

AOK-BUNDESVERBAND, BONN
BKK BUNDESVERBAND, ESSEN
IKK-BUNDESVERBAND, BERGISCH-GLADBACH
SEE-KRANKENKASSE, HAMBURG
BUNDESVERBAND DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN KRANKENKASSEN, KASSEL
BUNDESKNAPPSCHAFT, BOCHUM
VERBAND DER ANGESTELLTEN-KRANKENKASSEN E. V., SIEGBURG
AEV-ARBEITER-ERSATZKASSEN-VERBAND E. V., SIEGBURG

22.November 2001 *)

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

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in ihrem Gemeinsamen Rundschreiben vom 06. 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 die Spitzenverbände der Krankenkassen eine aktuelle Fassung vor.

*) = in der Fassung vom 12.05.2004

Inhaltsverzeichnis

- 1 Allgemeines**

- 2 Empfängnisverhütung**

- 2.1 Gesetzestext

- 2.2 Allgemeines

- 2.3 Ärztliche Beratung

- 2.4 Empfängnisverhütende Mittel

- 3 Sterilisation/Schwangerschaftsabbruch**

- 3.1 Gesetzestext

- 3.2 Allgemeines

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

 - 3.3.1 Sterilisation
 - 3.3.2 Schwangerschaftsabbruch
 - 3.3.2.1 Medizinische Indikation
 - 3.3.2.2 Kriminologische Indikation
 - 3.3.2.3 Auswirkungen für die Krankenkassen
 - 3.3.3 Ärztliche Beratung, Untersuchung und Begutachtung
 - 3.3.4 Ärztliche Behandlung
 - 3.3.5 Arznei-, Verband- und Heilmittel
 - 3.3.6 Krankenhausbehandlung
 - 3.3.7 Krankengeld

3.4 Leistungen bei einem rechtswidrigen, aber straffreien Abbruch der Schwangerschaft

3.4.1 Beratungsregelung

3.4.2 Auswirkungen für die Krankenkassen

3.4.3 Leistungen

3.4.4 Leistungsausschluss

4 Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen

4.1 Allgemeines

4.2 Voraussetzungen

4.2.1 Ermittlung der Einkommensgrenze

4.2.1.1 Allgemeine Einkommensgrenze

4.2.1.2 Erhöhung der Einkommensgrenze bei Kindern

4.2.1.3 Erhöhung der Einkommensgrenze durch die Kosten der Unterkunft

4.3 Verfügbare persönliche Einkünfte

4.3.1 Umfang der „verfügbaren persönlichen Einkünfte“

4.3.2 Pfändungen

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

4.4 Maßgebender Beurteilungszeitraum

4.5 Einmalige Zuwendungen

4.6 Verwertbares Vermögen

4.7 Darlegung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse

4.8 Annahme der finanziellen Anspruchsvoraussetzungen

4.9 Leistungen

4.9.1 Leistungsanspruch

4.9.2 Fahrkosten / Wegegeld

4.9.3 Zuzahlung zur Krankenhausbehandlung

- 4.10 Durchführung, Zuständigkeit, Verfahren
 - 4.10.1 Abrechnung auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes
 - 4.10.2 Kostenübernahme bei Inanspruchnahme eines Vertrags- oder Nichtvertragsarztes bzw. beim ambulanten Operieren im Krankenhaus nach § 115 b SGB V
 - 4.10.3 Operation im Rahmen einer stationären Behandlung
 - 4.10.4 Vereinbarung auf Länderebene
 - 4.10.5 Nachträgliche Kostenübernahme/Kostenerstattung
- 4.11 Kostenerstattung
 - 4.11.1 Leistungsberechtigte Frauen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz
 - 4.11.2 Studentinnen
 - 4.11.3 Au-pair-Mädchen
- 4.12 Verwaltungskosten
- 4.13 Verjährung

Anlagen

- 1 Übersicht über die Verhütungsmethoden
- 2 Einkommensgrenzen
- 3 Verordnung zur Durchführung des § 76 BSHG
- 4 Antrag auf Leistungsgewährung (Muster)
- 5 Bescheinigung über Kostenübernahme (Muster)

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 Satz 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 §§ 24 a und 24 b SGB V, die mit dem Schwangeren- und Familienhilfegesetz am 05.08.1992 in Kraft traten und die bis dahin gültigen §§ 200 e bis 200 g 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 28.05.1993 favorisierte Beratungskonzept und die - erneute - Verpflichtung des Staates, für den Schutz des geborenen als auch des ungeborenen menschlichen Lebens zu sorgen, umgesetzt.

Am 01.10.1995 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 01.01.1996 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 wird.

2 Empfängnisverhütung

2.1 Gesetzestext

§ 24 a 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 § 24 a 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 § 24 a Absatz 1 SGB V gehören auch die im Zusammenhang mit den Fragen der Empfängnisregelung erforderlichen Untersuchungen (einschließlich humangenetischer 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-verschreibungspflichtige Mittel wie Kondome, Schaumtabletten oder Cremes dürfen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden.

Eine Übersicht über die zurzeit möglichen Verhütungsmethoden ist in der Anlage 1 beigelegt.

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

3 Sterilisation/Schwangerschaftsabbruch

3.1 Gesetzestext

§ 24 b 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 Krankenhausbehandlung 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 § 218 a 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 den allgemeinen Pflegesatz für den Tag, an dem der Abbruch vorgenommen wird.

3.2 Allgemeines

§ 24 b 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 § 24 b Abs. 2 SGB V auslöst,

u n d

- einem rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruch (Beratungsregelung), der lediglich eine eingeschränkte Leistungspflicht der Krankenkasse nach § 24 b Abs. 3 SGB V begründet, von der die Übernahme der Kosten des Schwangerschaftsabbruchs (§ 24 b 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 u.a. einen Schwangerschaftsabbruch oder eine Sterilisation durchführen lassen und die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4-6 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 § 24 b 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 in unmittelbarem 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 Belegarztverfahren Schwangerschaftsabbrüche durchführen (für die teilstationäre Behandlung werden mit dem Krankenhaus individuelle Entgelte vereinbart bzw. die alten DRG-Fallpauschalen aus dem Jahr 2003 abgerechnet und bei der vollstationären belegärztlichen Behandlung werden neben dem Honorar des Belegarztes die entsprechenden DRG-Fallpauschalen für belegärztliche Leistungen vergütet).
- Stationäre Einrichtungen (Kostenabrechnung nach der aktuell geltenden Fallpauschalenverordnung).

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 versteht unter Krankheit im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung einen regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, dessen Eintritt entwe-

der 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 Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 92 Abs.1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit den §§ 24a und b 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 § 115 b SGB V möglich. Einer besonderen Genehmigung der durch Krankheit erforderlichen Sterilisation durch die Krankenkasse bedarf es nicht.

Die Vornahme einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation kann nicht mit dem Hinweis auf eine kostengünstigere Methode der Empfängnisverhütung (siehe Anlage 1) abgelehnt werden. Postoperative Spermioogramme 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 (§ 218 a 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 (§ 218 a 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 erforderlichen 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 den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen 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 ein Prostaglandin-Präparat (Cytotec ® oder Cergem ®) erforderlich. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen bewertet Cytotec ® Tabletten und Cergem ® Vaginalzäpfchen als therapeutisch vergleichbar, Cytotec ® verfügt aber über ein günstigeres Nebenwirkungsprofil und ist erheblich kostengünstiger. Bei der Kostenübernahme durch die Bundesländer für Leistungen nach § 24 b Abs. 4 SGB V (Abschnitt 4) erstatten einige Länder nur die Kosten für Cytotec ®; die Anwendung von Cergem ® ist besonders zu begründen.

3.3.6 Krankenhausbehandlung

Im Rahmen des § 24 b 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 zwingen-

den 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

§ 24 b 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 (§ 218 a 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 Konfliktlage 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 personifizierte 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 § 218 a 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 (§ 218 a Abs. 1 StGB) sieht § 24 b 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 § 24 b 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 § 24 b Absatz 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 Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen (SFHG) zuständig. Danach haben Frauen bei einem rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruch (§ 218 a Abs. 1 StGB) einen Anspruch auf Übernahme der durch § 24 b 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 (§ 1 Abs. 1 SFHG).

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 § 24 b Abs. 4 SGB V genannten Leistungen.

4.2 Voraussetzungen

Eine Frau hat Anspruch auf Leistungen nach dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen, 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. § 1 Abs. 1 SFHG).

Nach § 1 Abs. 2 SFHG 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 § 1 Abs. 2 SFHG 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 (§ 6 SFHG).

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend setzt nach § 7 Abs. 2 SFHG für die neuen Bundesländer im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und dem Bundesministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Beträge nach § 7 Absatz 1 SFHG 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 01.01.1996 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 beträgt 961,00 EUR und im Rechtskreis Ost einschließlich Ostberlin 912,00 EUR (Stand: 01.07.2003).

4.2.1.2 Erhöhung der Einkommensgrenze bei Kindern

Die allgemeine Einkommensgrenze erhöht sich um jeweils 227,00 EUR in den alten Bundesländern einschließlich Westberlin und 225,00 EUR in den neuen Bundesländern einschließlich Ostberlin 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.

Auf Grund des Kindschaftsreformgesetzes vom 16.12.1997, in Kraft ab 01.07.1998, werden im Bürgerlichen Gesetzbuch - BGB - 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 (§§ 1600 d 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 282,00 EUR für die alten Bundesländer oder 243,00 EUR für die neuen Bundesländer, so erhöht sich die Einkommensgrenze um den Mehrbetrag, höchstens jedoch um 282,00 EUR.

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 Unterkunfts-kosten (Miete sowie Lasten bei Eigenheimbesitzern) gleichmäßig auf alle Mitglieder einer Wohngemeinschaft zu verteilen. Dazu werden die Unterkunfts-kosten 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), Unterhaltszahlungen, welche die Frau von einer anderen Person erhält und Kindergeld. 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 nach dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen mit denen des Sozialhilferechts bestimmen sich die verfügbaren persönlichen Einkünfte grundsätzlich analog zu den Vorschriften der §§ 76 ff Bundessozialhilfegesetz (BSHG). Allerdings können rein sozialhilfespezifische Regelungen, wie z. B. § 76 Abs. 2 a BSHG, keine entsprechende Anwendung finden.

Zum **Einkommen** im Sinne des Gesetzes zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen gehören damit alle Einkünfte in Geld oder Geldeswert mit Ausnahme der Leistungen der Hilfe in besonderen Lebenslagen nach dem BSHG, des Erziehungsgeldes nach dem Bundeserziehungsgesetz, der Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) und der Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schaden an Leben sowie an Körper oder Gesundheit gewährt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG.

Von dem Einkommen sind abzusetzen

1. aus dem Einkommen entrichtete Steuern (Einkommen-, Lohn- und Kirchensteuer),
2. Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung (Kranken-, Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung),
3. Beiträge zu öffentlichen oder privaten Versicherungen oder ähnlichen Einrichtungen, soweit diese Beträge gesetzlich vorgeschrieben oder nach Grund und Höhe angemessen sind (Beiträge bei freiwilliger Mitgliedschaft zur Kranken-, Pflege-, und Rentenversicherung, Feuer-, Diebstahl- und Hausratversicherung),
4. die mit der Erzielung des Einkommens verbundenen notwendigen Ausgaben (Werbungskosten) und
5. bis zum 30.06.2005 Kinderfreibeträge (10,25 EUR bei einem Kind und 20,50 EUR bei zwei oder mehr Kindern).

Weitere Hinweise finden sich in der als Anlage 3 beigefügten Durchführungsverordnung zu § 76 Abs. 2 BSHG.

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

Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Tochter während der Dauer ihres Studiums der elterlichen Wohnung zugehört.

Aus § 1 Abs. 3 Nr. 1 SFHG geht nämlich hervor, dass bei Empfängerinnen von Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz von einer Bedürftigkeit auszugehen ist. Demnach sind auch bei Studentinnen die tatsächlichen Verhältnisse maßgebend.

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 in 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

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. § 88 Abs. 3 BSHG).

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.

Zum Vermögen zählen insbesondere Mobilien (Besitz eines Kfz) und Immobilien, Geld, Geldwerte und Forderungen.

Dabei sind auf jeden Fall als verwertbar anzusehen: Geld, das auf Sparkonten 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 § 88 Abs. 2 Nr. 8 BSHG unterliegen kleinere Barbeträge und sonstige Geldwerte bis zur Höhe von 2.301 EUR zuzüglich eines Betrages von 256 EUR 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. § 3 Abs. 2 S. 3 SFHG). 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 § 1 Abs. 3 SFHG gelten die Voraussetzungen der Bedürftigkeit als erfüllt, wenn

1. die Frau laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz, Arbeitslosenhilfe nach dem SGB III, Ausbildungsförderung im Rahmen der Anordnung der Bundesagentur für Arbeit über die individuelle Förderung der beruflichen Ausbildung oder über die Arbeits- und Berufsförderung Behinderteter, 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.

4.9 Leistungen

Bei den nach dem SFHG zu gewährenden Leistungen handelt es sich um die in § 24 b 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 SFHG 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, Aufklärungsgepräch), 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 § 24 b Abs. 4 SGB V abschließend aufgeführten Leistungen.

4.9.3 Zuzahlung zur Krankenhausbehandlung

Nach § 24 b Abs. 4 SGB V übernehmen die Krankenkassen auftragsweise für das jeweilige Bundesland den Pflegesatz für den Tag eines vollstationär durchgeführten Schwangerschaftsabbruchs bei einer nach dem SFHG anspruchsberechtigten Frau. Die Vorschrift des § 39 Abs. 4 SGB V über die Zuzahlung zur Krankenhausbehandlung findet keine Anwendung.

4.10 Durchführung, Zuständigkeit, Verfahren

Die Leistungen sind nach § 3 Abs. 1 SFHG 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 Vertragsätzen 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 § 218 a 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 (Vertragsätze 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 Vertragsätzen abzurechnen, wobei es sich nicht um einen Vertragsarzt handeln muss.

In den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch sind unter Abschnitt 3.3 - b) Zahlungspflicht der Frau (§ 24 b Abs. 4 SGB V) im Einzelnen die Leistungen aufgeführt, die bei einem tatbestandslosen Schwangerschaftsabbruch unter den Voraussetzungen des § 218 a 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 § 115 b SGB V

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

4.10.3 Operation im Rahmen einer stationären Behandlung

Ab 01.01.2004 sind - mit Ausnahme besonderer Einrichtungen wie psychiatrische Fachabteilungen, psychiatrische Krankenhäuser und Krankenhäuser, mit denen kein Basisfallwert vereinbart wurde - alle Krankenhäuser verpflichtet, die Kostenabrechnung nach dem Fallpauschalensystem (auch: Diagnosis Related Groups - DRG) vorzunehmen. Mit dem DRG-Fallpauschalensystem wird von einer tages- und budgetorientierten auf eine leistungsorientierte Vergütung der Krankenhausbehandlungen umgestellt. Hierfür ist die Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (KFPV 2004) vom 13.10.2003 maßgebend.

Bei einem mehrtägigen Krankenhausaufenthalt zum Zwecke des Schwangerschaftsabbruches ist dem Land der konkrete Fallwert für den ersten Belegungstag in Rechnung zu stellen, also der Betrag, der tatsächlich bei einem Kranken-

hausaufenthalt mit nur einem berechnungsfähigen Belegungstag an das Krankenhaus zu zahlen wäre. Da der Entlassungstag kein berechnungsfähiger Belegungstag ist, ist somit bei einem nur zweitägigen Krankenhausaufenthalt die gesamte an das Krankenhaus zu zahlende Vergütung dem Land zur Erstattung aufzugeben. Unabhängig davon, ob es sich im Krankenhaus um eine Versorgung durch Hauptabteilungen oder aber um eine belegärztliche Versorgung handelt, sind folgende DRG-Fallpauschalen maßgebend:

O40Z Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie

O63Z Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie

Je nachdem, ob die Behandlung in einer Hauptabteilung oder Belegabteilung durchgeführt wurde, sind die Bewertungsrelationen der verschiedenen DRG-Fallpauschalenkataloge [Teil a) für die Versorgung durch Hauptabteilungen bzw. Teil b) für die Versorgung durch Belegabteilungen] maßgeblich.

Teil a) Schwangerschaftsabbruch im Rahmen einer Versorgung durch Hauptabteilungen für das Jahr 2004:

DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungs-relation bei Hauptabteilung	Bewertungs-relation bei Haupt-abteilung und Beleg-hebamme	Mittlere Verweil-dauer	Untere Grenzverweildauer	
						Erster Tag mit Abschlag	Bewertungs-relation/Tag
1	2	3	4	5	6	7	8
O40 Z	A	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie	0,367		2,6	1	0,128
O63 Z	M	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie	0,403		3,4	1	0,166

Um die Kosten für den Tag, an dem der Abbruch vorgenommen wird, differenzieren zu können, muss die Fallpauschale um die Bewertungsrelationen der unteren Grenzverweildauer der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (Fallpauschalenverordnung 2004 - KFPV 2004) gekürzt werden. Die nachfolgende Formel ist maßgeblich zur Berechnung:

Bewertungsrelation der DRG-Fallpauschale (Spalte 4 bzw. 5)

./. erster Tag mit Abschlag (Spalte 7) x Bewertungsrelation/Tag (Spalte 8)

= Bewertungsrelation für den Abbruchtag

Demnach ergeben sich für das Jahr 2004 folgende Bewertungsrelationen für den Abbruchtag:

DRG	Bewertungsrelation	Abschlag		
O40Z	0,367	minus 0,128	=	0,239
O63Z	0,403	minus 0,166	=	0,237

Um die Höhe der Vergütung zu berechnen, ist die errechnete Bewertungsrelation für den Abbruchtag mit dem krankenhausindividuellen Basisfallwert zu multiplizieren. Bei einem beispielhaft angenommenen Basisfallwert von 2.200 EUR würde sich für den Abbruchtag für die O40Z eine Vergütung von 525,80 EUR (2.200 EUR x 0,239) und für die O63Z von 521,40 EUR (2.200 EUR x 0,237) errechnen. In der gekürzten Fallpauschale sind nach der Kalkulationsmethodik die Operationskosten vollständig erhalten. Sie werden nicht durch den Abschlag erfasst. Das heißt, ob die Frau eine Nacht im Krankenhaus verbringt oder am gleichen Tag entlassen wird, hat keine Auswirkungen auf die Abschläge, da die Verweildauer in beiden Fällen einen Belegungstag beträgt. Wenn eine längere Verweildauer zur Abrechnung der vollen Fallpauschale oder zu Zuschlägen nach Überschreiten der oberen Grenzverweildauer führt, sind diese Kosten von der Krankenkasse zu tragen. Für das Jahr 2004 wurde keine Bewertungsrelation für die Behandlung mittels einer Beleghebamme in einer Hauptabteilung (Spalte 5) kalkuliert. Daher ist die Bewertungsrelation bei einer Hauptabteilung (Spalte 4) maßgeblich.

Teil b) Schwangerschaftsabbruch im Rahmen einer belegärztlichen Versorgung für das Jahr 2004:

DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewer-tungsrelati-on bei Beleg-operateu-ren/ -ärzten	Bewertungs-relation bei Beleg-operateuren/ -ärzten und Beleg-anästhesisten	Bewer-tungs-relation bei Belegopera-teuren/ -ärzten und Beleg-hebammen	Bewer-tungs-relation bei Belegopera-teuren/ -ärzten, -anästhe-sisten und -hebammen	Mittlere Verweil-dauer	Untere Grenzverweil-dauer	
								Erster Tag mit Abschlag	Bewer-tungs-relation /Tag
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
O40Z	A	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie	0,326	0,307			2,6	1	0,115
O63Z	M	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie	0,366	0,357			3,4	1	0,151

Die Berechnung der Bewertungsrelation für den Abbruchtag erfolgt analog. Hier ist jedoch zu differenzieren, ob die Behandlung mittels Belegoperateuren, -ärzten, -anästhesisten, -hebammen (Spalten 4-7) erfolgt. Für das Jahr 2004 wurden für die betroffenen DRG-Fallpauschalen keine Bewertungsrelationen für die Behandlung durch Beleghebammen (Spalten 6 oder 7) vorgegeben. Deshalb ist in diesen Fällen für das Jahr 2004 die Bewertungsrelation der Spalte 5 maßgeblich.

Demnach ergeben sich für das Jahr 2004 folgende Bewertungsrelationen für den Abbruchtag:

Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten (Spalte 4)

DRG	Bewertungsrelation	Abschlag	=	
O40Z	0,326	minus 0,115	=	0,211
O63Z	0,366	minus 0,151	=	0,215

Bewertungsrelation bei Belegoperateuren/-ärzten und Beleganästhesisten (Spalte 5)

DRG	Bewertungsrelation	Abschlag	=	
O40Z	0,307	minus 0,115	=	0,192
O63Z	0,357	minus 0,151	=	0,206

Sofern neben dem stationären Schwangerschaftsabbruch noch weitere Behandlungsmaßnahmen erforderlich waren, die entweder als Folge des Schwangerschaftsabbruchs oder aber losgelöst davon erfolgten, kann es unter Umständen auch zu einer Abrechnung anderer DRG-Fallpauschalen - als die DRG-Fallpauschalen O40Z bzw. O63Z - durch das Krankenhaus kommen. In diesen Fällen sollte die Ermittlung der durch das jeweilige Bundesland zu tragenden Kosten für den Tag des Abbruchs im Zusammenhang mit dem stationären Schwangerschaftsabbruch in besonderen Fällen fiktiv auf Grundlage der DRG-Fallpauschalen O40Z bzw. O63Z erfolgen.

4.10.4 Vereinbarungen auf Länderebene

Sofern in einzelnen Bundesländern hinsichtlich der Kostenübernahme abweichende Regelungen getroffen wurden, sind diese zu beachten.

4.10.5 Nachträgliche Kostenübernahme/Kostenerstattung

Grundsätzlich geht das Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen 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 Schwangerschaftskonfliktgesetz auf Wunsch der Schwangeren unverzüglich zu erfolgen hat. Außerdem ist die Überlegungsfrist der Schwangeren von drei Tagen zwischen Beratung und Vornahme des Schwangerschaftsabbruchs gemäß § 218 a 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 Gegen-

leistung zu erbringen. Die Abrechnung aufgrund der Kostenübernahme gemäß § 3 Abs. 4 SFHG kann aber nur zwischen Arzt und Krankenkasse erfolgen.

Ob sich der Arzt nachträglich darauf einlässt, dass die Krankenkasse die Kosten zu den in § 3 Satz 2 SFHG 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 § 3 Abs. 3 Satz 1 SFHG zur Vornahme des Eingriffs zu der in § 3 Satz 2 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.

4.11 Kostenerstattung

Nach § 4 SFHG 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 § 4 SFHG 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 der Kostenübernahme, -abrechnung und -erstattung vorsehen und für die Krankenkassen verbindlich sind. Die gegenseitige Anerkennung dieser Verfahrensweisen für alle Bundesländer wurde zwar grundsätzlich für sinnvoll erachtet, zu einem entsprechenden formalen Beschluss ist es bislang noch nicht gekommen, da eine bundeseinheitliche Regelung angestrebt wird.

4.11.1 Leistungsberechtigte Frauen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Bei diesem im § 1 Abs. 1 Satz 2 SFHG 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.

4.11.1 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.

4.11.2 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. Dafür sind eine Arbeitserlaubnis und eine Aufenthaltserlaubnis notwendig, wobei bei Au-pairs aus EU- / EWR-Mitgliedsstaaten die Aufenthaltserlaubnis zunächst unterstellt wird, aber innerhalb von 3 Monaten nach der Einreise eine „Aufenthaltserlaubnis-EG“ zu beantragen ist.

4.12 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 einherge-

henden Zinsverluste beinhalten. Als Verwaltungskosten sind in Anlehnung an die bis Ende 1993 für vergleichbare Fallgestaltungen geltende 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.

4.13 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

Methode	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	Wirkung wie bei der Pille; hemmt aber nicht generell den Eisprung, da nur gestagenhaltig. Wird ohne Pillenpause durchgängig täglich exakt zur gleichen Zeit eingenommen.
Kondom	Verhinderung einer Befruchtung durch Auffangen von Samenflüssigkeit;
Kondom für die Frau	Vaginalschlauch, der das Zusammentreffen von Eizelle und Spermienzelle 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.
Diaphragma	Verhinderung einer Befruchtung, indem der Zugang zur Gebärmutter durch eine Gummikappe versperrt wird. Anwendung mit samenabtötendem Gel oder Creme;

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.
Technische Hilfsmittel zur Eisprungberechnung	Fruchtbare bzw. unfruchtbare Tage im Zyklus werden mit Computern errechnet, ausgewertet und angezeigt.
Chemische Methoden	Cremes, 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“	Einnistung eines evtl. befruchteten Eis wird verhindert. Lediglich eine Notfallmaßnahme; verschreibungspflichtig; „Pille danach“ muss bis 48 Std. nach dem ungeschützten Verkehr eingenommen werden.
„Spirale danach“	Verhindert die Einnistung eines evtl. befruchteten Eis. Eine herkömmliche Spirale wird bis fünf 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 Juni 2001

**Einkommensgrenzen
bei der Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen**

	1) Einkommens- grenze	2) Erhöhungsbetrag für jedes zu be- rücksichtigende Kind	3) Betrag für die Kos- ten der Unter- kunft, der über- schritten sein muss	4) Höchstbetrag für die Kosten der Unterkunft, der den jewei- ligen Betrag zu 3) übersteigt
01.01.1996 -				
West	1.700,00 DM	400,00 DM	500,00 DM	500,00 DM
Ost	1.500,00 DM	370,00 DM	400,00 DM	500,00 DM
01.07.1996 -				
West	1.716,00 DM	404,00 DM	505,00 DM	505,00 DM
Ost	1.520,00 DM	375,00 DM	405,00 DM	505,00 DM
01.07.1997 -				
West	1.744,00 DM	411,00 DM	513,00 DM	513,00 DM
Ost	1.553,00 DM	383,00 DM	414,00 DM	513,00 DM
01.07.1998 -				
West	1.752,00 DM	413,00 DM	515,00 DM	515,00 DM
Ost	1.583,00 DM	390,00 DM	422,00 DM	515,00 DM
01.07.1999 -				
West	1.775,00 DM	419,00 DM	522,00 DM	522,00 DM
Ost	1.631,00 DM	402,00 DM	435,00 DM	522,00 DM
01.07.2000 -				
West	1.786,00 DM	422,00 DM	525,00 DM	525,00 DM
Ost	1.672,00 DM	412,00 DM	446,00 DM	525,00 DM
01.07.2001 -				
West	1.820,00 DM 930,55 €	430,00 DM 219,86 €	535,00 DM 273,54 €	535,00 DM 273,54 €
Ost	1.707,00 DM 872,78 €	421,00 DM 215,25 €	455,00 DM 232,64 €	535,00 DM 273,54 €
01.01.2002 -				
West	931,00 €	220,00 €	274,00 €	274,00 €
Ost	873,00 €	215,00 €	233,00 €	274,00 €
01.07.2002 -				
West	951,00 €	225,00 €	279,00 €	279,00 €
Ost	898,00 €	221,00 €	239,00 €	279,00 €
01.07.2003 - a. w.				
West *)	961,00 €	227,00 €	282,00 €	282,00 €
Ost	912,00 €	225,00 €	243,00 €	282,00 €

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

Verordnung zur Durchführung des § 76 des Bundessozialhilfegesetzes

Auf Grund des § 76 Abs. 3 des Bundessozialhilfegesetzes vom 30. Juni 1961 (Bundesgesetzbl. I S. 815) verordnet die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates:

§ 1 Einkommen

Bei der Berechnung der Einkünfte in Geld oder Geldeswert, die nach § 76 Abs. 1 des Gesetzes 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 § 160 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung 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 zugrunde zu legen. Die Verpflichtung, den notwendigen Lebensunterhalt im Einzelfall nach Abschnitt 2 des Gesetzes 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 Ziffer 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 § 76 Abs. 2 Nr. 4 des Gesetzes 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 Kleinkraftwagens (drei- oder vierrädriges Kraftfahrzeug, dessen Motor einen Hubraum von nicht mehr als 500 ccm hat) | 3,70 Euro, |
| c) bei Benutzung eines Motorrades oder eines Motorrollers | 2,30 Euro, |
| d) bei Benutzung eines Fahrrades mit Motor für 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. | 1,30 Euro |

(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 selbständige 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, 7 b und 7 e 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 Ausgleichleistungen 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 Einzelfalle 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 (§ 76 Abs. 2 Nr. 4 des Gesetzes).

(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 (§ 76 Abs. 2 Nr. 4 des Gesetzes) 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 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 Zimmer	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 Ziffer 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 Gesetzes. § 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 Gesetzes 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 § 76 Abs. 2 Nrn. 1 bis 3 des Gesetzes

Die in § 76 Abs. 2 Nrn. 1 bis 3 des Gesetzes 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 Berlin-Klausel

Diese Verordnung gilt nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes vom 4. Januar 1952 (Bundesgesetzbl. 1 5. 1) in Verbindung mit § 152 des Bundessozialhilfegesetzes vom 30. Juni 1961 (Bundesgesetzbl. 1 5. 815) auch im Land Berlin.

§ 14 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1963 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 Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen (SFHG) zuständig. Für die Entscheidung über die Leistungserbringung und die Abrechnung der Kosten benötigen wir die im Antrag erfragten Angaben. Hierzu gehört nach § 3 Absatz 2 SFHG 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 erzielt es Nettoeinkommen ② einschließlich einmaliger Zuwendungen, wie Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld usw. ? _____ EUR

5. Steht Ihnen persönlich kurzfristig verwertbares Vermögen ③ zur Verfügung? nein ja, in Höhe von _____ EUR

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)?

EUR

8. Wie viele Personen leben insgesamt im Haushalt ?

Personen

9. Fallen bei den Kosten der Unterkunft kostensenkende Leistungen (Wohngeld, Wohnzuschuss) an?

EUR

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 Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz, Arbeitslosenhilfe nach dem SGB III, 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, Kindergeld sowie Entgeltersatzleistungen (z. B. Kranken-, Verletzten- und Übergangsgeld) und Unterhaltszahlungen, die Sie von einer anderen Person erhalten.
- ③ Dazu zählen Ersparnisse, Abfindungen oder sonstige Geldanlagen von mehr als 2.301,00 EUR. Ggf. erhöht sich dieser Grenzbetrag um 256,00 EUR für jede Person, die von Ihnen überwiegend unterhalten wird.

Prüfung der Berechtigung (wird von der Krankenkasse ausgefüllt)

A Einkommensgrenze - Stand: 01.07.2003 -

1. Allgemeine Einkommensgrenze

West: 961,00 EUR Ost: 912,00 EUR = EUR

2. Erhöhung

2.1 um die zu den Fragen 6.1 und 6.2 angegebenen Kinder

Kinder x West: 227,00 EUR Ost: 225,00 EUR = EUR

EUR

2.2 Kosten der Unterkunft (ggf. anteilig)

Fragen 7 und 8 = EUR

abzgl. kostensenkende Leistungen (Frage 9) = EUR

EUR

vermindert um den Pauschbetrag von

West: 282,00 EUR Ost: 243,00 EUR = EUR

höchstens 282,00 EUR = EUR

3. Für die Antragstellerin maßgebende Einkommensgrenze = EUR

B Einkünfte

4. Eigenes Einkommen (Frage 4) = EUR

5. Kurzfristig verwertbares Vermögen (Frage 5) = EUR

6. Einkünfte insgesamt = EUR

C Ergebnis

Anspruch ist gegeben

Anspruch ist nicht gegeben

Muster

Name und Sitz der Krankenkasse

Ort und Datum

Bescheinigung

über die Übernahme der Kosten für einen Abbruch der Schwangerschaft nach dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen

Angaben zur Person

Name, Vorname, Geburtsdatum

Straße

Wohnort

Gesetzlich krankenversichert

nein ja, bei

Name und Sitz der Krankenkasse

Wichtig

Nach § 3 Abs. 3 Satz 2 des Gesetzes zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen 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

