

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

19(14)0040(2)

gel. ESVe zur öAnh am 7.11.2018 -

Kostenübernahme Verhütung

1.11.2018

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Kostenübernahme für Verhütungsmittel

Antrag der Fraktion DIE LINKE: Verhütungsmittel kostenfrei zur Verfügung stellen.
BT-Drucksache 19/2699

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Selbstbestimmte Familienplanung ermöglichen – Kostenloser Zugang zu Verhütungsmitteln für Menschen mit geringem Einkommen
BT-Drucksache 19/2514

Von

Prof. Dr. Ulrike Busch

Institut für Angewandte Sexualwissenschaft

Hochschule Merseburg

Berlin, den 01.11.2018

Kontakt:

ulrike.busch@hs-merseburg.de

Kontrazeption als originäre Gesundheitsleistung – sechs Aspekte

1. Einem modernen *Gesundheitsverständnis am Beginn des 21. Jahrhunderts* folgend, ist ein guter Zugang zu sicheren und individuell geeigneten Mitteln der Empfängnisverhütung prinzipieller Bestandteil medizinischer Versorgung. Der Anspruch darauf sollte deshalb – unabhängig vom sozialen Status oder Alter der Person – unentgeltlich gesichert sein.

Diverse internationale Erklärungen und Konventionen seit 1968 heben das Recht auf die Entscheidung über Zeitpunkt, Zahl und Geburtenabstand von Kindern, mithin das Recht auf Familienplanung als basales Menschenrecht hervor¹. In den Leitprinzipien der WHO-Regionalstrategie für Europa heißt es bereits 2001:

„Gesundheit ist ein fundamentales Menschenrecht. Jeder hat das Recht auf den höchsten erreichbaren Standard an körperlicher und geistiger Gesundheit. Die Mitgliedsstaaten sollten alle geeigneten Maßnahmen ergreifen, um auf der Grundlage der Gleichberechtigung zwischen Mann und Frau einen universellen Zugang zu Gesundheitsleistungen sicherzustellen, einschließlich solcher für die reproduktive Gesundheitsvorsorge, die Familienplanung und sexuelle Gesundheit“².

Auch das EU-Parlament hat mehrfach die Sicherung des Zugangs zu reproduktiven und sexuellen Gesundheitsdienstleistungen – insbesondere die Wahl der Empfängnisverhütung betreffend – gefordert. Internationale Studien verweisen auf *die individuellen und gesellschaftlichen sozialen und wirtschaftlichen Wirkungen eines ungehinderten Zugangs zu Verhütung*³. Familienplanung ist Lebensgestaltung und Lebensqualität. Sie ist essentiell für Geschlechtergerechtigkeit. Insbesondere Frauen sind unmittelbar von der Möglichkeit selbstbestimmter Entscheidungen über ihre bildungsbezogene, berufliche und familiäre Lebensperspektive sowie von den körperlichen und psychischen Folgen ungewollter Schwangerschaft abhängig.

2. *Auch Deutschland hat sich den Grundsätzen der Sicherung der reproduktiven Gesundheit und Rechte verpflichtet*⁴. Fehlen Zugang oder Verfügbarkeit wirksamer Verhütungsalternativen, führt das nachweislich zu ungewollter Schwangerschaft mit allen Folgen. Das Interesse von Frauen und Männern an effektiver⁵ Verhütung ist in Deutschland so groß wie nie. Das widerspiegelt sich auch im realen Verhütungsverhalten⁶. Allerdings werden in Deutschland nach SGB V § 24 a zwar die Kosten der Beratung und Verordnung von Kontrazeptiva durch die gesetzlichen Krankenkassen übernommen, nicht aber die für die Mittel selbst, wenn die Frauen das 20. Lebensjahr vollendet haben. Überdies zählt Deutschland europaweit zu den Ländern mit den teuersten Kontrazeptiva⁷. Im Interesse eines niedrighwelligen Zugangs zu individuell geeigneten Methoden der Empfängnisverhütung und damit einer wirksamen Reduzierung ungewollter Schwangerschaften sollte sowohl auf ärztlich als auch auf nicht ärztlich verordnete Verhütungsmittel ein *unentgeltlicher Anspruch* bestehen. Da die meisten Verhütungsmethoden von Frauen angewendet werden und ihnen meist auch die Kosten bleiben, besteht inhärent eine Benachteiligung von Frauen. Es ist zudem doppelbödig, einerseits die Entscheidung

für den Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft moralisch und juristisch zu sanktionieren, andererseits aber die Vermeidung ungewollter Schwangerschaften zum Privatproblem zu erklären.

3. Ein Blick auf andere europäische Länder zeigt, dass ein unentgeltlicher krankenkassenfinanzierter Anspruch möglich ist: In Belgien, Frankreich und Großbritannien gibt es bereits weitreichende Regelungen unentgeltlicher Verhütung ohne zielgruppenspezifische Einschränkungen⁸. In 13 Ländern werden Kontrazeptiva-Kosten für junge Frauen übernommen, in 15 Ländern wird die Vergabe von der Einkommenssituation abhängig gemacht, wobei in neun Ländern beides berücksichtigt wird (vgl. Fußnote 8). *Deutschland hat also erheblichen Nachholbedarf*. Einzig für Frauen bis zum vollendeten 20. Lebensjahr sichert § 24 a Abs. 2 SGB V den kostenfreien Zugang. Die hier vorgenommene Begründung kann in Anlehnung auch für über 20jährige geltend gemacht werden: So sollen „im wesentlichen die Frauen begünstigt (werden), die aufgrund ihrer wirtschaftlichen Situation, insbesondere weil sie sich noch in Ausbildung befinden, am wenigsten in der Lage sind, die Kosten für Empfängnisverhütungsmittel aufzubringen“⁹.

Seit Jahren machen Studien, insbesondere die BZgA-Studie „Frauenleben 3“, Erfahrungsberichte und Fallsammlungen von Beraterinnen sowie Statements von Trägerverbänden von Schwangerschaftsberatungsstellen die entsprechenden Defizite auf eindrückliche Weise deutlich¹⁰. Träger von Schwangerschaftsberatungsstellen aber auch frauenpolitische Akteure und Vertreter_innen unterschiedlichster Parteien fordern seit langem entsprechende gesetzliche Veränderungen. Das Defizit gründet im Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004, den Fassungen des SGB II § 20 und SGB XII §§ 49/52 sowie in den Veränderungen im SGB V § 24 a und b (letzteres die Sterilisation betreffend). Im Kontext der hohen Kosten für Verhütungsmittel in Deutschland führt die bestehende Situation dazu, dass Frauen und Männer mit geringem Einkommen tendenziell eher situativ und damit weniger wirksam verhüten. Sie können sich effektive Verhütungsmittel wie Pille, Verhütungsring oder Pflaster und insbesondere die sehr wirksamen langfristig anwendbaren, aber kostenintensiven Methoden wie Kupfer- und Hormonspiralen, Implantat oder Sterilisation etc. nicht leisten, und müssen auf andere, weniger wirksame Alternativen ausweichen (insbes. auf das Kondom) oder verhüten partiell auch nicht. Die Frauen empfinden dies als beängstigend: eine ungewollte Schwangerschaft wird als drohende Katastrophe gefühlt, ein Schwangerschaftsabbruch keinesfalls „kalkuliert“, wie z. T. unterstellt, weil es hier eine Kostenübernahmeregelung gibt¹¹. Die zu treffenden Regelungen müssen ebenso das Kondom (noch dazu die einzige Verhütungsmethode für den Mann und die Methode, die zugleich vor sexuell übertragbaren Krankheiten schützt) sowie die Sterilisation für Frauen und Männer mit abgeschlossener Familienplanung einschließen.

4. Solange ein genereller unentgeltlicher Zugang zu Verhütung als Bestandteil einer modernen Gesundheitsversorgung politisch nicht umsetzbar ist, genießt eine unverzügliche Regelung für Frauen und Männer mit geringem Einkommen Vorrang. Weitere Studien sind nicht erforderlich, einschlägige Erkenntnisse liegen vor. Es fehlt bisher lediglich am politischen Willen. Bedeutsam ist eine *rasche Umsetzung, die einen unbürokratischen, niedrigschwelligen Zugang mit klarer Zuständigkeit und einfachem Prozedere* sichert. Zusätzliche Antragsbehörden und Bedürftigkeitsprüfungen müssen vermieden werden, noch dazu bei einem derart intimen, gelebte Sexualität betreffenden Thema. Vorliegende Bescheide können die Berechtigungsgrundlage für die Kostenübernahmen bilden.

Es ist eine *bundeseinheitliche Regelung* erforderlich, die den bisherigen willkürlichen und löchrigen Flickenteppich kommunaler Hilfe beseitigt¹² und die die ihm inhärenten Informationsprobleme löst. Das SGB V § 24 a und b ist das dafür adäquate ordnungspolitische Regelungssystem im sozialrechtlichen Kontext. Die Mittel der gesetzlichen Krankenkassen werden aus dem Gesundheitsfonds gespeist, in dem Steuermittel inkludiert sind. Den Prinzipien der Solidargemeinschaft folgend, sind die Vermeidung ungewollter Schwangerschaften und die niedrigschwellige Versorgung mit Verhütungsmitteln hier anzusiedeln. Die Krankenkassen verfügen über die Daten der Versicherten auch zur Einkommenssituation und können im Bedarfsfall ergänzende Unterlagen anfordern. Eine Erhöhung des Regelsatzes Gesundheitspflege im SGB II und/oder eine Ergänzung im SGB XII löst die Versorgungsprobleme ebenso wenig wie eine Regelung über eine Antragstellung über die Schwangerschaftsberatungsstellen, die auf Basis einer Veränderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes erfolgen müsste. Zusätzliche Wege, Informationsprobleme, die Abhängigkeit vom Kenntnisstand über die Ansprüche und Hemmnisse bei deren Inanspruchnahme würden den Zugang erschweren. Es ist zu prüfen, welche Änderung ggf. im AsylbLG erforderlich sind (§ 4 Abs.2, Satz 2). Andere tangierende Gesetze müssen angepasst werden.

Die Formulierung im SGB V § 24 a könnte wie folgt lauten: „*Versicherte bis zum vollendeten 20. Lebensjahr und **Versicherte, die Leistungen nach dem SGB II, SGB XII, § 6a BKGG, WohngeldG, BAföG oder Berufsausbildungsbeihilfe beziehen oder die einen Wohnberechtigungsschein gemäß § 9 WofG haben, haben Anspruch auf Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln, soweit sie ärztlich verordnet werden.***“ Parallele Lösungen für die nicht ärztlich verschriebenen Verhütungsalternativen und die Sterilisation müssen in den dafür zuständigen Gesetzen gefunden werden.

5. Dringend erforderlich in der Einführungsphase einer neuen gesetzlichen Regelung ist eine entsprechende *Informationskampagne über geeignete Medien*, um Ärzt_innen, Beraterinnen, Ämter und vor allem die Frauen und Männer über ihre Ansprüche und

Zugangswege zu informieren. Die bestehenden Homepages und Zeitschriften bzw. Flyer der BZgA, der Träger von Schwangerschaftsberatungsstellen, der Krankenkassen sowie ärztlich relevante Fachzeitschriften eignen sich als zielgenaue und fachlich kompetente Medien.

Im Rahmen der Schwangerschaftsberatung sollte die psychosoziale Verhütungsberatung gestärkt werden, um bedarfsorientiert, rechtbasiert und unabhängig Frauen und Männer in ihrer Entscheidungskompetenz über die in ihrer partnerschaftlichen und lebenskontextuellen Situation geeignetsten Verhütungsmethoden zu unterstützen. Die komplexen Aspekte einer solchen Verhütungsberatung können die primär an medizinischen Inhalten orientierte ärztliche Verhütungsberatung sinnvoll ergänzen. Die Berater_innen der Schwangerschaftsberatungsstellen sind zudem qualifiziert für die Beratung von Menschen mit spezifischen Bedarfen, so u.a. von Jugendlichen, Menschen mit Beeinträchtigungen und von Geflüchteten oder Menschen mit Migrationshintergrund. Sie können deren Rechte, Lebensbesonderheiten und kulturelle oder gar traumatisierende Erfahrungen adäquat berücksichtigen. Ebenso zu stärken ist der Stellenwert der professionellen sexuellen Bildung von Jugendlichen oder anderen relevanten Zielgruppen über ihre Rechte und ihren Zugang zu Verhütung, zu den Methoden und zum Verhütungsverhalten im Kontext gelebter Partnerschaft und Sexualität. Beobachtbaren Tendenzen, Sexuaufklärung zugunsten anderer Aufgaben der Schwangerschaftsberatung zu reduzieren, muss dringend entgegengewirkt werden.

6. Regelungsbedarf besteht für Nichtversicherte, wie die Praxis immer wieder zeigt. Hier sind entsprechende Konzepte dringend erforderlich. Für privat Versicherte muss geregelt werden, dass auch sie einen Anspruch im Rahmen der Basisleistungen der gesetzlichen Krankenkassen geltend machen können.

FAZIT

Die Initiativen beider Parteien sind zu begrüßen. Sie drücken die Bereitschaft aus, sich dem dringenden Anliegen der Kostenübernahme von Verhütungsmitteln endlich anzunehmen und ein Gesetzesverfahren in Gang zu bringen.

Fußnoten

¹ Exemplarisch wird auf das Aktionsprogramm der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo 1994, die Weltfrauenkonferenz in Peking von 1995, Statements der WHO und Entschlüsseungen des EU-Parlaments (u. a. zum sogenannten Tarabella-Bericht von 2015) verwiesen.

² WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. WHO 2001.

³ Center for reproductive rights: Access to contraceptives. The social and economic benefits and role in achieving gender equality. Fact sheets 2009.

⁴ So u. a. das Statement im Beschluss des Bundestages anlässlich des 20. Jahrestages der Kairoer Konferenz.

⁵ Effektive Verhütung meint in Sonderheit, dass Verhütung sicher, zuverlässig, einfach in der Anwendung und nebenwirkungsarm sein muss. Diese Faktoren sind für Frauen und Männern bei der Wahl der Methode entscheidend.

⁶ Siehe u. a. die BZgA-Studien zum Verhütungsverhalten Erwachsener sowie „Frauenleben 3“.

⁷ Siehe I. Thonke: Kosten erschweren Zugang zu Verhütung. pro familia untersucht Verhütungskosten in Europa. In: pro familia Magazin 03/2011, S. 13f.

⁸ Vgl. Contraception Atlas 2018. European Parliamentary Forum on Population & Development (EPF). Auch in der DDR waren ärztlich verschriebene Kontrazeptiva seit 1972 unentgeltlich (geregelt im Gesetz zur Unterbrechung der Schwangerschaft).

⁹ GKV-Spitzenverband und Verbände der Krankenkassen: Gemeinsames Rundschreiben vom 09.12.2015 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V)
https://www.vdek.com/vertragspartner/leistungen/schwangerschaft/_jcr_content/par/download_0/file.res/Leistungen%20zur%20Empfängnisverhütung,%20bei%20Sterilisation%20und%20Schwangerschaftsabbruch.pdf, S. 7.

¹⁰ Zur Untersetzung der Argumentation hat das Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend dem pro familia Bundesverband das Projekt BIKO – Beratung, Information, Kostenübernahme übertragen.

¹¹ Siehe u. a. die Veröffentlichungen von A. Gäckle, T. Nitz, U. Busch.

¹² In den ostdeutschen Bundesländern gibt es so gut wie keine kommunalen Hilfsangebote, trotz des hier z. B. deutlich höheren Anteils an Bezieher_innen des ALG II. Die bestehenden kommunalen Angebote sind zudem sehr unterschiedlich ausgestaltet bzgl. der Zielgruppe und der akzeptierten Verhütungsmittel.