LANDKREIS NIENBURG/WESER
D E R L A N D R A T
Fachbereich Soziales

2018/201

29.08.2018

Beschlussvorlage

- öffentlich -

Kostenübernahme von Verhütungsmitteln für Leistungsberechtigte nach den 3. und 4. Kapitel des SGB XII, dem SGB II und dem AsylbLG

Beschlussvorschlag

Der Beschluss ergibt sich aus der Beratung.

Beratungsfolge

Gremium:	Datum:
• Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Senioren	19.09.2018
• Kreisausschuss	24.09.2018
• Kreistag	26.10.2018

Sachverhalt

Mit Datum vom 15.05.2018 hat die SPD-Kreistagsfraktion gemäß § 6 der Geschäftsordnung des Kreistages folgenden Sachantrag zur Beratung im nächsten Ausschuss für Soziales, Gesundheit und Senioren, im Kreisausschuss sowie zur Entscheidung durch den Kreistag gestellt, dass

1. ***Der Landkreis Nienburg/ Weser übernimmt ab dem 01.01.2019 für Empfängerinnen und Empfänger von laufenden Leistungen nach dem Dritten und Vierten Kapitel des SGB XII, nach dem SGB II und nach dem AsylbLG, die das 20. Lebensjahr vollendet haben und sich im Leistungsbezug befinden, als freiwillige Leistung die Kosten für ärztlich verordnete empfängnisverhütende Mittel, soweit diese Kosten nicht von den Krankenkassen nach dem Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – (SGB V) oder durch andere vorrangig verpflichtete Leistungsträger zu tragen sind.***

2. ***Die erforderlichen Haushaltsmittel werden bis zur Genehmigung des Haushalts 2019 außerplanmäßig, im übrigen im Haushalt 2019 bereitgestellt.***

3. ***Die Übernahme der Kosten für ärztlich verordnete empfängnisverhütende Mittel durch den Landkreis Nienburg/ Weser erfolgt subsidiär und endet demgemäß, wenn und sobald Dritte gesetzlich zur Übernahme dieser Kosten verpflichtet sind.***

In der Begründung des Antrages wird vorangestellt, dass der Bedarf an Verhütungsmitteln grundsätzlich im Regelsatz nach den Bestimmungen des SGB II, SGB XII oder AsylbLG im Anteil für Gesundheitspflege berücksichtigt sei, doch habe der Bundesrat bereits im seinerzeitigen Gesetzgebungsverfahren darauf hingewiesen, dass der im Regelbedarf eingestellte Betrag für Gesundheitspflege nicht ausreichend sei, um auch die Kosten für ärztlich verordneten empfängnisverhütenden Mitteln zu decken.
Bezugsberechtigt für diese freiwilligen Leistungen zur Verhinderung von ungewollten Schwangerschaften sollen nach dem Willen der antragstellenden Fraktion Empfängerinnen und Empfänger von laufenden Leistungen nach dem Dritten und Vierten Kapitel des SGB XII, nach dem SGB II und nach dem AsylbLG sein, die das 20. Lebensjahr vollendet haben und sich im Leistungsbezug befinden.

Seine Begründung finde dieser Antrag auf freiwillige Kostenübernahme darin, dass seit der Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes und des SGB II für den vorbenannten Personenkreis nicht mehr die Möglichkeit bestehe, auf Antrag eine Kostenübernahme ärztlich verordneter Empfängnisverhütungsmittel zu erhalten sowie darin, dass ungewollte Schwangerschaften sowohl aus Sicht der Leistungsbezieher als auch aus Sicht der Leistungsträger vermieden werden sollten. Mit dieser Begründung hätten sich andere Landkreise und kreisfreie Städte (z.B. die Landkreise Diepholz, Oldenburg und Leer, die Städte Delmenhorst und Emden sowie die Region Hannover) teilweise bereits vor Jahren entschieden, die Kosten für ärztlich verordnete empfängnisverhütende Mittel als freiwillige Leistung zu übernehmen.

Bei der Einwohnerzahl und Sozialstruktur des LK Nienburg sei für alle drei Bereiche (Asyl, SGB XII und SGB II) mit jährlichen Kosten in der Größenordnung von 17.000,-- Euro zu rechnen.

Der Fachbereich 31 hat sich mit dem Antrag inhaltlich auseinandergesetzt und rechtlich und verwaltungspraktisch bewertet.

Für eine rechtliche Einschätzung ist die Kenntnisnahme der Wertung des Gesetzgebers der drei angesprochenen Gesetze zur Deckung des notwendigen Lebensunterhaltes (SGB II, SGB XII und AsylbLG) unerlässlich. Dazu hat die Bundesregierung auf den von der SPD-Fraktion angeführten Hinweis des Bundesrates in der Drucksache 17/3982 der 17. Wahlperiode (zu Drucksache 17/3958) mit Datum vom 30. 11. 2010 folgendes erwidert:

> *„Die Einschätzung des Bundesrates, dass hilfebedürftige Frauen die Kosten für Verhütungsmittel aufgrund des im Regelbedarf als regelbedarfsrelevante Verbrauchsausgaben berücksichtigten Betrages für Gesundheitspflege (Abteilung 6 der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe) in Höhe von 15,55 Euro* (Stand 2010) *nicht tragen könnten und aus diesem Grund dem Risiko ungewollter Schwangerschaft ausgesetzt seien, wird von der Bundesregierung nicht geteilt. Dies gilt auch für die Einschätzung, dass die finanzielle Situation zu einer Zunahme von Schwangerschaftsabbrüchen bei hilfebedürftigen Frauen führen würde.*
> *Ebenso lehnt die Bundesregierung eine entsprechende Regelung im SGB II und SGB XII ab, da diese zur Folge hätte, dass die Kosten für ärztlich verordnete empfängnisverhütende Mittel übernommen werden würden, wodurch hilfebedürftige Frauen weiterreichende Gesundheitsleistungen erhalten würden als die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung.*
> *Grundlage des vorliegenden Gesetzesentwurfes ist für die Bundesregierung das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 9. Februar 2010. Darin wird die Höhe der Regelleistungen für Erwachsene nicht in Frage gestellt und auch nicht als offenkundig unzureichend beurteilt. Vor dem Hintergrund, dass bei der Ermittlung der Regelbedarfe die durchschnittlichen Aufwendungen für Gesundheitspflege einschließlich der durchschnittlichen Ausgaben für Verhütungsmittel ungekürzt erfasst worden sind, muss es für die betroffenen Frauen und auch Männer auf den Einsatz der hierdurch bereitgestellten Mittel verbleiben. Dabei kann auch nicht unerwähnt bleiben, dass der im Regelbedarf enthaltene Betrag von 15,55 Euro für jede erwachsene Leistungsberechtigte und jeden erwachsenen Leistungsberechtigten berücksichtigt wird, sich für Paare also verdoppelt. Da der Regelbedarf auch weiterhin als pauschaler Gesamtbetrag gewährt wird, hat das Bundesverfassungsgericht es auch als zumutbar bewertet, einen höheren Bedarf in einem Lebensbereich durch geringere Ausgaben in einem anderen auszugleichen.*
>
> *Darüber hinaus sehen SGB II und SGB XII besondere Regelungen vor, wenn ein individueller Bedarf erheblich von durchschnittlichen Bedarfen abweicht. Das kann bei Verhütungsmitteln beispielsweise der Fall sein, wenn die Verordnung eines teuren alternativen Verhütungsmittels wegen Pillenunverträglichkeit oder die Finanzierung einer Spirale erforderlich ist. Im SGB XII erfolgt dies durch eine abweichende Regelsatzfestsetzung (im Gesetzentwurf: § 27a Absatz 3 Satz 1 SGB XII, im geltenden Recht: § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB XII). Im SGB II ist in seltenen, besonderen Härtefällen, wenn ein laufender atypischer*

Bedarf geltend gemacht wird, die sogenannte Härtefallklausel anwendbar (§ 21 Absatz 6 SGB II). Das Vorliegen eines solchen Umstandes ist sowohl im SGB XII als auch im SGB II im konkreten Einzelfall zu prüfen.
Darüber hinaus sind nach SGB II und SGB XII auch individuelle Darlehensregelungen möglich.“

Zur gegenwärtigen Situation in den Bundesländern teilt der **Wissenschaftliche Dienst des Bundestages** unter dem Az. WD 6 - 3000 - 059/17 am 26.10.2017 mit, dass der *profamilia*-Bundesverband im Jahr 2015 Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung zu bestehenden regionalen Kostenübernahmemodellen von Verhütungsmitteln für Menschen mit geringem Einkommen publiziert hat.
Danach gibt es in den östlichen Bundesländern keine Regelungen. In den anderen Bundesländern gibt es zum Teil regionale Unterschiede in der Zugänglichkeit der Angebote: „So sagen 68 Prozent der in Niedersachsen tätigen Teilnehmenden (*profamilia* und andere Beratungsstellen), dass in ihrem Zuständigkeitsbereich Regelungen existieren, während 32 Prozent die entsprechende Frage verneinen.“

Die Publikation ist abrufbar unter:
https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/hintergrund_erhebung_verhuetungskosten_2015-9-30_web_geschuetzt.pdf

Bei einer Verneinung der Frage (keine Kostenübernahmemodelle) seien folgende Gründe genannt worden:

- (…) Verhütung [sei] Privatangelegenheit,
- (…) entsprechende Leistungen würden bereits berücksichtigt, da Verhütungsmittel im Regelsatz enthalten sind.
- (…) Es sei Sache des Bundes, hier Regelungen zu treffen, nicht die der Kommune oder des Landes.

In engem Zusammenhang damit stehe der Verweis auf die fehlende gesetzliche Grundlage für kommunales Handeln. Als weiterer Grund werde die Kassenlage angesprochen, die Aufwendungen für freiwillige Leistungen nicht zulasse. Im Zusammenhang mit der Finanzlage stehe auch die Befürchtung, mit den Folgen einer Kostenübernahme überfordert zu sein. Politische Kräfteverhältnisse seien ebenfalls genannt worden: Für eine Regelung finde sich keine Mehrheit, die betroffene Personengruppe habe keine „Lobby“.
Weitere Überlegungen des Wissenschaftlichen Dienstes sowie Umsetzung und Erfahrungen in einigen ausgewählten Kommunen sind dem vollständigen Dokument **Anlage 1** zu entnehmen.

Unter Berücksichtigung dieser Vorerkenntnisse hat der FB 31 anhand von Veröffentlichungen und Beratungsunterlagen stichprobenartig die Bewilligung von freiwilligen Leistungen zur Kostenübernahme für Verhütungsmittel niedersächsischer Kommunen recherchiert. Eine Gegenüberstellung ist als **Anlage 2** beigefügt.

Zusammenfassend lassen sich daraus folgende Aussagen zu Art und Höhe der Leistungen, den Leistungsberechtigten, der haushaltsrechtlichen Darstellung und den Antrags- und Bewilligungsprozessen ableiten:

A. Leistungsart und Leistungshöhe:

In allen untersuchten Kommunen werden (nur) ärztlich verordnete Verhütungsmittel als beihilfefähig anerkannt. Während überwiegend darunter die **Pille, Hormonimplantate, Spirale und Sterilisation** verstanden werden, nimmt der Landkreis Leer ausdrücklich die Pille als nicht bewilligungsfähig aus. Damit korrespondiert auch eine Eigenbeteiligung von 80,00 €, die in Leer zu erbringen ist. Eine Einschränkung der Höhe der Leistungen wird ansonsten nur noch von der Stadt Delmenhorst formuliert, die sich nur zur Hälfte an den Kosten für ärztlich verordnete Verhütungsmittel beteiligt und den Zuschuss auf 100,00 € pro Jahr „gedeckelt“ hat.

B. Leistungsberechtigte:

Einvernehmlich beschreiben die eingesehenen Unterlagen der betrachteten Kommunen die Leistungsberechtigten der Rechtskreise **SGB II, SGB XII** und **AsylbLG** als anspruchsberechtigt. Der Landkreis Diepholz schränkt –*wie auch der zur Rede stehende Antrag der SPD-Fraktion*- in seiner Sitzungsvorlage vom 02.11.2016 den Kreis der SGB XII-Empfänger auf das 3. Und 4. Kapitel ein. Dies ist auch sachgerecht, weil spätestens mit der Umsetzung des BTHG auch für diesen Personenkreis zwischen fachlichen und Grundsicherungsleistungen (nach dem 3. oder 4. Kapitel SGB XII) zu unterscheiden ist.
Der Landkreis Rotenburg fordert in jedem Fall auch noch den Nachweis einer außergewöhnlichen Belastung (mehr als drei Kinder im HH, Krankheit, Behinderung u.ä.), im Zweifel durch ein amtsärztliches Gutachten. Aus Sicht des FB 31 steht dieser Aufwand in keinem Verhältnis zu der Dimension der Leistungen im Einzelfall und insgesamt, die mit dem SPD-Antrag verfolgt werden sollen.
Zwei Kommunen (u.a. der LK Holzminden) haben auch die Bezieher von BaföG/BAB-Leistungen einbezogen, Holzminden auch Wohngeldberechtigte.

C. Haushaltsrechtliche Darstellung:

Der Antrag der SPD-Fraktion geht von einem einzustellenden Volumen von 17.000,00 € aus. In der Dimension kann der FB 31 dieser Annahme folgen, würde wegen der Unsicherheit der möglichen Inanspruchnahme dieser neuen Leistung im Falle eines positiven Beschlusses aber zunächst von 22.0000,00 € ausgehen wollen, 15.000,00 € davon im Rechtskreis SGB II und je 3.500,00 € in den Rechtskreisen SGB XII und AsylbLG.
In mindestens der Hälfte der Kommunen ist eine Überschreitung des eingestellten Ansatzes ausgeschlossen. Es wird darauf hingewiesen, dass auf diese freiwilligen Leistungen kein Anspruch besteht und nur bis zur Ausschöpfung des Haushaltsansatzes gewährt werden kann. Dies entspricht auch der Formulierung des Antrages der SPD-Fraktion vom 15.05.2018.
Aus Sicht der Verwaltung stellt diese bedingungslose „Deckelung“ die verfolgte Zielsetzung bei Auslastung des Haushaltsansatzes in Frage, weil die Versagung von „gewohnten“ Leistungen, mit denen der bedachte Personenkreis unterjährig sicher gerechnet hat, den Verzicht auf im Grunde gewollte Verhütungsmaßnahmen geradezu „provozieren“ würde. Aus Sicht des FB 31 sollte der nach bestem Wissen kalkulierte Ansatz von vornherein deckungsfähig mit anderen Produkten des Fachbereiches erklärt werden, um die angemessene Kontinuität und Zuverlässigkeit der Leistungsgewährung zu erreichen, wenn man denn dem Antrag dem Grunde nach folgen

möchte. Aus den genannten Gründen hat im Übrigen auch der LK Diepholz seine Beschlussfassung vom 02.11.2016 auch in dieser Weise formuliert und die seit 2013 bestehende „Deckelung“ abgelöst.
Anzumerken ist, dass der FB 31 zumindest im ersten Jahr einer eventuellen Implementierung der beantragten freiwilligen Leistung noch von einer zögerlichen Antragstellung ausgeht, so dass ggf. in Folgejahren aufgrund gewonnener Erfahrungen durch eine zunehmend validere Planung ein spürbares Haushaltsrisiko auch bei einem „offenen Budget“ nicht zu erwarten sein dürfte.

D. Antrags- und Bewilligungsprozesse:

Nach den aus den zugänglichen Unterlagen der betrachteten Kommunen gewonnenen Erkenntnissen zeigen sich in der Abwicklung der Leistungen für Verhütungsmittel die größten Unterschiede. Überwiegend sind die Sozialämter der Kommunen für die Bearbeitung der Anträge und Abwicklung der Zahlungen verantwortlich. Zur Ausgabe der Anträge finden sich keine Angaben. Hierfür, wie auch für eine erste Beratung oder Zugangssteuerung zur bearbeitenden Stelle im Sozialamt, können aber sinnvoll und effektiv nur die Träger der grundsätzlichen Sozialleistung (SGB II, SGB XII und AsylbLB) zuständig sein. Insofern ist hier im Falle eines positiven Beschlusses zumindest das Jobcenter Nienburg als „externer“ Träger angemessen zu beteiligen. Einfacher hat es in dieser Hinsicht der Landkreis Rotenburg, der als Optionskommune auch die SGB II-Leistungen im eigenen Hause bearbeitet.

Möglich ist auch die Vergabe der Antragsbearbeitung an eine externe Beratungsstelle, wie es in den Landkreisen Northeim und Holzminden praktiziert wird. In Northeim handelt es sich bei den Beihilfen nicht einmal um eine freiwillige kommunale Leistung, sondern um Stiftungszuwendungen.

Hinsichtlich des Antrags- und Bewilligungsverfahrens besteht weitestgehend Einigkeit, dass neben einem Antrag und dem Nachweis der Hilfebedürftigkeit *(Bescheid des Jobcenters/Landkreises)* die ärztliche Verordnung und die Zahlungsquittung vorzulegen sind. Abwandlungen hierzu gibt es, indem z.T. Kostenvoranschläge vorab beizubringen sind. Aus Sicht des FB 31 sollte der Erstattung quittierter Auslagen der Vorzug gegeben werden, um die Kontinuität der Leistungen nicht durch die Dauer eines abzuwartenden Antragsverfahrens zu gefährden.
Bei Annahme des SPD-Antrags hat die Verwaltung noch das Problem zu lösen, dass voraussichtlich die ganz überwiegende Zahl der Antragsteller dem Rechtskreis des SGB II unterfallen. Eine Bewilligung *„im bestehenden Leistungsfall“* wird deshalb ausgeschlossen sein. D.h., dass die zuständige Stelle für die Mehrzahl der Antragsteller Fälle „anlegen“ muss, wegen der relativen Dynamik des Bestandes der SGBII-Empfänger wird dies auch kein einmaliger Vorgang sein. Da die Nutzung eines Fachverfahrens ausscheidet, sind unverhältnismäßig hohe administrative Aufwände für Bescheiderteilung, Schriftverkehr, Dokumentation, Auszahlung und Buchung einzuplanen.
Auch wenn die Abläufe für eine Stellenbemessung noch zu unklar sind, besteht nach vorsichtiger, überschlägiger Berechnung des FB 31 eine Mehrarbeit von bis zu 0,25 VZÄ im Bereich des Fachdienstes, der mit der Abwicklung des Antragsgegenstandes betraut werden würde.

Finanzielle Auswirkungen:

Die erforderlichen Haushaltsmittel werden ggf. bis zur Genehmigung des Haushalts 2019 außerplanmäßig bereitgestellt, im übrigen im Haushalt 2019 planmäßig veranschlagt.

Anlagen:

- Wissenschaftlicher Dienst des Bundestages Az. WD 6 - 3000 - 059/17 vom 26.10.2017

- Gegenüberstellung der Kostenübernahme für Verhütungsmittel niedersächsischer Kommunen