

GKV–SPITZENVERBAND¹, BERLIN

AOK–BUNDESVERBAND GbR, BERLIN

BKK BUNDESVERBAND, ESSEN

IKK E. V., BERLIN

SPITZENVERBAND DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN SOZIALVERSICHERUNG, KASSEL

KNAPPSCHAFT, BOCHUM

VERBAND DER ERSATZKASSEN E. V., BERLIN

14. Dezember 2011

Gemeinsames Rundschreiben zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V)

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in ihrem Gemeinsamen Rundschreiben vom 6. Dezember 1995 zu den Leistungsansprüchen im Zusammenhang mit der Empfängnisverhütung, bei einer Sterilisation und bei einem Schwangerschaftsabbruch Stellung genommen. Aufgrund der fortschreitenden Entwicklung auf diesem Gebiet durch Gesetze, Rechtsverordnungen, Richtlinien und Besprechungsergebnisse sowie dem damit einhergehenden medizinischen Fortschritt erfolgte eine Überarbeitung des Gemeinsamen Rundschreibens.

Mit diesem Rundschreiben legen der GKV–Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene eine aktuelle Fassung vor, die ab dem 1. Januar 2012 gültig ist.

¹ Der GKV–Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeines	4
2. Empfängnisverhütung	6
2.1. Gesetzestext	6
2.2. Allgemeines	6
2.3. Ärztliche Beratung	6
2.4. Empfängnisverhütende Mittel	7
3. Sterilisation/Schwangerschaftsabbruch	8
3.1. Gesetzestext	8
3.2. Allgemeines	9
3.3. Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation bzw. einem nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft	11
3.3.1. Sterilisation	11
3.3.2. Schwangerschaftsabbruch	12
3.3.2.1. Medizinische Indikation	12
3.3.2.2. Kriminologische Indikation	12
3.3.2.3. Auswirkungen für die Krankenkassen	13
3.3.3. Ärztliche Beratung, Untersuchung und Begutachtung	13
3.3.4. Ärztliche Behandlung	13
3.3.5. Arznei-, Verband- und Heilmittel	13
3.3.6. Krankenhausbehandlung	14
3.3.7. Krankengeld	14
3.4. Leistungen bei einem rechtswidrigen, aber straffreien Abbruch der Schwangerschaft	14
3.4.1. Beratungsregelung	14
3.4.2. Auswirkungen für die Krankenkassen	15
3.4.3. Leistungen	16
3.4.4. Leistungsausschluss	16
4. Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen	17
4.1. Allgemeines	17
4.2. Voraussetzungen	17
4.2.1. Ermittlung der Einkommensgrenze	18
4.2.1.1. Allgemeine Einkommensgrenze	18
4.2.1.2. Erhöhung der Einkommensgrenze bei Kindern	18
4.2.1.3. Erhöhung der Einkommensgrenze durch die Kosten der Unterkunft	19
4.3. Verfügbare persönliche Einkünfte	19
4.3.1. Umfang der „verfügbaren persönlichen Einkünfte“	20
4.3.2. Pfändungen	21
4.3.3. Nichtzugehörigkeit der Tochter zur elterlichen Wohnung während der Dauer ihres Studiums	21
4.4. Maßgebender Beurteilungszeitraum	21
4.5. Einmalige Zuwendungen	22

4.6.	Verwertbares Vermögen	22
4.7.	Darlegung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse.....	23
4.8.	Annahme der finanziellen Anspruchsvoraussetzungen.....	23
4.9.	Leistungen.....	24
4.9.1.	Leistungsanspruch.....	24
4.9.2.	Fahrkosten/Wegegeld	24
4.9.3.	Zuzahlung zur Krankenhausbehandlung.....	24
4.10.	Durchführung, Zuständigkeit, Verfahren, Kostenerstattung.....	25
4.10.1.	Abrechnung auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM).....	25
4.10.2.	Kostenübernahme bei Inanspruchnahme eines Vertrags- oder Nichtvertragsarztes bzw. beim ambulanten Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V	26
4.10.3.	Kostenerstattung	26
4.10.3.1.	Kostenerstattung bei einer stationären Behandlung.....	26
4.10.4.	Nachträgliche Kostenübernahme/Kostenerstattung	27
4.10.5.	Leistungsberechtigte Frauen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz...	28
4.10.6.	Studentinnen	28
4.10.7.	Au-pair-Mädchen	28
4.11.	Verwaltungskosten	28
4.12.	Verjährung	29
Anlage 1	Übersicht über die Verhütungsmethoden	
Anlage 2	Einkommensgrenzen bei der Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrü- chen in besonderen Fällen	
Anlage 3	Verordnung zur Durchführung des § 82 des Zwölften Buches Sozialgesetz- buch Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch	
Anlage 4	Muster Antrag auf Gewährung von Leistungen in besonderen Fällen aus Mit- teln der Länder bei einem Schwangerschaftsabbruch, für den kein Leistungs- anspruch gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse besteht	
Anlage 5	Muster Bescheinigung über die Übernahme der Kosten für einen Abbruch der Schwangerschaft nach dem Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten	

1. Allgemeines

Die Bereiche Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaft stehen immer wieder im Mittelpunkt des politischen und gesellschaftlichen Handelns, besonders dann, wenn es sich um die lange Zeit umstrittene Beurteilung der Strafbarkeit der Abtreibung handelt. Die gesetzliche Krankenversicherung bleibt davon nicht unberührt, da diese Leistungen nach § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB V einen wichtigen Bestandteil des Leistungskataloges bilden, der aber vom Leistungsumfang her besonders beim Schwangerschaftsabbruch deutlich eingeschränkt wurde.

Maßgebend sind hierfür die §§ 24a und 24b SGB V, die mit dem Schwangeren- und Familienhilfegesetz am 5. August 1992 in Kraft traten und die bis dahin gültigen §§ 200e bis 200g RVO mit der Bezeichnung „Sonstige Hilfen“ ablösten.

Im Jahr 1995 erfolgte eine weitere Neuregelung des Abtreibungsstrafrechts in Form des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes (SFHÄndG). Damit wurde das im Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28. Mai 1993 favorisierte Beratungskonzept und die – erneute – Verpflichtung des Staates, für den Schutz des geborenen als auch des ungeborenen menschlichen Lebens zu sorgen, umgesetzt.

Am 1. Oktober 1995 traten die Neuerungen zur Schwangerenkonfliktberatung, zur Approbationsordnung und der Gebührenordnung für Ärzte, des SGB V, der RVO, des Strafgesetzbuches sowie des Einigungsvertrages in Kraft. Darüber hinaus wurde mit Wirkung ab 1. Januar 1996 die eigentliche Neuregelung für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen, die darin besteht, dass bei Fällen des nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts rechtswidrigen, aber nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruchs nach der sogenannten Beratungslösung diejenigen ärztlichen Leistungen gesetzlich aus dem Leistungskatalog der Krankenversicherung ausgeschlossen werden, die am Tage des Abbruchs und bei der Nachbehandlung mit einem komplikationslosen Verlauf entstehen. Gleichzeitig wurde durch das SFHÄndG auch ein Spezialgesetz geschaffen, das abhängig von dem Ergebnis einer Bedürftigkeitsprüfung der Schwangeren eine staatliche Kostenübernahme für die Leistungen vorsieht, die im Falle des Schwangerschaftsabbruchs nach der Beratungslösung nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung oder, sofern die Schwangere nicht einer gesetzlichen Krankenkasse angehört, nicht von einem anderen Kostenträger wie Sozialhilfe, Beihilfe oder private Krankenversicherung übernommen werden.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes über die weitere Bereinigung von Bundesrecht am 15. Dezember 2010 (BGBl. 2010 Teil I Nr. 63) wurde aufgrund der inhaltlichen Zusammengehörigkeit das Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG) und das Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbruch

brüchen in besonderen Fällen (Schwangerschaftshilfegesetz – SchwHG) in einem Gesetz – dem Schwangerschaftskonfliktgesetz – zusammengeführt. Inhaltliche Änderungen waren hiermit nicht verbunden.

Zum 1. Januar 2012 tritt in wesentlichen Teilen das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) in Kraft. In diesem Rahmen wurde in § 24b Abs. 4 SGB V neu geregelt, wie sich der von den Ländern zu tragende Finanzierungsanteil in den Fällen der vollstationären Vornahme eines rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruchs (§ 218a Abs. 1 StGB) ermittelt.

2. Empfängnisverhütung

2.1. Gesetzestext

§ 24a SGB V

(1) Versicherte haben Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung. Zur ärztlichen Beratung gehören auch die erforderliche Untersuchung und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln.

(2) Versicherte bis zum vollendeten 20. Lebensjahr haben Anspruch auf Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln, soweit sie ärztlich verordnet werden; § 31 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend.

2.2. Allgemeines

Die Motive für die Inanspruchnahme einer Beratung über Fragen der Empfängnisregelung sind unerheblich. Anspruch auf diese Leistung haben weibliche und männliche Versicherte. Der Anspruch ist grundsätzlich nicht an ein bestimmtes Lebensalter gebunden; er ist immer dann gegeben, wenn der Beratungswunsch aufgrund der biologischen Entwicklung nicht sinnlos erscheint. Findet eine gemeinsame Beratung der Partner statt, von denen einer nicht versichert ist, so können Leistungen zu Lasten der Krankenversicherung nur für den versicherten Partner erbracht werden.

Versicherte haben nach § 24a Abs. 2 SGB V bis zum vollendeten 20. Lebensjahr Anspruch auf Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln, soweit sie ärztlich verordnet werden. Damit werden im Wesentlichen die Frauen begünstigt, die aufgrund ihrer wirtschaftlichen Situation, insbesondere weil sie sich noch in der Ausbildung befinden, am wenigsten in der Lage sind, die Kosten für Empfängnisverhütungsmittel aufzubringen.

2.3. Ärztliche Beratung

Die Beratung kann sowohl die Empfängnisverhütung als auch die Herbeiführung einer Schwangerschaft zum Ziele haben. Sie umfasst medizinische, auf die Beratungssuchenden bezogene Informationen über

- Sexualaufklärung,
- Verhütung und
- Familienplanung.

Zur ärztlichen Beratung nach § 24a Absatz 1 SGB V gehören auch die im Zusammenhang mit den Fragen der Empfängnisregelung erforderlichen Untersuchungen (einschließlich human-genetischer Untersuchungen zur Abklärung einer Gefährdung für Mutter und Kind bei begründetem Verdacht auf ein genetisches Risiko) sowie die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln. Empfängnisregelnde Mittel sind sowohl Mittel zur Empfängnisverhütung als auch Mittel zur Herbeiführung einer Schwangerschaft. Die für Arzneimittel geltenden Regelungen sind entsprechend anzuwenden.

2.4. Empfängnisverhütende Mittel

Zu den empfängnisverhütenden Mitteln gehören insbesondere die hormonal wirkenden Kontrazeptiva. Es können aber auch mechanisch wirkende Mittel verordnet werden, deren Anpassung durch den Vertragsarzt erfolgt. Der Arzt entscheidet nach der erforderlichen Untersuchung über die Verordnung in Abstimmung mit der Patientin. Nicht apothekenpflichtige sowie nicht verschreibungspflichtige Mittel wie Kondome, Schaumtableten oder Cremes dürfen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden.

Eine Übersicht über die zurzeit möglichen Verhütungsmethoden ist in der Anlage 1 beige-fügt.

Die Zuzahlung ist gemäß § 31 Abs. 3 SGB V für 18- bis 19-jährige Versicherte zu leisten. Die Vorschrift über die Belastungsgrenze (§ 62 SGB V) ist anzuwenden. Festbeträge bestehen für empfängnisverhütende Mittel nicht.

3. Sterilisation/Schwangerschaftsabbruch

3.1. Gesetzestext

§ 24b SGB V

(1) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation und bei einem nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt. Der Anspruch auf Leistungen bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch besteht nur, wenn dieser in einer Einrichtung im Sinne des § 13 Abs. 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes vorgenommen wird.

(2) Es werden ärztliche Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft, ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation oder für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch, ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie Krankenhauspflege gewährt. Anspruch auf Krankengeld besteht, wenn Versicherte wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation oder wegen eines nicht rechtswidrigen Abbruchs der Schwangerschaft durch einen Arzt arbeitsunfähig werden, es sei denn, es besteht ein Anspruch nach § 44 Abs. 1.

(3) Im Fall eines unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 des Strafgesetzbuches vorgenommenen Abbruchs der Schwangerschaft haben Versicherte Anspruch auf die ärztliche Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft, die ärztliche Behandlung mit Ausnahme der Vornahme des Abbruchs und der Nachbehandlung bei komplikationslosem Verlauf, die Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie auf Krankenhausbehandlung, falls und soweit die Maßnahmen dazu dienen,

- 1. die Gesundheit des Ungeborenen zu schützen, falls es nicht zum Abbruch kommt,*
- 2. die Gesundheit der Kinder aus weiteren Schwangerschaften zu schützen oder*
- 3. die Gesundheit der Mutter zu schützen, insbesondere zu erwartenden Komplikationen aus dem Abbruch der Schwangerschaft vorzubeugen oder eingetretene Komplikationen zu beseitigen.*

(4) Die nach Absatz 3 vom Anspruch auf Leistungen ausgenommene ärztliche Vornahme des Abbruchs umfasst

- 1. die Anästhesie,*

2. den operativen Eingriff oder die Gabe einer den Schwangerschaftsabbruch herbeiführenden Medikation,
3. die vaginale Behandlung einschließlich der Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter,
4. die Injektion von Medikamenten,
5. die Gabe eines wehenauslösenden Medikamentes,
6. die Assistenz durch einen anderen Arzt,
7. die körperlichen Untersuchungen im Rahmen der unmittelbaren Operationsvorbereitung und der Überwachung im direkten Anschluss an die Operation.

Mit diesen ärztlichen Leistungen im Zusammenhang stehende Sachkosten, insbesondere für Narkosemittel, Verbandmittel, Abdecktücher, Desinfektionsmittel fallen ebenfalls nicht in die Leistungspflicht der Krankenkassen. Bei vollstationärer Vornahme des Abbruchs übernimmt die Krankenkasse nicht die mittleren Kosten der Leistungen nach den Sätzen 1 und 2 für den Tag, an dem der Abbruch vorgenommen wird. Das DRG-Institut ermittelt die Kosten nach Satz 3 gesondert und veröffentlicht das Ergebnis jährlich in Zusammenhang mit dem Entgeltsystem nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.

3.2. Allgemeines

§ 24b SGB V bezeichnet im Einzelnen die von den Krankenkassen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation und bei einem Schwangerschaftsabbruch zu gewährenden Leistungen. Bei einem Abbruch der Schwangerschaft wird unterschieden zwischen

- einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch (medizinische und kriminologische Indikation), der in vollem Umfang die Leistungspflicht der Krankenkasse im Rahmen des § 24b Abs. 2 SGB V auslöst,

u n d

- einem rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruch („Beratungsregelung“), der lediglich eine eingeschränkte Leistungspflicht der Krankenkasse nach § 24b Abs. 3 SGB V begründet, von der die Übernahme der Kosten des Schwangerschaftsabbruchs (§ 24b Abs. 4 SGB V) ausgeschlossen ist.

Die Leistungen im Zusammenhang mit einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation beziehen sich sowohl auf männliche als auch auf weibliche Versicherte. Leistungen, die vor dem Eingriff erbracht werden, sind auch dann zu übernehmen, wenn es nicht zu einer Sterilisation oder zu einem Abbruch der Schwangerschaft kommt. Versicherte können in einem anderen

EWR-Staat oder in der Schweiz u. a. einen Schwangerschaftsabbruch oder eine Sterilisation durchführen lassen und die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V beantragen, sofern alle nach deutschem Recht maßgeblichen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind.

Ein Schwangerschaftsabbruch darf nach § 13 Abs. 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) nur in einer Einrichtung vorgenommen werden, in der auch die notwendige Nachbehandlung gewährleistet ist. Nach § 13 Abs. 2 SchKG haben die Länder ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen sicherzustellen. § 75 Abs. 9 SGB V verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen, mit Einrichtungen nach § 13 SchKG auf deren Verlangen Verträge über die ambulante Erbringung der in § 24b SGB V aufgeführten ärztlichen Leistungen zu schließen und die Leistungen außerhalb des Verteilungsmaßstabes nach den zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Einrichtungen nach § 13 SchKG oder deren Verbänden vereinbarten Sätzen zu vergüten. Unter den Vertragseinrichtungen können die Versicherten frei wählen.

Schwangerschaftsabbrüche werden von nachfolgenden Leistungserbringern mit unterschiedlichen Abrechnungsmodalitäten durchgeführt:

- Vertragsärzte, die sich auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen spezialisiert haben und diese Tätigkeit in einer Praxis, an die unmittelbar ein ambulantes OP-Zentrum angeschlossen ist, durchführen.
- Vertragsärzte, die sich nicht ausschließlich auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen spezialisiert haben und ein OP-Zentrum im unmittelbaren räumlichen Zusammenhang betreiben.
- Vertragsärzte, die ambulante Schwangerschaftsabbrüche durchführen und räumlich getrennt in Kooperation ein OP-Zentrum betreiben oder fremd nutzen.
- Vertragsärzte, die im Rahmen des Belegarztverfahrens Schwangerschaftsabbrüche durchführen (bei der vollstationären belegärztlichen Behandlung werden neben dem Honorar des Belegarztes die entsprechenden DRG-Fallpauschalen für belegärztliche Leistungen abgerechnet; Krankenhäuser mit Belegbetten, die zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärzten Honorarverträge schließen, rechnen die DRG-Fallpauschalen für Hauptabteilungen in Höhe von 80 v. H. ab).
- Krankenhäuser, die im Rahmen der stationären Behandlung Schwangerschaftsabbrüche durchführen: Kostenabrechnung nach der geltenden DRG-Fallpauschalenvereinbarung.

- Krankenhäuser, die im Rahmen der teilstationären Behandlung Schwangerschaftsabbrüche durchführen: Abrechnung krankenhausesindividuell vereinbarter Entgelte.
- Krankenhäuser, die im Rahmen der ambulanten Behandlung Schwangerschaftsabbrüche durchführen (u. a. Ambulantes Operieren gem. § 115b SGB V): Direktabrechnung mit den Krankenkassen.

3.3. Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation bzw. einem nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft

3.3.1. Sterilisation

Eine Sterilisation, die mit Einwilligung der/des Betroffenen durchgeführt wird, ist nicht rechtswidrig.

Neben den versicherungsrechtlichen Voraussetzungen ist die Kostenübernahme bei einer Sterilisation von dem Vorliegen einer Krankheit abhängig. Der Krankheitsbegriff wird im Gesetz nicht näher erläutert. Die Rechtsprechung und Verwaltungspraxis verstehen unter Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung einen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, dessen Eintritt entweder allein die Notwendigkeit von Behandlungsbedürftigkeit oder zugleich oder ausschließlich Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

Behandlungsbedürftigkeit ist anzunehmen, wenn der regelwidrige Zustand nach den Regeln der ärztlichen Kunst einer Behandlung mit dem Ziel der Heilung, Besserung, Verhütung der Verschlimmerung oder der Linderung von Schmerzen zugänglich ist. Zur Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen ärztlichen Betreuung der Versicherten im Rahmen der Sterilisation hat der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 11 SGB V in Verbindung mit den §§ 24a und 24b SGB V die Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch – die auch Ausführungen zur Sterilisation enthalten – beschlossen.

Der Leistungsanspruch ist ausgeschlossen, wenn die Sterilisationsmaßnahme ohne medizinische Indikation freiwillig und mit der Absicht durchgeführt wird, künftig keine Kinder mehr haben zu wollen.

Zur Durchführung einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation ist der/die Versicherte gehalten, unter Vorlage der Krankenversichertenkarte einen Vertragsarzt in Anspruch zu

nehmen. Es handelt sich um eine vertragsärztliche Leistung, deren Kosten über die Kassenärztliche Vereinigung abzurechnen sind. Die Abrechnung der Leistung ist außerdem im Rahmen des ambulanten Operierens im Krankenhaus nach § 115b SGB V möglich. Einer besonderen Genehmigung der durch Krankheit erforderlichen Sterilisation durch die Krankenkasse bedarf es nicht.

Die Kostenübernahme für eine durch Krankheit erforderlichen Sterilisation kann nicht mit dem Hinweis auf eine kostengünstigere Methode der Empfängnisverhütung (siehe Anlage 1) abgelehnt werden. Postoperative Spermiogramme nach einer wegen Krankheit erforderlichen Sterilisation beim Mann sind als GKV-Leistung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abzurechnen.

3.3.2. Schwangerschaftsabbruch

3.3.2.1. Medizinische Indikation

Ein mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommener Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn er unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann (§ 218a Abs. 2 Strafgesetzbuch – StGB –). Die Entscheidung, ob eine medizinische Indikation vorliegt, trifft der Arzt.

Eine Befristung für die Vornahme des Schwangerschaftsabbruchs bei einer medizinischen Indikation ist nicht vorgesehen.

3.3.2.2. Kriminologische Indikation

Nicht rechtswidrig ist auch ein Schwangerschaftsabbruch, der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommen wird, wenn nach ärztlicher Erkenntnis an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 179 StGB begangen worden ist, dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass die Schwangerschaft auf der Tat beruht, und seit der Empfängnis nicht mehr als 12 Wochen vergangen sind (§ 218a Abs. 3 StGB).

3.3.2.3. Auswirkungen für die Krankenkassen

Die ärztlicherseits getroffene Feststellung, dass eine medizinische oder kriminologische Indikation für den Abbruch der Schwangerschaft vorliegt, ist für die Krankenkassen verbindlich und verpflichtet sie, im erforderlichen Rahmen die in den nachfolgenden Abschnitten 3.3.3 bis 3.3.7 beschriebenen Leistungen zu erbringen. Dies kann durch eine entsprechende Kostenübernahmeerklärung oder durch eine formlose Bescheinigung zum Ausdruck gebracht werden. Einer besonderen Genehmigung des eigentlichen Schwangerschaftsabbruchs bei diesen beiden Indikationen durch die Krankenkasse bedarf es aber nicht.

3.3.3. Ärztliche Beratung, Untersuchung und Begutachtung

Im Vordergrund der Leistungen steht die Beratung über Möglichkeiten der Erhaltung der Schwangerschaft. Ggf. schließt sich eine Beratung über den Abbruch der Schwangerschaft an. Zum Leistungsinhalt gehört auch die medizinische Untersuchung zur Feststellung der Voraussetzungen für eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation oder für einen Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt.

3.3.4. Ärztliche Behandlung

Die ärztliche Behandlung erstreckt sich auf diejenigen medizinischen Leistungen, die bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation oder bei Abbruch der Schwangerschaft erforderlich sind. Näheres ergibt sich aus der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch.

3.3.5. Arznei-, Verband- und Heilmittel

Voraussetzung für die Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln ist die Notwendigkeit dieser Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation oder beim Schwangerschaftsabbruch. Die für Arznei-, Verband- und Heilmittel geltenden Regelungen sind entsprechend anzuwenden.

Zur Durchführung eines medikamentös ausgelösten Schwangerschaftsabbruchs ist das Arzneimittel Mifepriston (Mifegyne®) zugelassen. Als Begleitmedikation zur Austreibung der Leibesfrucht ist das Prostaglandin-Präparat (Cergem®) erforderlich.

3.3.6. Krankenhausbehandlung

Im Rahmen des § 24b Abs. 2 SGB V wird Krankenhausbehandlung gewährt, solange sie wegen der durch Krankheit erforderlichen Sterilisation oder des Abbruchs der Schwangerschaft erforderlich ist. Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, so können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden (§ 39 Abs. 2 SGB V). Die Zuzahlungsregelung des § 39 Abs. 4 SGB V gilt entsprechend.

3.3.7. Krankengeld

§ 24b Abs. 2 Satz 2 SGB V billigt Versicherten einen Anspruch auf Krankengeld zu, sofern infolge einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation oder eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs durch einen Arzt Arbeitsunfähigkeit eintritt. Der Anspruch ist im Übrigen an die Voraussetzungen geknüpft und in dem Umfang und in der Höhe zu erfüllen wie in einem Krankheitsfall. Aufgrund des vorrangigen Anspruchs auf Entgeltfortzahlung bzw. Leistungsfortzahlung nach § 126 SGB III wird die Zahlung von Krankengeld jedoch nur ausnahmsweise in Betracht kommen. Der Anspruch besteht auch nur dann, wenn nicht bereits ein Anspruch auf Krankengeld nach § 44 Abs. 1 SGB V gegeben ist. Tritt die Arbeitsunfähigkeit wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation oder wegen Abbruchs der Schwangerschaft zu einer bereits bestehenden Arbeitsunfähigkeit hinzu, so verlängert sich die Leistungsdauer nicht (§ 48 Abs. 1 SGB V).

Die Anwendung des § 52 SGB V (Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden) kommt nicht in Betracht.

3.4. Leistungen bei einem rechtswidrigen, aber straffreien Abbruch der Schwangerschaft

3.4.1. Beratungsregelung

Ein Schwangerschaftsabbruch ist zwar rechtswidrig, aber nicht strafbar, wenn die Schwangere den Abbruch verlangt und dem Arzt durch die Bescheinigung einer anerkannten Konfliktberatungsstelle nachgewiesen hat, dass sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff hat beraten lassen, der Abbruch von einem Arzt vorgenommen wird und seit der Empfängnis nicht mehr als 12 Wochen vergangen sind (§ 218a Abs. 1 StGB).

Die Beratung dient nach § 219 StGB dem Schutz des ungeborenen Lebens und hat sich von dem Bemühen leiten zu lassen, die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen. Sie soll ihr helfen, eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen. Dabei muss der Frau bewusst sein, dass das Ungeborene in jedem Stadium der Schwangerschaft auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat und dass deshalb nach der Rechtsordnung ein Schwangerschaftsabbruch nur in Ausnahmesituationen in Betracht kommen kann. Die Beratung soll durch Rat und Hilfe dazu beitragen, die in Zusammenhang mit der Schwangerschaft bestehende Konfliktsituation zu bewältigen und einer Notlage abzuwehren. Das Nähere regelt das SchKG. Dort ist vorgeschrieben (§ 5 Abs. 1), dass die nach § 219 StGB notwendige Beratung ergebnisoffen zu führen ist. Die Beratung geht von der Verantwortung der Frau aus und soll ermutigen und Verständnis wecken, nicht belehren oder bevormunden. Die Beratungsstelle hat gemäß § 7 Abs. 1 SchKG nach Abschluss der Beratung der Schwangeren eine mit Namen und Datum versehene Bescheinigung darüber auszustellen, dass eine Beratung nach den §§ 5 und 6 SchKG stattgefunden hat. Obwohl nach § 6 Abs. 2 SchKG die Schwangere auf ihren Wunsch gegenüber der sie beratenden Person anonym bleiben kann, setzt die Vornahme des Abbruchs der Schwangerschaft voraus, dass dem Arzt eine personalisierte Bescheinigung über die Beratung vorgelegt wird.

Die Ausstellung der Beratungsbescheinigung darf nicht verweigert werden, wenn durch eine erforderliche Fortsetzung des Beratungsgesprächs die Beachtung der in § 218a Abs. 1 StGB vorgesehenen Fristen unmöglich werden könnte (§ 7 Abs. 3 SchKG).

Die Länder müssen nach § 8 SchKG ein „ausreichendes plurales Angebot wohnortnaher Beratungsstellen“ sicherstellen. Diese Beratungsstellen bedürfen besonderer staatlicher Anerkennung. Als Beratungsstellen können auch Einrichtungen freier Träger und Ärzte anerkannt werden. Die Anerkennung der Beratungsstelle setzt voraus, dass diese eine fachgerechte Konfliktberatung bietet (§ 9 SchKG). Der Arzt, der den Abbruch der Schwangerschaft vornimmt, ist nach § 219 Abs. 2 StGB als Berater ausgeschlossen.

3.4.2. Auswirkungen für die Krankenkassen

Die ärztlicherseits getroffene Feststellung, dass die Voraussetzungen für einen rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruch vorliegen, ist für die Krankenkassen verbindlich. Die Beratungsbescheinigung muss der Krankenkasse nicht vorgelegt werden.

3.4.3. Leistungen

Bei einem rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruch (§ 218a Abs. 1 StGB) sieht § 24b SGB V in den Absätzen 3 und 4 eine eingeschränkte Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen vor. Im Falle eines derartigen Abbruchs der Schwangerschaft haben Versicherte nach § 24b Abs. 3 SGB V einen Anspruch auf

- ärztliche Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft,
- ärztliche Behandlung mit Ausnahme der Vornahme des Abbruchs und der Nachbehandlung bei komplikationslosem Verlauf,
- Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie
- Krankenhausbehandlung,

falls und soweit die Maßnahmen dazu dienen,

- die Gesundheit des Ungeborenen zu schützen, falls es nicht zum Abbruch kommt,
- die Gesundheit der Kinder aus weiteren Schwangerschaften zu schützen oder
- die Gesundheit der Mutter zu schützen, insbesondere zu erwartenden Komplikationen aus dem Abbruch der Schwangerschaft vorzubeugen oder eingetretene Komplikationen zu beseitigen.

Auf die Ausführungen in den Abschnitten 3.3.3 bis 3.3.6 wird ergänzend hingewiesen.

3.4.4. Leistungsausschluss

Der Leistungsausschluss betrifft nur die ärztliche Vornahme des Schwangerschaftsabbruchs selbst in Form der im § 24b Abs. 4 SGB V aufgeführten Leistungen sowie die medizinische Nachsorge beim komplikationslosen Verlauf und den Anspruch auf Krankengeld. Die Ärzte dürfen allerdings auch bei einem rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruch eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen. Der Anspruch auf Entgeltfortzahlung ist – auch für den Tag der Vornahme des Abbruchs – nicht ausgeschlossen.

4. Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen

4.1. Allgemeines

Nach § 21 b SGB I sind die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung für die Leistungserbringung nach dem Fünften Abschnitt des Schwangerschaftskonfliktgesetzes zuständig. Danach haben Frauen bei einem rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruch (§ 218a Abs. 1 StGB) einen Anspruch auf Übernahme der durch § 24b Abs. 4 SGB V von der Leistungspflicht der Krankenkassen ausgenommenen Leistungen gegenüber dem Land, wenn ihnen die Aufbringung der Mittel für den Abbruch einer Schwangerschaft nicht zuzumuten sind und sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Gesetzes haben (§ 19 Abs. 1 SchKG). Hierbei ist der Begriff „gewöhnlicher Aufenthalt“ im Sinne des § 10 SGB V in Verbindung mit § 30 Abs. 3 Satz 2 SGB I auszulegen.

Für Frauen, die nicht bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind, besteht ein Leistungsanspruch nach diesem Gesetz auch bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer und kriminologischer Indikation. Der Leistungsanspruch beschränkt sich in diesen Fällen ebenfalls auf die in § 24b Abs. 4 SGB V genannten Leistungen.

4.2. Voraussetzungen

Eine Frau hat Anspruch auf Leistungen nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz, wenn ihr die Aufbringung der Mittel für den Abbruch einer Schwangerschaft nicht zuzumuten ist und sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat (vgl. § 19 Abs. 1 SchKG).

Nach § 19 Abs. 2 SchKG ist einer Frau die Aufbringung der Mittel nicht zuzumuten, wenn ihre verfügbaren persönlichen Einkünfte in Geld oder Geldeswert eine konkret festgelegte Einkommensgrenze nicht übersteigen und ihr persönlich kein kurzfristig verwertbares Vermögen zur Verfügung steht oder der Einsatz des Vermögens für sie eine unbillige Härte bedeuten würde.

Die in § 19 Abs. 2 SchKG genannten Beträge verändern sich um den Vomhundertsatz, um den sich der aktuelle Rentenwert in der gesetzlichen Rentenversicherung verändert; ein nicht auf volle Euro errechneter Betrag ist auf- oder abzurunden. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend macht die veränderten Beträge im Bundesanzeiger bekannt (§ 24 SchKG).

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend setzt nach § 25 Abs. 2 SchKG für die neuen Bundesländer im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Beträge nach § 25 Absatz 1 SchKG unter Berücksichtigung der Einkommensentwicklung in dem bezeichneten Gebiet jährlich zum 1. Juli neu fest, bis Übereinstimmung mit den im übrigen Geltungsbereich des Gesetzes geltenden Beträgen besteht.

Nachfolgend werden die zurzeit in den alten bzw. neuen Bundesländern in jeweils unterschiedlicher Höhe geltenden Beträge dargestellt, wobei die in der Zeit ab 1. Juli 2001 gültigen Einkommensgrenzen in Form einer tabellarischen Übersicht der Anlage 2 entnommen werden können.

4.2.1. Ermittlung der Einkommensgrenze

4.2.1.1. Allgemeine Einkommensgrenze

Die allgemeine Einkommensgrenze im Rechtskreis West einschließlich Westberlin sowie im Rechtskreis Ost einschließlich Ostberlin beträgt 1.011,00 Euro (Stand: 1. Juli 2011).

4.2.1.2. Erhöhung der Einkommensgrenze bei Kindern

Die allgemeine Einkommensgrenze erhöht sich in den alten und neuen Bundesländern gleichermaßen um jeweils 239,00 Euro für jedes Kind, dem die Frau unterhaltspflichtig ist, wenn das Kind

- unter 18 Jahre alt ist und ihrem Haushalt angehört oder
- von ihr überwiegend unterhalten wird.

Im Bürgerlichen Gesetzbuch – BGB – werden nach der Abstammung unter dem Begriff „Kind“ folgende Personen erfasst:

- die Kinder der Mutter (§ 1591 BGB)
 - sind die Kinder, die von ihr geboren werden.
- die Kinder des Vaters (§§ 1592 ff BGB) sind Kinder
 - die ihm von seiner Ehefrau geboren werden (§§ 1592, 1593 BGB),
 - die von ihm anerkannt werden (§§ 1594 ff BGB) oder
 - für die seine Vaterschaft gerichtlich festgestellt worden ist (§§ 1600d ff BGB).

- als Kinder angenommene minderjährige und volljährige Kinder (§§ 1741 ff BGB).

Sofern es auf den überwiegenden Unterhalt ankommt, muss geprüft werden, wer tatsächlich den überwiegenden Unterhalt des Kindes bestreitet.

4.2.1.3. Erhöhung der Einkommensgrenze durch die Kosten der Unterkunft

Übersteigen die Kosten der Unterkunft für die Frau und ggf. die Kinder 297,00 Euro für die alten Bundesländer oder 271,00 Euro für die neuen Bundesländer, so erhöht sich die Einkommensgrenze um den Mehrbetrag, höchstens jedoch um 297,00 Euro.

Mit den Kosten der Unterkunft werden die laufenden Miet-, Neben-, Heiz-, Pensions- und Hotelkosten sowie Aufwendungen für Wohneigentum in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen berücksichtigt. Besteht die Wohngemeinschaft neben der Frau und ggf. dem Kind bzw. den Kindern noch aus weiteren Personen, so sind die Unterkunftskosten (Miete sowie Lasten bei Eigenheimbesitzern) gleichmäßig auf alle Mitglieder einer Wohngemeinschaft zu verteilen. Dazu werden die Unterkunftskosten durch die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen dividiert. Anzusetzen ist jeweils der sich für die Frau und ggf. der sich für das jeweilige Kind im Sinne des Abschnitts 4.2.1.2 ergebende Anteil.

Dabei anfallende kostensenkende Leistungen wie zum Beispiel das Wohngeld, ein Wohnzuschuss des Arbeitgebers oder Einnahmen aus Untervermietung sind abzuziehen.

4.3. Verfügbare persönliche Einkünfte

Zu den maßgebenden Einkünften zählen alle Einnahmen aus unselbständiger Arbeit, selbständiger Tätigkeit, Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft, Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung, Renten, Versorgungsbezüge u. ä. sowie alle weiteren Einnahmen, mit denen der Lebensunterhalt bestritten werden kann, wie Entgeltersatzleistungen (z. B. Kranken-, Übergangs-, Verletztengeld) und Unterhaltszahlungen, welche die Frau von einer anderen Person erhält. Außerdem zählt das den monatlichen Sockelbetrag von 300 Euro übersteigende Elterngeld bzw. das den 150 Euro übersteigenden Betrag bei einer Halbierung der Monatsbeträge und einer damit einhergehenden Verdoppelung des Auszahlungszeitraumes nach § 6 Satz 2 BEEG, hinzu.

Nicht dazu rechnen – neben den im Abschnitt 4.8 bezeichneten Leistungen – solche Bezüge aus öffentlichen Mitteln, die wegen eines krankheits- oder behinderungsbedingten Mehrbedarfs gewährt werden.

4.3.1. Umfang der „verfügbaren persönlichen Einkünfte“

Wegen des engen Sachzusammenhangs der Regelungen des Fünften Abschnitts des Schwangerschaftskonfliktgesetzes mit denen des Sozialhilferechts bestimmen sich die verfügbaren persönlichen Einkünfte grundsätzlich analog zu den Vorschriften der §§ 82 ff SGB XII.

Zum **Einkommen** im Sinne des Schwangerschaftskonfliktgesetzes gehören damit alle Einkünfte in Geld oder Geldeswert mit Ausnahme der Leistungen nach dem SGB II und SGB XII, der Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und nach den Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des BVG vorsehen sowie der Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Leben sowie an Körper oder Gesundheit gewährt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG. Das Kindergeld ist dem jeweiligen Kind zuzurechnen.

Von dem Einkommen sind abzusetzen

1. aus dem Einkommen entrichtete Steuern (Einkommen-, Lohn- und Kirchensteuer, Solidaritätszuschlag),
2. Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung (Kranken-, Renten-, und Pflegeversicherung) einschließlich der Beiträge zur Arbeitsförderung,
3. Beiträge zu öffentlichen oder privaten Versicherungen oder ähnlichen Einrichtungen, soweit diese Beiträge gesetzlich vorgeschrieben oder nach Grund und Höhe angemessen sind (Beiträge bei freiwilliger Mitgliedschaft zur Kranken-, Pflege-, und Rentenversicherung, Feuer-, Diebstahl- und Hausratversicherung), sowie geförderte Altersvorsorgebeiträge nach § 82 EStG, soweit sie den Mindesteigenbetrag nach § 86 EStG nicht überschreiten,
4. die mit der Erzielung des Einkommens verbundenen notwendigen Ausgaben (Werbungskosten) und
5. das Arbeitsförderungsgeld und Erhöhungsbeträge des Arbeitsentgelts im Sinne von § 43 Satz 4 SGB IX .

Weitere Erläuterungen zum Einkommensbegriff sind in den Durchführungsverordnungen zu den §§ 82 und 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII (Anlage 3) definiert.

Im Übrigen gilt die Besonderheit, dass das bei der Beurteilung der Bedürftigkeit zu berücksichtigende Vermögen auf das beschränkt ist, über das die schwangere Frau selbst zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs verfügen kann. Auf Unterhaltsansprüche gegen Ehemann und Eltern kann die Frau nicht verwiesen werden.

4.3.2. Pfändungen

In Anlehnung an sozialhilferechtliche Vorschriften ist auch gepfändetes Einkommen grundsätzlich anrechenbar, da es der Betroffenen regelmäßig möglich ist, Pfändungsschutz zu erlangen. Ist aber die Abwehr der Pfändung entweder aus Rechtsgründen überhaupt nicht oder allenfalls im Wege eines langwierigen Rechtsmittelverfahrens möglich, kann dies die tatsächliche Lage der Einkommensbezieherin dahin beeinflussen, dass ihr die Aufbringung der Mittel für den Abbruch einer Schwangerschaft nicht zuzumuten ist.

4.3.3. Nichtzugehörigkeit der Tochter zur elterlichen Wohnung während der Dauer ihres Studiums

Bei der Prüfung der verfügbaren persönlichen Einkünfte ist es unerheblich, ob die Tochter während der Dauer ihres Studiums der elterlichen Wohnung zugehört. Maßgebend sind allein die tatsächlichen Verhältnisse der Frau.

Sofern es sich allerdings um eine Empfängerin von Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BAföG) handelt, gelten die Voraussetzungen der Bedürftigkeit nach § 19 Abs. 3 Nr. 1 SchKG als erfüllt (Abschnitt 4.8).

4.4. Maßgebender Beurteilungszeitraum

Da bei der Beurteilung der Bedürftigkeit auf das Einkommen und Vermögen abzustellen ist, über das die Schwangere im Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs verfügen kann, müsste grundsätzlich das Einkommen Berücksichtigung finden, das für den Monat gezahlt wird, in dem der Abbruch vorgenommen wird. Ein derartiges Verfahren ist aber im Hinblick darauf, dass die Schwangere in jedem Falle die Kostenübernahme vor dem Eingriff beantragen muss und die Krankenkasse zu diesem Zeitpunkt die Leistungsvoraussetzungen festzustellen hat, nicht praktikabel. Der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen sind daher die im letzten Kalendermonat vor der Antragstellung erzielten Einkünfte zugrunde zu legen, es sei denn, dass

die Schwangere ausdrücklich darauf hinweist, dass im Monat des Schwangerschaftsabbruchs so geringe Einkünfte erzielt werden, dass erst hierdurch die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt werden.

4.5. Einmalige Zuwendungen

Unter Beachtung des Grundsatzes, dass nur „verfügbares Einkommen“ berücksichtigt werden kann, werden einmalige Zuwendungen nur dann als Einkommen angesetzt, wenn sie in dem maßgebenden Beurteilungszeitraum (Abschnitt 4.4) gezahlt worden sind.

4.6. Verwertbares Vermögen

Als Vermögen gelten insbesondere Mobilien (z. B. Besitz eines Kfz) und Immobilien, Geld, Geldwerte und Forderungen.

Soweit die persönlichen Einkünfte der Schwangeren die im Abschnitt 4.2 genannten Einkommensgrenzen nicht überschreiten, ist des Weiteren Voraussetzung für den Leistungsanspruch, dass der Frau persönlich kein kurzfristig verwertbares Vermögen zur Verfügung steht oder der Einsatz des Vermögens für sie eine unbillige Härte bedeuteten würde. Dies ist vor allem der Fall, wenn eine angemessene Lebensführung oder die Aufrechterhaltung einer angemessenen Alterssicherung wesentlich erschwert würde (vgl. § 90 Abs. 3 SGB XII).

Im Übrigen muss vorhandenes Vermögen kurzfristig zu verwerten sein, also zur Finanzierung des Schwangerschaftsabbruchs eingesetzt werden können. Ob eine Verwertung kurzfristig möglich ist, richtet sich nach der allgemeinen Lebensanschauung und den Umständen des Einzelfalles.

Dabei sind auf jeden Fall als verwertbar anzusehen: Geld, das auf Spar- und Bankkonten verfügbar ist, Abfindungen und Schenkungsrückforderungsansprüche.

Bei Spareinlagen stellt sich hinsichtlich der „Kurzfristigkeit“ die Frage, zu welchem Zeitpunkt über das Geld verfügt werden kann. Soweit gemeinsames Vermögen zur Bewertung aussteht, ist zunächst davon auszugehen, dass die Frau grundsätzlich verpflichtet ist, ihren Eigentumsanteil einzusetzen, soweit dieser kurzfristig verwertbar ist.

Im Hinblick auf die Regelung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII unterliegen kleinere Barbeträge und sonstige Geldwerte bis zur Höhe von 2.600 Euro zuzüglich eines Betrages von 256 Euro

für jede Person, die vom Hilfesuchenden überwiegend unterhalten wird, nicht der Verwertung.

4.7. Darlegung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse

Zur Ermittlung der für den Leistungsanspruch relevanten Einkünfte reicht eine glaubhafte Darlegung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse seitens der Schwangeren aus (vgl. § 21 Abs. 2 Satz 3 SchKG). Dies geschieht, indem die Frau ein – dem in der Anlage 4 beigefügten Musterfragebogen entsprechendes – Formular ausfüllt und unterzeichnet. Sofern auf Länderebene ein anderes Prüfungsformular vereinbart wurde, ist dieses zu verwenden.

4.8. Annahme der finanziellen Anspruchsvoraussetzungen

Nach § 19 Abs. 3 SchKG gelten die Voraussetzungen der Bedürftigkeit als erfüllt, wenn

1. die Frau laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II, Ausbildungsförderung im Rahmen der Anordnung der Bundesagentur für Arbeit über die individuelle Förderung der beruflichen Ausbildung oder über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter, Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz oder Ausbildungsförderung nach dem Berufsausbildungsförderungsgesetz erhält oder
2. Kosten für die Unterbringung der Frau in einer Anstalt, einem Heim oder in einer gleichartigen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Jugendhilfe getragen werden. Hierbei ist es unerheblich, ob die Unterbringungskosten ganz oder nur teilweise von dem Sozialhilfeträger oder dem Träger der Jugendhilfe aufgebracht werden. Aus der teilweisen Aufbringung der Unterbringungskosten durch die vorgenannten Sozialleistungsträger ergibt sich, dass eine Übernahme der Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch durch die Frau aus eigenem Einkommen nicht erwartet werden kann.

Bei der laufenden Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII handelt es sich insbesondere um Sozialhilfe und bei den Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach SGB II in der Regel um Arbeitslosengeld II, Sozial- oder Einstiegsgeld. Die Voraussetzungen der Bedürftigkeit gelten ebenfalls als erfüllt, wenn die (teilweise) gewährte laufende Leistung zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II oder die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII nicht die alleinige Einnahmequelle der Bedarfsgemeinschaft darstellt.

4.9. Leistungen

Bei den nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz zu gewährenden Leistungen handelt es sich um die in § 24b Abs. 4 SGB V genannten Leistungen, die den Berechtigten als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden.

4.9.1. Leistungsanspruch

Gesetzlich krankenversicherte Frauen haben nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz Anspruch auf Leistungen, wenn die übrigen gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind und wenn ihnen die Aufbringung der Mittel für den Abbruch einer Schwangerschaft nicht zuzumuten ist.

Bei nicht gesetzlich krankenversicherten Frauen erfüllt die gesetzliche Krankenversicherung ebenfalls deren Anspruch auf die unmittelbar mit dem Schwangerschaftsabbruch mit Indikationsstellung verbundenen ärztlichen Leistungen und Krankenhausleistungen, wenn sie bedürftig im Sinne des Gesetzes sind. Die übrigen Leistungen, welche die gesetzliche Krankenversicherung bei gesetzlich Versicherten bei einem Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung trägt (z. B. Voruntersuchung, Aufklärungsgespräch), fallen bei nicht gesetzlich Versicherten in den Leistungsbereich anderer Kostenträger (Sozialhilfe, Beihilfe, private Krankenversicherung).

4.9.2. Fahrkosten/Wegegeld

Fahrkosten gehören grundsätzlich nicht zu den in § 24b Abs. 4 SGB V abschließend aufgeführten Leistungen.

4.9.3. Zuzahlung zur Krankenhausbehandlung

Nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz in Verbindung mit § 24b Abs. 4 SGB V übernehmen die Krankenkassen auftragsweise für das jeweilige Bundesland die mittleren Kosten der Leistungen nach § 24b Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V für den Tag, an dem der Abbruch bei einer nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz anspruchsberechtigten Frau vorgenommen wird. Die Vorschrift des § 39 Abs. 4 SGB V über die Zuzahlung zur Krankenhausbehandlung findet keine Anwendung.

4.10. Durchführung, Zuständigkeit, Verfahren, Kostenerstattung

Die Leistungen sind nach § 21 Abs. 1 SchKG auf Antrag durch die gesetzliche Krankenkasse zu gewähren, bei der die Frau gesetzlich krankenversichert ist. Besteht keine Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse, kann die Frau einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung am Ort ihres Wohnsitzes oder ihres gewöhnlichen Aufenthaltes wählen. Das Verfahren wird auf Wunsch der Frau schriftlich durchgeführt. Die Krankenkasse stellt, wenn die Voraussetzungen des Leistungsanspruchs gegenüber dem Land vorliegen, unverzüglich eine – dem in der Anlage 5 beigefügten Musterformular entsprechende – Bescheinigung über die Kostenübernahme aus, die die Schwangere bei der den Abbruch vornehmenden Stelle zusammen mit der Beratungsbescheinigung vorlegen muss. Sofern auf Länderebene eine abweichende Kostenübernahmebescheinigung vereinbart wurde, ist diese zu verwenden.

Die Berechtigten haben die Wahl unter den Ärzten und Einrichtungen, die sich bereit erklärt haben, den Eingriff vorzunehmen und die Leistungen zu Vertragssätzen abzurechnen. Es gehört nicht zu den Aufgaben der Krankenversicherung, den Ablauf der Schwangerschaftsfeststellung und Beratung gemäß § 5 und § 6 SchKG zu überprüfen. Allerdings kann die Schwangere im Gegensatz zu der Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 6 Abs. 2 SchKG bei der Antragstellung nicht anonym bleiben.

Der Arzt oder die Einrichtung rechnet die Leistungen mit der Krankenkasse ab, die die Kostenübernahmeerklärung ausgestellt hat. Nach der Gesetzesbegründung ist allerdings die Einschaltung von Abrechnungsstellen (u. a. der Kassenärztlichen Vereinigungen) nicht ausgeschlossen.

Mit der Abrechnung hat der Arzt oder die Einrichtung im Übrigen zu bestätigen, dass der Abbruch der Schwangerschaft in einer Einrichtung nach § 13 Abs. 1 SchKG und unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1, 2 oder 3 StGB vorgenommen worden ist.

4.10.1. Abrechnung auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)

Ärzte und Einrichtungen haben Anspruch auf die Vergütung, welche die Krankenkasse für ihre Mitglieder bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch zahlt (Vertragssätze nach dem EBM – nicht nach der Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ –). Demzufolge haben die Berechtigten auch nur die Wahl unter den Ärzten und Einrichtungen, die sich bereit erklären, ihre Leistungen zu Vertragssätzen abzurechnen, wobei es sich nicht um einen Vertragsarzt handeln muss.

In den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch sind unter Abschnitt D 3.3. b Zahlungspflicht der Frau (§ 24b Abs. 4 SGB V) im Einzelnen die Leistungen aufgeführt, die bei einem tatbestandslosen Schwangerschaftsabbruch unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 StGB (Beratungsregelung) von der Schwangeren selbst zu bezahlen sind.

4.10.2. Kostenübernahme bei Inanspruchnahme eines Vertrags- oder Nichtvertragsarztes bzw. beim ambulanten Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V

Die Kostenübernahme richtet sich nach den von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bekannt gegebenen Gebührenpositionen (EBM-Ziffern).

4.10.3. Kostenerstattung

Nach § 22 SchKG haben die Länder den gesetzlichen Krankenkassen die ihnen in den hier angesprochenen Fällen entstehenden Kosten zu ersetzen. Das Nähere einschließlich des haushaltstechnischen Verfahrens und der Behördenzuständigkeit regeln die Länder. Zuständig für die Kostenerstattung nach § 22 SchKG ist das Land, in dem die Schwangere wohnt oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Maßgebend ist bei mehreren Wohnsitzen der Erstwohnsitz, der sich zum Beispiel aus dem Personalausweis ergibt. Sollte sich der Sitz der Krankenkasse nicht in dem Bundesland befinden in dem die Schwangere wohnt, geht damit keine Änderung der Zuständigkeit einher.

In den meisten Bundesländern existieren Vereinbarungen, Absprachen, Verordnungen oder Erlasse, die unterschiedliche Regelungen hinsichtlich des Verfahrens der Kostenübernahme, – abrechnung und –erstattung vorsehen und für die betroffenen Krankenkassen verbindlich sind.

4.10.3.1. Kostenerstattung bei einer stationären Behandlung

§ 24b Abs. 4 Satz 4 SGB V regelt, wie sich der von den Ländern zu tragende Finanzierungsanteil ermittelt. Der Finanzierungsanteil beruht auf den mittleren Kosten eines typischen Behandlungsfalls eines stationären Schwangerschaftsabbruchs für den Tag, an dem der Abbruch vorgenommen wurde. Er umfasst nicht die Kosten einer Übernachtung. Die Kostenkalkulation wird vom InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) vorgenommen und erfolgt auf der Grundlage der für das Entgeltsystem nach § 17b KHG erhobenen Kalkulationsdaten. Vom InEK wurden bisher folgende Beträge ermittelt:

2005 = 434,09 Euro

2006 =	457,90 Euro
2007 =	523,71 Euro
2008 =	513,67 Euro
2009 =	501,41 Euro
2010 =	501,82 Euro
2011 =	510,02 Euro
2012 =	520,86 Euro

4.10.4. Nachträgliche Kostenübernahme/Kostenerstattung

Grundsätzlich geht das Schwangerschaftskonfliktgesetz davon aus, dass zunächst ein Antrag auf Kostenübernahme gestellt wird, bevor der Schwangerschaftsabbruch vorgenommen wird.

Dass eine rechtzeitige Antragstellung aus Zeitgründen und unverschuldet nicht erfolgen kann, ist sehr unwahrscheinlich, da zum einen ein Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung noch innerhalb von 12 Wochen nach der Empfängnis vorgenommen werden kann und zum anderen eine Schwangerschaftskonfliktberatung gemäß § 6 Abs. 1 SchKG auf Wunsch der Schwangeren unverzüglich zu erfolgen hat. Außerdem ist die Überlegungsfrist der Schwangeren von drei Tagen zwischen Beratung und Vornahme des Schwangerschaftsabbruchs gemäß § 218a Abs. 1 Ziffer 1 StGB zu berücksichtigen. Dennoch ist es nach dem Wortlaut des Gesetzes nicht ausgeschlossen, dass ausnahmsweise eine nachträgliche Kostenübernahme erfolgt.

Ob die nachträgliche Beibringung einer Kostenübernahmebescheinigung möglich ist, beurteilt sich insbesondere auch nach dem Inhalt des vertraglichen Verhältnisses der Frau zu dem Arzt. Es stellt sich hier das Problem, dass die Frau aufgrund der vertraglichen Abrede mit dem Arzt regelmäßig selber Vertragspartei ist, d. h., dass sie grundsätzlich selbst verpflichtet ist, die vertragsgemäße Gegenleistung zu erbringen. Die Abrechnung aufgrund der Kostenübernahme gemäß § 21 Abs. 4 SchKG kann aber nur zwischen Arzt und Krankenkasse erfolgen.

Ob sich der Arzt nachträglich darauf einlässt, dass die Krankenkasse die Kosten zu den in § 21 Abs. 3 Satz 2 SchKG genannten Konditionen übernimmt, liegt im Risikobereich der Frau.

Außerdem trägt in diesen Fällen die Frau die Gefahr dafür, dass sich der den Schwangerschaftsabbruch vornehmende Arzt nicht gemäß § 21 Abs. 3 Satz 1 SchKG zur Vornahme des Eingriffs zu der in § 21 Abs. 3 Satz 2 SchKG genannten Vergütung bereit erklärt hat. Hat der Arzt dieses nämlich nicht getan, gehört er nicht zu dem Kreis der Ärzte bzw. Einrichtungen, für deren Eingriffe die Kosten von der Krankenkasse übernommen werden.

4.10.5. Leistungsberechtigte Frauen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Bei diesem im § 19 Abs. 1 Satz 2 SchKG genannten anspruchsberechtigten Personenkreis gilt als gewöhnlicher Aufenthalt der Ort, an dem sich jemand unter Umständen aufhält, die erkennen lassen, dass er an diesem Ort oder in diesem Gebiet nicht nur vorübergehend verweilt. Als gewöhnlicher Aufenthalt ist ein zeitlich zusammenhängender Aufenthalt von 6 Monaten Dauer anzusehen; kurzfristige Unterbrechungen bleiben dabei unberücksichtigt. Dies gilt nicht, wenn der Aufenthalt ausschließlich zum Zweck des Besuchs, der Erholung, der Kur oder ähnlichen privaten Zwecken erfolgt und nicht länger als 1 Jahr dauert.

4.10.6. Studentinnen

Bei deutschen Studentinnen ist das Bundesland, in dem der 1. Wohnsitz (Hauptwohnsitz) liegt, für die Kostenerstattung zuständig. Sofern ein Umzug von einem Bundesland in ein anderes stattfindet, ist das Bundesland für die Kostenerstattung zuständig, in dem die Frau am Tag des Abbruchs ihren 1. Wohnsitz (Hauptwohnsitz) hat. Ausländische Studentinnen haben für die Dauer des Studiums ihren gewöhnlichen Aufenthalt in dem Bundesland, in dem sie an einer Hochschule immatrikuliert und beim Einwohnermeldeamt gemeldet sind. Dies ist durch den Studentenausweis und die Meldebescheinigung nachzuweisen.

4.10.7. Au-pair-Mädchen

Für diesen Personenkreis ist die Kostenerstattung durch das Bundesland vorzunehmen, in dem die Frau am Tag des Abbruchs ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Die Au-pair-Tätigkeit wird in der Regel für etwa 10 bis 12 Monate bei einer deutschen Gastfamilie ausgeübt. Für die Einreise-, Aufenthalts- und Arbeitsbestimmungen gelten die jeweils maßgeblichen Regelungen (Merkblatt „Au-pair“ bei deutschen Familien der Bundesagentur für Arbeit, Stand Januar 2010).

4.11. Verwaltungskosten

Zu den von den Ländern gegenüber den Krankenkassen zu erstattenden Kosten zählen auch die Verwaltungskosten, die nicht nur die den Krankenkassen entstehenden Personal- und Sachmittelkosten (wie z. B. Vordrucke für die Antrags- und Abrechnungsbearbeitung), sondern auch die mit der Vorfinanzierung einhergehenden Zinsverluste beinhalten. Als Verwaltungskosten sind in Anlehnung an die bis Ende 1993 für vergleichbare Fallgestaltungen gel-

tende Vorschrift des § 20 BVG a. F. 8 v. H. des Wertes der erbrachten Leistungen angemessen. In den bereits abgeschlossenen Landesvereinbarungen sind zum Teil abweichende Verwaltungskostenregelungen vorgesehen.

4.12. Verjährung

Bei den Bundesländern handelt es sich nicht um Sozialleistungsträger im Sinne des § 12 SGB I. Damit besteht keine Möglichkeit, die Regelungen über die Erstattungsansprüche der Leistungsträger untereinander nach den §§ 102 ff SGB X im Allgemeinen und § 113 SGB X im Besonderen direkt anzuwenden. Gleichwohl steht hier den Krankenkassen auch ohne das Vorliegen einer entsprechenden Rechtsvorschrift eine Verjährungsfrist von 4 Jahren zur Verfügung.

Übersicht über die Verhütungsmethoden

Methoden	Wirkung
Pille	Verhinderung des Eisprungs durch Hormone. Verhinderung des Eindringens der Spermien in die Gebärmutter und Einnistung der Eizelle in die Gebärmutterwand. Tägliche Einnahme; Beginn nur am 1. Tag des nächsten Zyklus (Menstruation) möglich; verschreibungspflichtig; Kontrolle durch Arzt/Ärztin erforderlich.
Minipille Neue Minipille	Wirkung wie bei der Pille; hemmt aber nicht generell den Eisprung, da nur gestagenhaltig. Wird ohne Pillenpause durchgängig täglich exakt zur gleichen Zeit eingenommen. Hemmt in der Regel den Eisprung.
Kondom	Verhinderung einer Befruchtung durch Auffangen von Samenflüssigkeit; ...
Kondom für die Frau	Vaginalschlauch, der das Zusammentreffen von Eizelle und Spermie verhindert.
Spirale (IUP)	Dauerreizung der Gebärmutter und damit Verhinderung der Einnistung eines befruchteten Eis, Einsetzen nur durch Frauenarzt/Frauenärztin; kann bis zu fünf Jahre liegen bleiben.
Hormonspirale	Verhindert Aufbau der Gebärmutterwand durch gestagenhaltige Hormone; verursacht zähflüssigen Zervixschleim. Wird vom Frauenarzt/von der Frauenärztin eingesetzt, ist mindestens fünf Jahre wirksam.
Hormonimplantat	Verhindert den Eisprung; verfestigt die Gebärmutterwand für die Spermien. Hormonstäbchen wird vom Arzt/von der Ärztin in den Oberarm eingepflanzt; drei Jahre wirksam.
Dreimonatsspritze	Verhindert in erster Linie den Eisprung. Muss alle drei Monate vom Arzt/von der Ärztin gespritzt werden.
Vaginalring	Wirkung ist mit der Pille zu vergleichen. Ring wird von der Frau selbst in die Scheide eingeführt und 3 Wochen in der Scheide belassen. Nach 3 Wochen entfernt die Frau den Ring und es tritt in der darauf folgenden einwöchigen Pause normalerweise die Regelblutung ein. Nach dieser Pause wird erneut ein Ring eingeführt.
Verhütungspflaster	Wirksamkeit vergleichbar mit hormonellen Verhütungsmitteln. Es wird selbständig auf bestimmte Stellen des Körpers aufgeklebt und am 8. und 15. Zyklustag gewechselt. ...

Methode	Wirkung
Diaphragma	Verhinderung einer Befruchtung, indem der Zugang zur Gebärmutter durch eine Gummikappe versperrt wird. Anwendung mit samenabtötendem Gel; ...
Lea contraceptivum	Wirkung wie beim Diaphragma. ...
FemCap	In 3 verschiedenen Größen erhältlich. Zusätzliche Wirksamkeit durch samenabtötende Gels.
Natürliche Methoden der Familienplanung	Ermittlung der fruchtbaren bzw. unfruchtbaren Tage. Bestehend aus Temperaturmessung und Schleimbeobachtung; Analyse der Daten; Interpretation muss erlernt werden (Kurse, Beratungsstellen, Bücher); tägl. Temperaturmessen und Schleimbeobachtung.
Technische Hilfsmittel zur Eisprungberechnung	Fruchtbare bzw. unfruchtbare Tage im Zyklus werden mit Computern errechnet, ausgewertet und angezeigt.
Chemische Methoden	Gels, Zäpfchen bilden zähen Schleim vor Muttermund, ...
Sterilisation	Unterbricht Ei- bzw. Samenleiter; operativer Eingriff erforderlich; bei Frau meist stationär in Narkose; beim Mann ambulant mit örtlicher Betäubung
„Pille danach“ (Monopräparat)	Genauere Wirkungsweise ist nicht bekannt - wahrscheinlich Unterdrückung des Eisprungs. Lediglich eine Notfallmaßnahme; verschreibungspflichtig; muss bis spätestens 72 Stunden nach dem ungeschützten Geschlechtsverkehr eingenommen werden
„Spirale danach“	Verhindert die Einnistung eines evtl. befruchteten Eis. Eine herkömmliche Kupferspirale wird bis 5 Tage nach einem ungeschützten Geschlechtsverkehr eingesetzt.

Quelle: Auszug aus der Broschüre „Sichergehn – Verhütung für sie und ihn“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 51101 Köln, Stand März 2010

Einkommensgrenzen
bei der Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen

	1) Einkommensgrenze	2) Erhöhungsbetrag für jedes zu berücksichtigende Kind	3) Betrag für die Kosten der Unter- kunft, der über- schritten sein muss	4) Höchstbetrag für die Kosten der Unterkunft, der den jeweiligen Betrag zu 3) übersteigt
01.07.2001 -				
West	1.820,00 DM 930,55 Euro	430,00 DM 219,86 Euro	535,00 DM 273,54 Euro	535,00 DM 273,54 Euro
Ost	1.707,00 DM 872,78 Euro	421,00 DM 215,25 Euro	455,00 DM 232,64 Euro	535,00 DM 273,54 Euro
01.01.2002 -				
West	931,00 Euro	220,00 Euro	274,00 Euro	274,00 Euro
Ost	873,00 Euro	215,00 Euro	233,00 Euro	274,00 Euro
01.07.2002 -				
West	951,00 Euro	225,00 Euro	279,00 Euro	279,00 Euro
Ost	898,00 Euro	221,00 Euro	239,00 Euro	279,00 Euro
01.07.2003 -				
West	961,00 Euro	227,00 Euro	282,00 Euro	282,00 Euro
Ost	912,00 Euro	225,00 Euro	243,00 Euro	282,00 Euro
01.07.2004 -				
West	961,00 Euro	227,00 Euro	282,00 Euro	282,00 Euro
Ost	924,00 Euro	227,00 Euro	246,00 Euro	282,00 Euro
01.07.2005 -				
West	961,00 Euro	227,00 Euro	282,00 Euro	282,00 Euro
Ost	929,00 Euro	227,00 Euro	247,00 Euro	282,00 Euro
01.07.2006 -				
West	961,00 Euro	227,00 Euro	282,00 Euro	282,00 Euro
Ost	933,00 Euro	227,00 Euro	248,00 Euro	282,00 Euro
01.07.2007				
West	966,00 Euro	228,00 Euro	284,00 Euro	284,00 Euro
Ost	941,00 Euro	228,00 Euro	250,00 Euro	284,00 Euro
01.07.2008 -				
West	977,00 Euro	231,00 Euro	287,00 Euro	287,00 Euro
Ost	955,00 Euro	231,00 Euro	254,00 Euro	287,00 Euro
01.07.2009 -				
West	1.001,00 Euro	237,00 Euro	294,00 Euro	294,00 Euro
Ost	984,00 Euro	237,00 Euro	262,00 Euro	294,00 Euro

	1) Einkommensgrenze	2) Erhöhungsbetrag für jedes zu berücksichtigende Kind	3) Betrag für die Kosten der Unter- kunft, der über- schritten sein muss	4) Höchstbetrag für die Kosten der Unterkunft, der den jeweiligen Betrag zu 3) übersteigt
01.07.2010 -				
West	1.001,00 Euro	237,00 Euro	294,00 Euro	294,00 Euro
Ost	990,00 Euro	237,00 Euro	264,00 Euro	294,00 Euro
01.07.2011				
West	1.011,00 Euro	239,00 Euro	297,00 Euro	297,00 Euro
Ost	1.011,00 Euro	239,00 Euro	271,00 Euro	297,00 Euro

Rechtskreis West = Alte Bundesländer einschließlich Westberlin
 Rechtskreis Ost = Neue Bundesländer einschließlich Ostberlin

Verordnung zur Durchführung des § 82 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

vom 28. November 1962 (BGBl. I S. 692),
zuletzt geändert durch Artikel 11 des Gesetzes zur Vereinfachung
der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht vom 21. März 2005 (BGBl. I S. 818)

§ 1 Einkommen

Bei der Berechnung der Einkünfte in Geld oder Geldeswert, die nach § 82 Abs. 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch zum Einkommen gehören, sind alle Einnahmen ohne Rücksicht auf ihre Herkunft und Rechtsnatur sowie ohne Rücksicht darauf, ob sie zu den Einkunftsarten im Sinne des Einkommensteuergesetzes gehören und ob sie der Steuerpflicht unterliegen, zugrunde zu legen.

§ 2 Bewertung von Sachbezügen

(1) Für die Bewertung von Einnahmen, die nicht in Geld bestehen (Kost, Wohnung und sonstige Sachbezüge), sind die auf Grund des § 17 Abs. 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch für die Sozialversicherung zuletzt festgesetzten Werte der Sachbezüge maßgebend; soweit der Wert der Sachbezüge nicht festgesetzt ist, sind der Bewertung die üblichen Mittelpreise des Verbrauchsortes zu Grunde zu legen. Die Verpflichtung, den notwendigen Lebensunterhalt im Einzelfall nach dem Dritten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sicherzustellen, bleibt unberührt.

(2) Absatz 1 gilt auch dann, wenn in einem Tarifvertrag, einer Tarifordnung, einer Betriebs- oder Dienstordnung, einer Betriebsvereinbarung, einem Arbeitsvertrag oder einem sonstigen Vertrag andere Werte festgesetzt worden sind.

§ 3 Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit

(1) Welche Einkünfte zu den Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit gehören, bestimmt sich nach § 19 Abs. 1 Ziff. 1 des Einkommensteuergesetzes.

(2) Als nichtselbständige Arbeit gilt auch die Arbeit, die in einer Familiengemeinschaft von einem Familienangehörigen des Betriebsinhabers gegen eine Vergütung geleistet wird. Wird die Arbeit nicht nur vorübergehend geleistet, so ist in Zweifelsfällen anzunehmen, daß der Familienangehörige eine Vergütung erhält, wie sie einem Gleichaltrigen für eine gleichartige Arbeit gleichen Umfangs in einem fremden Betrieb ortsüblich gewährt wird.

(3) Bei der Berechnung der Einkünfte ist von den monatlichen Bruttoeinnahmen auszugehen. Einmalige Einnahmen sind von dem Monat an zu berücksichtigen, in dem sie anfallen; sie sind, soweit nicht im Einzelfall eine andere Regelung angezeigt ist, auf einen angemessenen Zeitraum aufzuteilen und monatlich mit einem entsprechenden Teilbetrag anzusetzen. Satz 2 gilt auch für Sonderzuwendungen, Gratifikationen und gleichartige Bezüge und Vorteile, die in größeren als monatlichen Zeitabständen gewährt werden.

(4) Zu den mit der Erzielung der Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit verbundenen Ausgaben im Sinne des § 82 Abs. 2 Nr. 4 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch gehören vor allem

1. notwendige Aufwendungen für Arbeitsmittel,
2. notwendige Aufwendungen für Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte,
3. notwendige Beiträge für Berufsverbände,
4. notwendige Mehraufwendungen infolge Führung eines doppelten Haushalts nach näherer Bestimmung des Absatzes 7.

Ausgaben im Sinne des Satzes 1 sind nur insoweit zu berücksichtigen, als sie von dem Bezieher des Einkommens selbst getragen werden.

(5) Als Aufwendungen für Arbeitsmittel (Absatz 4 Nr. 1) kann ein monatlicher Pauschbetrag von 5,20 Euro berücksichtigt werden, wenn nicht im Einzelfall höhere Aufwendungen nachgewiesen werden.

(6) Wird für die Fahrt zwischen Wohnung und Arbeitsstätte (Absatz 4 Nr. 2) ein eigenes Kraftfahrzeug benutzt, gilt folgendes:

1. Wäre bei Nichtvorhandensein eines Kraftfahrzeuges die Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels notwendig, so ist ein Betrag in Höhe der Kosten der tariflich günstigsten Zeitkarte abzusetzen.
2. Ist ein öffentliches Verkehrsmittel nicht vorhanden oder dessen Benutzung im Einzelfall nicht zumutbar und deshalb die Benutzung eines Kraftfahrzeuges notwendig, so sind folgende monatliche Pauschbeträge abzusetzen:
 - a) bei Benutzung eines Kraftwagens 5,20 Euro,
 - b) bei Benutzung eines Kleinstkraftwagens (drei- oder vierrädriges Kraftfahrzeug, dessen Motor einen Hubraum von nicht mehr als 500 Kubikzentimeter hat) 3,70 Euro,
 - c) bei Benutzung eines Motorrades oder eines Motorrollers 2,30 Euro,
 - d) bei Benutzung eines Fahrrades mit Motor 1,30 Eurofür jeden vollen Kilometer, den die Wohnung von der Arbeitsstätte entfernt liegt, jedoch für nicht mehr als 40 Kilometer. Bei einer Beschäftigungsdauer von weniger als einem Monat sind die Beträge anteilmäßig zu kürzen.

(7) Ist der Bezieher des Einkommens außerhalb des Ortes beschäftigt, an dem er einen eigenen Hausstand unterhält, und kann ihm weder der Umzug noch die tägliche Rückkehr an den Ort des eigenen Hausstandes zugemutet werden, so sind die durch Führung des doppelten Haushalts ihm nachweislich entstehenden Mehraufwendungen, höchstens ein Betrag von 130 Euro monatlich, sowie die unter Ausnutzung bestehender Tarifvergünstigungen entstehenden Aufwendungen für Fahrtkosten der zweiten Wagenklasse für eine Familienheimfahrt im Kalendermonat abzusetzen. Ein eigener Hausstand ist dann anzunehmen, wenn der Bezieher des Einkommens eine Wohnung mit eigener oder selbstbeschaffter Möbelausstattung besitzt. Eine doppelte Haushaltsführung kann auch dann anerkannt werden, wenn der Bezieher des Einkommens nachweislich ganz oder überwiegend die Kosten für einen Haushalt trägt, den er gemeinsam mit nächsten Angehörigen führt.

§ 4 Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit

(1) Welche Einkünfte zu den Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft, Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit gehören, bestimmt sich nach § 13 Abs. 1 und 2, §§ 15 Abs. 1 und 18 Abs. 1 des Einkommensteuergesetzes; der Nutzungswert der Wohnung im eigenen Haus bleibt unberücksichtigt.

(2) Die Einkünfte sind für das Jahr zu berechnen, in dem der Bedarfszeitraum liegt (Berechnungsjahr).

(3) Als Einkünfte ist bei den einzelnen Einkunftsarten ein Betrag anzusetzen, der auf der Grundlage früherer Betriebsergebnisse aus der Gegenüberstellung der im Rahmen des Betriebes im Berechnungsjahr bereits erzielten Einnahmen und geleisteten notwendigen Ausgaben sowie der im Rahmen des Betriebes im Berechnungsjahr noch zu erwartenden Einnahmen und notwendigen Ausgaben zu errechnen ist. Bei der Ermittlung früherer Betriebsergebnisse (Satz 1) kann ein durch das Finanzamt festgestellter Gewinn berücksichtigt werden.

(4) Soweit im Einzelfall geboten, kann abweichend von der Regelung des Absatzes 3 als Einkünfte ein Betrag angesetzt werden, der nach Ablauf des Berechnungsjahres aus der Gegenüberstellung der im Rahmen des Betriebes im Berechnungsjahr erzielten Einnahmen und geleisteten notwendigen Ausgaben zu errechnen ist. Als Einkünfte im Sinne des Satzes 1 kann auch der vom Finanzamt für das Berechnungsjahr festgestellte Gewinn angesetzt werden.

(5) Wird der vom Finanzamt festgestellte Gewinn nach Absatz 3 Satz 2 berücksichtigt oder nach Absatz 4 Satz 2 als Einkünfte angesetzt, so sind Absetzungen, die bei Gebäuden und sonstigen Wirtschaftsgütern durch das Finanzamt nach

1. den §§ 7, 7b und 7e des Einkommensteuergesetzes,
2. den Vorschriften des Berlinförderungsgesetzes,
3. den §§ 76, 77 und 78 Abs. 1 der Einkommensteuer-Durchführungsverordnung,
4. der Verordnung über Steuervergünstigungen zur Förderung des Baues von Landarbeiterwohnungen in der Fassung der Bekanntmachung vom 6. August 1974 (Bundesgesetzbl. I S. 1869)

vorgenommen worden sind, dem durch das Finanzamt festgestellten Gewinn wieder hinzuzurechnen. Soweit jedoch in diesen Fällen notwendige Ausgaben für die Anschaffung oder Herstellung der in Satz 1 genannten Wirtschaftsgüter im Feststellungszeitraum geleistet worden sind, sind sie vom Gewinn abzusetzen.

§ 5 Sondervorschrift für die Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft

(1) Die Träger der Sozialhilfe können mit Zustimmung der zuständigen Landesbehörde die Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft abweichend von § 4 nach § 7 der Dritten Verordnung über Ausgleichsleistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz (3. LeistungsDV-LA) berechnen; der Nutzungswert der Wohnung im eigenen Haus bleibt jedoch unberücksichtigt.

(2) Von der Berechnung der Einkünfte nach Absatz 1 ist abzusehen,

1. wenn sie im Einzelfall offenbar nicht den besonderen persönlichen oder wirtschaftlichen Verhältnissen entspricht oder
2. wenn der Bezieher der Einkünfte zur Einkommensteuer veranlagt wird, es sei denn, daß der Gewinn auf Grund von Durchschnittssätzen ermittelt wird.

§ 6 Einkünfte aus Kapitalvermögen

(1) Welche Einkünfte zu den Einkünften aus Kapitalvermögen gehören, bestimmt sich nach § 20 Abs. 1 bis 3 des Einkommensteuergesetzes.

(2) Als Einkünfte aus Kapitalvermögen sind die Jahresroheinnahmen anzusetzen, vermindert um die Kapitalertragsteuer sowie um die mit der Erzielung der Einkünfte verbundenen notwendigen Ausgaben (§ 82 Abs. 2 Nr. 4 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch).

(3) Die Einkünfte sind auf der Grundlage der vor dem Berechnungsjahr erzielten Einkünfte unter Berücksichtigung der im Berechnungsjahr bereits eingetretenen und noch zu erwartenden Veränderungen zu errechnen. Soweit im Einzelfall geboten, können hiervon abweichend die Einkünfte für das Berechnungsjahr auch nachträglich errechnet werden.

§ 7 Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung

(1) Welche Einkünfte zu den Einkünften aus Vermietung und Verpachtung gehören, bestimmt sich nach § 21 Abs. 1 und 3 des Einkommensteuergesetzes.

(2) Als Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung ist der Überschuß der Einnahmen über die mit ihrer Erzielung verbundenen notwendigen Ausgaben (§ 82 Abs. 2 Nr. 4 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch) anzusetzen; zu den Ausgaben gehören

1. Schuldzinsen und dauernde Lasten,
2. Steuern vom Grundbesitz, sonstige öffentliche Abgaben und Versicherungsbeiträge,
3. Leistungen auf die Hypothekengewinnabgabe und die Kreditgewinnabgabe, soweit es sich um Zinsen nach § 211 Abs. 1 Nr. 2 des Lastenausgleichsgesetzes handelt,
4. der Erhaltungsaufwand,
5. sonstige Aufwendungen zur Bewirtschaftung des Haus- und Grundbesitzes, ohne besonderen Nachweis Aufwendungen in Höhe von 1 vom Hundert der Jahresroheinnahmen.

Zum Erhaltungsaufwand im Sinne des Satzes 1 Nr. 4 gehören die Ausgaben für Instandsetzung und Instandhaltung, nicht jedoch die Ausgaben für Verbesserungen; ohne Nachweis können bei Wohngrundstücken, die vor dem 1. Januar 1925 bezugsfähig geworden sind, 15 vom Hundert, bei Wohngrundstücken, die nach dem 31. Dezember 1924 bezugsfähig geworden sind, 10 vom Hundert der Jahresroheinnahmen als Erhaltungsaufwand berücksichtigt werden.

(3) Die in Absatz 2 genannten Ausgaben sind von den Einnahmen insoweit nicht abzusetzen, als sie auf den vom Vermieter oder Verpächter selbst genutzten Teil des vermieteten oder verpachteten Gegenstandes entfallen.

(4) Als Einkünfte aus der Vermietung von möblierten Wohnungen und von Zimmern sind anzusetzen

bei möblierten Wohnungen 80 vom Hundert,

bei möblierten Zimmern 70 vom Hundert,

bei Leerzimmern 90 vom Hundert

der Roheinnahmen. Dies gilt nicht, wenn geringere Einkünfte nachgewiesen werden.

(5) Die Einkünfte sind als Jahreseinkünfte, bei der Vermietung von möblierten Wohnungen und von Zimmern jedoch als Monatseinkünfte zu berechnen. Sind sie als Jahreseinkünfte zu berechnen, gilt § 6 Abs. 3 entsprechend.

§ 8 Andere Einkünfte

(1) Andere als die in den §§ 3, 4, 6 und 7 genannten Einkünfte sind, wenn sie nicht monatlich oder wenn sie monatlich in unterschiedlicher Höhe erzielt werden, als Jahreseinkünfte zu berechnen. Zu den anderen Einkünften im Sinne des Satzes 1 gehören auch die in § 19 Abs.

1 Ziff. 2 des Einkommensteuergesetzes genannten Bezüge sowie Renten und sonstige wiederkehrende Bezüge. § 3 Abs. 3 Satz 2 und 3 gilt entsprechend.

(2) Sind die Einkünfte als Jahreseinkünfte zu berechnen, gilt § 6 Abs. 3 entsprechend.

§ 9 Einkommensberechnung in besonderen Fällen

Ist der Bedarf an Sozialhilfe einmalig oder nur von kurzer Dauer und duldet die Entscheidung über die Hilfe keinen Aufschub, so kann der Träger der Sozialhilfe nach Anhörung des Beziehers des Einkommens die Einkünfte schätzen.

§ 10 Verlustausgleich

Ein Verlustausgleich zwischen einzelnen Einkunftsarten ist nicht vorzunehmen. In Härtefällen kann jedoch die gesamtwirtschaftliche Lage des Beziehers des Einkommens berücksichtigt werden.

§ 11 Maßgebender Zeitraum

(1) Soweit die Einkünfte als Jahreseinkünfte berechnet werden, gilt der zwölfte Teil dieser Einkünfte zusammen mit den monatlich berechneten Einkünften als monatliches Einkommen im Sinne des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch. § 8 Abs. 1 Satz 3 geht der Regelung des Satzes 1 vor.

(2) Ist der Betrieb oder die sonstige Grundlage der als Jahreseinkünfte zu berechnenden Einkünfte nur während eines Teils des Jahres vorhanden oder zur Einkommenserzielung genutzt, so sind die Einkünfte aus der betreffenden Einkunftsart nur für diesen Zeitraum zu berechnen; für ihn gilt als monatliches Einkommen im Sinne des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch derjenige Teil der Einkünfte, der der Anzahl der in den genannten Zeitraum fallenden Monate entspricht. Satz 1 gilt nicht für Einkünfte aus Saisonbetrieben und andere ihrer Natur nach auf einen Teil des Jahres beschränkte Einkünfte, wenn die Einkünfte den Hauptbestandteil des Einkommens bilden.

§ 12 Ausgaben nach § 82 Abs. 2 Nr. 1 bis 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

Die in § 82 Abs. 2 Nr. 1 bis 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch bezeichneten Ausgaben sind von der Summe der Einkünfte abzusetzen, soweit sie nicht bereits nach den Bestimmungen dieser Verordnung bei den einzelnen Einkunftsarten abzuziehen sind.

§ 13

(weggefallen)

§ 14 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1963 in Kraft.

**Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9
des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch**

vom 11. Februar 1988 (BGBl. I S. 150), zuletzt geändert durch
Artikel 15 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022)

§ 1

(1) Kleinere Barbeträge oder sonstige Geldwerte im Sinne des § 90 Abs. 2 Nr. 9 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind,

1. wenn die Sozialhilfe vom Vermögen der nachfragenden Person abhängig ist,
 - a) bei der Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Dritten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch 1.600 Euro, jedoch 2.600 Euro bei nachfragenden Personen, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, sowie bei voll Erwerbsgeminderten im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung und den diesem Personenkreis vergleichbaren Invalidenrentnern,
 - b) bei den Leistungen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch 2.600 Euro, zuzüglich eines Betrages von 256 Euro für jede Person, die von der nachfragenden Person überwiegend unterhalten wird,
2. wenn die Sozialhilfe vom Vermögen der nachfragenden Person und ihres nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartners abhängig ist, der nach Nummer 1 Buchstabe a oder b maßgebende Betrag zuzüglich eines Betrages von 614 Euro für den Ehegatten oder Lebenspartner und eines Betrages von 256 Euro für jede Person, die von der nachfragenden Person, ihrem Ehegatten oder Lebenspartner überwiegend unterhalten wird,
3. wenn die Sozialhilfe vom Vermögen einer minderjährigen unverheirateten nachfragenden Person und ihrer Eltern abhängig ist, der nach Nummer 1 Buchstabe a oder b maßgebende Betrag zuzüglich eines Betrages von 614 Euro für einen Elternteil und eines Betrages von 256 Euro für die nachfragende Person und für jede Person, die von den Eltern oder von der nachfragenden Person überwiegend unterhalten wird.

Im Falle des § 64 Abs. 3 und des § 72 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch tritt an die Stelle des in Satz 1 genannten Betrages von 614 Euro ein Betrag von 1.534 Euro, wenn beide Eheleute oder beide Lebenspartner (Nummer 2) oder beide Elternteile (Nummer 3) die Voraussetzungen des § 72 Abs. 5 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen oder so schwer behindert sind, dass sie als Beschädigte die Pflegezulage nach den Stufen III bis VI nach § 35 Abs. 1 Satz 2 des Bundesversorgungsgesetzes erhielten.

(2) Ist im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nr. 3 das Vermögen nur eines Elternteils zu berücksichtigen, so ist der Betrag von 614 Euro, im Falle des § 64 Abs. 3 und des § 72 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch von 1.534 Euro, nicht anzusetzen. Leben im Falle von Leistungen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch die Eltern nicht zusammen, so ist das Vermögen des Elternteils zu berücksichtigen, bei dem die nachfragende Person lebt; lebt sie bei keinem Elternteil, so ist Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 anzuwenden.

§ 2

(1) Der nach § 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a oder b maßgebende Betrag ist angemessen zu erhöhen, wenn im Einzelfall eine besondere Notlage der nachfragenden Person besteht. Bei der Prüfung, ob eine besondere Notlage besteht, sowie bei der Entscheidung über den Umfang der Erhöhung sind vor allem Art und Dauer des Bedarfs sowie besondere Belastungen zu berücksichtigen.

(2) Der nach § 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a oder b maßgebende Betrag kann angemessen herabgesetzt werden, wenn die Voraussetzungen der §§ 103 oder 94 des Gesetzes vorliegen.

§ 3

Diese Verordnung gilt nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes in Verbindung mit § 136 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch auch im Land Berlin.

§ 4

Diese Verordnung tritt am 1. April 1988 in Kraft.

Muster

**Antrag
auf Gewährung von Leistungen in besonderen Fällen aus Mitteln der Länder
bei einem Schwangerschaftsabbruch, für den kein Leistungsanspruch
gegenüber einer gesetzlichen Krankenkasse besteht**

Name: _____, geb.: _____

Anschrift: _____

Gemäß § 21 b Sozialgesetzbuch Erstes Buch – Allgemeiner Teil – (SGB I) ist die Krankenkasse für Leistungen nach dem Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (SchKG) zuständig. Für die Entscheidung über die Leistungserbringung und die Abrechnung der Kosten benötigen wir die im Antrag erfragten Angaben. Hierzu gehört nach § 21 Absatz 2 SchKG auch die Darlegung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse. Nach den §§ 60 ff SGB I sind Sie verpflichtet, die erbetenen Angaben zu machen. Solange diese nicht vorliegen, dürfen wir die Leistung bzw. den Berechtigungsschein versagen.

1. Sind Sie bei einer gesetzlichen Krankenkasse als Pflicht-, freiwilliges Mitglied oder als Familienangehöriger versichert?
 nein ja, bei der _____
(Name und Anschrift der Krankenkasse)
2. Beziehen Sie zurzeit eine der unter ① genannten Leistungen?
 nein ja, welche _____
von welcher Stelle _____
3. Sind Sie in einer Anstalt, einem Heim oder in einer gleichartigen Einrichtung untergebracht und werden die Kosten von einem Träger der Sozialhilfe oder der Jugendhilfe getragen?
 nein ja

Die folgenden Fragen sind zu beantworten, wenn die Fragen 2 und 3 mit Nein beantwortet worden sind.

4. Wie hoch ist Ihr im letzten Kalendermonat erzielttes Nettoeinkommen ② einschließlich einmaliger Zuwendungen, wie Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld usw. ? _____ Euro
5. Steht Ihnen persönlich kurzfristig verwertbares Vermögen ③ zur Verfügung? nein ja, in Höhe von _____ Euro

6. Sind Sie Kindern gegenüber zum Unterhalt verpflichtet, die
- 6.1 unter 18 Jahre alt sind und in Ihrem Haushalt leben ? nein ja, Kinder
- 6.2 Sie überwiegend unterhalten? nein ja, Kinder
7. Wie hoch sind die Kosten der Unterkunft (Miet-, Neben-, Heiz-, Pensions-, Hotelkosten, tatsächliche Aufwendungen für Wohneigentum)? Euro
8. Wie viele Personen leben insgesamt im Haushalt? Personen
9. Fallen bei den Kosten der Unterkunft kostensenkende Leistungen (Wohngeld, Wohnzuschuss) an? Euro

Ich bin tagsüber unter der Telefon-Nr. _____
zu erreichen (freiwillige Angabe).

Ich versichere, dass ich die Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe. Änderungen in den Lebens-, Einkommens- und Vermögensverhältnissen, die für die Leistung erheblich sind, werde ich unverzüglich anzeigen.

_____, den _____
Unterschrift

Hinweise:

- ① Laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem SGB XII (Sozialhilfe), laufende Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach SGB II (z.B. Arbeitslosengeld II, Sozialgeld oder Einstiegsgeld) unabhängig von einem ggf. vorhandenen eigenem Einkommen, Ausbildungsförderung im Rahmen der Anordnung der Bundesagentur für Arbeit über die individuelle Förderung der beruflichen Ausbildung oder über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderter, Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz oder Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz
- ② Das Einkommen Ihres Ehegatten oder Ihrer Eltern, wenn Sie noch in deren Haushalt leben sollten, ist **nicht** anzugeben. Zum Einkommen zählen alle Einnahmen aus unselbständiger Arbeit, selbständiger Tätigkeit, Gewerbebetrieb, Land- und Forstwirtschaft, Kapitalvermögen, Vermietung, Verpachtung, Renten, Versorgungsbezüge sowie Entgeltersatzleistungen (z. B. Kranken-, Verletzten- und Übergangsgeld), den Sockelbetrag von 300 Euro - bei Halbierung der Monatsbeträge und einer damit einhergehenden Verdopplung des Auszahlungszeitraumes nach § 6 Satz 2 BEEG bis 150 Euro - monatlich übersteigendes Elterngeld und Unterhaltszahlungen, die Sie von einer anderen Person erhalten.
- ③ Dazu zählen Ersparnisse, Abfindungen oder sonstige Geldanlagen von mehr als 2.600 Euro. Ggf. erhöht sich dieser Grenzbetrag um 256,00 Euro für jede Person, die von Ihnen überwiegend unterhalten wird.

Muster

Name und Sitz der Krankenkasse

Ort und Datum

Bescheinigung
über die Übernahme der Kosten für einen Abbruch der Schwangerschaft
nach dem Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten

Angaben zur Person

Name, Vorname, Geburtsdatum

Straße

Wohnort

Gesetzlich krankenversichert

nein ja, bei

Name und Sitz der Krankenkasse

Wichtig

Nach § 21 Abs. 3 Satz 2 des Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten haben die Ärzte und Einrichtungen bei Schwangerschaftsabbrüchen im Rahmen dieses Gesetzes einen Anspruch auf die Vergütung, welche die Krankenkasse bei einem nicht rechtswidrigen Abbruch zu zahlen hat, d. h. die Ärzte/Einrichtungen können ihre Leistungen nur nach den Gebührensätzen des EBM abrechnen.

Die Berechtigten können daher auch nur unter den Ärzten und Einrichtungen frei wählen, die sich zur Vornahme des Eingriffs zu den vorgenannten Bedingungen bereit erklären. Wird ein anderer Arzt/eine andere Einrichtung in Anspruch genommen, erfolgt weder eine Kostenübernahme noch eine Kostenerstattung.

Ausstellungsdatum

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

An die Krankenkasse

zurückgesandt.

Es wird hiermit bestätigt, dass bei Frau

Name, Vorname, Geburtsdatum

der Abbruch der Schwangerschaft in einer Einrichtung nach § 13 Abs.1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1, 2 oder 3 StGB vorgenommen worden ist.

- Die Kosten werden über die zuständige KV-Abrechnungsstelle abgerechnet.
- Ich/Wir bitten um Erstattung folgender Kosten:
 - Ambulanter Schwangerschaftsabbruch Ambulantes Operieren im Krankenhaus
 - Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch

Tag	Ziffer des EBM	Punkte
	insgesamt	
	x Punktwert	
	Euro	

- Vollstationärer Schwangerschaftsabbruch
- Teilstationärer Schwangerschaftsabbruch

Tag _____ DRG-Fallpauschale _____ Euro
 (DRG O40Z oder O63Z)

Tag _____ vereinbartes Entgelt _____ Euro
 (teilstationärer Schwangerschaftsabbruch)

Tag _____ Belegarztkosten _____ Euro

Bankverbindung: _____

Ausstellungsdatum

Anschrift des Arztes/der Einrichtung

Unterschrift