

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)0040(4)
gel. VB zur öAnh am 7.11.2018 -
Kostenübernahme Verhütung
2.11.2018



Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 02.11.2018

zu den Anträgen
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Selbstbestimmte
Familienplanung ermöglichen“ (Drucksache 19/2514) und
der Fraktion DIE LINKE „Verhütungsmittel kostenfrei
zur Verfügung stellen“ (Drucksache 19/2699)

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv–spitzenverband.de
www.gkv–spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Selbstbestimmte Familienplanung ermöglichen – Kostenloser Zugang zu Verhütungsmitteln für Menschen mit geringem Einkommen“ vom 05.06.2018 (Drucksache 19/2514)...	3
II. Antrag der Fraktion DIE LINKE „Verhütungsmittel kostenfrei zur Verfügung stellen“ vom 12.06.2018 (Drucksache 19/2699)	6

I. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Selbstbestimmte Familienplanung ermöglichen – Kostenloser Zugang zu Verhütungsmitteln für Menschen mit geringem Einkommen“ vom 05.06.2018 (Drucksache 19/2514)

1 Antragsgegenstand

Gesetzlich Versicherte haben nach § 24a SGB V Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung inklusive der erforderlichen Untersuchungen sowie der Verordnung empfängnisverhütender Mittel. Versicherte, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, haben zusätzlich Anspruch auf Übernahme der Kosten für ärztlich verordnete empfängnisverhütende Mittel; soweit die Versicherten das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind bei der Abgabe der empfängnisverhütenden Mittel – analog zu den Regelungen für Arznei- und Verbandmittel – Zuzahlungen zu leisten.

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN weist – u. a. vor dem Hintergrund des auf Versicherte bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres begrenzten Anspruchs auf Kostenübernahme verschreibungspflichtiger empfängnisverhütender Mittel durch die gesetzliche Krankenversicherung – darauf hin, dass auch Versicherte, die 20 Jahre und älter sind, in wirtschaftlich schwierigen Lagen sein können, die ihnen den Zugang zu einer selbstbestimmten Verhütung erschweren. Dies schränke für Menschen mit geringem Einkommen das Recht auf selbstbestimmte Familienplanung ein. Deshalb fordert sie die Schaffung einer bundeseinheitlichen Regelung, die Empfängerinnen und Empfängern von Transferleistungen den vollständig kostenfreien Zugang zu ärztlich verordneten Verhütungsmitteln ermöglicht und die die Kostenübernahme möglichst unbürokratisch und niedrigschwellig regelt (vgl. II Nr. 1 und 2). Nach Auffassung von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bietet sich aufgrund der Zugänglichkeit und einfachen Handhabung hierfür eine Regelung im Fünften Buch Sozialgesetzbuch an; da es sich bei dem kostenfreien Zugang zu Verhütungsmitteln aber um eine öffentliche Aufgabe handele, sollen die Aufwände der Krankenkassen durch einen Steuerzuschuss ersetzt werden.

Darüber hinaus soll die Bundesregierung nach Auffassung von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gewährleisten, dass die insoweit berechtigten Personen zielgruppenspezifisch, umfassend und zügig über die Möglichkeit der Kostenübernahme informiert werden und dazu eine Informationskampagne durchgeführt wird (vgl. II Nr. 3); zudem soll gemeinsam mit den Ländern ein kostenloser, niedrigschwelliger Zugang zu Kondomen über geeignete Stellen, etwa Gesundheitsämter, sichergestellt werden (vgl. II Nr. 4).

2 Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Wenngleich Leistungen zur Empfängnisverhütung nicht der Behandlung einer Krankheit dienen, hat der Gesetzgeber entschieden, dass die Krankenkassen in begrenztem Umfang entsprechend den Vorgaben des § 24a SGB V auch Leistungen zur Empfängnisregelung erbringen. Leistungsauslösender Tatbestand ist hier nicht der Krankheitsfall, sondern der Beratungs- bzw. Verordnungswunsch der oder des Versicherten.

Die Leistungen stellen entsprechend für die GKV typische versicherungsfremde Leistungen dar und waren folgerichtig auch vor der Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 ausgleichsfähige Leistungen im Sinne der damaligen Pauschal-Abgeltungsverordnung, als die Bundesbeteiligung den einzelnen Krankenkassen noch nach ihren tatsächlichen Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen zugewiesen wurde. Zur pauschalen Abgeltung aller versicherungsfremden Leistungen der Krankenkassen zahlt der Bund heute einen Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds – zurzeit in Höhe von 14,5 Mrd. Euro jährlich (vgl. § 221 SGB V). Unter Berücksichtigung der Leistungsausgaben für Versicherte, die beitragsfrei versichert sind, erbringen die Krankenkassen demgegenüber versicherungsfremde Leistungen in Höhe eines Gesamtvolumens von rd. 36,8 Mrd. Euro (2016). Unberücksichtigt bleiben dabei noch die Wirkungen verschiedentlich durchgeführter Lastverschiebungen zu Gunsten des Bundes oder anderer Sozialversicherungszweige, etwa der sukzessive Rückzug des Bundes aus der Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes von Bezieherinnen und Beziehern von Arbeitslosengeld II.

Wenn nun mit dem vorliegenden Antrag die aktuell zumindest für Versicherte der GKV vorgesehen Leistungsansprüche nicht als ausreichend angesehen werden und entsprechend gefordert wird, generell einen kostenfreien Zugang zu empfängnisverhütenden Mitteln für wirtschaftlich benachteiligte Gruppen bzw. für Empfängerinnen und Empfänger bestimmter Transferleistungen vorzusehen, handelt es sich unzweifelhaft um eine gesellschaftspolitische Frage, die im Parlament zu diskutieren und vom Parlament zu beantworten ist. Wie aus dem Antrag erkennbar, ist dies auch keine Frage, die sich auf Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung beschränken lässt (siehe auch den Hinweis im Antrag auf die Entschließung des Bundesrates vom 15.12.2017, Drucksache 617/17 (Beschluss), wonach eine bundeseinheitliche Lösung gefordert wird, um für alle Frauen die gleichen Voraussetzungen zu schaffen). Der GKV-Spitzenverband wird sich entsprechend hierzu nicht positionieren.

Soweit sich der Gesetzgeber für eine Ausweitung des öffentlichen Engagements im Bereich der Empfängnisverhütung ausspricht und die erweiterten Leistungsansprüche der Bürgerinnen und Bürger nicht über die originär zuständigen Sozialleistungsträger, sondern über die Krankenkassen sicherstellen will, ist der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zuzustimmen, dass sodann ein steuerfinanzierter Ersatz der tatsächlich den Krankenkassen entstehenden Kosten sicherzustellen wäre. Zusätzlich wäre eine Erstattung der den Krankenkassen durch diese auftragsweise Leistungserbringung entstehenden Verwaltungsaufwendungen vorzusehen.

Im Antrag wird die vorgeschlagene „Regelung über das SGB V“ mit der Zugänglichkeit und einfachen Handhabung über das System der GKV begründet. Insoweit ist zu berücksichtigen, dass den Krankenkassen die leistungsberechtigten Transfereinkommensbezieher unter ihren Versicherten nicht durchgängig bekannt sind. Zudem müssten auch Ärzte diese Versicherten eindeutig identifizieren können, wenn Arzneimittelverordnungen zu Lasten der GKV ausgestellt werden sollen. Es wäre erforderlich, die Rezepte mit einer entsprechenden Kennung zu versehen, damit die Apotheke überprüfen kann, ob das verordnete Arzneimittel ausnahmsweise abgegeben werden darf. Von daher ist auch mit Blick auf eine mögliche Diskriminierung und den notwendigen Datenschutz die Umsetzbarkeit zu hinterfragen.

Die von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN geforderte zielgruppenspezifische und umfassende Information müsste aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes – unabhängig von der Frage, welcher Träger die zusätzlichen Leistungen der Empfängnisverhütung zu gewähren hat – zwingend durch diejenigen Leistungsträger erfolgen, die die Transfereinkommen gewähren. Denn den Krankenkassen sind – wie oben ausgeführt – die leistungsberechtigten Transfereinkommensbezieher selbst unter ihren Versicherten nicht durchgängig bekannt.

Die Ermöglichung eines kostenlosen und niedrigschwelligen Zugangs zu Kondomen liegt – so ist aus diesseitiger Sicht auch der Antrag zu lesen – nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes außerhalb des Tätigkeits- und Zuständigkeitsbereichs der Krankenversicherung.

II. Antrag der Fraktion DIE LINKE „Verhütungsmittel kostenfrei zur Verfügung stellen“ vom 12.06.2018 (Drucksache 19/2699)

1 Antragsgegenstand

Die Fraktion DIE LINKE geht mit ihrem Antrag über die oben beschriebenen Forderungen der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hinaus. Sie fordert ganz generell, verschreibungspflichtige Verhütungsmittel und operative Eingriffe (Sterilisationen) ohne Alters- und Indikationseinschränkung in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen (siehe Forderung II Nr. 1a).

Darüber hinaus sollen „wirksame nicht verschreibungspflichtige Verhütungsmittel, insbesondere die symptothermale Methode und Kondome“, von den Krankenkassen übernommen werden. Für diesen Bereich der Verhütungsmittel soll den Versicherten ein monatliches Budget bereitgestellt werden, welches für vom Gemeinsamen Bundesausschuss bzw. in Vereinbarungen zwischen der GKV und der Apothekerschaft als wirksam und damit erstattungsfähig definierte Verhütungsmethoden der Wahl einschließlich so genannter Notfallkontrazeptiva verwendet werden kann. Die gemeinsame Selbstverwaltung soll ermächtigt werden, das Nähere, u. a. die Höhe des Budgets sowie das Genehmigungs- und Abrechnungsverfahren, möglichst unbürokratisch zu regeln (siehe Forderung II Nr. 1b).

Entsprechend des Gesamtumsatzes an Verhütungsmitteln in Deutschland ergäben sich für die Krankenkassen durch die neue Erstattungspflicht Mehrausgaben von rd. 600 Mio. Euro.

Zudem solle die Bundesregierung ein Modellprojekt zur Versorgung von Nichtkrankenversicherten mit Verhütungsmitteln auf den Weg bringen (Forderung II Nr. 2).

2 Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

Zur grundsätzlichen Frage, ob es Aufgabe des Staates ist, seinen Bürgerinnen und Bürgern – unabhängig von ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit – einen kostenfreien Zugang zu empfängnisverhütenden Mitteln zu gewährleisten, um auf diesem Wege das von den Antragstellern aus der UN-Frauenrechtskonvention abgeleitete Recht auf „reproduktive Entscheidungsfreiheit“ zu verwirklichen, positioniert sich der GKV-Spitzenverband nicht. Es handelt sich nicht um eine spezifisch krankenversicherungsrechtliche, sondern um eine gesellschaftspolitische Frage, die im allgemeinen gesellschaftlichen Diskurs zu behandeln und letztlich vom Deutschen Bundestag zu

entscheiden ist. Sollte der Bundestag diese Frage bejahen, stellt die Umsetzung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar.

Aus den nachfolgenden Erwägungen sieht der GKV-Spitzenverband die Aufnahme verschreibungspflichtiger Verhütungsmittel ohne Alters- und Indikationseinschränkung in den Leistungskatalog der GKV kritisch und lehnt die konkreten Vorschläge zur generellen Aufnahme von wirksamen nicht verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln (inklusive Notfallkontrazeptiva) im Rahmen eines Budgets sowie von operativen Eingriffen zum Zwecke der Sterilisation in den Leistungskatalog der GKV ab:

- Wie oben bereits dargelegt, handelt es sich bei den Leistungen zur Empfängnisverhütung um versicherungsfremde Leistungen (keine Leistungen für den Krankheitsfall). Soweit der Gesetzgeber den gesetzlichen Krankenkassen – über die bereits bestehende Leistungspflicht nach § 24a SGB V hinaus – weitere versicherungsfremde Aufgaben auferlegen wollte, wäre daneben ein steuerfinanzierter Ausgleich der tatsächlichen Aufwendungen der Krankenkassen sicherzustellen. Der Antrag der LINKEN belässt die Leistungs- und Finanzierungsverantwortung dagegen bei den Krankenkassen.
- Originäre Aufgabenstellung der Krankenversicherung ist es, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern (§ 1 Satz 1 SGB V). Auch für die originären Leistungen der Krankenbehandlung gilt nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot die strikte Vorgabe des Gesetzgebers, dass sie nur erbracht werden können, wenn sie ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Vor diesem Hintergrund und in Anbetracht bestehender Regelungen zur Eigenverantwortung der Versicherten sowie begrenzter Finanzierungsmöglichkeiten stellt sich bei der von den Antragstellern geforderten Ausweitung versicherungsfremder Leistungen ohne einen entsprechenden steuerfinanzierten Ausgleich die Frage, ob die kostenfreie Bereitstellung von frei und zum Teil im Einzelhandel verfügbaren Verhütungsmitteln durch die Krankenkassen unabhängig von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des einzelnen Versicherten als sozialpolitisch gebotene Mittelverwendung der Krankenversicherung betrachtet werden kann.
- Grundsätzlich ist es kritisch, Notfallkontrazeptiva als Verhütungsmethode zu betrachten, die substitutiv zu anderen Verhütungsmethoden zur Anwendung kommen kann. Sie sind (ihrer Bezeichnung entsprechend) ausschließlich für die sporadische Anwendung vorgesehen – die regelhafte Verhütungsmethode muss eine andere sein. Die im Antrag vorgesehene Aufnahme nicht verschreibungspflichtiger Notfallkontrazeptiva in das geforderte

„Verhütungsbudget“ verwässert diese aus Gründen der Arzneimittelsicherheit gebotene Unterscheidung. Auch die Frage des kostenfreien Zugangs zu Mitteln der Notfallkontrazeption stellt eine gesamtgesellschaftliche Entscheidung dar. Soweit neben dem niedrigschwelligen Zugang über die öffentliche Apotheke eine Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen ist, sollte diese – im Sinne der betroffenen Mädchen und Frauen – an eine fundierte ärztliche Beratung in Verbindung mit der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch, aber auch zur weiteren Durchführung von Verhütungsmethoden gebunden bleiben. Die derzeitigen Regelungen nach § 24a Abs. 2 SGBV sehen vor, dass für diese ärztlich verordneten Notfallkontrazeptiva eine Kostenübernahme für Versicherte bis zum vollendeten 20. Lebensjahr in einem unkomplizierten Verfahren im Rahmen des Sachleistungsprinzips gewährleistet ist. Somit werden bestehende Abrechnungswege genutzt, ohne dass aufwändige Verfahren etabliert werden mussten.

- Das vorgeschlagene monatliche Budget für nicht verschreibungspflichtige Verhütungsmittel wird abgelehnt. Es lässt sich in einem Sachleistungssystem, wie es im Antrag mit Direktabrechnung der Leistungserbringer in Bezug auf eine durch die Krankenkasse genehmigte Verhütungsmethode beschrieben wird, nicht umsetzen. Abrechnungen im Sachleistungssystem setzen vertraglich vereinbarte Preise voraus, die von dem abrechnungsberechtigten Leistungserbringer in voller Höhe abgerechnet werden können. Ein einzelfallbezogener Abgleich mit einem aktuell verfügbaren (Rest-)Budget des Leistungsempfängers ist insoweit nicht möglich.
- Abgelehnt wird auch der Vorschlag, operative Eingriffe wie eine nicht medizinisch begründete Sterilisation quasi als Substitut für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel in die Leistungspflicht der GKV aufzunehmen. Zu berücksichtigen ist insoweit, dass selbst im Rahmen einer Krankenbehandlung ein Anspruch auf sog. mittelbare Behandlung zu Lasten der GKV nur bei besonderer Rechtfertigung besteht; soll dabei etwa durch eine Operation in ein funktionell intaktes Organ eingegriffen und dieses regelwidrig verändert werden, müssen die Art und Schwere der Erkrankung, die Dringlichkeit der Intervention, die Risiken und der zu erwartende Nutzen der Therapie gegeneinander abgewogen werden. Maßgeblich ist insoweit die Erforderlichkeit der Behandlung. Auch eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation im Sinne von § 24b Abs. 1 Satz 1 SGB V kann nur zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erfolgen, wenn die Sterilisation im Einzelfall erforderlich ist, um von der versicherten Person die durch eine Befruchtung, Schwangerschaft oder Geburt entstehende Gefahr einer schwerwiegenden Schädigung ihres körperlichen oder ihres geistig-seelischen Gesundheitszustandes abzuwenden. Von daher würde eine – wie

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 02.11.2018 zu den Anträgen von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Selbstbestimmte Familienplanung ermöglichen“ (Drucksache 19/2514) und DIE LINKE „Verhütungsmittel kostenfrei zur Verfügung stellen“ (Drucksache 19/2699)
Seite 9 von 9

offensichtlich mit dem Antrag intendierte – Erweiterung der Leistungspflicht der GKV um operative Eingriffe, die allein Zwecken der Familienplanung dienen, also medizinisch nicht erforderlich sind, elementaren Grundsätzen der GKV widersprechen und ist deshalb abzulehnen.