, wenn sie zum Beispiel im Haushalt mit einem Erwerbstätigen leben. Zudem fallen in Bedarfsge-

---

<sup>5</sup> Darunter Bonn, Oldenburg, Paderborn, Bielefeld, Münster, der Rhein-Sieg-Kreis und München. Nach dem Vorbild von Flensburg wird in Schleswig-Holstein an regionalen Lösungen gearbeitet.

# 16. Kongress Armut und Gesundheit

## VERWIRKLICHUNGSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

3. und 4. Dezember 2010

meinschaften auch andere Ansprüche für Frauen weg, wie ein eigener Zugang zu arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen und Fortbildung.

Zudem haben die neoliberalen Veränderungen seit der Agenda 2010 den Arbeitsmarkt in weiten Teilen verändert. Bei Frauen wirken allgemeine arbeitsmarktpolitische Entwicklungen und frauenspezifische Rollen und biologische Faktoren zusammen:

- Prekäre Arbeitsverhältnisse, wie verordnete Teilzeit, befristete oder geringfügige Arbeit sind in einigen Beschäftigungsbereichen inzwischen das „weibliche Normalarbeitsverhältnis“. Seit Jahren werden rund 70 Prozent der Minijobs von Frauen ausgeübt.
- Immer öfter wird in typischen Frauenberufen untertariflich entlohnt und liegen diese im Niedriglohnbereich, wie in der Pflege, im Friseurhandwerk oder in anderen Dienstleistungsberufen. Von den rund 6 Millionen Beschäftigten im Niedriglohnbereich sind etwa 70 Prozent weiblich.
- Immer öfter fehlen soziale und arbeitsrechtliche Absicherungen, werden betriebliche Leistungen wie Urlaubs- oder Krankengeld verweigert und es gibt keine Partizipation an betrieblichen Leistungen wie zum Beispiel an Fort- und Weiterbildung.
- So begründen die vom Gesetzgeber steuerlich begünstigten geringfügigen Beschäftigungen auch keinen eigenständigen Zugang zum sozialen Sicherungssystem, wie der Arbeitslosenversicherung, der Krankenversicherung.

Zwar ist die Frauenerwerbsquote seit den 1980er Jahren stetig auf rund 70 Prozent angestiegen, doch weiterhin besteht erhebliche Ungleichheit in den Lebenschancen und -verläufen von Männern und Frauen. Hinter den scheinbar hohen Erwerbsquoten bei Frauen gibt es erhebliche Ungleichheit bei:

- den Anteilen an verschiedenen Berufen,
- den unterschiedlichen Positionen in diesen Berufen,
- dem durchschnittlichen Arbeitsvolumen über den Lebenslauf hinweg (*gender time gap*),
- den Erwerbseinkommen beim Stundenlohn und Jahreseinkommen für vergleichbare Arbeit und bei den eigenerwirtschafteten Rentenansprüchen (*gender wage gap* und *gender pay gap*).

Frauen befinden sich zunehmend in der Rolle als Zuverdienerin, da auf dem Arbeitsmarkt immer öfter kein existenzsicherndes Einkommen erzielt werden kann. Das verfestigt ihre Abhängigkeit von staatlichen Transferleistungen oder vom Partner.

#### 3.1 Junge Frauen und ihre Situation am Arbeitsmarkt

Junge Frauen unterscheiden sich in der Orientierung auf Beruf und Arbeitswelt kaum noch von jungen Männern. In den letzten zehn Jahren ist der Arbeitsmarkt bei jungen Männern und Frauen insgesamt deutlich prekärer und unsicherer geworden. Viele junge Frauen haben von der Entwicklung am deutschen Arbeitsmarkt nur bedingt profitiert. Prekäre Beschäftigung, Niedriglöhne und geringere Arbeitnehmer/innen-Schutzrechte sind die Folge der Deregulierung und neoliberalen Reformen sowie der gesamtwirtschaftlichen und sozialrechtlichen Entwicklung der letzten Jahre. Einige Schlaglichter dazu:

- Bei unter 30-jährigen Frauen ist die Zahl der Vollzeitbeschäftigten gesunken. Insgesamt sind mehr jüngere Frauen teilzeit- und geringfügig beschäftigt als junge Männer.
- Junge Frauen befinden sich zunehmend in atypischen Beschäftigungsverhältnissen.
- Bei den Einkommen von jungen Frauen und jungen Männern gibt es einen geschlechtsspezifischen Unterschied von 23 Prozent.
- Die Berufswahl bleibt stark geschlechtsspezifisch.
- Die Förderquoten arbeitsloser junger Frauen im Hartz-IV-System liegen unter den Vorgaben.
- Bei Berufsanfängerinnen lagen 39 Prozent der jungen Frauen mit weniger als 1.500 Euro brutto im bzw. nahe dem Niedriglohnbereich (Männer 30 Prozent).
- Bei den überwiegend schulischen Ausbildungen, wie sie vor allem in frauentypischen Berufen vorkommen, fehlt es an der Kontinuität des Beschäftigungsverhältnisses im Übergang von der Ausbildung zum Beruf.

So kommt eine Untersuchung des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) zu dem Ergebnis, dass ein Viertel der jungen Frauen zwischen 18 und 25 Jahren armutsgefährdet ist.

Eine besondere Bedeutung in unserem Themenzusammenhang dürfte aber der befristeten Beschäftigung zukommen. Befristete Beschäftigung (ohne Auszubildende) ist bei den Frauen unter 25 Jahren auf 28 Prozent in 2009 angewachsen. Bezieht man die 25-35-Jährigen mit ein, ergeben sich Quoten bei den befristet Beschäftigten von über 40 Prozent.<sup>6</sup>

#### 4 Schwangerschaft als Armutsrisiko

Nachhaltig und breit trifft die Ökonomisierung des Gesundheitswesens durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz mit seinen Regelungen zur Verhütung und Sterilisation einen Großteil von Frauen:

- Frauen im Bezug von staatlichen Transferleistungen,
- Frauen, die über die Regelungen des SGB II durch Bedarfsgemeinschaft aus dem Bezug herausgefallen sind und anstatt auf das Konstrukt der „öffentlichen Fürsorge“ nun auf die „private Fürsorge“ und auf das vom Partner erwirtschaftete „Bedarfsgemeinschaftseinkommen“ verwiesen werden,

---

<sup>6</sup> Deutscher Gewerkschaftsbund/DGB Bereich Arbeitsmarktpolitik, arbeitsmarktaktuell, Nr. 10, November 2010.

- Frauen und insbesondere junge Frauen, die am Arbeitsmarkt benachteiligt werden, in prekären – vor allem befristeten – Arbeitsbedingungen und niedrigen Einkommensstrukturen verhaftet sind.

#### 4.1 Schwangerschaft und SGB II

Die sozialen Sicherungssysteme benachteiligen Frauen. Ob beispielsweise im SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende), im SGB III (Arbeitsförderung), im SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe), im SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) oder im SGB XII (Sozialhilfe) – von dem politisch oft beschworenen Gender-Ansatz ist in keinem dieser Systeme die Rede. Geschlechtsbezogene Sonderregelungen gibt es meist nur, wenn es um Mutterschutz geht oder im Zusammenhang mit Schwangerschaft.

So auch im SGB II. Hier beschäftigen sich zwei Paragraphen mit dieser weiblichen Lebensphase. § 21 regelt die Leistungen für Mehrbedarfe beim Lebensunterhalt. Danach erhalten werdende Mütter, die erwerbslos und hilfebedürftig oder als Aufstockerinnen im Arbeitslosengeld II sind, pauschaliert nach der zwölften Schwangerschaftswoche einen Mehrbedarf von 17 von Hundert der nach § 20 maßgebenden Regelleistung. Zudem gibt es einen Zuschuss für Erstausstattungen für Bekleidung bei Schwangerschaft und Geburt. Was auf den ersten Blick an den alten BSHG-Ansatz der „Bedarfsdeckung“ erinnern mag, liegt dennoch weit davon entfernt. Zumal Beratungsstellen seit Jahren darauf hinweisen, dass die Arbeitsgemeinschaften und Job-Center oft nicht von sich aus auf diese Leistungen hinweisen oder ihre Zuweisung veranlassen, sondern darauf warten, dass diese von den betroffenen Frauen eingefordert werden.

Schwangerschaft ist ein Armutsrisiko für junge Frauen. „In den Schwangerschaftsberatungsstellen ist die finanzielle Situation der Frauen und Familien eine der am häufigsten auftretenden Problemlagen“, so heißt es im *Host Country Paper* zu den „Frühen Hilfen“.<sup>7</sup>

Damit ist offenkundig, dass in dieser Lebensphase für viele schwangere Frauen keine angemessene soziale und finanzielle Sicherheit mehr gegeben ist. Weder die veränderten Familien- und Partnerstrukturen noch die Erwerbsstrukturen sind so verzahnt, dass sie Schutz bieten. Schwangerschaft birgt daher das Risiko des sozialen Abstiegs und der sozialen Ausgrenzung. Weite Teile des Mutterschutzes, der Kündigungsschutzrechte greifen nicht (mehr), angesichts massenhafter befristeter oder geringfügiger Beschäftigung.

Die Folgen sind offenkundig: Bei befristet Beschäftigten bedeutet die Schwangerschaft für viele junge Frauen die Ausgrenzung oder den Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit und einen folgenreichen Ausschluss vom Arbeitsmarkt – zumindest für sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, die auch eine Alterssicherung einbezieht.

---

<sup>7</sup> *Host Country Paper* zur *Peer Review* 2010 (2010), S. 19. Nach einem unveröffentlichten Papier zu „Handlungsbedarfe bei Schwangerschaftskonflikten“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

# 16. Kongress Armut und Gesundheit

## VERWIRKLICHUNGSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

3. und 4. Dezember 2010

### 4.2 Die Bundesstiftung Mutter und Kind

Die „Bundesstiftung Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ wurde 1984 im Kontext der Neufassung des § 218 eingerichtet. Sie wurde auf Bundesebene gegründet, ist mit Bundesmitteln errichtet, war von 1984 bis 2008 jährlich 90 Millionen Euro aus dem Bundeshaushalt ausgestattet (2009: 95 Millionen).

Im Rahmen der Diskussion um die Neuregelung der §-218-Gesetzgebung sollte sie werdenden Müttern, die sich in einer „finanziellen wie individuellen Notlage befinden“, finanzielle Unterstützung geben. Durch die finanzielle Hilfe sollte die Entscheidung für eine Fortsetzung der Schwangerschaft erleichtert werden. Aus der „individuellen Notlage“ ist längst der „Normalfall“ geworden.

Inzwischen ist die Stiftung im Rahmen der „Frühen Hilfen“ angesiedelt. So heißt es in einem *Host Paper* zur *Peer Review* 2010, in dem sich die Bundesregierung 2010 im Rahmen des „Europäischen Jahres gegen Armut und Ausgrenzung“ der europäischen Diskussion stellte: „Kinder werden unverschuldet in die Armut hineingeboren. Um die ‚Vererbung von Armut‘ zu durchbrechen, müssen Hilfen frühstmöglich ansetzen und niedrigschwellig angeboten werden.“<sup>8</sup>

Die Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ sei solch ein niedrigschwelliges Angebot. Sie unterstütze werdende Mütter, bevor sich – mit der Geburt des Kindes – zusätzliche Armutsrisiken realisieren. Ziel der Stiftung sei es, der Mutter die Entscheidung für das Leben mit dem Kind zu erleichtern.

Weiter heißt es: „Eine Schwangerschaft sollte nicht von finanziellen Nöten überschattet werden und jedes Kind sollte die Chance auf einen guten Start ins Leben haben.“

Wichtige Weichen für die Entwicklung des Kindes werden in seinen ersten Lebensmonaten gestellt. Wenn der Mutter rund um die Geburt die Last finanzieller Sorgen genommen und ihr der Weg in das Hilfesystem gewiesen wird, in dem sie umfassend Unterstützung erfährt, kommt dies langfristig dem Wohl des Kindes zu Gute.“<sup>9</sup>

So verfolgt die Bundesstiftung den Ansatz: „Notlagen, denen mit typisierenden gesetzlichen Leistungen nicht ausreichend Rechnung getragen werden kann, sind Ausgangspunkt für die Hilfe der Bundesstiftung. Gerade in der oft schwierigen Situation während einer Schwangerschaft, in der die Hilfen, die für das (neu geborene) Kind gewährt werden, noch nicht greifen (Kindergeld, Elterngeld, Kinderzuschlag zum Arbeitslosengeld II etc.), ist eine ergänzende individuelle Unterstützung mit dem Ziel des Lebensschutzes besonders wichtig. Dementsprechend gewährt die Bundesstiftung flankierende Hilfen, um den betroffenen Frauen über die allgemeinen gesetzlichen Leistungen hinaus in finanzieller Notlage zu helfen.“<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup> *Host Country Paper* zur *Peer Review* 2010 (2010), S. 4.

<sup>9</sup> *Host Country Paper* zur *Peer Review* 2010 (2010), S. 4.

<sup>10</sup> *Host Country Paper* zur *Peer Review* 2010 (2010), S. 10.

# 16. Kongress Armut und Gesundheit

## VERWIRKLICHUNGSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

3. und 4. Dezember 2010

Die Fakten sind ernüchternd:

Trotz rückläufiger Geburtenzahlen gab es einen Anstieg der Anträge.

Zwei Drittel der Hilfeempfängerinnen sind Deutsche, ein Drittel ausländische Staatsangehörige. Mehr als 40 Prozent sind verheiratet, 36 Prozent sind alleinstehend und rund 20 Prozent leben in eheähnlicher Gemeinschaft. Ein Viertel der Frauen haben Einkommen aus selbstständiger oder nicht selbstständiger Arbeit, 49 Prozent haben ein Einkommen aus Sozialleistungen (SGB III, II). Wirklich genaue Auskünfte über das Verhältnis von Einkommen aus Transferleistungen oder aus prekären Arbeitsverhältnissen gibt die Statistik nicht. Die Zuordnung zur Einkommenskategorie erfolgt in der Regel dort, wo der größte Anteil des Einkommens liegt, ob bei den aufstockenden Leistungen oder beim Einkommen aus Erwerbsarbeit. Bundesweit leben 13 Prozent der Frauen, die Leistungen aus der Stiftung erhalten, ohne eigenes Einkommen.

Die Zahlen zeigen erschreckend, dass Armutsrisiken nicht auf einzelne Gruppen von Frauen beschränkt, sondern „in der Mitte der Gesellschaft“ angekommen sind. Bundesweit erhielt in 2008 jede fünfte Schwangere Mittel aus der Stiftung. Dabei erfüllten über 90 Prozent der Anträge die Kriterien einer Notlage. „Ansprüche“ definieren sich nach dem einfachen Regelsatz des SGB II zzgl. den Kosten für Unterkunft. Dies gilt jedoch nur für den Zeitraum der Schwangerschaft. Denn ein Antrag auf Stiftungsgelder ist nur in der Zeit der Schwangerschaft möglich.

Damit wird deutlich, dass aus der „individuellen Notlage“ längst der „Normalfall“ geworden ist.

Da es sich um eine „mildtätige“ Zuwendung handelt und kein Rechtsanspruch auf Mittel aus der Stiftung besteht, ist nicht auszuschließen, dass insbesondere in Flächenländern, in denen es kein enges Netz von Schwangerschaftsberatungsstellen, pro-familia-Beratungen und kirchlichen Beratungsstellen gibt, anspruchsberechtigte Frauen aus Unkenntnis gar keinen Antrag stellen.

### 5 Familienplanung in Zeiten von Armut

#### 5.1 Verhütungsverhalten

Bereits in einer Studie der pro familia aus dem Jahr 2006 wurden die Auswirkungen der nicht mehr gewährten Hilfe zur Familienplanung auf das Verhütungsverhalten von Frauen untersucht. Befragt wurden damals 69 Frauen zwischen 21 und 45 Jahren, die von ALG II leben. Danach gaben 80 Prozent der Befragten an, dass das Geld für die Kosten der Verhütung nicht ausreichte. Zudem wurde in der Studie nachgewiesen, dass sich die finanzielle Situation auch auf die Verhütungshäufigkeit auswirkt. So hatten vor dem Bezug von ALG II 67 Prozent der befragten Frauen immer verhütet, mit ALG II nur noch 30 Prozent.

Der Bezug von ALG II beeinflusst auch die Wahl des Verhütungsmittels, so wichen die Frauen auf finanziell günstigere Verhütungsmittel aus oder verhüteten nur zeitweise (mehrheitlich mit Kondom).<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Vgl. pro familia, Pilotstudie an der HS Merseburg, N=69.

#### **5.2 Ungeplante Schwangerschaften bei Frauen mit Migrationshintergrund und Migrantinnen**

Über ungeplante und ungewollte Schwangerschaften bei Frauen mit Migrationshintergrund hat pro familia mehrere Fallbeispiele aus der Beratungspraxis dokumentiert. Danach sind Hauptgründe für den Wunsch nach Familienplanung und für Schwangerschaftsabbrüche bei ungewollter Schwangerschaft häufig das sehr begrenzte Familieneinkommen bei vergleichsweise höherer Kinderzahl. Als Hauptproblem gilt die mangelnde Verhütungsbereitschaft der Männer, die selbst die Benutzung von Kondomen ablehnen. Durch traditionelle Geschlechterrollen, bei großen Altersunterschieden und bei nicht egalitären Geschlechterverhältnissen, z.B. bei Muslimen, aber auch bei Männern aus osteuropäischem oder afrikanischem Kulturkreis, wird Verhütung häufig in die alleinige Zuständigkeit der Frauen gelegt. Insbesondere Heiratsmigrantinnen der ersten Generation haben nur wenig Kenntnisse und Zugänge zu Informationen zur Familienplanung, verfügen in der Regel aber auch nicht über die finanziellen Möglichkeiten, insbesondere bei den von ihnen am ehesten gewählten Antikonzeptiva wie Pille, Spirale oder Sterilisation.

Besonders hoch sind daher die Schwangerschaftsabbrüche bei Frauen mit Migrationshintergrund. Nach Angaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) haben 27 von 100 Frauen mit türkischem und 48 von 100 mit osteuropäischem Migrationshintergrund Schwangerschaftsabbrüche vornehmen lassen. Dagegen haben lediglich neun von 100 westeuropäischen Frauen Erfahrungen mit einem Schwangerschaftsabbruch.

Besonders hoch sind die Abbruchraten bei Frauen in der ersten migrantischen Generation, in der nicht nur die Kenntnisse über Familienplanung fehlen, sondern die finanziellen Zugangshürden zu hoch sind. Zu den wichtigsten Abbruchgründen bei türkischen Frauen gehören: abgeschlossene Familienplanung, zu kurzer Abstand zur vorangegangenen Geburt und gesundheitliche Gründe.<sup>12</sup>

#### **6 Familienplanung – ein Menschenrecht**

Die selbstbestimmte Entscheidung über Zeitpunkt und Anzahl von Kindern ist eine wesentliche Voraussetzung zum Erhalt reproduktiver Gesundheit und muss allen Frauen und Paaren im reproduktiven Alter zur Verfügung stehen. Ist dies nicht gewährleistet, werden die Rechte von Frauen und Männern eingeschränkt. Es ist daher eine öffentliche Aufgabe, den Zugang zu sicheren, gesundheitlich verträglichen und günstigen Verhütungsmitteln zu ermöglichen und einen Rechtsanspruch darauf zu sichern.

Daher müsste der Zugang zu verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln und ärztlichen Leistungen über das SGB V im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung geregelt werden. Die Sterilisation von Frau und Mann ist keine Handlung „persönlicher Lebensplanung und von Eigenverantwortung“, vergleichbar einer kosmetischen Maßnahme. Sie ist eine Entscheidung

---

<sup>12</sup> Alle Angaben Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), frauenleben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf. Forschungsbericht; 2010.

# 16. Kongress Armut und Gesundheit

## VERWIRKLICHUNGSSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

### 3. und 4. Dezember 2010

verantwortlicher Lebensplanung *und* ein medizinischer Eingriff – Sterilisation sollte daher ebenso im Rahmen des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung verortet sein.

Dagegen könnte im Falle der Notfallkontrazeption die Rezeptpflicht abgeschafft und eine Verbesserung der Versorgungssituation am Wochenende durch Apotheken sichergestellt werden.

Das Menschenrecht auf reproduktive Gesundheit und das Recht des Zugangs zu sicheren und günstigen Verhütungsmitteln muss auf die Agenda der sozial- und gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland gesetzt werden.

#### **Carola Bury**

Referentin für Gesundheitspolitik

#### **Kontakt:**

Arbeitnehmerkammer Bremen  
Bürgerstr. 1  
28359 Bremen  
Fax: (0421) 36 301 995  
Tel: (0421) 36 301 990  
E-Mail: bury@arbeitnehmerkammer.de  
[www.arbeitnehmerkammer.de](http://www.arbeitnehmerkammer.de)

# 16. Kongress Armut und Gesundheit

## VERWIRKLICHUNGSCHANCEN FÜR GESUNDHEIT

### 3. und 4. Dezember 2010

#### Literatur/ Quellen:

Allmendinger, Jutta (2010). Geschlecht bleibt eine wichtige Dimension sozialer Ungleichheit, in: WZB Mitteilungen, Heft 129/ September, S. 12-15.

Bremische Zentralstelle für die Verwirklichung der Gleichberechtigung der Frau (Hrsg.) (2009). Programmierte Frauenarmut? Armutsrisiken von Frauen im Lebensverlauf: Problemanalysen und Lösungsstrategien, Bremen.  
[www.frauen.bremen.de](http://www.frauen.bremen.de)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.)(2010). frauenleben – Familienplanung und Migration im Lebenslauf. Forschungsbericht

Bury, Carola (2007). Beschäftigung am Existenzminimum. Armut und prekäre Beschäftigung im Land Bremen; In: Gesundheit Berlin (Hrsg.). Dokumentation 12. bundesweiter Kongress, Armut und Gesundheit, Berlin.

Bury, Carola (2008). Frauengesundheit – hohe Hürden für arme Frauen. Am Beispiel von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen (Mutter-Kind-Kuren); In: Gesundheit Berlin (Hrsg.). Dokumentation 14. bundesweiter Kongress, Armut und Gesundheit, Berlin.

Bury, Carola (2009). Lieber reich und gesund, als arm, krank und weiblich; In: BKK (Hrsg.). BKK-Gesundheitsreport, Gesundheit in Zeiten der Krise, Essen, S. 29-31.

Der Paritätische (Hrsg.) (2010). Rudolf Martens: Expertise. Die Regelsatzberechnungen der Bundesregierung sowie der Vorschlag des Paritätischen Gesamtverbandes für bedarfsdeckende Regelsätze; Berlin 22.10.2010.

Deutscher Gewerkschaftsbund (Hrsg.) (2010). Junge Frauen am Arbeitsmarkt: Gut qualifiziert, oft aber schlecht bezahlt. DGB Bereich Arbeitsmarktpolitik: arbeitsmarktaktuell, Nr. 10, November 2010.

Host Country Paper zur Peer Review (2010). „Bundesstiftung Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ am 21./22. Januar 2010 in Berlin.

pro familia (Hrsg.) (2010). Beispiele aus der Beratungspraxis, Verhütungskosten in Deutschland und die Auswirkungen auf die Verhütungssituation, Stand Januar, Verfügbar unter: [www.profamilia.de](http://www.profamilia.de)