

Schwangerschaftsabbrüchen sicher“. In Bayern z.B. müssen Betroffene stundenlange Wege in Kauf nehmen, da es in ihrer Nähe keine durchführenden Ärzt\_innen gibt. Zum einen liegt das an der allgemeinen Stigmatisierung, zum anderen gibt es bei Gynäkolog\_innen eine zunehmend abweisende Haltung gegenüber dem SAB. Kommen die Länder ihrer gesetzlichen Pflicht nach? Wer kontrolliert das und nach welchen Kriterien?

### Besondere Reisebedingungen

Noch bedenklicher ist die Situation für Frauen jenseits der 14. Woche nach letzter Blutung. Etwa vier Prozent aller SABs werden nach der 14. Schwangerschaftswoche – meist nach medizinischer Indikation – durchgeführt. Für sie gilt die Beratungsregelung nicht mehr. Die einzige Möglichkeit ist eine medizinische Indikation nach § 218a Abs. 2 StGB unter Berücksichtigung der Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis, „um Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, wenn die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.“

Wie bei der Beratungsindikation darf die indizierende Ärzt\_in nicht die Ausführende sein, d.h. die Schwangere muss eine Einrichtung finden, die auch Ärzt\_innen hat, die ihn durchführen (siehe oben „Weigerungsrecht“). Die Wahlfreiheit der Abbruchmethode lassen wir jetzt ganz außen vor. Die Betroffene muss also großes Glück haben, um eine Indikation und die entsprechende medizi-

nische Dienstleistung des SAB zu erhalten. Rückt der Zeitpunkt der Lebensfähigkeit des Fötus näher, wird beides faktisch nahezu unmöglich. Etwa 1.000 Frauen pro Jahr wählen den einfacheren Weg nach Holland (700-1000 Euro plus Reisekosten). Sie könnten strafrechtlich belangt werden. Was heißt es aber, wenn bei der Pränatal-Diagnostik (PND) eine schwere Beeinträchtigung des Fötus festgestellt wird? Dies ist kein Grund für einen SAB! Die Indikation beruht auch hier auf der ärztlichen Einschätzung, dass durch die Befunde der PND die seelische Gesundheit der Schwangeren gefährdet ist. Zusätzlich verpflichtet § 2a SchKG seit 2010 zum Angebot einer psychosozialen Beratung und einer dreitägigen Frist zwischen Diagnose und Indikation. Dann folgt die Suche nach einer durchführenden Klinik. Viele Kliniken verlangen vor dem SAB das „Abtöten“/Fetozid des Fötus im Mutterleib, besonders ab der 24. Woche, da dann die Lebensfähigkeit gegeben ist. Einige Kliniken führen – gesetzesfern – Ethikkommissionen ein, die über die Indikation entscheiden. Neuerdings jedoch droht den wenigen Kolleg\_innen, die die Betroffenen gut in diesen schwierigen Situationen begleiten und eine professionelle Betreuung gewährleisten, die Kriminalisierung. So kam es kürzlich in Berlin nach einem Spätabbruch zu einer Anzeige durch angrenzende Berufsgruppen und entsprechenden Krisengesprächen. In der Folge könnte es in Berlin gar keine späten SABe mehr geben. Schlusswort: Dass Frauen auch ohne Gesetze ihre Rechte auf einen Schwangerschaftsabbruch regeln können, zeigt Kanada. Dort gibt es seit 1984 keinerlei gesetzliche Bestimmungen mehr. Es geht auch ohne staatliche Bevormundung!

DOI: 10.5771/1866-377X-2017-1-14

## Reproduktive Gesundheit von Migrantinnen in prekären Aufenthaltsituationen

### Prof. Dr. Dorothee Frings

Mitglied der djb-Kommission Recht der sozialen Sicherung, Familienlastenausgleich, Mitglied im Arbeitsstab Flüchtlinge, Professorin für Verfassungs-, Verwaltungs- und Sozialrecht für die Soziale Arbeit am Fachbereich Sozialwesen der Hochschule Niederrhein, Mönchengladbach

Als prekär sollen in Hinblick auf die hier in Rede stehende Teilhabe an sozialen Rechten die Aufenthaltsituationen von Drittstaatsangehörigen gelten, die unter § 1 AsylbLG fallen. Erfasst werden also geflüchtete Frauen während eines Asylverfahrens, Frauen, deren Abschiebung ausgesetzt wird (Geduldete) oder die in sonstiger Weise ausreisepflichtig sind sowie Frauen mit einer humanitären Aufenthaltserlaubnis, die lediglich einen vorübergehenden rechtmäßigen Aufenthalt gestattet. Diese Gruppe ist bereits deshalb von der „Bürgerversicherung“ ausgeschlossen, weil die Versorgung nach dem AsylbLG als vorrangig gilt (§ 5 Abs. 11 Satz 3 SGB V). Personen nach § 1

AsylbLG erhalten in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts Regelleistungen nach § 3 AsylbLG und ab dem 16. Monat sogenannte „Analogleistungen zum SGB XII“ nach § 2 AsylbLG. Ein Wechsel in die „Analogleistungen“ erfolgt nicht, wenn den Betroffenen vorgeworfen wird, die Dauer ihres Aufenthalts rechtsmissbräuchlich beeinflusst zu haben (z.B. keine Mitwirkung bei der Passbeschaffung). In den ersten 15 Monaten erfolgt die medizinische Versorgung auf Grundlage von § 4 Abs. 1 AsylbLG. Eine Erkrankung muss akut oder schmerzhaft sein, um einen Behandlungsanspruch auszulösen. Diese Reduzierung der Gesundheitsleistungen auf die Notfallbehandlung lässt sich mit Art. 12 UN-Sozialcharta, die unabhängig vom Aufenthaltsstatus „ein Recht auf den höchsten erreichbaren Gesundheitszustand“ zuspricht, ebenso wenig vereinbaren wie mit der Menschenwürdegarantie nach Art. 1 Abs. 1 GG<sup>1</sup> oder nach

1 Zur Frage der migrationspolitischen Relativierbarkeit der Menschenwürde: BVerfG v. 18.7.2012 – 1 BvL 10/10, 1 BvL 2/11.

Art. 1 der GRC. Auf keinen Fall darf die Notfallversorgung auf besonders schutzbedürftige Personen während des Asylverfahrens angewendet werden, da ihnen gemäß Art. 19 Abs. 2 der AufnahmeRichtlinie<sup>2</sup> die medizinisch notwendige Behandlung in vollem Umfang zu gewähren ist. Zu den besonders schutzbedürftigen Personen gehören u.a. alleinreisende und alleinerziehende Frauen, Schwangere und Frauen nach allen Formen von Gewalterfahrungen, Menschenhandel und Genitalverstümmelung (Art. 21 AufnahmeRL). Die AufnahmeRL hätte bis zum 21. Juli 2015 in nationales Recht umgesetzt werden müssen (Art. 32 AufnahmeRL). Solange dies nicht geschehen ist, sind die in ihr enthaltenen konkreten Leistungsansprüche unmittelbar durch die Sozialhilfeträger zu gewähren.<sup>3</sup> Daraus können sich verschiedenartige Ansprüche aus dem Bereich der reproduktiven Medizin ergeben, u.a. der Anspruch auf eine Klitorisrekonstruktion. Leistungen bei Schwangerschaft und nach der Geburt werden nach § 4 Abs. 2 AsylbLG als Sonderleistungen erbracht. Erfasst werden auch pflegerische Hilfen und Hebammenhilfe, nicht jedoch die Haushaltshilfe entsprechend § 24h SGB V. Ebenfalls nicht einbezogen werden Leistungen zur Familienplanung und sozialpädiatrische Leistungen für Neugeborene. Möglich sind ergänzende Leistungen nach § 6 AsylbLG, „wenn sie im Einzelfall zur Sicherung ... der Gesundheit unerlässlich“ sind. Neben Seh- und Hörhilfen sowie psychotherapeutischen Leistungen können auch sozialpädiatrische Leistungen aus gesundheitlichen Gründen unverzichtbar sein. Der Zugang zu reproduktionsmedizinischen Leistungen entsprechend § 27a SGB V ist ausgeschlossen, weil diese Leistungen grundsätzlich nicht als unverzichtbar anzusehen sind. Problematisch ist die Versorgung mit Verhütungsmitteln. Die Übernahme wird in der Regel abgelehnt, weil die Kosten im Regelbedarf enthalten seien, allerdings sind die Regelbedarfe nach AsylbLG gegenüber den Regelbedarfen nach SGB II/SGB XII deutlich reduziert (351 Euro gegenüber 409 Euro für Alleinstehende). Die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs werden hingegen für nichtversicherte bedürftige Frauen mit Wohnsitz in Deutschland (auch Leistungsbezieherinnen nach AsylbLG) von den Bundesländern übernommen (§ 19 Abs. 3 SchKG) – hier liegt ein Wertungswiderspruch. Auch der Zugang zur anonymen Geburt wird Empfängerinnen von Leistungen nach dem AsylbLG uneingeschränkt gewährt (§§ 25 ff. SchKG).

Eine deutliche Verbesserung der medizinischen Versorgung wird in einigen Bundesländern durch die Einführung einer Gesundheitskarte nach § 264 Abs. 1 SGB V erreicht. Allerdings erfährt die Gleichstellung mit anderen Patienten spätestens

bei reproduktionsmedizinischen Leistungen wie der künstlichen Befruchtung ihre Grenze, diese werden auch mit Gesundheitskarte nicht gewährt. Mit dem Übergang zu den „Analogleistungen zum SGB XII“ ab dem 16. Aufenthaltsmonat ändert sich die medizinische Versorgung, weil nicht nur die Leistungen zum Lebensunterhalt, sondern auch die Gesundheitsleistungen analog SGB XII erbracht werden, somit die Krankenhilfe nach §§ 47 ff. SGB XII im Umfang der Leistungen der GKV (§ 52 Abs. 1 SGB XII). Problematisch bleibt in allen Fällen die Hinzuziehung von Dolmetscher\_innen. Bei dieser Leistung handelt es sich nicht um eine Leistung der GKV. In der Kombination mit Gesundheitsleistungen nach AsylbLG sind Übersetzungen (§ 6 AsylbLG) zu finanzieren. Werden Leistungen im Umfang der GKV nach SGB XII erbracht, können Dolmetscherdienste nur über § 73 SGB XII finanziert werden. Regelmäßig ergeben sich Schwierig-

**Reproduktive Gesundheitsversorgung ist besonders beratungsintensiv. Deshalb müssen Dolmetscherdienste für Migrantinnen ohne ausreichende Deutschkenntnisse selbstverständlich und ohne langwierige und bürokratische Hürden zur Verfügung stehen.**

keiten bei der Beantragung, die es ausschließen, dass auf einen akuten Bedarf zeitnah reagiert wird. Eine wichtige versicherungsunabhängige Leistung ist das anonym mögliche Beratungsangebot der Gesundheitsämter bezüglich sexuell übertragbarer Krankheiten (§ 19 IfSG). Diese Dienstleistungen stehen leider in vielen Gesundheitsämtern nicht oder nicht niederschwellig zur Verfügung.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass für Migrantinnen in prekären Aufenthaltsituationen eine relativ gute Versorgung bei Schwangerschaft und Geburt sowie in der Situation eines Schwangerschaftsabbruchs verfügbar ist, ihnen aber andererseits in den ersten 15 Monaten des Aufenthalts bzw. auch darüber hinaus der Zugang zur Unterstützung bei der Familienplanung, Verhütung und allen Formen der reproduktiven Medizin vorenthalten wird.

2 Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates v. 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen.

3 Voigt, info also 2016, 99, 106.

4 BSG v. 6.2.2008 – B 6 KA 40/06 R.