

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Yvonne Ploetz, Dr. Martina Bunge, Heidrun Dittrich, Cornelia Möhring, Kathrin Senger-Schäfer, Kathrin Vogler, Harald Weinberg, Sabine Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Pille und „Pille danach“

Orale Kontrazeptiva (Verhütungspillen) für Frauen sind in der Bundesrepublik Deutschland seit 1961 auf dem Markt. Laut einer Repräsentativerhebung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zum Verhütungsverhalten nutzen mehr als die Hälfte der befragten 20 bis 44-Jährigen die Pille. Bei den 20 bis 29-Jährigen sind es sogar fast drei Viertel aller Befragten. Somit ist die Pille das beliebteste Verhütungsmittel, gefolgt vom Kondom.

Auf internationaler Ebene fordern die Überprüfungsverfahren von CEDAW (Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau) und CESC (Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, auch ICESCR) „bestmögliche Standards sexueller und reproduktiver Gesundheit“ als ein Menschenrecht. Dazu zählen nicht nur das Recht auf Gesundheit, sondern auch das Recht auf Zugang zu Verhütungsmitteln und umfassenden Informationen über diese sowie das Recht auf Gesundheitsvorsorge.

Die „Pille danach“ ist in mehr als 20 europäischen Ländern rezeptfrei erhältlich. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt, die Medikamente mit dem Wirkstoff Levonorgestrel allen Frauen frei zugänglich zu machen. Seit Oktober 2009 ist mit EllaOne[®] (Wirkstoff Ulipristalacetat) ein weiteres Präparat als „Pille danach“ zugelassen. Auf dieses beziehen sich die Forderungen nach rezeptfreier Abgabe in der Regel nicht.

Es handelt sich bei der „Pille danach“ keineswegs um Abtreibungspillen. Bei bereits bestehenden Schwangerschaften wirkt das Präparat nicht. Vielmehr handelt es sich um eine Notfallverhütung nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr. Da seine Wirksamkeit zeitlich eng begrenzt ist, muss den betroffenen Frauen ein rascher und niedrigschwelliger Zugang ermöglicht werden. Die Erfahrungen zeigen, dass die Rezeptfreiheit zu keinem Anstieg von riskantem Verhütungsverhalten führt und die reguläre Schwangerschaftsverhütung nicht beeinträchtigt. Die notwendige Beratung der Frauen kann durch das bestehende System von Apotheken gesichert werden.

In Deutschland wird die Rezeptfreiheit vor allem durch Gynäkologinnen und Gynäkologen und ihre gesundheitspolitischen Interessenvertretungen kritisiert. Betroffenenverbände vermuten dahinter vor allem finanzielle Interessen.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie häufig wurde die „Pille danach“ nach Kenntnis der Bundesregierung jährlich verschrieben (bitte nach Lebensalter, Wirkstoff sowie Bundesländern aufschlüsseln)?
2. Wie bewertet die Bundesregierung die Wirksamkeit und Sicherheit der „Pille danach“ mit dem Wirkstoff Levonorgestrel?
3. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über die Wirksamkeit und Verträglichkeit des Präparats EllaOne[®]?
Wie bewertet die Bundesregierung die Sicherheit von EllaOne[®] gegenüber den herkömmlichen Levonorgestrel-Präparaten?
Inwiefern kommt für die Bundesregierung eine unterschiedliche Bewertung bezüglich der Verschreibungspflicht infrage?
4. Welche Empfehlungen hat der Sachverständigenausschuss für Verschreibungspflicht der Bundesregierung bezüglich der „Pille danach“ bislang gegeben, und wie hat er seine Empfehlungen begründet?
5. Welche Argumente sprechen nach Ansicht der Bundesregierung gegen und welche für eine rezeptfreie Abgabe der „Pille danach“?
6. Plant oder erwägt die Bundesregierung Änderungen bei der Rezeptpflicht der „Pille danach“ (bitte begründen)?
7. Welche Bundesländer stimmten gegen eine Rezeptfreiheit für die „Pille danach“, und welche enthielten sich?
8. Welche Bedenken wurden aufseiten der Bundesländer gegen eine rezeptfreie Abgabe der „Pille danach“ geltend gemacht?
9. Wie kann gewährleistet werden, dass das Vorhandensein, die Wirksamkeit und die Risiken der „Pille danach“ ausreichend und in objektiver Weise in der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden?
10. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Erfahrungen der rezeptfreien Abgabe der „Pille danach“ in anderen Mitgliedstaaten der EU wie z. B. Österreich oder Belgien?
Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung daraus?
11. Was würde die Entlassung aus der Verschreibungspflicht für die Zulässigkeit von kommerzieller Werbung in der breiten Öffentlichkeit für die „Pille danach“ bedeuten?
Wie könnten die Werbemöglichkeiten für diese Medikamentengruppe eingeschränkt werden?
12. Welche Maßnahmen plant oder bietet die Bundesregierung an, um ungewollte Schwangerschaften bei Mädchen und Frauen zu verhindern?
13. Welche Maßnahmen plant oder bietet die Bundesregierung an, um Mädchen und Frauen über die Verhütung von sexuell übertragbaren Krankheiten aufzuklären?
14. Welche Maßnahmen plant oder bietet die Bundesregierung an, um speziell Jungen und Männer über die Verhinderung von ungewollten Schwangerschaften und/oder die Übertragung von sexuellen Krankheiten aufzuklären?
15. Welchen Handlungsbedarf sieht die Bundesregierung, um ihre Maßnahmen zur Reduktion von ungewollten Schwangerschaften sowie zur Verhütung von sexuell übertragbaren Krankheiten zu verbessern?

16. Mit welcher Begründung wurden Verhütungsmittel aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gestrichen, und welche Argumente wurden von der Bundesregierung und Interessenverbänden geltend gemacht?
17. Welche Kosten für Verhütungsmethoden werden von der gesetzlichen Krankenkasse oder einer anderen Einrichtung aus welchen Gründen erstattet, und welche nicht?
Wie bewertet es die Bundesregierung, dass die Verhütungsmethoden hier unterschiedlich behandelt werden?
18. Wie hoch sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Verhütungspillen für Frauen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, bis zum vollendeten 20. Lebensjahr und ab dem 21. Lebensjahr (bitte nach Anwendung zur Kontrazeption bzw. zur Therapie aufschlüsseln)?
19. Belastet die Verschreibung von Arzneimitteln zur Kontrazeption die Arzneimittelrichtgrößen der Ärztinnen und Ärzte?
20. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung bezüglich der Kostenübernahme der Verhütungspille durch private Krankenversicherungen?
21. Aus welchen Bundesländern bzw. Kommunen ist der Bundesregierung bekannt, dass die Kosten für Verhütungsmittel von staatlichen Stellen übernommen werden?
Welche Methoden für die Kostenerstattung sind der Bundesregierung bekannt, und welche administrativen Hürden gibt es jeweils?
22. Inwieweit findet bei den einzelnen Modellen eine Bedürftigkeitsprüfung statt, und welche Gruppen von Frauen und Mädchen sind jeweils betroffen?
In welchen Kommunen in Deutschland besteht insbesondere für Beziehende von Hartz IV und Menschen mit ähnlich niedrigem Einkommen die Möglichkeit, die Kosten für Verhütungsmittel ersetzt zu bekommen (bitte nach Geschlecht und Höhe der Erstattung aufschlüsseln)?
23. Ist nach Ansicht der Bundesregierung ein gleichberechtigter Zugang zu Verhütungsmitteln für alle sozialen Schichten in Deutschland gewährleistet (bitte begründen)?
24. Ist die Möglichkeit zur Familienplanung nach Ansicht der Bundesregierung Bestandteil des durch Artikel 1 des Grundgesetzes (GG) geschützten Existenzminimums?
25. Wie viel Geld haben Empfangende von Hartz IV bzw. Sozialhilfe gemäß der Regelbedarfsermittlung monatlich für die Empfängnisverhütung zur Verfügung?
26. Wie wurde die Erstattung von Verhütungsmitteln in der Bundesrepublik Deutschland im Zeitverlauf geregelt (bitte nach Übernahme durch die GKV bzw. andere Kostenträger aufschlüsseln)?
Wann und in welchen Fällen gab es vorab eine Bedürftigkeitsprüfung?
27. Wie wurde die Kostenübernahme von Verhütungsmitteln in der DDR nach Kenntnis der Bundesregierung im Zeitverlauf geregelt?
28. Stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, dass der ungehinderte Zugang zu Angeboten der Familienplanung Teil des Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) ist, das Deutschland unterzeichnet hat (bitte begründen)?
Falls ja, was tut die Bundesregierung, um dieser Verpflichtung nachzukommen?
Falls nein, distanziert sich die Bundesregierung vom Inhalt des Vertrags?

29. Stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, dass sich das Recht auf Zugang zu Informationen und zu Verhütungsmitteln aus dem von Deutschland ratifizierten UN-Sozialpakt ergibt (bitte begründen)?

Falls ja, was tut die Bundesregierung, um dieser Verpflichtung nachzukommen?

Falls nein, distanziert sich die Bundesregierung vom Inhalt des Vertrags?

30. Stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, dass nach der Menschenrechtsproklamation von Teheran und der Proklamation nachfolgender Menschenrechtserklärungen die Erreichung des bestmöglichen Standards sexueller und reproduktiver Gesundheit als Menschenrecht gilt (bitte begründen)?

Falls ja, inwieweit ist nach Ansicht der Bundesregierung der Zugang zu Verhütungsmitteln von diesem Recht betroffen, und was tut die Bundesregierung, um dieses Recht im Hinblick auf den Zugang zu Verhütungsmitteln umzusetzen?

31. Welche Erkenntnisse besitzt die Bundesregierung bezüglich des Krebsrisikos von Frauen und Mädchen bei der Einnahme der hormonellen Kontrazeptiva?

32. Wie viele Arzneimittel zur Verhütung wurden nach Kenntnis der Bundesregierung seit 2002 verschrieben (bitte nach Alter, Bundesländern und nach Pillengeneration sowie vaginalen, dermalen und implantativen hormonellen Kontrazeptiva aufschlüsseln)?

Wie viele nichthormonelle vaginale Kontrazeptiva wurden seit 2002 nach Kenntnis der Bundesregierung umgesetzt (bitte nach Art des Verhütungsmittels aufschlüsseln)?

33. Wie viele Sterilisationen wurden seit 2002 nach Kenntnis der Bundesregierung zum Zwecke der Empfängnisverhütung durchgeführt (bitte nach Geschlecht aufschlüsseln)?

34. Wie viele Teenagerschwangerschaften und -schwangerschaftsabbrüche gab es nach Kenntnis der Bundesregierung in der Bundesrepublik Deutschland seit 2002 (bitte nach Jahren, Alter der Mädchen und jungen Frauen sowie dem jeweiligen Bundesland aufschlüsseln)?

35. Worin sieht die Bundesregierung gesellschaftliche Ursachen für die Entwicklung der Zahl der Teenagerschwangerschaften?

36. In wie vielen Fällen werden nach Kenntnis der Bundesregierung sozial benachteiligte Mädchen und Frauen schwanger, weil sie die finanzielle Belastung für ein zuverlässiges Verhütungsmittel nicht tragen können?

37. Gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung einen Zusammenhang zwischen dem Sozialstatus einerseits und frühen und/oder ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen andererseits?

Welche Ursachen können für einen Zusammenhang geltend gemacht werden?

Welche Rolle spielt die finanzielle Belastung für zuverlässige Verhütungsmittel?

38. Wie viele minderjährige Mädchen sterben nach Kenntnis der Bundesregierung während einer Schwangerschaft oder einer Geburt (bitte absolute und relative Zahlen angeben)?

In wie vielen Fällen spielt die Schwangerschaft bzw. die Geburt eine maßgebliche Rolle?

39. Wie wirkt sich eine Schwangerschaft beziehungsweise ein Schwangerschaftsabbruch nach Kenntnis der Bundesregierung auf das Erwerbsleben und die finanzielle Situation der Mädchen und Frauen aus?
40. Wie schätzt die Bundesregierung die Chancen von minderjährigen Müttern und von Müttern unter 25 Jahren, eine Ausbildung zu finden, abzuschließen und in das Erwerbsleben einzutreten, ein?
41. Welche Erkenntnisse besitzt die Bundesregierung über die soziale und berufliche Situation von minderjährigen Vätern und von Vätern unter 25 Jahren?

Berlin, den 8. August 2012

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

