



Wortprotokoll der 26. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 7. November 2018, 16.00 Uhr
 10557 Berlin, Adele-Schreiber-Krieger-Straße 1
 Marie-Elisabeth-Lüders-Haus
 Anhörungssaal 3 101

Vorsitz: Erwin Rüdell, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Tagesordnungspunkt

Seite 4

- a) Antrag der Abgeordneten Cornelia Möhring, Matthias W. Birkwald, Doris Achelwilm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Verhütungsmittel kostenfrei zur Verfügung stellen

BT-Drucksache 19/2699

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

- b) Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Selbstbestimmte Familienplanung ermöglichen - Kostenloser Zugang zu Verhütungsmitteln für Men- schen mit geringem Einkommen

BT-Drucksache 19/2514

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Hauptmann, Mark Knoerig, Axel Lezius, Antje Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Straubinger, Max Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Bas, Bärbel Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Völlers, Marja-Liisa Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Gehrke, Dr. Axel Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev	Braun, Jürgen Hemmelgarn, Udo Theodor Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Beeck, Jens Kober, Pascal Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Schreiber, Eva-Maria Vogler, Kathrin Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Hoffmann, Dr. Bettina Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Dörner, Katja Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 16.00 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr geehrte Sachverständige, ich begrüße Sie herzlich zu unserer öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss. In wenigen Minuten wird zu meiner Linken der Parlamentarische Staatssekretär Dr. Thomas Gebhart Platz nehmen. Da ist er schon. Dann darf ich auch ihn ganz herzlich begrüßen. In unserer heutigen Anhörung beschäftigen wir uns mit dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Verhütungsmittel kostenfrei zur Verfügung stellen“ sowie dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Selbstbestimmte Familienplanung ermöglichen. Kostenloser Zugang zur Verhütungsmitteln für Menschen mit geringem Einkommen.“ In der heutigen Anhörung geht es darum, ob die Kosten für verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Verhütungsmittel von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden sollen. Während die Fraktion DIE LINKE. fordert, verschreibungspflichtige Verhütungsmittel ohne Alters- und Indikationseinschränkungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzunehmen sowie nicht verschreibungspflichtige Verhütungsmittel erstattungsfähig zu machen, möchten die Abgeordneten von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Empfängerinnen und Empfänger von Transferleistungen von den Kosten für ärztlich verordnete Verhütungsmittel freistellen und die Übernahme der Kosten möglichst unbürokratisch und niederschwellig gestalten. Ich denke, wir werden eine spannende Diskussion haben. Bevor wir in die Anhörung einsteigen, möchte ich einige kurze Erläuterungen zum Verfahren geben. Die Anhörung wird 90 Minuten dauern und die Fraktionen werden ihre Fragen abwechselnd in einer festen Reihenfolge stellen. Die Reihenfolge ist durch die Stärke der einzelnen Fraktionen bestimmt. Ihnen liegen die entsprechenden Listen vor. Jede fragestellende Fraktion stellt eine Frage an einen Sachverständigen. Nach genau 90 Minuten werde ich die Anhörung beenden. Ich darf darum bitten, dass die Wortbeiträge möglichst kurz gehalten werden. Das gilt für die Fragen, aber auch für die Antworten der Sachverständigen. Ich bitte die Sachverständigen, zur Beantwortung der Frage das Mikrofon zu benutzen und immer ihren Namen und Verband zu

nennen. Das erleichtert zum einen die Protokollierung der Anhörung und zum anderen können die Zuschauerinnen und Zuschauer die Sachverständigen den jeweiligen Verbänden bzw. Institutionen zuordnen. Denjenigen Sachverständigen und Experten, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben, möchte ich an dieser Stelle herzlich danken. Des Weiteren bitte ich alle Anwesenden, ihre Mobiltelefone auszuschalten. Ein Klingeln kostet fünf Euro. Ich weise darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und live im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Außerdem können Sie sich die Anhörung in der Mediathek des Deutschen Bundestages anschauen. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Soweit die Erläuterungen vorab. Mein Damen und Herren, wir beginnen die Frageunde mit der Fraktion der CDU/CSU.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Einzelsachverständige Frau Dr. Brosius-Gersdorf. Wir beschäftigen uns mit zwei Anträgen. Mich interessiert Ihre Einschätzung zum Antrag der Linken und wie Sie diesen Antrag aus rechtlicher Perspektive bewerten.

ESVe **Prof. Dr. Frauke Brosius-Gersdorf**: Ich beschränke mich entsprechend Ihrer Frage auf den Antrag der Fraktion DIE LINKE. und dort auf den wichtigsten Punkt, Ziffer 1, die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten mit verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln. Ich habe erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken gegen den Antrag. Das liegt daran, und in diesen Punkt unterscheidet sich der Antrag von dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, dass er nicht auf die Versorgung Bedürftiger beschränkt ist. Wenn wir eine Leistung in den Leistungskatalog der GKV aufnehmen würden, so wie es im Antrag vorgesehen ist, hätten wir eine klassische versicherungsfremde Leistung. Es handelt sich nicht um eine Sozialversicherungsleistung, weil nicht an eine Krankheitsbehandlung angeknüpft wird, sondern es im Kern um die Verschreibung von Schwangerschaftsverhütungsmitteln geht. Statistisch lässt sich auch nachweisen, dass 95 Prozent der Verschreibung von Verhütungsmitteln der Schwangerschaftsverhütung dienen soll. Das ist keine Sozialversicherungsleistung. Wir haben keine Leistung der sozialen Für-



sorge. Hierfür hätte der Bund auch eine Gesetzgebungskompetenz nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 7 Grundgesetz (GG), weil eben nicht an Bedürftigkeit angeknüpft wird. Das ist der Unterschied zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Das heißt, wir haben keinen Gesetzgebungskompetenztitel und entsprechend auch keinen Verwaltungskompetenztitel des Bundes. Selbst wenn man das anders sehen würde, ich glaube allerdings, man kann das kaum anders sehen, wäre der Standort im SGB V als Leistung der GKV gesetzssystematisch und vielleicht auch verfassungsrechtlich falsch. Diese Leistung wäre definitiv aus Steuermitteln und nicht aus Versicherungsbeiträgen zu finanzieren, weil es sich um eine versicherungsfremde Leistung handelt. Ich habe erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken, dass der Bund überhaupt eine Kompetenz dafür hat.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Dr. Leopold. Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordert einen Gesetzentwurf, durch den Empfängerinnen und Empfänger von Transferleistungen ab dem vollendeten 20. Lebensjahr vollständig von den Kosten für ärztlich verordnete Mittel für Empfängnisverhütung entlastet werden. In der Begründung des Antrags heißt es, aufgrund der Zugänglichkeit und einfachen Handhabung bietet sich eine Regelung über das SGB V an. Wie bewerten Sie diesen Vorschlag aus krankenversicherungsrechtlicher Sicht?

ESV **Dr. Anders Leopold**: Wenn Zugänglichkeit meint, dass man hier an das Ressort anknüpft, das für das SGB V zuständig ist, wäre das in der Tat zugänglich. Man müsste sich aber des Weiteren fragen, was für Möglichkeiten man im SGB V hat, um eine solche Regelung zu treffen, wenn man nicht bereits an verfassungsrechtlichen Bedenken scheitert. Wenn man überlegt, die Altersgrenze in § 24a SGB V aufzuheben oder zumindest auf ein Alter anzuheben, ab dem typischerweise aus biologischen Gründen die Chancen einer ungewollten Schwangerschaft häufig sinken, käme man unter Umständen in weitere verfassungsrechtliche Probleme, auch wenn man bereits bei dem ursprünglichen Gesetzentwurf sieht, dass der Wunsch vorhanden war, die Altersgrenze anzuheben. Man müsste überlegen, wie man damit umgeht. Wir

haben in §§ 61 und 62 SGB V eine Zuzahlungsregelung, die unter Umständen fruchtbar gemacht werden könnte, wenn man gleichzeitig die Altersgrenze aufheben würde. Dann wäre etwa eine Kombination denkbar, dass man die Altersgrenze aufhebt und gleichzeitig überlegt, eine Zuzahlungsfreiheit einzuführen, jedenfalls, wenn man auf die Vorlage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Bezug nimmt, für bestimmte Personenkreise. Gleichzeitig wird man auch sehen, dass man dadurch die Zuzahlungsregelung, wie auch die Regelung insgesamt deutlich verkompliziert und die Krankenkassen mit Einzelfallprüfungen insoweit belastet, als dass man eine Bedürftigkeitsprüfung in das Gesetz einzieht, die obendrein in einem Bereich stattfindet, der eine versicherungsfremde Leistung abdeckt. Insofern würde es sich anbieten, für eine Regelung andere Wege zu finden und in den jeweiligen Leistungsgesetzen, etwa im SGB XII oder SGB II eine Regelung über die Kostenfreiheit von Verhütungsmitteln zu treffen.

Abg. **Prof. Dr. Axel Gehrke** (AfD): Meine Frage richtet sich an pro familia und bezüglich der Erfahrung aus Ihrer Beratungspraxis. Treten ungewollte Schwangerschaften von ALG II-Empfängern (Arbeitslosengeld II bzw. Hartz IV) häufiger auf als andere Personen und ließen sich aus Ihrer Sicht durch kostenlose Verhütungsmittel Schwangerschaftsabbrüche vermeiden? Wenn ja, könnten Sie den prozentualen Anteil schätzen?

Sve **Sigrid Weiser** (pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V. Bundesverband): Zum Zusammenhang ALG II-Empfänger und Schwangerschaftsabbruch gibt es meiner Kenntnis nach keine wissenschaftliche Erhebung. Insofern können wir das weder bestätigen noch dementieren. Wir können sagen, dass sich die Risiken für ungewollte Schwangerschaften erhöhen, wenn die Wahlfreiheit in Bezug auf Verhütungsmethoden nicht gegeben ist.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Frau Bunte, Sie arbeiten in Kommunen mit Verhütungsmittelfonds. Können Sie uns aus Ihren Erfahrungen berichten, insbesondere welche Personen dieses Angebot erfragen, welche Verhütungsmittel



nachgefragt werden und als drittes darstellen, mit wem Sie in der Versorgung zusammenarbeiten?

ESVe Dr. Anne Bunte: Wir haben eine Beratungsstelle für sexuell übertragbare Infektionen und sexuelle Gesundheit und auch eine Schwangerenberatungsstelle und Schwangerschaftsversorgung. Ich arbeite seit über 20 Jahren im öffentlichen Gesundheitsdienst und habe sowohl auf der Ebene eines Landkreises als auch in der Großstadt Köln Erfahrungen mit dem Verhütungsmittelfonds. Es gibt keine systematischen Auswertungen. Das heißt, ich kenne immer nur Daten, die bei mir vor Ort vorliegen. Da kann ich Ihnen sagen, dass es eine Gruppe gibt, die weder nach dem SGB II noch dem SGB XII unterstützt wird. Das sind die Menschen, die über keinen Versicherungsschutz verfügen oder sich illegal hier aufhalten. Sie haben nach der Höhe der Verhütungsfonds gefragt. Das hängt davon ab, was im Rahmen dieses Fonds vereinbart wird. Wir haben eine Auswertung gemacht, die sich nicht nur auf die Beratungsstelle des Gesundheitsamtes bezieht, sondern auch auf andere Beratungsstellen, weil bei uns alle Kölner Beratungsstellen, die eine Schwangerschaftskonfliktberatung durchführen, an dem Fonds beteiligt sind, der momentan an das SGB II gebunden ist. Bei uns wird eine breite Palette zur Verfügung gestellt. Das ist sehr unterschiedlich, wenn Fonds überhaupt vorliegen. Die Schwerpunkte liegen bei den Spiralen und der Pille. Die übrigen Mittel werden weniger angefragt. Wenn Sie nach dem Alter fragen, lag der Schwerpunkt 2015 und 2016 zwischen 21 und 34 Jahren. In diesem Jahr gibt es eine leichte Verschiebung. Das ist wie gesagt nur ein Minitrend, den ich in einem kleinen Bereich der Gruppe bis 41 Jahre sehen kann.

Abg. Dr. Wieland Schinnenburg (FDP): Ich habe eine Frage an den GKV-Spitzenverband. In Ihrer Stellungnahme finden wir auf Seite 5 ziemlich genau in der Mitte Ausführungen, die darauf schließen lassen, dass der Antrag der Grünen so nicht durchführbar ist. Sie schreiben dort, dass den Krankenkassen und den Ärzten die leistungsrechtlichen Transfereinkommensbezieher nicht durchgängig bekannt sind. Ist das so, ist es derzeit nicht durchführbar und wenn das so ist, welche Gesetzesänderung oder welche Einschränkung beim Datenschutz müsste man vornehmen, um den Antrag der Grünen durchführbar zu machen?

SV Gerd Kukla (GKV-Spitzenverband): Unsere Aussage bezieht sich darauf, dass wir zwar Informationen bezogen auf bestimmte Versicherte haben, die z. B. im Zusammenhang mit Anträgen auf Zuzahlungsbefreiungen darlegen, dass sie Transferleistungsbezieher sind. Wir haben diese Informationen aber nicht bezogen auf die Gesamtheit der Versicherten. Wir müssten diese Informationen erheben, weil wir, und so verstehen wir diesen Antrag, sicherstellen müssten, dass der verordnende Arzt Kenntnis darüber hat, dass derjenige, der eine entsprechende Verordnung erhalten möchte, auch zu diesem Personenkreis gehört, also diese Mittel zu Lasten der GKV verordnet werden können. Daher halten wir die Aussage in dem Antrag der Grünen, dass man das über das SGB V regelt, wegen der Zugänglichkeit und der praktischen Handhabbarkeit für schwierig. Wir sehen diese Situation so nicht als gegeben.

Abg. Cornelia Möhring (DIE LINKE.): Prof. Dr. Busch, ich würde Sie gerne zu dem Argument dass es sich um versicherungsfremde Leistungen handelt, befragen. Es wird immer eingewendet, Verhütung sei ein Teil der persönlichen Lebensführung und falle daher nicht in den Aufgabenbereich der Krankenversicherungen. Für uns als Linke ist aber die reproduktive Selbstbestimmung ein integraler Bestandteil von Gesundheit. Worin würden Sie den Gesundheitsbezug von Empfängnisverhütung sehen und inwiefern wäre insbesondere die Kostenübernahme von Verhütung als originärer Bestandteil von Gesundheitsleistung zu betrachten?

ESVe Prof. Dr. Ulrike Busch: Ich möchte zunächst voranstellen, dass ich dieses Thema nicht nur juristisch als ein ausgesprochen anspruchsvolles verstehe, sondern es so sehe wie die GKV in ihrer Stellungnahme, dass es hier in erster Linie um ein politisches Thema und eine politische Entscheidung geht. Mein Ausgangspunkt ist, dass es durchaus sinnvoll ist, die Verhütung ungewollter Schwangerschaften als Aspekt der reproduktiven Gesundheit im Bereich der krankenkassenfinanzierten Leistungsansprüche zu verorten. Dafür gibt es mehrere Gründe. Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Sie alle kennen die WHO-Definition. Diese ist nicht einfach nur lebensfremde Ideologie, sondern eine wichtige Orientierung für ein modernes Gesundheitssystem. Dieses Wohl-



befinden, von dem in dieser Gesundheitsauffassung die Rede ist, ist auf allen Ebenen zweifelsohne gestört, wenn eine ungewollte Schwangerschaft in Folge von nichtadäquater Verhütung droht. Ich empfehle, lebensbiografische Studien zum Thema Sexualität und Verhütung für Frauen- und Männerleben mit allen Folgen für Partnerschaft und Familie oder auch Fallsammlungen zu Frauenleben und Familiengeschichten anzusehen und man wird eindrucksvolle Beispiele dafür finden, wie tiefgreifend der Einfluss auf die Gesundheit ist. Entscheidungen für oder gegen eine Schwangerschaft sind Entscheidungen von sozialer Tragweite für die betreffende Person und vieles wird von Bildungsverläufen, familiären Lebensbedingungen und berufliche Entwicklungen etc. beeinflusst. Es ist eine gesellschaftliche Herausforderung, hier für ein Maximum an Gesundheit zu sorgen. Sexualität und Familienplanung sind essentielle menschliche Themen und nicht einfach nur auf die Frage der individuellen Lebensführung zu reduzieren, sondern sie betreffen die gesellschaftliche Verantwortung, weil die Gesellschaft die Bedingungen dafür schaffen kann und muss, dass Menschen ihre Familienplanung verantwortlich regeln können. Gerne wird auch noch der Begriff Lifestyle mit ins Feld geführt. In dem Kontext möchte ich ausdrücklich begrüßen, dass im Entwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetz der Schutz von Risikogruppen durch die Kostenübernahme für den pränatalen Bluttest in den Fokus genommen wird, bei aller Problematik, die hier zu diskutieren wäre. Auch hier geht es um die individuelle Lebensführung der betreffenden Menschen. Es geht aber auch um gesellschaftliche Verantwortung. Auch in anderen kassenfinanzierten Leistungsbereichen geht es um Vorsorge und Prävention. Deshalb setzt sich der Gesundheitsfonds nicht nur aus Beiträgen, sondern auch aus Steuermitteln zusammen und die Versorgungskette aus ärztlicher Beratung und Verordnung kann und sollte an dieser Stelle durch die Unentgeltlichkeit der Kontrazeptiva geschlossen werden. Diese werden durch die WHO nicht von ungefähr als unentbehrliche Arzneimittel in einer Liste geführt, welche die dringendsten Bedürfnisse der Bevölkerung nach medizinischer Versorgung befriedigen.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an pro familia. Sie hatten in der letzten Wahlperiode bereits eine

interne Studie vorgelegt, wo Sie den bundesweiten Flickenteppich beim Zugang zu kostenfreien Verhütungsmitteln für Personen mit geringem Einkommen dargestellt haben. Können Sie uns schildern, was es heißt, wenn man diesen Zugang zu Verhütungsmitteln nicht hat, also wie verschiedene Gruppen betroffen sind und warum es deshalb nötig ist, eine Regelung zu schaffen?

Sve **Sigrid Weiser** (pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V. Bundesverband): Die Frage bezieht sich darauf, warum es unserer Meinung nach eine bundeseinheitliche Lösung oder Regelung mit einem niedrighwelligen Zugang zur kostenfreien Abgabe von Verhütungsmitteln geben muss. Aufgrund unserer Beratungserfahrung können wir definitiv sagen, dass finanzielle Hürden existieren und diese Auswirkungen auf die Wahl und die sichere Anwendung der Verhütungsmittel haben. Unser Verband macht seit Jahren darauf aufmerksam, dass sich viele Frauen und Männer Verhütungsmittel nicht mehr leisten können. Die Studie, die sie genannt haben, wird mittlerweile auch durch andere wissenschaftliche Erkenntnisse bestätigt. Sie haben nach den Auswirkungen gefragt. Im Jahr 2015 wurde deshalb von pro familia eine Bundestagspetition für die Kostenübernahme von Verhütungsmitteln eingereicht. Für viele Menschen sind die Kosten nicht mehr finanzierbar. Ich will ein Beispiel nennen, wie die Wahlfreiheit für die individuell passende Verhütungsmethode eingeschränkt werden kann. So kostet z. B. eine Hormonspirale, die drei bis fünf Jahre wirksam ist, mit der ärztlichen Einlage derzeit zwischen 250 und 400 Euro. In der Folge steigen die Risiken für die falsche Anwendung von Verhütungsmethoden, wenn Frauen und Paare aus finanziellen Gründen gezwungen sind, auf weniger verträgliche oder unpassende Verhütungsmethoden auszuweichen oder gänzlich darauf verzichten.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Auch meine Frage richtet sich an pro familia. Pro familia führt das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderte dreijährige Modellprojekt biko (Beratung, Information, Kostenübernahme bei Verhütung) in sieben Beratungsstellen in sieben Bundesländern durch. Könnten Sie uns die Ziele dieses Modellprojektes erläutern?



Sve **Sigrid Weiser** (pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V. Bundesverband): Derzeit führen wir ein dreijähriges Modellprojekt in sieben Beratungsstellen in sieben Bundesländern durch. Es hat den Kurznamen biko, der für Beratung, Information und Kostenübernahme bei Verhütung steht. Das Modellprojekt wird vom BMFSFJ gefördert. Es hat die Ziele, die Möglichkeiten für eine bundesweite gesetzliche Lösung zum Rechtsanspruch auf Kostenübernahme von Verhütungsmitteln auszuloten und den Bedarf für finanzielle Unterstützung und die Bedingungen für die Sicherstellung der Wahlfreiheit und der selbstbestimmten Entscheidung exemplarisch an den sieben Standorten sowie den Bedarf an rechtebasierter Verhütungsberatung zu erheben, Barrieren zu identifizieren und Empfehlungen für den Zugang zur Verhütung im Sinne der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu entwickeln. Das Modellprojekt endet im Herbst 2019. Es wird wissenschaftlich evaluiert und der Abschlussbericht wird Ende 2019 vorliegen. Aus unserer Sicht erscheint es unbedingt sinnvoll, die Ergebnisse und die fachlichen Empfehlungen aus dem Modellprojekt biko in die weiteren Beratungen über ein Gesetz, das den Zugang zur Verhütung verbessern will, einfließen zu lassen.

Abg. **Dr. Roy Kühne** (CDU/CSU): Die Frage geht an Prof. Dr. Helge Sodan. Mich interessiert, wie Sie die Forderungen der Antragssteller sehen.

ESV **Prof. Dr. Helge Sodan**: Ausdrücklich für versicherungsfremde Leistungen gewährte der Bundesgesetzgeber Steuerzuschüsse erstmals im GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) mit Wirkung zum Jahre 2004. In der Gesetzesbegründung wurde zu den, ich zitiere: „...versicherungsfremden Leistungen, die keinen Bezug zur Krankheit haben und gesamtgesellschaftliche Aufgaben darstellen...“ unter anderem auch die Empfängnisverhütung gezählt. Dies bestätigt auch die bis heute geltende und seinerzeit im Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung 2004 erlassene Verordnung über die Verteilung der pauschalen Abgeltung für Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen durch den Bund. Tatsächlich stellt die Empfängnisverhütung eine Handlung eigenverantwortlicher Lebensführung dar. Nun ist

der Begriff der versicherungsfreien Leistung im Grunde genommen paradox. Denn Leistungen, die in der Versicherungsordnung positiv rechtlich verankert sind, gehören zu den Versicherungsleistungen und können der Sozialversicherung eigentlich nicht fremd sein. Gemeint sind vielmehr solche Leistungen, die versicherungsuntypisch sind und mithin nicht auf dem Versicherungsprinzip beruhen. Gleichwohl hat sich auch im Gesetz mit der Bezeichnung versicherungsfremde Leistung ein Begriff etabliert, der aber an keiner Stelle legal definiert ist. Selbst aus der Rechtsprechung sind keine eindeutigen Aussagen zu gewinnen, was genau unter versicherungsfremden Leistungen zu verstehen ist. Gegen die Gewährung versicherungsuntypischer Leistungen durch die GKV bestehen bereits, da kann ich mich Frau Kollegin Dr. Brosius-Gersdorf anschließen, verfassungsrechtliche Bedenken, die ich aus Zeitgründen an dieser Stelle nur andeuten kann. Es ist tatsächlich sehr fraglich, ob der Bundesgesetzgeber sich für die Regelung solcher Leistungen überhaupt auf die Kompetenz bezüglich der Sozialversicherung aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG berufen kann. Im Übrigen ist es angesichts der Grundrechte der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer, welche die Sozialversicherung anteilig finanzieren, problematisch, wenn systemwidrig Mittel für versicherungsuntypische Leistungen aufgewandt werden. Wollte man dennoch die beiden heute zu beratenden Anträge umsetzen, wäre eine deutliche Anhebung des pauschalen Zuschusses zur Abgeltung der Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen nach § 221 Abs. 1 SGB V, der derzeit 14,5 Milliarden Euro jährlich beträgt, erforderlich. In dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. heißt es zu den Mehrkosten lediglich, entsprechend dem Gesamtumsatz an Verhütungsmitteln in Deutschland ergäbe sich durch die Erstattung für die GKV ein Mehraufwand von immerhin 600 Millionen Euro. Der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN enthält zu den sich aus der Umsetzung ihres Antrags ergebenden Kosten überhaupt keine Angaben. Solange keine sorgfältig ermittelten Prognosen vorliegen, mit welchen Zusatzkosten die GKV hier belastet würde, scheidet eine Umsetzung der beiden Anträge meines Erachtens ohnehin aus. Prinzipiell dürfte jedoch die Zielrichtung, einen niedrigschwelligen Zugang für geringverdienende Personen zu Verhütungsmitteln zu stärken, sozialpolitisch durchaus zu begrüßen sein. Dafür müssten aber andere Wege



als über Leistungsansprüche im Recht der GKV eingeschlagen werden. In Betracht kommen hier Regelungen im Steuerrecht und im Bereich der Sozialhilfe. Insoweit müssten auch geringverdienende Mitglieder der privaten Krankenversicherung einbezogen werden, an welche die beiden antragsstellenden Fraktionen offenbar nicht gedacht haben.

Abg. **Tino Sorge** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Verband der Ersatzkassen und schließt an die Frage bzw. die Antwort von Herrn Prof. Dr. Sodan an. Wie bewerten Sie die Forderung der Antragssteller, dass diese verschreibungspflichtigen und nicht verschreibungspflichtigen Verhütungsmittel in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden sollen? Könnten Sie die finanzielle Belastung der Beitragszahler aus Ihrer Sicht einstufen?

SV **Dr. Jörg Meyers-Middendorf** (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Grundsätzlich schließe ich mich den schon genannten verfassungsrechtlichen Bedenken an. Wir würden eine generelle Ausgabe von Verhütungsmitteln oder eine Übernahme in die Leistungspflicht der GKV nicht unterstützen, weil sie nicht grundsätzlich der Vorbeugung und Behandlung von Krankheit dienen. Die wirtschaftliche Dimension ist nicht belegbar. Das einzige, was ich Ihnen zu dem Thema sagen kann ist, dass man eine Hochrechnung machen und sagen kann, wenn man die Leistungspflicht auf Frauen im Alter von 20 bis 50 Jahren festlegen würde und alle 14 Millionen Frauen dieser Altersgruppe einen Anspruch bspw. auf das Verhütungsmittel Pille hätten, dann würde man eine Dimension von bis zu 1,3 Milliarden Euro erreichen. Das ist natürlich eine Zahl, die man auch wieder vergessen kann, um es ehrlich zu sagen, weil dies ein Maximalanspruch wäre, der in dieser Form niemals umgesetzt wird. Trotzdem soll es die Dimension, die dahinter stecken könnte, verdeutlichen. Der Gesetzgeber hat seinerzeit beschlossen, dass Versicherte bis zum vollendeten 20. Lebensjahr Anspruch auf die Kostenübernahme haben. Das ist damit begründet worden, dass die betroffenen Frauen sich in der Ausbildung befinden und aufgrund der damit verbundenen wirtschaftlichen Situation am wenigsten in der Lage sind, die Mittel selbst aufzubringen. Seinerzeit ist der Gesetzgeber im Prinzip dazu übergegangen, das in den Steuerzuschuss zu übernehmen.

Sollte der Gesetzgeber daran denken, auch zukünftig die Leistungspflicht auf wirtschaftlich Benachteiligte auszudehnen und das über Transferzahlungen bzw. Steuerzahlungen abzudecken, kann ich mich den Worten meines Kollegen aus dem GKV-Spitzenverband anschließen. Es dürfte für die GKV schwierig sein, diese Personen zu identifizieren und in die Versorgung zu bringen. Aus diesem Grund würde ich vorschlagen, das über den öffentlichen Gesundheitsdienst zu machen, um es niederschwellig und barrierefrei zu gestalten. Dieser könnte Synergieeffekte dadurch erreichen, dass er die Verhütungsmittel in großem Maße einkaufen könnte. Das wäre ein wirtschaftlicher Vorteil, den der öffentliche Gesundheitsdienst ausspielen könnte, wenn er die Aufgabe übernehme. Das wäre die richtige politische Entscheidung.

Abg. **Prof. Dr. Axel Gehrke** (AfD): Meine Frage richtet sich an das Gesundheitsamt Friedrichshain-Kreuzberg. Es ist so, dass es in Berlin bereits kostenlose Verhütungsmittel für Bedürftige gibt. Wie häufig wird das Angebot genutzt und welche Methoden werden nachgefragt und durch wen werden sie bezahlt?

SVe **Dr. Katrin Wolf** (Bezirksamt Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin, Gesundheitsamt, Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung): Es ist tatsächlich so, dass wir in Berlin schon seit den 90er-Jahren eine Regelung haben und Kostenübernahmebescheinigungen für Verhütungsmittel ausstellen können. Wir hatten im Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg von Berlin in den Jahren 2008 bis 2017 9 000 Kontakte zur Kostenübernahme, berlinweit sind es ungefähr 76 200 Kontakte pro Jahr. Das heißt, wir haben eine Regelung in Berlin, deren rechtliche Grundlage § 49 SGB XII ist. Der Leistungsumfang entspricht dem des SGB V, d. h., alle Verhütungsmittel, die für unter 20-Jährige von der GKV übernommen werden, werden auch vom Gesundheitsamt erstattet. Die ganze Bandbreite finden wir in der Realität wieder. Wir übernehmen also Kosten für alle Rezepte, die von Frauenärzten ausgestellt werden. Im Mittelpunkt stehen Spiralen und Verhütungsstäbchen.



Abg. **Claudia Moll** (SPD): Meine Frage geht an Herrn Dr. Leopold. Die Forderung nach einem Leistungsanspruch im SGB V wird auch mit dem Wegfall der früheren Sozialhilfe begründet. Bitte stellen Sie uns die Rechtsentwicklung bei der Kostenübernahme für ärztlich verordnete, empfängnisverhütende Mittel dar.

ESV **Dr. Anders Leopold**: Dazu lässt sich ausführen, dass die Gewährung empfängnisverhütender Mittel im deutschen Sozialrecht in weiten Teilen zwei- bzw. mehrstufig verlaufen ist. Zum einen sieht das Recht der GKV eine explizite Regelung vor, zum anderen das Sozialhilferecht. Das liegt im Wesentlichen daran, dass diejenigen, die Leistungen nach dem SGB XII beziehen und dort auch die Hilfen bei Krankheit oder Hilfen zur Gesundheit, keine gesetzlich versicherten Personen im Sinne der GKV sind, wie sich an dem Katalog der Versicherten in § 5 SGB V deutlich zeigt. Es gibt eine Regelung, die zunächst in § 200e Reichsversicherungsordnung enthalten war und durch das Strafrechtsreformergänzungsgesetz 1975 als flankierende Maßnahme zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs eingeführt worden ist. § 24a SGB V wurde in dieser Vorschrift mit Wirkung zum 5. August 1992 durch das Schwangeren- und Familienhilfegesetz abgelöst. Durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1992 wurde § 24a SGB V durch den Verweis auf § 31 SGB V um eine Zuzahlungsregelung ergänzt und aktuell besteht nach § 24a Abs. 2 SGB V ein Anspruch auf Kostenübernahme für verschreibungspflichtige Medikamente. Das ist eine wichtige Änderung, die auf dem 5. SGB IV-Änderungsgesetz 2015 beruht, sowie eine Kostenübernahme für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva, wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt. Unabhängig davon, ob die oder der Versicherte eine existenzsichernde Leistung im Sinne des SGB II, SGB XII oder anderer Gesetze bezieht, besteht ab dem 18. Lebensjahr nach § 61 SGB V eine Zuzahlungspflicht für empfängnisverhütende Mittel gemäß § 24a Abs. 2 SGB V. Diese Zuzahlungspflicht endet Kraft Gesetzes mit Überschreiten einer Belastungsgrenze. Das dafür zugrunde zu legende Bruttoeinkommen wird für im Einzelnen definierte Kreise Versicherter unterschiedlich festgelegt. Im Fall von Personen im Bezug existenzsichernder Mittel insbesondere nach SGB II und SGB XII ist das der gesetzlich bestimmte Regelbedarf. Im Sozialhilferecht, ich erwähnte das bereits,

ist der Ausgangspunkt der Regelung ebenfalls 1975. Dort hatten wir eine Regelung in § 37b Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) und eine Kostenübernahme von Kontrazeptiva vorgesehen. Die Norm wurde durch das Gesetz zur Änderung des SGB IX und andere Gesetze von 2001 in § 36 BSHG unter der Überschrift „Hilfe zur Familienplanung“ überführt und in § 36 Satz 2 SGB V fand sich eine entsprechende Regelung zur Kostenübernahme. Seit Einführung des SGB XII findet sich eine § 37b BSHG entsprechende Regelung in § 49 SGB XII. Mit dem GMG 2003 wurden die Hilfen zur Gesundheit nach dem Sozialhilferecht hinsichtlich ihres Umfangs streng an das Recht der GKV angepasst. Das fand man bereits im § 38 BSHG alte Fassung und nun findet das seine Fortsetzung in § 52 SGB XII. Diese sehr enge Anbindung der Hilfen zur Gesundheit nach dem SGB XII an die Leistungen der GKV hat das Bundessozialgericht (BSG) 2012 prinzipiell bestätigt, allerdings auch darauf hingewiesen, dass Bedarfe für Kontrazeptive außerhalb der Grenzen der GKV unter Umständen als abweichender Bedarf auf die Ausweichklausel des § 27a Abs. 4 SGB XII gestützt werden können. Im SGB II gibt es keine gesonderte Norm zur Gewährung von Kontrazeptiva. Es ist eine Überlegung, ob man das auf § 21 Abs. 6 SGB II stützen darf. Im Übrigen bliebe lediglich eine Lösung, die Abteilung 6 nach dem § 5 des Regelbedarfsgesetzes heranzuziehen. Man müsste annehmen, dass das aus dem Regelbedarf zu decken ist. Das Gleiche gilt für das Wohngeldgesetz, das Bundeskindergeldgesetz, SGB III, BAföG und das Asylbewerberleistungsgesetz, sofern dort nicht eine Analogberechtigung nach § 2 auf die Leistungen nach dem SGB XII verweist.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Frau Prof. Dr. Brosius-Gersdorf. Wie bewerten Sie vor dem Hintergrund des bisherigen Leistungsspektrums des § 24a SGB V die Forderung, nach der Personen, die Transferleistungen erhalten, also die sogenannten Transferleistungsempfänger, von den Kosten für ärztlich verordnete Verhütungsmittel vollständig entlastet werden sollen?

ESVe **Prof. Dr. Frauke Brosius-Gersdorf**: Sie sprechen den Antrag von Bündnis 90/Die Grünen an, der in Ziffer 1 die Versorgung nicht aller Versicherten, sondern nur der bedürftigen Versicherten, also



der Transferleistungsempfänger, mit verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln fordert. Dieser Antrag ist aus meiner Sicht anders zu bewerten als der Antrag der Fraktion DIE LINKE. Ich will zwischen der verfassungsrechtlichen Ebene und der einfach gesetzlichen und damit gesetzessystematischen Ebene differenzieren. Die Versorgung bedürftiger Menschen, also die von Transferleistungsempfängern mit verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln ist in jedem Fall verfassungsrechtlich zulässig. Der Gesetzgeber hat hier Gestaltungsspielraum. Das ist eine politische Frage, wenn man, und die Frage ist ungeklärt, den Zugang zu Verhütungsmitteln für Bedürftige nicht zum Existenzminimum zählt. Das BSG neigt dazu, den notwendigen Bedarf an Verhütungsmitteln im SGB II und SGB XII durch die Regelbedarfe für die Gesundheitspflege mit abgedeckt zu sehen. Wenn der Gesetzgeber von Verfassungswegen einen Spielraum hat, ist es trotzdem wichtig zu schauen, um was für eine Art von Regelung es sich handelt, die der Gesetzgeber hier treffen würde. Dazu kann ich nur wiederholen, was ich in Bezug auf den Antrag der Fraktion DIE LINKE. gesagt habe. Wir haben, wenn es um die Versorgung von Transferleistungsempfängern mit Verhütungsmitteln geht, keine Sozialversicherungsleistung. Der Bund hat keinen Gesetzgebungs- und auch keinen Verwaltungskompetenztitel nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG. Das ist der entscheidende Unterschied zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. Es gibt einen anderen Gesetzeskompetenztitel, das ist die soziale Fürsorge. Darin wird an die Bedürftigkeit angeknüpft. Es ist aber nicht egal, welcher Kompetenztitel das ist, da dies vielfache Auswirkungen hat. Der Gesetzgeber hat die Kompetenz für diese Regelung, aber gesetzessystematisch, und da kann ich nur an das anknüpfen, was Kollege Prof. Dr. Sodan gesagt hat, ist das SGB V dafür der falsche Standort, weil es hier nur um Krankenversicherungsleistungen geht. Es ist eine versicherungsfremde Leistung. Ich würde auch nicht versicherungsuntypisch sagen, sondern versicherungsfremde Leistung und die gehört nicht ins SGB V, sondern in die Leistungsgesetze, in denen es um die Versorgung von Transferleistungsempfängern geht. Das sind insbesondere das SGB II oder das SGB XII. Der wichtigste Punkt ist, das steht allerdings auch im Antrag von Bündnis 90/Die Grünen, dass diese versicherungsfremden Leistungen zwingend aus Steuermitteln zu finanzieren sind. Es gibt im SGB V genügend versicherungsfremde

Leistungen in der GKV, die aus Versicherungsbeiträgen finanziert werden. Das ist unzulässig. Dafür muss also auf jeden Fall gesorgt werden.

Abg. **Dr. Wieland Schinnenburg** (FDP): Ich habe eine Frage an Frau Dr. Bunte. Wenn das über das SGB V finanziert werden sollte, gilt § 12 SGB V, das Wirtschaftlichkeitsgebot. Das heißt, es kann nur die kostengünstigste wirtschaftliche Maßnahme finanziert werden. Meine Vorstellung ist, dass Kondome die kostengünstigste Variante sind, nebenbei auch einen Infektionsschutz gewähren und wahrscheinlich die geringsten Nebenwirkungen haben. Ist das richtig oder können Sie etwas zu den Nebenwirkungen von hormonellen Verhütungsmitteln sagen, die nicht vor Infektionen schützen und auch Nebenwirkungen haben?

ESVe **Dr. Anne Bunte**: Da muss man differenzieren. Wir verteilen an verschiedenen Stellen Kondome, die auch angewandt werden müssen und ich warne davor, dies als konkurrierend wahrzunehmen. Ich rate dazu, einen differenzierten Blick zu behalten. Das heißt, eine Frau, die eine Entscheidung mit ihrer Gynäkologin bzw. ihrem behandelnden Arzt trifft, muss das am besten geeignete Mittel verwenden dürfen. Wir haben gehört, es muss langfristig wirtschaftlich sein und man muss überlegen, was wirklich den notwendigen Schutz bietet und geeignet ist. Ich halte beides für ergänzende Maßnahmen. Man kann keinesfalls das eine durch das andere ersetzen und die Wirtschaftlichkeit muss man sich sehr genau anschauen. Ich habe vorhin darauf hingewiesen, dass im Beratungsbereich der Stadt Köln in hohem Maße die Hormonspirale gewählt wird. Sie ist langfristig wirksam und, wenn sie gut begleitet wird, eine durchaus wirtschaftliche Möglichkeit.

Abg. **Cornelia Möhring** (DIE LINKE.): Ich habe eine weitere Frage an Prof. Dr. Ulrike Busch. Was verstehen Sie unter einem niedrigschwelligen Zugang zu Verhütungsmitteln und wie könnte eine zügige Umsetzung eines solchen niedrigschwelligen Zugangs erreicht werden?

ESVe **Prof. Dr. Ulrike Busch**: Das ergibt sich fast aus dem Wort niedrigschwellig. Der Aufwand für



die Inanspruchnahme einer Gesundheitsdienstleistung sollte gering und die Leistung selbst an den Bedürfnissen der Nutzerinnen orientiert und individuell passfähig sein. Zusätzliche Hemmschwellen in Gestalt komplizierter Verfahrenswege oder Antragsverfahren bei Behörden oder Institutionen sind das Gegenteil von niedrigschwellig. Es geht um ein für Frauen und Männer sehr intimes Thema, die gelebte Sexualität. Der Zugang muss möglich sein, ohne dass Schamgefühle entstehen und soziale Ausgrenzung verspürt wird, wie das bei vielen der im Raum stehenden Möglichkeiten der Fall wäre. Das wäre nicht der Fall, wenn nicht nur die Verordnung, sondern auch die Nutzung von Kontrazeptiva unentgeltlich als reguläre kassenfinanzierte Leistung geregelt werden könnte. § 24a SGB V hebt in seiner Begründung für die unter 20-Jährigen bereits auf die wirtschaftliche Lage ab. Die GKV hat das selbst in ihrem Rundschreiben im Dezember 2015 betont. Es wäre eine Frage der Willensbildung und der Abwägung der Erfordernisse, die zu diskutieren sind, um eine diesbezügliche Regelung auf die über 25-Jährigen zu erweitern. Das wäre niedrigschwellig. Andere Lösungsansätze sind dies weniger. Ich möchte auf das Thema der Erhöhung des Regelsatzes für Gesundheitspflege verweisen. Der spielt eine große Rolle für die Personen, die ALG II beziehen. Dazu drei Anmerkungen: Zum einen erreicht dies nicht die Personen mit niedrigem Einkommen, die sich nicht im ALG II-Bezug befinden. Zum anderen haben wir das Problem der langfristig wirkenden Kontrazeptiva, für die zu Beginn einmalig hohe Kosten anfallen, die für diese Gruppe nicht zu leisten sind und des Weiteren ist es lebensfremd anzunehmen, dass es den armen Haushalten möglich ist, monatlich fünf Euro für Verhütung zu sparen, die wir vielleicht auf den Regelsatz drauflegen. Die Regelung über den öffentlichen Gesundheitsdienst, also eine zusätzliche Institution, bedeutet eine Hemmschwelle und ist davon abhängig, ob Frauen und Männer über ihre Ansprüche informiert sind. Aus Berlin ist bekannt, dass nur ein Bruchteil der Frauen und Männer, die tatsächlich bedürftig sind, diese Leistungen überhaupt in Anspruch nehmen, weil die Mehrheit sie nicht kennt. Die Frage ist, ob man das Thema nicht niedrigschwellig angehen könnte, indem die Kostenübernahme über Schwangerschaftsberatungsstellen beantragt wird. Diese Beratungsstellen haben durchaus spezifische Kompetenzen im Themenbereich Familienplanung

inklusive Verhütung und die Beraterinnen sind kompetent und unterstehen der Schweigepflicht. Dennoch gilt es zu bedenken, dass die Zwischenschaltung der Schwangerschaftsberatungsstellen eine weitere unnötige Instanz mit zusätzlichen Wegen darstellt, die die Inanspruchnahme beeinträchtigen. Außerdem würden die Schwangerschaftsberatungsstellen durch die abzuarbeitenden Antragsverfahren hoch belastet. Die bürokratischen Akten entwerten die Arbeit professioneller Beraterinnen, die bereits heute durch die Vielfalt der zu leistenden psychosozialen Beratungen nicht selten am Limit sind. Außerdem wird de facto ein Zusammenhang zwischen Antrag und Angebot einer Verhütungsberatung hergestellt. Wir haben es mit erwachsenen Frauen und Männern zu tun, die unabhängig darüber entscheiden können, sollen bzw. müssen, wann sie welche Beratungsleistung in Anspruch nehmen. Last but not least, nicht alle Beratungsstellen haben zudem die Kompetenzen und Ressourcen für eine derartige Leistungserweiterung. Ich denke an die vielen kleinen Beratungsstellen mit unter zwei Beraterinnen, ohne interdisziplinären Hintergrund. In jedem Falle plädiere ich dafür, im Rahmen der Schwangerschaftsberatungsstellen die Verhütungsberatung als ergänzendes Angebot zur ärztlichen Verhütungsberatung zu stärken. Diesbezüglich ist der Stellungnahme von pro familia kaum etwas hinzuzufügen.

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Helge Sodan. In Ihren ersten Ausführungen haben Sie auf verfassungsrechtliche Bedenken hingewiesen, die Sie, mit Rücksicht auf die Hürde, die Sie damit gekennzeichnet haben, zu diesem Zeitpunkt nicht weiter ausführen wollten. Es wäre von Interesse zu erfahren, welche Bedenken Sie gegenüber einer Kostenübernahme durch die GKV aus dem Verfassungsrecht ableiten würden.

ESV Prof. Dr. Helge Sodan: Die grundlegende Anerkennung versicherungsfremder Leistungen in der GKV kann meines Erachtens aus verfassungsrechtlicher Sicht nicht völlig konturenlos erfolgen. Es ist mehrfach angesprochen worden, dass es fraglich ist, ob sich der Bundesgesetzgeber für die Regelung versicherungsfremder Leistungen überhaupt auf den Kompetenztitel der Sozialversicherung aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG berufen kann. Schon im Jahr 1987 stellte das Bundesverfassungsgericht fest,



ich zitiere: „Der Gesetzgeber kann sich seiner Regelungskompetenz für die Sozialversicherung nicht bedienen, um dadurch Mittel für die Finanzierung allgemeiner Staatsaufgaben aufzubringen“. Abgesehen davon lassen sich Aufwendungen für, wie ich sie nenne, versicherungsuntypische Leistungen schwerlich mit den Grundrechten der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer, die die Sozialversicherung anteilig finanzieren, vereinbaren. Sie entsprechen nicht der Funktion einer im Wesentlichen durch Zwangsbeiträge finanzierten GKV. Aus dem in Artikel 2 Abs. 1 GG gewährleisteten Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit folgt meines Erachtens ein Anspruch auf eine funktionsgerechte Verwendung ihrer Beiträge. Dass es jedenfalls zur Wahrung der Verhältnismäßigkeit notwendig ist, die Solidargemeinschaft durch Steuerzuschüsse an den Gesundheitsfonds zur pauschalen Abgeltung der Aufwendung für versicherungsfremde Leistungen zu entlasten, hat der Gesetzgeber bereits erkannt, indem er die Regelung des § 221 SGB V mit Wirkung zum Jahr 2004 eingeführt und bis heute beibehalten hat. Dies geschieht durch eine permanente Veränderung der Höhe der Zuschüsse, die mittlerweile, ich habe es vorhin erwähnt, 14,5 Milliarden Euro jährlich beträgt. Das System der GKV darf jedenfalls nicht mit versicherungsfremden Leistungen überfrachtet werden. Vielmehr muss deren Gewährung in klar konturierten Grenzen verlaufen. Gerade die Bereitstellung sämtlicher Mittel zur Empfängnisverhütung zu Lasten der GKV einschließlich solcher, die ohne ärztliche Verordnung erhältlich sind, würde den Anforderungen an eine verhältnismäßige Belastung der Solidargemeinschaft nicht gerecht. Vielmehr wäre es im Hinblick auf die Grundrechte der an der Solidargemeinschaft in der GKV beteiligten Personen unangemessen, zu deren Lasten eine Abgabe von Notfallkontrazeptiva sowie nicht verordnungspflichtiger Mittel, wie etwa Kondomen, anzuordnen. Auch eine Begrenzung auf einen zur Leistung befugten Personenkreis wie die Empfänger von Transferleistungen ist noch immer zu weit gefasst, auch weil hier die Zahl der Anspruchsberechtigten erheblich sein dürfte. Zum Vergleich: bei der Beschaffung des § 24a SGB V hat sich der Gesetzgeber für eine eng gefasste Regelung entschieden, die sich auf einen Personenkreis unterhalb der Vollendung des 20. Lebensjahres sowie auf die Versorgung mit verordnungspflichtigen Verhütungsmitteln beschränkt.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an Frau Prof. Dr. Cornelia Helfferich. Sie haben die Studie „frauen leben 3“ durchgeführt und die Familienplanung im Lebenslauf nachvollzogen. Welche Aspekte spielen aus Ihrer Sicht eine Rolle und sprechen dafür, dass wir zu einer kostenfreien Abgabe von Verhütungsmitteln für Menschen mit geringem Einkommen kommen?

ESVe **Prof. Dr. Cornelia Helfferich**: Meine Stellungnahme liegt Ihnen vor, die Zahlen sind eindeutig. Sie sind aus einer großen Stichprobe von 8 500 Frauen gewonnen worden und sie besagen ganz klar, Sozialleistungsbezug heißt weniger Verhütung und wenn Verhütung, dann weniger Verhütung mit Pille und Spirale. Sie besagen auch einen höheren Anteil an ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen. Die Zahlen sind beeindruckend. Ich habe selten so klare Zusammenhänge wie in diesen Zahlen gesehen. Ich wehre mich immer dagegen, wenn eine Schwangerschaft als Krankheit bezeichnet wird, aber unzweifelhaft ist, dass eine ungewollte Schwangerschaft oder ein Schwangerschaftsabbruch soziale und medizinische Kosten mit sich bringen. Ich möchte gerne auf verschiedene Punkte eingehen, die sich aus den Zahlen ergeben. Erstens sind die Zahlen eindeutig und wenn man ungewollte Schwangerschaften reduzieren will, muss man einen kostenfreien Zugang für diese begrenzte Gruppe von Frauen schaffen. Die Zahlen besagen zweitens auch, dass der Altersrahmen nicht begrenzt sein sollte. Zum Beispiel gibt es einen sehr starken Bedarf unter Sozialleistungsbezieherinnen, die mehrere Kinder haben und bei denen eine Spirale angesagt wäre. Eine Spirale ist teuer und eine einmalige Zahlung fällt an, die sich eine solche Frau meistens nicht leisten kann. Die Praxis spricht dagegen, die Altersbegrenzung auf 25 oder 35 festzulegen. Des Weiteren ist es sinnvoll, dass die Verantwortung von Männern für Verhütung gestärkt wird und das hieße, dass Kondome auch in die Kostenerstattung mit einbezogen werden. Selbstverständlich geht es darum, die Verhütungsmittel der eigenen Wahl möglich zu machen. Wenn ein bestimmtes Verhütungsmittel als Notlösung genommen wird, weil das gewünschte Mittel zu teuer ist, dann wird das hohe Risiko einer ungewollten Schwangerschaft eingegangen.



Abg. **Dirk Heidenblut** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Paritätischen Wohlfahrtsverband. Sie fordern in Ihrer Stellungnahme, dass auch die rückwirkende Erstattung von verauslagten Kosten für Notfallkontrazeptiva und ärztlich verordnete Kontrazeptiva ermöglicht werden müsste. Insoweit solle eine Regelungslücke geschlossen werden. Könnten Sie die Forderung kurz erläutern?

SVe **Katrin Frank** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV)): Uns geht es in dem Zusammenhang um die Frage der Stigmatisierung und die Antragsstellung. Wir möchten gerade Menschen aus dem Transferleistungsbezug aus dieser Stigmatisierung herausholen. Uns ist es wichtig, dass eine entsprechende Regelung geschaffen wird. Wir stehen für eine selbstbestimmte Verhütung, auch im Falle von Notfallkontrazeptiva, also der Pille danach. Uns ist es sehr wichtig, dass es zu einer Endstigmatisierung kommt.

Abg. **Karin Maag** (CDU/CSU): Meine Frage geht noch einmal an Frau Prof. Dr. Brosius-Gersdorf. Sie haben vorhin eindrücklich geschildert, dass das SGB V das falsche Gesetz ist, um dem Anliegen Rechnung zu tragen. Jetzt gehen wir positiv auf die Geschichte zu. Ich bin auch Frauenpolitikerin. Ich halte das Anliegen durchaus für erwägenswert und auch richtig. Sie hatten angedeutet, dass das SGB II oder SGB XII der richtige Ort wären, wenn wir uns auf den Antrag der Grünen beschränken. Könnten Sie dazu nähere Ausführungen machen?

ESVe **Prof. Dr. Frauke Brosius-Gersdorf**: Das SGB V ist unter Bestimmtheits- und auch unter gesetzessystematischen Gesichtspunkten in jedem Fall der falsche Ort. Wenn man die Versorgung bedürftiger Transferleistungsempfänger mit verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln in ein Gesetz bringen will, sollte man das in einem Leistungsgesetz tun, die an Bedürftigkeit anknüpfen. Das ist in erster Linie das SGB II für die Grundsicherung und das SGB XII für die Sozialhilfe. Es sind auch weitere Gesetzesbücher, die diejenigen erfassen, die nicht Zugang zu den Regelleistungen nach dem SGB II oder SGB XII haben. Das lässt sich gesetzessystematisch in den Gesetzbüchern ohne Weiteres durch einen Verweis machen. Ich würde

bei einer Regelung im SGB II und SGB XII anregen, das über die von Herrn Dr. Leopold angesprochene Mehrbedarfsregelung zu machen. Das ist ein Weg, den das BSG geebnet hat, weil das im Einzelfall eine Prüfung voraussetzt. Wenn Sie aber den Zugang für alle bedürftigen Männer und Frauen zu verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln sicherstellen wollen, müssten Sie es durch eine Klarstellung und Sicherstellungsregelung im SGB II und SGB XII machen, sodass keine Einzelfallbedürftigkeitsprüfung vorausgesetzt wird. Die Bedürftigkeit besteht für Transferleistungsempfänger. Voraussetzung für den Zugang zu diesen Leistungen ist, dass jemand sein Existenzminimum nicht aus eigenem Einkommen und Vermögen sichern kann. Ich würde noch einen Schritt weiter gehen, wenn Sie mir die Bemerkung noch erlauben. Dieser § 24a SGB V ist nicht ganz glücklich. Wir haben einen Absatz 1, in dem etwas von Beratung, Untersuchung und Verordnung von Kontrazeptiva steht. Das ist in Ordnung, weil es tatsächlich auch um die Verhütung von Krankheiten geht, z. B. durch eine unsachgemäße Anwendung von Verhütungsmitteln oder Nichtanwendung und vieles mehr. Absatz 2 ist ein Stück aus der Zeit gefallen, so z. B. die Anknüpfung an das 20. Lebensjahr. Wir sitzen hier im Deutschen Bundestag und ab dem 18. Lebensjahr darf man den Deutschen Bundestag wählen. Ich denke, ab dem 18. Lebensjahr ist man auch nach seiner geistigen Reife und Einsichtsfähigkeit in der Lage, die eigenen, verfügbaren finanziellen Mittel für Verhütung einzusetzen. Ich würde die Altersgrenze auf das 18. Lebensjahr senken. Das knüpft nicht an die Bedürftigkeit an, sondern an die vermutete, nicht so große Einsichtsfähigkeit von Minderjährigen, was den Einsatz der zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel für Verhütungsmittel betrifft. Ich würde ab dem 18. Lebensjahr keinen Zugang mehr zu Verhütungsmitteln über die GKV vorsehen, aber einen uneingeschränkten Zugang zu verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln, weil es bei den verschreibungspflichtigen Mitteln ein Problem mit § 34 SGB V gibt. Die verschreibungspflichtigen Verhütungsmittel sollten altersunabhängig streng an Bedürftigkeit geknüpft werden. Dies sollte aber nicht im SGB V, sondern in den Leistungsgesetzen für Transferleistungsempfänger geschehen.



Abg. **Paul Viktor Podolay** (AfD): Meine Frage richtet sich an pro familia. In Berlin gibt es bereits kostenlose Verhütungsmittel für Bedürftige in einem Modellversuch, an dem Ihre Organisation beteiligt ist. Nach dem Ende des Versuches soll über eine bundesweite Einführung entschieden werden. Ich frage daher, wie Ihre praktischen Erfahrungen sind und wie häufig das Angebot genutzt wird. Welche Methoden werden nachgefragt und bezahlt? Wie verteilen sich die Methoden altersmäßig und wie die Kosten? Haben Sie Verbesserungsvorschläge zu der jetzigen Situation in der Modellregion Berlin?

Sve **Sigrid Weiser** (pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V. Bundesverband): Das waren sehr viele Fragen, die sich wahrscheinlich auf das Modellprojekt biko, von dem ich schon berichtet habe, beziehen. Das Modellprojekt wird vom BMFSFJ gefördert und endet im Herbst 2019. Dazu gibt es eine wissenschaftliche Evaluation. Das heißt, die Ergebnisse liegen noch nicht vor. Die Auswertung, wie viele Personen das in Anspruch genommen haben, werden wir Ende 2019 vorlegen. Wir können aber schon jetzt sagen, dass die Angebote, die es an sieben Standorten gibt, sehr stark nachgefragt werden. Der Bedarf ist sehr hoch. Das betrifft sowohl das Angebot der Kostenübernahme durch biko als auch die Beratungen, die wir in diesem Modellprojekt anbieten. Dabei ist uns wichtig, dass die Beratung im Rahmen des biko-Angebotes freiwillig ist. Sie ist nicht an die Kostenübernahme geknüpft. Biko hat spezielle Beratungsangebote für vulnerable Gruppen. Wir machen z. B. wertvolle Erfahrung in der Verhütungsberatung von Frauen mit geringen Deutschkenntnissen und dem Einsatz von Videodolmetschen und wir beraten Frauen mit Beeinträchtigung in leichter Sprache. Wir machen auch sehr gute Erfahrungen mit den Akteuren und Kooperationspartnern im Gesundheitssystem. Diese sind ganz wichtig zur erfolgreichen Durchführung des Modellprojektes. Das sind konkret die örtlichen Gynäkologinnen und Gynäkologen an den sieben Standorten in den Beratungsstellen, die die Verordnung verschreibungspflichtiger Verhütungsmittel vornehmen. In biko können wir nur verschreibungspflichtige Verhütungsmittel erstatten. Wichtig sind auch die Apotheken, die im Rahmen dieses Projekts kooperieren. In biko stellen also diese drei Akteure eine umfassende, qualitativ hochwertige Verhütungsversorgung her.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Dr. Leopold. Ich bitte Sie, die Äußerungen von Frau Prof. Dr. Brosius-Gersdorf zu kommentieren. Sehen Sie das genauso?

ESV **Dr. Anders Leopold**: Ich schließe mich in Teilen an. Auch mir scheint das SGB V für eine Regelung zur kostenfreien Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln richtig zu sein. Die Änderungen, die man am SGB V vornehmen müsste, führen ungeachtet der verfassungsrechtlichen Problematik letzten Endes zu einer erheblichen Verkomplizierung dessen, was die Krankenkassen typischerweise leisten. Wenn eine, und ich benutze auch diesen Begriff, versicherungsfremde Leistung auf diese Art und Weise vertieft wird, führt das letzten Endes zu einer systemischen Verwerfung. Man würde die Krankenkassen gleichzeitig in eine Bedürftigkeitsprüfung hineinbewegen, die nicht das Kennzeichen der Leistungen der GKV ist. Das ist eine typische Aufgabe der Jobcenter, Sozialämter, BAföG- und Wohngeldstellen. Das scheinen mir die richtigen Orte zu sein, um eine Bedürftigkeitsprüfung kostensparender durchzuführen, als dies die Krankenkassen könnten. Insoweit würde ich mich dem Vorschlag anschließen. Wie man das gesetzestechnisch macht, muss der Deutsche Bundestag entscheiden, wenn er dieses sinnvolle Ziel unterstützt. Man könnte der BSG-Rechtsprechung folgen und den Weg über § 27a Abs. 4 SGB XII suchen oder den Fortschritt darin sehen, das Rad ein Stück weit zurückzudrehen und eine Ausnahme in § 52 SGB XII zu machen, wie wir sie bereits in § 38 BSHG hatten. Dann entsteht aber das Problem, dass Sozialhilfeempfänger „bessere Leistungen“ erhielten als die gesetzlich Krankenversicherten. Ob das gewollt ist, muss geklärt werden. Auf der anderen Seite haben wir ein Differenzierungskriterium, was einen solchen Unterschied rechtfertigen kann, nur nicht das Unterschreiten eines bestimmten Vermögens- bzw. Einkommensniveaus. Daher könnte man überlegen, ob der Fortschritt darin liegt, das Rad wieder ein Stück zurückzudrehen.

Abg. **Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Frau Dr. Anne Bunte. Um die Forderungen sinnvoll diskutieren zu können, benötigen wir konkrete Zahlen. Welche Spanne der jährlichen Finanzmittel bei den kommunalen Verhütungsfonds ist Ihnen bekannt?



ESVe **Dr. Anne Bunte**: Das ist eine breite Spanne. Die Berliner Daten kenne ich nicht, aber ich kenne die Daten aus Landkreisen und Städten und da geht die Spanne von 3 000 bis 80 000 Euro. Man könnte sich ansehen, wie groß die Kommunen jeweils sind. Das ist nicht wirklich sauber aufgearbeitet worden. Ich denke, es wäre durchaus lohnenswert, sich das etwas differenzierter anzuschauen.

Abg. **Dr. Wieland Schinnenburg** (FDP): Ich habe eine Frage an die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände. Wir haben die letzten Jahre erlebt, dass die Belastungen durch das Gesundheitsministerium bzw. den Gesundheitspflegebereich deutlich gestiegen sind. Wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund dieses Vorhaben, weitere Leistungsausweitungen vorzunehmen? Sie werden entweder über Beiträge oder über Steuern finanziert oder durch beides. Wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund das Vorhaben, die Transferleistungsempfänger zu begünstigen, aber diejenigen außen vor zu lassen, die nur knapp mehr verdienen und deswegen nichts bekommen?

SV **Dominik Naumann** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA)): In der Tat sehen wir es kritisch, weitere versicherungsfremde Leistungen in den Katalog der GKV aufzunehmen. Die Beitragszahler dürfen hiermit nicht belastet werden. Es ist allerdings eine politische Frage, ob das als Fürsorgeleistung steuerfinanziert wünschenswert ist oder nicht. Dies haben wir nicht zu entscheiden. Wenn man sich die Ausgabenentwicklung in der Gesamtheit der Sozialversicherungssysteme ansieht, ist das Beitragssatzziel von 40 Prozent von sehr hoher Bedeutung und wir dürfen es nicht gefährden, indem wir weitere sozialversicherungsfremde Leistungen mit einbeziehen. Tatsächlich handelt es sich hier um Ausgaben, die mit der individuellen Lebensführung zusammenhängen und es ist nicht immer klar festzustellen, ob der Bezug zur Gesundheit überhaupt vorhanden ist. Sie können bspw. auch bei warmen Winterjacken im Winter oder bei rutschfesten Matten in der Dusche sagen, dass es einen Zusammenhang zur Gesundheit gibt, aber er ist nicht unmittelbar vorhanden und deswegen ist es richtig und sachgerecht, diese Leistung nicht zuletzt im Interesse der Beitragszahler nicht über das SGB V zu finanzieren.

Abg. **Prof. Dr. Claudia Schmidtke** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Frau Dr. Bunte. Sie haben von Ihrer Arbeit mit kommunalen Verhütungsfonds berichtet. Wäre es aus Ihrer Sicht sinnvoll, für die Finanzierung den Bund heranzuziehen und wie beurteilen Sie vor diesem Hintergrund die Forderung, die Leistungen in der GKV zu verankern?

ESVe **Dr. Anne Bunte**: Ich würde es sehr begrüßen, wenn es eine Bundesregelung gibt, weil wir im Moment einen bunten Flickenteppich haben und es nicht verständlich ist, warum es in der einen Region eine solche Unterstützung für die individuelle Lebensführung gibt und in der anderen nicht, obwohl es um die Gesundheit geht. Bei der Lösung über die GKV kann ich mich den Profis, die es aus juristischer Sicht beurteilen, nur anschließen. Ich selber bin Ärztin und dabei ein bisschen zurückhaltend. Wir sehen, dass die Fondslösung nochmals geprüft werden müsste. Wenn diese tatsächlich den Bürgerinnen und Bürgern zugutekommt, würde ich eine solche Lösung sehr begrüßen.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich stelle meine Frage an den GKV-Spitzenverband. Die Fraktion DIE LINKE. schlägt in ihrem Antrag so etwas wie ein persönliches Verhütungsbudget vor. Sie bewerten das in Ihrer schriftlichen Stellungnahme sehr kritisch. Könnten Sie dazu noch einige Erläuterungen geben?

SV **Gerd Kukla** (GKV-Spitzenverband): Wir verstehen den Antrag so, dass für die nicht verschreibungspflichtigen Verhütungsmittel in Gänze ein Budget zur Verfügung gestellt werden soll, aus dem Monat für Monat entsprechende Leistungen in Anspruch genommen werden können. Wenn Sie das, wie in dem Antrag vorgesehen, in einem Sachleistungssystem umsetzen wollen und die Krankenkasse in aufwändigen Verfahren über die erstattungsfähige Verhütungsmethode entscheidet, kann das nicht funktionieren. Außerdem soll der G-BA entsprechende Regelungen dazu treffen und noch ist nicht klar, nach welchen Maßstäben die Höhe dieses Budgets festzulegen ist und die Leistungserbringer, d. h. die Apotheke oder ein anderer Leistungserbringer in einer Direktabrechnung mit der



Krankenkasse aus dem Budget heraus diese Leistungen zur Verfügung stellen. Das kann ebenfalls nicht funktionieren. Das setzt zum einen voraus, dass wir als Krankenkasse mit den in Frage kommenden Leistungserbringern vertragliche Vereinbarungen und Preise festlegen, die in dem Sachleistungssystem eins zu eins und in voller Höhe abgerechnet werden müssen. Wenn Sie das mit einem Budget kompatibel machen wollen, müssten die Leistungserbringer in der Lage sein, tagesaktuell festzustellen, ob sie aus dem Budget heraus die Leistung voll mit der Krankenkasse abrechnen oder den Versicherten gegebenenfalls Leistungen in Rechnung stellen könnten. Ich sehe da enorme Umsetzungsprobleme.

Abg. **Cornelia Möhring** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an die Einzelsachverständige Sabine Riese. Der Antrag der Linken sieht vor, neben hormonellen Verhütungsmethoden auch Kondome sowie die Symptothermalmethode, also eine so genannte natürliche Verhütungsmethode, in den Leistungskatalog der Krankenkasse aufzunehmen. Wie beurteilen Sie als Fachfrau die Sicherheit der Symptothermalmethode und wie bewerten Sie die Methode in Bezug auf das Selbstbestimmungsrecht der Frau?

ESVe **Sabine Riese**: Das sind beides sehr wichtige Verhütungsmethoden. Nicht erwähnt worden ist das Diaphragma, das vor Jahrzehnten in der Hochblüte der Frauenbewegung sehr beliebt war und nun etwas in Vergessenheit geraten, aber auch keine schlechte Methode ist. Dazu muss man sagen, dass die symptothermale Methode und das Diaphragma sehr beratungsintensiv sind, gewisse Fehlerquellen haben und womöglich nicht so zuverlässig sind, wenn man sich die Produkte aus dem Internet besorgt. Wenn aber eine intensive Beratung durch eine Frauenärztin oder eine erfahrene Beraterin stattfindet, sind das sehr gute Methoden. Sie sind allerdings nicht so sicher wie eine Pille, Spirale oder Sterilisation, sodass sie sich in Lebenssituationen anbieten, in denen eine ungeplante Schwangerschaft keine Katastrophe wäre. Wichtig sind sie aber auf alle Fälle. Es ist nicht meine Kernkompetenz zu beantworten, wie diese zu verordnen oder finanziell gehandhabt werden sollten.

Abg. **Maria Klein-Schmeink** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an Frau Prof. Dr. Busch. Wie kann aus Ihrer Ansicht eine Regelung zum kostenfreien Zugang zu Verhütungsmitteln für Bezieherinnen von Transferleistungsbezügen schnell und unbürokratisch umgesetzt werden, insbesondere was die Berechtigungsgrundlage für die Kostenübernahme betrifft? In der Praxis heißt das z. B., wie können die Kassen wissen, ob jemand berechtigt ist oder nicht? Das wurde vorhin als sehr bürokratisch dargestellt, obwohl das für einige Gruppen heute schon ein Thema ist.

ESVe **Prof. Dr. Ulrike Busch**: Da es auch nicht meine Kernkompetenz ist, über sozialrechtliche Fragen nachzudenken, geht es kurz. Es wäre unter anderem denkbar, dass man existierende Bescheide akzeptiert. Die Frauen bzw. Männer haben in vielerlei Hinsicht Bescheide, die ihnen durch Behörden wie das Jobcenter erteilt worden sind. Eine nochmalige Prüfung wäre also nicht erforderlich, sondern es ginge um die Anerkennung der vorliegenden Bescheide. Ich will die Dinge nicht vermischen. In einer ganz anderen Weise ist das Thema Kostenübernahme von Schwangerschaftsabbrüchen angesiedelt. Auch hier werden bestimmte Wege beschritten und entsprechend dem Schwangerschaftskonfliktgesetz auf die Personengruppen abgehoben, die von diesem Bezugssystem erfasst sind und BAföG -, ALG II - oder Wohngeldbescheide haben.

Abg. **Prof. Dr. Axel Gehrke** (AfD): Meine Frage richtet sich an den Paritätischen Wohlfahrtsverband. Im ALG II-Satz sind für jeden Betroffenen 17,50 Euro pro Monat für Gesundheitsausgaben enthalten und hier soll die Verhütung schon inbegriffen sein. Ist es aus Ihrer Sicht gerecht, dass Frauen und Männer den gleichen Betrag für Gesundheitsaufwendungen erhalten? Schließlich brauchen Frauen anders als Männer für die Menstruation Hygieneartikel, Schmerztabletten usw. In Schottland werden Tampons und Binden kostenlos zur Verfügung gestellt. Müsste dieser Bedarfsunterschied zwischen den Geschlechtern nicht viel eher durch unterschiedliche Regelsätze berücksichtigt werden, anstatt speziell das Thema Ausgaben für Verhütungsmittel anzugehen?



SV **Katrin Frank** (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (DPWV)): Wir stehen für eine selbstbestimmte, gesunde und verantwortungsvolle Verhütung für beide Geschlechter. Uns ist wichtig, dass dabei Aspekte der Vielfalt, der Toleranz und der Offenheit berücksichtigt werden. Der Paritätische Wohlfahrtsverband ist sich bewusst, dass der Regelsatz für die Gesundheitspflege im Moment zu niedrig angesetzt ist. Wir haben eine Expertise herausgebracht und würden den Satz momentan eher bei 25 Euro verorten. Es ist in der Tat so, dass Frauen in dem Bereich durch Gesundheits-, sprich Hygieneartikel gewöhnlich höhere Ausgaben haben. Allerdings kann man das nicht mit Verhütungsmitteln vermischen. Wir sprechen bei Verhütungsmitteln zum einen über den Gesundheitsschutz und zum anderen über den Schutz vor einer ungeplanten Schwangerschaft.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an den Verband der Ersatzkassen. In Ihrer Stellungnahme gehen Sie gesondert auf die spezifische Forderung eines Antragstellers zur Kostenübernahme von Sterilisation ein. Könnten Sie uns Ihre Position erläutern?

SV **Dr. Jörg Meyers-Middendorf** (Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)): Bisher haben GKV-Versicherte einen Anspruch auf Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation. Diese Regelung gibt es seit dem Schwangeren- und Familienhilfegesetz von 1992 und das GMG hat seinerzeit festgelegt, dass Sterilisationen, die nicht krankheitsbedingt sind, im Rahmen der individuellen Lebensplanung durchgeführt werden und nicht zu Lasten der GKV erfolgen sollen. Sie sollten daher ausschließlich auf der Entscheidung der Versicherten zur Finanzierung dieser Leistungen beruhen. Solange die Politik dies nicht ändert, sind wir auch weiterhin dieser Auffassung.

Abg. **Dr. Wieland Schinnenburg** (FDP): Ich habe noch eine Frage an den GKV-Spitzenverband. In Ihrer Stellungnahme erwähnen Sie auf Seite 5, dass Sie nicht nur die Leistungsausgaben für die Verhütungsmittel als versicherungsfremde Leistungen ersetzt bekommen haben wollen, sondern auch die Verwaltungsaufwendungen, die dadurch entstehen. Ist es richtig, dass die Verwaltungskosten bei dem Modell der Linken sehr gering sind, weil alle die

Leistung bekommen, während sie bei dem Modell der Grünen ganz erheblich wären, weil man prüfen muss, wer Bezieher ist und wer nicht? Können Sie ungefähr quantifizieren, wie hoch die Verwaltungskosten sind?

SV **Gerd Kukla** (GKV-Spitzenverband): Diese Aussage nimmt Bezug auf die hier schon durch die meisten Einzelsachverständigen dargestellte Auffassung, dass es sich um versicherungsfremde Leistungen handelt, wenn man diesen Anträgen nachkommen würde. Diese Auffassung teilen wir. Bei versicherungsfremden Leistungen darf man unseres Erachtens nicht nur an die originären Kosten denken, weil das, wenn man so will, ein Auftragsgeschäft für die GKV ist. Hier würde sich der Gesetzgeber, des Know-hows und der Infrastruktur der GKV bedienen, um eine Leistung umzusetzen, die keine originäre Krankenversicherungsleistung ist. Deswegen ist es bei der Frage der Steuerfinanzierung von versicherungsfremden Leistungen wichtig, nicht nur die unmittelbaren Kosten für Leistungen, die abgegeben werden, in den Blick zu nehmen, sondern auch zu bedenken, dass die Beitragszahler der GKV auch mit den Verwaltungskosten für die Umsetzung dieser Regelungen belastet werden. Ich kann nicht beziffern, wie groß der Unterschied zwischen den beiden Anträgen wäre, aber ich würde die Einschätzung, dass der Antrag der Linken weniger Umsetzungskosten bedeutet, nicht teilen. Er geht davon aus, dass die Krankenkassen zur Umsetzung des Budgets im Direktabrechnungsverfahren Verträge mit allen Leistungserbringern schließen müssten. Die Krankenkassen müssten im Einzelfall Genehmigungen aussprechen, welche Verhütungsmethoden zu Lasten der GKV abrechnungsfähig sind. Daher entstehen auch insoweit nicht nur unmittelbare Aufwendungen für die Abgabe der entsprechenden Verhütungsmittel, sondern auch Verwaltungskosten.

Der **Vorsitzende**: Wir beenden nun diese Anhörung. Ich darf mich ganz herzlich bei den Fraktionen für die kreativen Fragen und bei den Sachverständigen für die guten Antworten bedanken. Außerdem darf ich mich beim Ausschussesekretariat für die Vorbereitung und Begleitung bedanken und wünsche Ihnen einen angenehmen Abend. Wir werden sehen, was diese Anhörung an politischen Entscheidungen nach sich ziehen wird.



Schluss der Sitzung: 17.38 Uhr

gez.
Erwin Rüdgel, MdB
Vorsitzender