Spitzenverband

Niederschrift

über die Fachkonferenz
Leistungs- und Beziehungsrecht

am 22.06.2022 in Berlin
per Microsoft Teams

Inhaltsübersicht:

Seite

1. § 24a SGB V – Empfängnisverhütung
   § 24b SGB V – Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation; 5
   hier: Überarbeitung des gemeinsamen Rundschreibens zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) vom 09.12.2015 aufgrund zwischenzeitlich eingetretenem Anpassungsbedarf

Spitzenverband

- n i c h t b e s e t z t -

Spitzenverband

Niederschrift

über die Fachkonferenz Leistungs- und Beziehungsrecht am 22.06.2022 in Berlin

1. § 24a SGB V – Empfängnisverhütung
§ 24b SGB V – Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation;
hier: Überarbeitung des gemeinsamen Rundschreibens zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) vom 09.12.2015 aufgrund zwischenzeitlich eingetretenem Anpassungsbedarf

Sachstand:

Das gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) vom 09.12.2015 ist aufgrund gesetzlicher Änderungen anpassungsbedürftig geworden. So erfolgten mit dem Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch (vgl. Bundesgesetzblatt 2019 Teil I Nr. 9 vom 28.03.2019) neben der Erhöhung der Altersgrenze für Versicherte, die nach § 24a Abs. 2 SGB V Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen, empfängnisverhütenden Mitteln haben, weitere Änderungen im Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG). Danach wurden u. a. die Informationsmöglichkeiten für Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung ziehen, verbessert.

Darüber hinaus wurden mit der Zweiten Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 des SGB XII (vgl. Bundesgesetzblatt 2017 Teil I Nr. 14 vom 29.03.2017) Anpassungen hinsichtlich der Prüfung, ob der Frau die Aufbringung der Mittel für den Abbruch einer Schwangerschaft nicht zumutbar ist, notwendig.

Die gesetzlichen Änderungen als auch die Klärung darüberhinausgehender offener Fragen wurden zum Anlass genommen, das gemeinsame Rundschreiben zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) vom 09.12.2015 zu überarbeiten.

Neben redaktionellen Änderungen ist eine Anpassung des gemeinsamen Rundschreibens in folgenden Abschnitten erfolgt:

Spitzenverband

1. Allgemeines

Die Gesetzesänderungen, die der Überarbeitung des gemeinsamen Rundschreibens zu Grunde lagen, wurden in der vorliegenden Historie ergänzt.

2.1 Gesetzestext

Der Gesetzestext des § 24a SGB V wurde aktualisiert.

2.2 Allgemeines

Aufgrund der Anhebung der Altersgrenze durch das Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch, wurde die Altersgrenze in diesem Abschnitt entsprechend angepasst.

2.4 Empfängnisverhütende Mittel

In diesem Abschnitt wurde im Zusammenhang mit den Aussagen zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise klargestellt, dass u. a. sowohl individuelle medizinische Faktoren, als auch die Möglichkeit der korrekten Anwendung des empfängnisverhütenden Mittels zum Erreichen der größtmöglichen Sicherheit im Rahmen der Empfängnisverhütung bei der Verordnung durch die Ärztin bzw. den Arzt zu berücksichtigen sind.

In Bezug auf die Notfallkontrazeptiva wurde im gesamten Abschnitt vorrangig auf die konkreten Wirkstoffe (Ulipristalacetat und Levonorgestrel) abgestellt. Hintergrund hierfür ist, dass auch von anderen Unternehmen (unter anderem Namen) Arzneimittel vertrieben werden. Die Nennung von Präparaten ist daher nur noch beispielhaft erfolgt.

Darüber hinaus wurden die Altersangaben gemäß des aktuell geltenden § 24a Abs. 2 SGB V angepasst.

3.2 Allgemeines

Die Formulierung in diesem Abschnitt wurde dem Wortlaut der Vorschrift § 13 Abs. 4 SGB V angepasst.

Ferner wurden zum Zweck der besseren Nachvollziehbarkeit den Indikationen für einen Schwangerschaftsabbruch die jeweiligen Rechtsgrundlagen im Strafgesetzbuch (StGB) zugeordnet.

Spitzenverband

Weiterhin wurden die durch das Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommenen Ergänzungen in § 13 SchKG sowie die Inhalte des neu eingeführten § 13a SchKG beschrieben. Danach steht den Frauen als zusätzliche Informationsquelle über Einrichtungen, Ärztinnen, Ärzte und Krankenhäuser, welche Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, eine Liste der Bundesärztekammer zur Verfügung.

Bezogen auf die Ausführungen zu den Leistungserbringern wurde durch die Ergänzungen hinsichtlich der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen im belegärztlichen Verfahren und im Rahmen stationärer Behandlung berücksichtigt, dass ab dem Jahr 2020 gemäß § 17b Abs. 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen aus dem Vergütungssystem ausgegliedert wurden und die Pflegebudgets und damit die Pflegepersonalkosten seit dem über tagesbezogene Pflegeentgelte vergütet, die neben den DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden.

3.3.2.2 Kriminologische Indikation

Anpassungen im Wortlaut der Vorschrift § 218a Abs. 3 StGB zum Wegfall von § 179 StGB wurden in diesem Abschnitt nachvollzogen.

3.3.3 Ärztliche Beratung, Untersuchung und Begutachtung

Der Vollständigkeit halber ist dieser Abschnitt um die Regelungen des § 2a Abs. 1 SchKG ergänzt worden. Hiernach haben Versicherte nach pränataler Untersuchung mit pathologischem Befund einen Anspruch auf ärztliche Beratung und Aufklärung durch eine hinzugezogene Ärztin oder hinzugezogenen Arzt, die oder der mit der entsprechenden Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung hat.

3.3.5 Arznei-, Verband- und Heilmittel

In diesem Abschnitt erfolgte eine Aktualisierung hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Arzneimittel, da der Vertrieb des Prostaglandin-Präparates Cergem® eingestellt wurde. Die Anwendung im Rahmen des Schwangerschaftsabbruchs hinsichtlich der Dosierung, der Art der Verabreichung und der Anwendung über die 12. Schwangerschaftswoche hinaus würde ggf. im Rahmen eines off-label-Gebrauchs erfolgen. Eine diesbezügliche Empfehlung wurde zusätzlich aufgenommen.

4.1 Allgemeines

Aufgrund von in der Praxis aufgetretenen Fragen wurden die Ausführungen im Abschnitt um den Personenkreis der Frauen erweitert, die zwar bei einer deutschen Krankenkasse versichert sind,

aber ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben. Nach § 19 Abs. 1 Satz 1 SchKG hat eine Frau Anspruch auf Leistungen nach Abschnitt 5 des SchKG, 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. Es erfolgte eine Klarstellung dahingehend, dass Frauen, die zwar bei einer deutschen Krankenkasse versichert sind, aber ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben, nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz keinen Anspruch auf Leistungen im Sinne von § 24b Abs. 4 SGB V haben.

4.2.1.3 Erhöhung der Einkommensgrenzen durch die Kosten der Unterkunft

Die Ausführungen, dass die Unterkunftskosten durch die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen zu dividieren sind, wurde zur Verdeutlichung, dass auch Kinder hierbei zu berücksichtigen sind, um eine beispielhafte Aufzählung ergänzt.

4.3.1 Umfang der „verfügbaren persönlichen Einkünfte“

Es erfolgte eine Anpassung aufgrund der Änderungen durch das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom 23.12.2016 (vgl. Bundesgesetzblatt 2016 Teil I Nr. 66 vom 29.12.2016). Bislang wurde das Arbeitsförderungsgeld im Rahmen des Einsatzes von Einkommen und Vermögen nach dem SGB XII zunächst als Einkommen in die sozialhilferechtliche Bedürftigkeitsprüfung einbezogen und anschließend im Zusammenhang mit der Bereinigung des Einkommens wieder in Abzug gebracht. Durch die neue gesetzliche Regelung, die insbesondere der Verwaltungsvereinfachung im Bereich der Sozialhilfe dient, ist das Arbeitsförderungsgeld nach § 59 Abs. 1 SGB IX (§ 43 SGB IX a.F.) seit dem 01.01.2018 gemäß § 59 Abs. 2 SGB IX nicht mehr als Einkommen auf Leistungen der Sozialhilfe anzurechnen.

4.6 Verwertbares Vermögen

Zum 01.04.2017 wurde die Durchführungsverordnung zu § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII geändert, die in Verbindung mit § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII festlegt, bis zu welcher Höhe Barbeträge und sonstige Geldwerte nicht der Verwertung unterliegen und somit bei der Prüfung, ob der Frau die Aufbringung finanzieller Mittel für einen Schwangerschaftsabbruch zumutbar ist, nicht als kurzfristig verwertbares Vermögen berücksichtigt werden dürfen. Dementsprechend erfolgte in diesem Abschnitt eine Anpassung der Beträge. Zusätzlich erfolgte in diesem Zusammenhang eine Klarstellung dahingehend, dass es sich um einen Freibetrag handelt.

Spitzenverband

4.7 Darlegung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse

Ergänzend zu den Ausführungen unter Abschnitt 4.10.4 „Kostenerstattung“ soll mit dem Verweis auf § 22 SchKG auch an dieser Stelle zum Ausdruck gebracht werden, dass die Länder das Nähere zum Verfahren (z. B. Kostenerstattung, einschließlich des haushaltstechnischen Verfahrens) in Ländervereinbarungen regeln können.

4.10.3 Kostenübernahme und Abrechnung im Rahmen einer stationären Behandlung

So wie bereits unter Abschnitt 3.2 erwähnt, wird in diesem Abschnitt die Änderung zur Abrechnung der Pflegepersonalkosten im Rahmen stationärer Krankenhausbehandlung nachvollzogen.

4.10.9 Grenzgängerinnen

Der Personenkreis der Grenzgängerinnen wurde als Ergänzung zu den neu aufgenommenen Ausführungen unter Abschnitt 4.1 mit entsprechendem Verweis eingefügt.

Anlage 1

Es erfolgte eine Ergänzung der Einkommensgrenzen bis zum aktuellen Zeitpunkt.

Anlage 2

Die Verordnungen zur Durchführung des § 82 SGB XII sowie des § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII wurden durch die jeweils aktuell gültige Fassung ersetzt.

Anlage 3

Auf dem Antragsformular wurde die Änderung der Durchführungsverordnung zu § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII nachvollzogen und die Höhe der Barbeträge und sonstiger Geldwerte, die nicht der Verwertung unterliegen, angepasst.

Zusätzlich erfolgte eine Aktualisierung der Beträge nach § 19 Abs. 2 SchKG.

Anlage 4

Die Angaben zur DRG wurden dem aktuellen Fallpauschalenkatalog angepasst. Danach ist die DRG O40Z nicht mehr gültig.

Anlage 5

Es erfolgte eine Ergänzung des durch das InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – ermittelten Kostenanteils für einen rechtswidrigen, aber straffreien vollstationären Schwangerschaftsabbruch bis zum aktuellen Zeitpunkt 2022.

Besprechungsergebnis:

Die Besprechungsteilnehmer und Besprechungsteilnehmerinnen verabschieden einvernehmlich das gemeinsame Rundschreiben zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) vom 22.06.2022. Der GKV-Spitzenverband wird den Bundesländern das geänderte gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zur Kenntnis übersenden.

Anmerkung:
Am 02.09.2022 wurden die Ministerien der Länder mit beigefügtem Schreiben (Anlage 2) über die Änderungen im gemeinsamen Rundschreiben zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) informiert.

Anlagen

GKV-Spitzenverband[1], Berlin
AOK-Bundesverband GbR, Berlin
BKK Dachverband e.V., Berlin
IKK e.V., Berlin
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Kassel
KNAPPSCHAFT, Bochum
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), Berlin

Gemeinsames Rundschreiben vom 22.06.2022 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V)

---

[1] Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

Vorwort

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben in ihrem gemeinsamen Rundschreiben vom 09.12.2015 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 22.06.2022 gültig ist.

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeines 5
2. Empfängnisverhütung 7
2.1 Gesetzestext 7
2.2 Allgemeines 7
2.3 Ärztliche Beratung 8
2.4 Empfängnisverhütende Mittel 8
3. Sterilisation/Schwangerschaftsabbruch 11
3.1 Gesetzestext 11
3.2 Allgemeines 12
3.3 Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation bzw. einem nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft 14
3.3.1 Sterilisation 14
3.3.2 Schwangerschaftsabbruch 17
3.3.2.1 Medizinische Indikation 17
3.3.2.2 Kriminologische Indikation 17
3.3.2.3 Auswirkungen für die Krankenkassen 17
3.3.3 Ärztliche Beratung, Untersuchung und Begutachtung 18
3.3.4 Ärztliche Behandlung 18
3.3.5 Arznei-, Verband- und Heilmittel 18
3.3.6 Krankenhausbehandlung 19
3.3.7 Krankengeld 19
3.3.8 Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden 20
3.4 Leistungen bei einem rechtswidrigen, aber straffreien Abbruch der Schwangerschaft 20
3.4.1 Beratungsregelung 20
3.4.2 Auswirkungen für die Krankenkassen 21
3.4.3 Leistungen 21
3.4.4 Leistungsausschluss 22
4. Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen 23
4.1 Allgemeines 23
4.2 Voraussetzungen 23
4.2.1 Ermittlung der Einkommensgrenze 24
4.2.1.1 Allgemeine Einkommensgrenze 24
4.2.1.2 Erhöhung der Einkommensgrenze bei Kindern 24
4.2.1.3 Erhöhung der Einkommensgrenze durch die Kosten der Unterkunft 25
4.3 Verfügbare persönliche Einkünfte 25
4.3.1 Umfang der „verfügbaren persönlichen Einkünfte“ 26
4.3.2 Pfändungen 27
4.3.3 Nichtzugehörigkeit der Tochter zur elterlichen Wohnung während der Dauer ihres Studiums 27
4.4 Maßgebender Beurteilungszeitraum 27

4.5 Einmalige Zuwendungen 28
4.6 Verwertbares Vermögen 28
4.7 Darlegung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse 29
4.8 Annahme der finanziellen Anspruchsvoraussetzungen 29
4.9 Leistungen 30
4.9.1 Leistungsanspruch 30
4.9.2 Fahrkosten/Wegegeld 30
4.9.3 Zuzahlung zur Krankenhausbehandlung 31
4.10 Durchführung, Zuständigkeit, Verfahren, Kostenerstattung 31
4.10.1 Abrechnung auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) .. 32
4.10.2 Kostenübernahme bei Inanspruchnahme von Vertrags- oder Nichtvertragsärztinnen bzw. -ärzten bzw. beim ambulanten Operieren im Krankenhaus nach § 115b SGB V 32
4.10.3 Kostenübernahme und Abrechnung im Rahmen einer stationären Behandlung 32
4.10.4 Kostenerstattung 33
4.10.4.1 Kostenerstattung bei einer stationären Behandlung 34
4.10.5 Nachträgliche Kostenübernahme/Kostenerstattung 34
4.10.6 Leistungsberechtigte Frauen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz 35
4.10.7 Studentinnen 35
4.10.8 Au-pair-Mädchen 35
4.10.9 Grenzgängerinnen 36
4.11 Verwaltungskosten 36
4.12 Verjährung 36

Anlage 1 Einkommensgrenzen bei der Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen
Anlage 2 Verordnung zur Durchführung des § 82 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch
Anlage 3 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
Anlage 4 Muster Bescheinigung über die Übernahme der Kosten für einen Abbruch der Schwangerschaft nach dem Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten
Anlage 5 Anteil der nicht von den Krankenkassen zu tragenden Kosten für einen rechtswidrigen, aber straffreien, vollstationären Schwangerschaftsabbruch nach § 24b Abs. 4 Satz 4 SGB V

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 (GKV) bleibt davon nicht unberührt, da diese Leistungen nach § 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB V einen wichtigen Bestandteil des sogenannten Leistungskataloges bilden.

Maßgebend sind hierfür die §§ 24a und 24b SGB V, die mit dem Schwangeren- und Familienhilfegesetz am 05.08.1992 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 (BVerfG) 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 (GOÄ), des SGB V, der RVO, des Strafgesetzbuches (StGB) sowie des Einigungsvertrages in Kraft. Darüber hinaus wurde mit Wirkung ab 01.01.1996 die eigentliche Neuregelung für den Bereich der GKV geschaffen. Diese sieht vor, dass in Fällen des nach Auffassung des BVerfG rechtswidrigen, aber nicht strafbaren Schwangerschaftsabbruchs nach der sogenannten Beratungslösung diejenigen ärztlichen Leistungen gesetzlich aus der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen werden, die am Tage des Abbruchs und im Rahmen der Nachbehandlung bei komplikationslosem Verlauf anfallen. 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 GKV 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 15.12.2010 (BGBl. 2010 Teil I Nr. 63) wurde aufgrund der inhaltlichen Zusammengehörigkeit das Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonflikt-

gesetz – SchKG) und das Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen (Schwangerschaftshilfegesetz – SchwHG) in einem Gesetz – dem Schwangerschaftskonfliktgesetz – zusammengeführt. Inhaltliche Änderungen waren hiermit nicht verbunden.

Zum 01.01.2012 trat 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.

Mit dem Inkrafttreten des Fünften Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze (5. SGB IV-ÄndG) zum 01.03.2015 wurde rechtlich klargestellt, dass die Kosten empfängnisverhütender Mittel für Frauen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, durch die GKV nur dann zu übernehmen sind, wenn diese Mittel verschreibungspflichtig sind. Darüber hinaus wurde geregelt, dass die mit der Verordnung zur Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung und der Apothekenbetriebsordnung zum 14.03.2015 aus der Verschreibungspflicht entlassenen Notfallkontrazeptiva mit den Wirkstoffen Ulipristalacetat (ellaOne®) und Levonorgestrel auch weiterhin für Frauen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres zu Lasten der GKV ärztlich verordnet werden können.

Durch das am 29.03.2019 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch wurde § 24a Abs. 2 Satz 1 SGB V dahingehend geändert, dass Versicherte – statt wie bisher bis zum vollendeten 20. Lebensjahr – bis zum vollendeten 22. Lebensjahr Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen, empfängnisverhütenden Mitteln haben. Zudem können Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und Einrichtungen öffentlich und ohne Risiko der Strafverfolgung darüber informieren, dass sie Schwangerschaftsabbrüche unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 bis 3 StGB durchführen (vgl. § 219a Abs. 4 StGB). Zusätzlich kann diese Information im Rahmen einer zentral erstellten und geführten Liste zur Verfügung gestellt werden (vgl. § 13 Abs. 3 SchKG i. V. m. § 13a SchKG).

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 22. Lebensjahr haben Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen empfängnisverhütenden Mitteln; § 31 Abs. 2 bis 4 gilt entsprechend. Satz 1 gilt entsprechend für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva, soweit sie ärztlich verordnet werden; § 129 Absatz 5a 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 des Paares statt, von denen eine Person nicht gesetzlich versichert ist, so können Leistungen zu Lasten der GKV nur für die gesetzlich versicherte Person erbracht werden.

Versicherte haben nach § 24a Abs. 2 SGB V bis zum vollendeten 22. Lebensjahr Anspruch auf Versorgung mit empfängnisverhütenden Mitteln zu Lasten der GKV, wenn für diese Mittel eine Pflicht zur ärztlichen Verschreibung besteht. Die Leistungspflicht gilt auch für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva („Pille danach“), 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.

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 Zusammenhang mit der Empfängnisverhütung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) 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 beschlossen.

2.3 Ärztliche Beratung

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

- Sexualaufklärung,
- Verhütung und
- Familienplanung.

Eine allgemeine Sexualaufklärung oder Sexualberatung fällt nicht unter die Leistungspflicht der GKV.

Zur ärztlichen Beratung nach § 24a Abs. 1 SGB V gehören auch die im Zusammenhang mit den Fragen der Empfängnisregelung erforderlichen Untersuchungen (einschließlich humangenetischer Untersuchungen von Frau und Mann 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, wie z. B. die sogenannte Antibabypille. Es können aber auch mechanisch wirkende Mittel verordnet werden, deren Anpassung durch die Vertragsärztin bzw. den Vertragsarzt erfolgt (z. B. die Spirale). Die Ärztin bzw. der Arzt entscheidet nach der erforderlichen Untersuchung über die Verordnung in Abstimmung mit der Patientin. Bei der Beratung und Verordnung werden u. a. sowohl individuelle medizinische Faktoren berücksichtigt, als auch die Möglichkeit der korrekten Anwendung zum Erreichen der größtmöglichen Sicherheit im Rahmen der Empfängnisverhütung.

Nicht apothekenpflichtige sowie nicht verschreibungspflichtige Mittel wie Kondome, Schaumtabletten oder Cremes dürfen nicht zu Lasten der GKV abgegeben werden. Eine Ausnahme vom Grundsatz, dass nicht verschreibungspflichtige empfängnisverhütende Mittel nicht von

der GKV übernommen werden, gilt „lediglich“ für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva, soweit sie ärztlich verordnet werden. Notfallkontrazeptiva sind Arzneimittel zur postkoitalen Empfängnisverhütung, zu denen beispielsweise Arzneimittel mit den Wirkstoffen Ulipristalacetat (z. B. ellaOne®) und Levonorgestrel (z. B. PiDaNa®) zählen. Nach dem Geschlechtsverkehr eingenommen, sollen sie eine ungewollte Schwangerschaft verhindern.

Mit Inkrafttreten der jeweiligen Regelungen der Verordnung zur Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung und der Apothekenbetriebsordnung vom 06.03.2015 wurden Arzneimittel mit dem Wirkstoff Ulipristalacetat oder Levonorgestrel zur Notfallkontrazeption aus der Verschreibungspflicht entlassen. Eine Apothekenpflicht besteht für diese Fertigarzneimittel allerdings weiterhin. Damit haben Frauen die Möglichkeit, diese Notfallkontrazeptiva kostenpflichtig in einer Apotheke zu beziehen, ohne zuvor eine Ärztin bzw. einen Arzt konsultiert zu haben. Die GKV ist in diesen Fällen nicht leistungspflichtig.

Um sicherzustellen, dass Frauen bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres auch weiterhin die Möglichkeit haben, die genannten Notfallkontrazeptiva zu Lasten ihrer Krankenkasse zu erhalten, wurde geregelt, dass die Kosten für diese nicht verschreibungspflichtigen Mittel durch die Krankenkasse zu tragen sind, sofern diese ärztlich verordnet wurden. Damit gilt auch für diesen Fall das Sachleistungsprinzip.

Die verschiedenen verschreibungspflichtigen, empfängnisverhütenden Mittel unterscheiden sich in Wirkungsweise, Anwendung, Nebenwirkungen und möglichen Komplikationen voneinander. Die ärztliche Beratung hat daher individuelle medizinische Risikofaktoren zu berücksichtigen. Welches empfängnisverhütende Mittel bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres zu Lasten der GKV zum Einsatz gelangt, richtet sich grundsätzlich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall (z. B. könnte bei einer Unverträglichkeit der Antibabypille eventuell eine Spirale in Betracht kommen). Bei mehreren medizinisch geeigneten Mitteln gilt das in § 12 SGB V verankerte Wirtschaftlichkeitsgebot, so dass das wirtschaftlichere Mittel zu verordnen wäre. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang auch die Vollendung des 22. Lebensjahres als gesetzlich definiertes Anspruchsende. Dementsprechend hat die Ärztin bzw. der Arzt bei der Verordnung des empfängnisverhütenden Mittels zu prüfen, welches Mittel unter Berücksichtigung der noch bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres verbleibenden Zeit das Wirtschaftlichste ist. Da das Naturalleistungsprinzip eine anteilige Kostenübernahme ausschließt, heißt das im Falle des möglichen Einsatzes einer Spirale bei einer z. B. 21jährigen Versicherten, die über Vollendung des 22. Lebensjahres hinaus wirkt, dass die Ärztin bzw. der Arzt zum Zeitpunkt des Einsetzens prüfen muss, ob die Verordnung unter Einbeziehung der bei der Versicherten vorliegenden Gesamtkonstellation (z. B. individuelle medizinische Faktoren, Gewährleistung der korrekten Anwendung) wirtschaftlich ist.

Auch wenn die Kosten bis zur Vollendung des 22. Lebensjahres übernommen werden, ist die Zuzahlung gemäß § 31 Abs. 3 SGB V ab Vollendung des 18. Lebensjahres zu leisten. Die Vorschrift über die Belastungsgrenze (§ 62 SGB V) ist anwendbar. Festbeträge bestehen für empfängnisverhütende Mittel nicht.

Eine Übersicht über mögliche Verhütungsmethoden – unabhängig davon, ob es sich um eine GKV-Leistung handelt – können bei Bedarf dem Internetauftritt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entnommen werden (www.bzga.de bzw. www.familienplanung.de).

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 der GKV bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation und bei einem Schwangerschaftsabbruch zu gewährenden Leistungen.

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, die einen Schwangerschaftsabbruch oder eine Sterilisation in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU), einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) oder in der Schweiz durchführen lassen, haben Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 4 bis 6 SGB V, sofern alle nach deutschem Recht maßgeblichen Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind.

Bei einem Abbruch der Schwangerschaft wird unterschieden zwischen

- einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch (medizinische und kriminologische Indikation gemäß § 218a Abs. 2 und 3 StGB), 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“ gemäß § 218a Abs. 1 StGB), 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.

Ein Schwangerschaftsabbruch darf nach § 13 Abs. 1 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. Die Information, welche Einrichtungen, Ärztinnen, Ärzte und Krankenhäuser Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, wird von der Bundesärztekammer gemäß § 13 Abs. 3 SchKG in Form einer Liste im Internet veröffentlicht und monatlich aktualisiert. Zusätzlich wird die Liste der BZgA, dem Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftlichen Aufgaben (BAFzA) sowie den Ländern zur Verfügung gestellt. Unabhängig davon besteht die Möglichkeit, Schwangerschaftsberatungsstellen über die Datenbank der BZgA zu suchen oder das Hilfetelefon „Schwangere in Not“ gemäß § 1 Abs. 5 Satz 1 SchKG zu nutzen (vgl. § 13a SchKG).

Schwangerschaftsabbrüche werden von nachfolgenden Leistungserbringern mit unterschiedlichen Abrechnungsmodalitäten durchgeführt:

- Vertragsärztinnen bzw. 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.

- Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte, die sich nicht ausschließlich auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen spezialisiert haben und ein OP-Zentrum im unmittelbaren räumlichen Zusammenhang betreiben.

- Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte, die ambulante Schwangerschaftsabbrüche durchführen und räumlich getrennt in Kooperation ein OP-Zentrum betreiben oder fremd nutzen.

- Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte, die im Rahmen des Belegarztverfahrens Schwangerschaftsabbrüche durchführen (bei der vollstationären belegärztlichen Behandlung werden neben dem belegärztlichen Honorar die entsprechenden DRG-Fallpauschalen für belegärztliche Leistungen sowie die tagesbezogenen Pflegeerlöse abgerechnet; Krankenhäuser mit Belegbetten, die zur Vergütung der belegärztlichen Leistungen mit Belegärztinnen bzw. 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 (Abrechnung von Fallpauschalen sowie tagesbezogenen Pflegeerlösen).

- Krankenhäuser, die im Rahmen der teilstationären Behandlung Schwangerschaftsabbrüche durchführen: Abrechnung krankenhausindividuell 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

Die Leistungen im Zusammenhang mit einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation beziehen sich sowohl auf männliche als auch auf weibliche Versicherte. 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. Allerdings lassen sich weder aus der Rechtsvorschrift selbst noch aus der amtlichen Gesetzesbegründung zum Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) Hin-

weise zur Definition des Krankheitsbegriffs in diesem Zusammenhang entnehmen. Die Rechtsprechung und Verwaltungspraxis verstehen unter Krankheit im Sinne des § 27 SGB V 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.

Diese Definition kann allerdings im Zusammenhang mit dem in § 24b SGB V aufgeführten Begriff „Krankheit" nicht gleichermaßen gelten. Voraussetzung muss zwar auch hier das Vorliegen eines regelwidrigen Körper- oder Geisteszustands sein. Unerheblich ist jedoch, ob dieser Zustand behandlungsbedürftig ist. Würde der Krankheitsbegriff nach § 27 SGB V gleichermaßen auch im Rahmen des § 24b SGB V gelten, läge bei einer fehlenden Behandlungsbedürftigkeit keine Krankheit vor. Dementsprechend würde es an einer wichtigen Voraussetzung für die Geltendmachung des Anspruchs auf Sterilisation fehlen. Aber gerade bei einer fehlenden Behandlungsbedürftigkeit wird die Möglichkeit einer Sterilisation dem Grunde nach gegeben sein müssen, da ansonsten die Zielsetzung der Regelung unterlaufen werden würde.

Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation können allerdings dann nicht in Betracht kommen, wenn der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand nach den Regeln der ärztlichen Kunst einer Behandlung zugänglich ist mit dem Ziel der Heilung oder zumindest einer Besserung der Art, dass eine Sterilisation nicht mehr erforderlich ist. Die Leistungen der Krankenbehandlung nach § 27 ff SGB V sind in diesen Fällen vorrangig.

Die in der Vorschrift des § 24b Abs. 1 Satz 1 SGB V benannte Voraussetzung der für eine Sterilisation notwendigen Krankheit bezieht sich auf die zu sterilisierende Person. Dieser Bezug ist zwar dem Wortlaut des § 24b Abs. 1 Satz 1 SGB V nicht unmittelbar zu entnehmen, ergibt sich jedoch aus weiteren zu beachtenden Rechtsvorschriften. So hat die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern (vgl. § 1 Satz 1 SGB V). Auch die Regelung des § 4 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB I sieht vor, dass Sozialversicherte im Rahmen der GKV ein Recht auf die notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit und der Leistungsfähigkeit haben. Dabei nehmen beide – miteinander korrespondierende – Vorschriften im Hinblick auf die beschriebenen Ziele, wie z. B. die Erhaltung der Gesundheit, ausdrücklich Bezug auf die versicherte Person selbst und nicht z. B. auf ein in der Zukunft geborenes Kind. Dementsprechend kann eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation im Sinne von § 24b Abs. 1 Satz 1 SGB V nur zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erfolgen, wenn die Sterilisation im Einzelfall erforderlich ist, um

von der versicherten Person die durch eine Befruchtung, Schwangerschaft oder Geburt entstehende Gefahr einer schwerwiegenden Schädigung ihres körperlichen oder ihres geistig-seelischen Gesundheitszustandes abzuwenden. Ein Anspruch auf Kostenübernahme besteht nicht, wenn die Sterilisation mit der Zielsetzung durchgeführt wird, die Zeugung/Geburt eines schwer kranken Kindes zu vermeiden.

Eine Ausnahme von diesem Grundsatz besteht „lediglich" dann, wenn die Ehefrau an einer Krankheit leidet und deshalb nicht schwanger werden und keine Kinder bekommen soll und der bei ihr zur Sterilisation erforderliche Eingriff aus lebensbedrohlichen Gründen nicht erfolgen darf. In diesen Fällen kann eine Sterilisation ausnahmsweise beim insoweit gesunden Ehemann zu Lasten der für die erkrankte Ehefrau zuständigen Krankenkasse durchgeführt werden.

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 G-BA 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, die Zeugungsfähigkeit/Empfängnisfähigkeit zu beseitigen.

Zur Durchführung einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation ist die versicherte Person gehalten, unter Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) eine Vertragsärztin bzw. 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 erforderliche Sterilisation kann nicht mit dem Hinweis auf eine kostengünstigere Methode der Empfängnisverhütung 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 einer Ärztin bzw. 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 (vgl. § 218a Abs. 2 StGB). Die Entscheidung, ob eine medizinische Indikation vorliegt, trifft die Ärztin bzw. 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 einer Ärztin bzw. einem Arzt vorgenommen wird, wenn nach ärztlicher Erkenntnis an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 178 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 (vgl. § 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 bei Vorliegen der Voraussetzungen, im erforderlichen Rahmen die in den nachfolgenden Abschnitten 3.3.3 bis 3.3.7 beschriebenen Leistungen zu erbringen. Sofern ein Antrag auf Übernahme der beschriebenen Leistungen gestellt wird, kann die Kostenübernahme durch die Krankenkasse (formlos) bestätigt 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. Ergeben pränatale Untersuchungen einen pathologischen Befund im Sinne einer körperlichen oder geistigen Schädigung des Kindes, haben Versicherte nach § 2a Abs. 1 SchKG einen Anspruch auf ärztliche Aufklärung und Beratung durch eine hinzugezogene Ärztin oder hinzugezogenen Arzt, die bzw. der mit der auf die Diagnose bezogenen Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung hat. 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 eine Ärztin bzw. einen Arzt.

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 Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch hat der G-BA 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 beschlossen.

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 G-BA 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 vorwiegend als kompetitiver Progesteronrezeptorantagonist wirkende Präparat Mifepriston (Mifegyne®) zugelassen. Als Begleitmedikation zur Austreibung der Leibesfrucht steht das Prostaglandin Misoprostol (MisoOne®) zur Verfügung.

Hinsichtlich der empfohlenen Dosierung, der Art der Verabreichung (z. B. vaginal) und der Anwendung über die 12. Schwangerschaftswoche hinaus, würde der Einsatz der Arzneimittel ggf. im off-label Gebrauch erfolgen. Daten aus randomisierten Studien belegen hierzu ein positives Nutzen-Risikoverhältnis einer Therapie mit Mifepriston/Misoprostol (vgl. Gutachten der Sozialmedizinischen Expertengruppe 6 „Arzneimittelversorgung“ der MDK-Gemeinschaft vom 05.02.2019 mit Ergänzungen von Juli 2018 und Januar 2019, unter: https://www.medizinischerdienst.de/kranken-pflegekassen/datenbanken-fachinformationen, Stand 18.03.2022). Unter zusätzlicher Berücksichtigung der höchstrichterlich festgelegten Kriterien für einen off-label-Gebrauch zu Lasten der GKV wird demnach der zulassungsüberschreitende Einsatz von Mifepriston und Misoprostol dann empfohlen, wenn operative Vorgehensweisen nicht in Frage kommen bzw. kontraindiziert sind.

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

Nach § 24b Abs. 2 Satz 2 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf Krankengeld, sofern infolge einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation oder eines nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruchs durch eine Ärztin bzw. 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 § 146 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 Satz 2 SGB V).

3.3.8 Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden

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 der Ärztin bzw. 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 einer Ärztin bzw. 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, wenn der Frau durch das Austragen des Kindes eine Belastung erwächst, die so schwer und außergewöhnlich ist, dass sie die zumutbare Opfergrenze übersteigt. Die Beratung soll durch Rat und Hilfe dazu beitragen, die in Zusammenhang mit der Schwangerschaft bestehende Konfliktlage zu bewältigen und einer Notlage abzuhelfen. Das Nähere regelt das Schwangerschaftskonfliktgesetz. 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 beraten-

den Person anonym bleiben kann, setzt die Vornahme des Abbruchs der Schwangerschaft voraus, dass der Ärztin bzw. 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 § 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 Ärztinnen bzw. Ärzte anerkannt werden. Die Anerkennung der Beratungsstelle setzt voraus, dass diese eine fachgerechte Konfliktberatung bietet (§ 9 SchKG). Ärztinnen bzw. Ärzte, die den Abbruch der Schwangerschaft vornehmen, können nach § 219 Abs. 2 StGB nicht die Beratung vornehmen.

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 Ärztinnen bzw. 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 § 21b SGB I sind die Träger der GKV 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 ist und sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Geltungsbereich des Gesetzes haben (§ 19 Abs. 1 SchKG). Für die Begriffe „Wohnsitz“ und „gewöhnlicher Aufenthalt“ gilt § 30 Abs. 3 SGB I (§ 68 Nr. 17 i. V. m. § 37 SGB I). Für Frauen, die bei einer deutschen Krankenkasse versichert sind, ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt jedoch im Ausland haben, gilt, dass kein Anspruch auf eine Kostenübernahme nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz für Leistungen nach § 24b Abs. 4 SGB V besteht. In diesen Fällen können ausschließlich Leistungen nach § 24b Abs. 3 SGB V zu Lasten der Krankenkasse beansprucht werden.

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 (§ 20 SchKG).

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 individuell maßgebende 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 gelten – seit dem 01.05.2014 – bundesweit einheitlich und 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).

Die in der Zeit ab dem 01.07.2012 gültigen Beträge nach § 19 Abs. 2 i. V. m. § 24 SchKG können in Form einer tabellarischen Übersicht der Anlage 1 entnommen werden.

4.2.1 Ermittlung der Einkommensgrenze

4.2.1.1 Allgemeine Einkommensgrenze

Die allgemeine Einkommensgrenze ergibt sich aus § 19 Abs. 2 i. V. m. § 24 SchKG.

4.2.1.2 Erhöhung der Einkommensgrenze bei Kindern

Die allgemeine Einkommensgrenze erhöht sich gemäß § 19 Abs. 2 i. V. m. § 24 SchKG 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 den sich aus § 19 Abs. 2 i. V. m. § 24 SchKG ergebenden Betrag, so erhöht sich die Einkommensgrenze um den Mehrbetrag, der allerdings auf einen sich ebenfalls aus § 19 Abs. 2 i. V. m. § 24 SchKG ergebenden Höchstbetrag begrenzt ist.

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 (dazu zählen z. B. Ehegatten, Lebenspartnerinnen bzw. Lebenspartner, Kinder) 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 unselbstständiger Arbeit, selbstständiger 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 Elterngeld Plus hinzu.

Nicht dazu zählen – 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 Schaden an Leben sowie an Körper oder Gesundheit gewährt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem BVG. Das Kindergeld sowie das Arbeitsförderungsgeld nach § 59 SGB IX sind ebenfalls nicht zu berücksichtigen.

Von dem Einkommen sind abzusetzen

1. 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 Beträge 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 und

4. die mit der Erzielung des Einkommens verbundenen notwendigen Ausgaben (Werbungskosten).

Weitere Erläuterungen zum Einkommensbegriff sind in den Durchführungsverordnungen zu den §§ 82 und 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII (Anlage 2) 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 5.000 Euro zuzüglich eines Betrages von 500 Euro für jede Person, die vom Hilfesuchenden überwiegend unterhalten wird, nicht der Verwertung.

Es handelt sich hierbei um einen Freibetrag. Ist das verwertbare Vermögen höher, wird nur der den Freibetrag übersteigende Teil des Barbetrages bzw. der sonstigen Geldwerte angerechnet.

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 3 beigefügten Musterfragebogen entsprechendes - Formular ausfüllt und unterzeichnet. Gemäß den Ausführungen unter Abschnitt 4.10.4 regeln die Länder das Nähere zur Kostenerstattung, einschließlich des haushaltstechnischen Verfahrens (vgl. § 22 SchKG). Ist auf Länderebene z. B. ein anderes Prüfungsformular vereinbart, 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 GKV 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 GKV 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).

Die kassenseitige Kostenübernahme ist für rechtswidrige aber straffreie stationäre Schwangerschaftsabbrüche von nicht gesetzlich krankenversicherten Frauen nach § 21 SchKG auf die vom InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (DRG-Institut) jährlich festgesetzte Pauschale nach § 24b Abs. 4 Satz 3 und 4 SGB V zu begrenzen.

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 GKV 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 4 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.

Sollte die gesetzlich Krankenversicherte eine andere als ihre zuständige Krankenkasse für die Prüfung der Voraussetzungen und Ausstellung einer Kostenübernahmeerklärung wählen wollen, so ist dies nicht möglich. Das zuständige Bundesland hat die Kosten nur an die Krankenkasse zu erstatten, bei der die Versicherung besteht.

Die Berechtigten haben die Wahl unter den Ärztinnen bzw. Ärzten und Einrichtungen, die sich bereit erklärt haben, den Eingriff vorzunehmen und die Leistungen zu Vertragssätzen abzurechnen. Es gehört nicht zu den Aufgaben der GKV, 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.

Die Ärztin bzw. 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 die Ärztin bzw. 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)

Ärztinnen bzw. 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 Ärztinnen bzw. Ärzten und Einrichtungen, die sich bereit erklären, ihre Leistungen zu Vertragssätzen abzurechnen, wobei es sich nicht um eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt handeln muss.

In den Richtlinien des G-BA 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) nicht von der GKV übernommen werden.

4.10.2 Kostenübernahme bei Inanspruchnahme von Vertrags- oder Nichtvertragsärztinnen bzw. -ärzten 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 Kostenübernahme und Abrechnung im Rahmen einer stationären Behandlung

Gemäß § 17b Abs. 1 und 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein pauschalisierendes Vergütungssystem eingeführt worden. Für die Vergütung gegenüber dem Krankenhaus ist demnach die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser im jeweiligen Kalenderjahr maßgebend. Ab dem Jahr 2020 wurden gemäß § 17b Abs. 4 KHG die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen aus dem Vergütungssystem ausgegliedert. Die Pflegebudgets und damit die Pflegepersonalkosten werden seit dem über tagesbezogene Pflegeentgelte vergütet, die neben den DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden.

Bei einem rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruch (§ 218a Abs. 1 StGB), der vollstationär durchgeführt wird, übernimmt die Krankenkasse nicht die – vom InEK ermittelten – mittleren Kosten der Leistungen nach § 24b Abs. 4 Satz 1 und 2 SGB V für den Tag, an dem der Abbruch vorgenommen wird (§ 24b Abs. 4 Satz 3 und 4 SGB V). Allerdings übernimmt die Krankenkasse diese Kosten im Rahmen eines gesetzlichen Auftrags für das jeweilige Bundesland, wenn die Frau die Voraussetzungen zur Kostenübernahme nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz erfüllt.

Bei gesetzlich krankenversicherten Frauen, die die Voraussetzungen zur Kostenübernahme nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz für die in § 24b Abs. 4 Satz 3 SGB V genannten Leistungen nicht erfüllen, ist die Kostenübernahme gegenüber dem Krankenhaus auf einen Betrag abzüglich der vom InEK gemäß § 24b Abs. 4 Satz 4 SGB V ermittelten Kosten zu begrenzen.

Bei nicht gesetzlich krankenversicherten Frauen, die die Voraussetzungen zur Kostenübernahme nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz für die in § 24b Abs. 4 Satz 3 SGB V genannten Leistungen erfüllen, ist die Kostenübernahme gegenüber dem Krankenhaus auf den vom InEK gemäß § 24b Abs. 4 Satz 4 SGB V ermittelten Betrag zu begrenzen.

4.10.4 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.

4.10.4.1 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 vorgenommen und erfolgt auf der Grundlage der für das Entgeltsystem nach § 17b KHG erhobenen Kalkulationsdaten. Der für das Kalenderjahr ermittelte Betrag ist für alle Krankenhausfälle maßgeblich, für die die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das jeweilige Jahr gilt und wird auf der Internetseite des InEK (www.g-drg.de) veröffentlicht. Die bisher errechneten Werte sind der Anlage 5 zu entnehmen.

4.10.5 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 der Ärztin bzw. dem Arzt. Es stellt sich hier das Problem, dass die Frau aufgrund der vertraglichen Abrede mit der Ärztin bzw. 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 der Ärztin bzw. dem Arzt und der Krankenkasse erfolgen.

Ob sich die Ärztin bzw. 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 die den Schwangerschaftsabbruch vornehmende Ärztin bzw. der 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 die Ärztin bzw. der Arzt dieses nämlich nicht getan, gehört sie oder er nicht zu dem Kreis der Ärztinnen bzw. Ärzte oder Einrichtungen, für deren Eingriffe die Kosten von der Krankenkasse übernommen werden.

4.10.6 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 sie oder 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. Ist jemand nach § 10a Abs. 1 Satz 1 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) verteilt oder zugewiesen worden, so gilt dieser Bereich als ihr oder sein gewöhnlicher Aufenthalt (vgl. § 10a Abs. 3 AsylbLG). Hierzu ist die Bescheinigung über die Meldung als Asylsuchende nachzuweisen.

4.10.7 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.

4.10.8 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, in der jeweils geltenden Fassung).

4.10.9 Grenzgängerinnen

Es gelten die Ausführungen unter Abschnitt 4.1.

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 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.

4.12 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.

Anlage 1

Einkommensgrenzen bei der Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen nach § 19 Abs. 2 i. V. m. § 24 SchKG

	1) Einkommensgrenze	2) Erhöhungsbetrag für jedes zu berücksichtigende Kind	3) Betrag für die Kosten der Unterkunft, der überschritten sein muss	4) Höchstbetrag für die Kosten der Unterkunft, der den jeweiligen Betrag zu 3) übersteigt
01.07.2012				
West	1.033,00 Euro	244,00 Euro	303,00 Euro	303,00 Euro
Ost	1.033,00 Euro	244,00 Euro	277,00 Euro	303,00 Euro
01.07.2013				
West	1.036,00 Euro	245,00 Euro	304,00 Euro	304,00 Euro
Ost	1.036,00 Euro	245,00 Euro	289,00 Euro	304,00 Euro
01.05.2014				
bundesweit	1.036,00 Euro	245,00 Euro	304,00 Euro	304,00 Euro
01.07.2014				
bundesweit	1.053,00 Euro	249,00 Euro	309,00 Euro	309,00 Euro
01.07.2015				
bundesweit	1.075,00 Euro	254,00 Euro	315,00 Euro	315,00 Euro
01.07.2016				
bundesweit	1.121,00 Euro	265,00 Euro	328,00 Euro	328,00 Euro
01.07.2017				
bundesweit	1.142,00 Euro	270,00 Euro	334,00 Euro	334,00 Euro
01.07.2018				
bundesweit	1.179,00 Euro	279,00 Euro	345,00 Euro	345,00 Euro
01.07.2019				
bundesweit	1.216,00 Euro	288,00 Euro	356,00 Euro	356,00 Euro
01.07.2020				
bundesweit	1.258,00 Euro	298,00 Euro	368,00 Euro	368,00 Euro
01.07.2021				
bundesweit	1.258,00 Euro	298,00 Euro	368,00 Euro	368,00 Euro

01.07.2022				
bundesweit	1.325,00 Euro	314,00 Euro	388,00 Euro	388,00 Euro

Rechtskreis West = Alte Bundesländer einschließlich Westberlin

Rechtskreis Ost = Neue Bundesländer einschließlich Ostberlin

Anlage 2

Verordnung zur Durchführung des § 82 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

vom 28. November 1962 (BGBl. I S. 692),
zuletzt geändert durch Artikel 8 des Gesetzes zur Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und weiterer Vorschriften vom 22. Dezember 2015(BGBl. I S. 2557)

§ 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. Sonderzuwendungen, Gratifikationen und gleichartige Bezüge und Vorteile, die in größeren als monatlichen Zeitabständen gewährt werden, sind wie einmalige Einnahmen zu behandeln.
(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 ccm hat) 3,70 Euro,
   c) bei Benutzung eines Motorrades oder eines Motorrollers 2,30 Euro,
   d) bei Benutzung eines Fahrrades mit Motor 1,30 Euro

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.

(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 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 1 der Verordnung vom 22. März 2017 (BGBl. I S. 519)

§ 1

Kleinere Barbeträge oder sonstige Geldwerte im Sinne des § 90 Absatz 2 Nummer 9 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind:

1. für jede in § 19 Absatz 3, § 27 Absatz 1 und 2, § 41 und § 43 Absatz 1 Satz 2 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch genannte volljährige Person sowie für jede alleinstehende minderjährige Person, 5 000 Euro,
2. für jede Person, die von einer Person nach Nummer 1 überwiegend unterhalten wird, 500 Euro.

Eine minderjährige Person ist alleinstehend im Sinne des Satzes 1 Nummer 1, wenn sie unverheiratet und ihr Anspruch auf Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nicht vom Vermögen ihrer Eltern oder eines Elternteils abhängig ist.

§ 2

(1) Der nach § 1 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 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.

Anlage 3

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 § 21b 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 erzieltes 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 Bundesausbildungsfördergesetz

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 Elterngeld Plus 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 5.000 Euro. Ggf. erhöht sich dieser Grenzbetrag um 500,00 Euro für jede Person, die von Ihnen überwiegend unterhalten wird.

Prüfung der Berechtigung (wird von der Krankenkasse ausgefüllt)

A Einkommensgrenze – Stand: 01.07.2022 –

1. Allgemeine Einkommensgrenze
bundesweit: 1.325,00 Euro = Euro

2. Erhöhung
2.1 um die zu den Fragen 6.1 und 6.2 angegebenen Kinder

Kinder x 314,00 Euro = Euro

Euro

2.2 Kosten der Unterkunft (ggf. anteilig)

Fragen 7 und 8 = Euro
abzgl. kostensenkende Leistungen (Frage 9) = Euro

Euro

vermindert um den Pauschbetrag von
bundesweit: 388,00 Euro = Euro

höchstens 388,00 Euro = Euro

3. Für die Antragstellerin maßgebende Einkommensgrenze = Euro

B Einkünfte

4. Eigenes Einkommen (Frage 4) = Euro

5. Kurzfristig verwertbares Vermögen (Frage 5) = Euro

6. Einkünfte insgesamt = Euro

C Ergebnis

☐ Anspruch ist gegeben

☐ Anspruch ist nicht gegeben

Anlage 4

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 Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten haben die Ärztinnen bzw. 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 Ärztinnen bzw. Ärzte/Einrichtungen können ihre Leistungen nur nach den Gebührensätzen des EBM abrechnen.

Die Berechtigten können daher auch nur unter den Ärztinnen bzw. Ärzten und Einrichtungen frei wählen, die sich zur Vornahme des Eingriffs zu den vorgenannten Bedingungen bereit erklären. Wird eine andere Ärztin bzw. 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 (z. B. O63Z)	_____ Euro
Tag _____	vereinbartes Entgelt (teilstationärer Schwangerschaftsabbruch)	_____ Euro
Tag _____	Belegarztkosten	_____ Euro

Bankverbindung: _____

_____

Ausstellungsdatum

_____

Anschrift der Ärztin/des Arztes/der Einrichtung

_____

_____

_____

_____

Unterschrift

Anlage 5

Anteil der nicht von den Krankenkassen zu tragenden Kosten für einen rechtswidrigen, aber straffreien, vollstationären Schwangerschaftsabbruch nach § 24b Abs. 4 Satz 4 SGB V

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
2013 = 535,89 Euro
2014 = 551,63 Euro
2015 = 577,38 Euro
2016 = 603,14 Euro
2017 = 623,75 Euro
2018 = 639,14 Euro
2019 = 654,44 Euro
2020 = 657,85 Euro
2021 = 677,52 Euro
2022 = 677,52 Euro

Spitzenverband

GKV-Spitzenverband - Reinhardtstraße 28 - 10117 Berlin

An die Ministerien der Länder
laut Verteilerliste

Stefanie Scheunemann
Ref. Leistungsrecht/Reha./Selbsthilfe

Tel.: 030 206288-3172
Fax: 030 206288-83172

leistungen@
gkv-spitzenverband.de

GKV-Spitzenverband
Postfach 04 05 65 - 10063 Berlin
Reinhardtstraße 28 - 10117 Berlin
www.gkv-spitzenverband.de

02.09.2022

Gemeinsames Rundschreiben zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V)
hier: Anpassung des gemeinsamen Rundschreibens aufgrund zwischenzeitlich eingetretener Entwicklungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

das gemeinsame Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) vom 09.12.2015 ist aufgrund gesetzlicher Änderungen anpassungsbedürftig geworden. So erfolgten mit dem Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch (vgl. Bundesgesetzblatt 2019 Teil I Nr. 9 vom 28.03.2019) neben der Erhöhung der Altersgrenze für Versicherte, die nach § 24a Abs. 2 SGB V Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen, empfängnisverhütenden Mitteln haben, weitere Änderungen im Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG). Danach wurden u. a. die Informationsmöglichkeiten für Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung ziehen, verbessert.

Darüber hinaus wurden mit der Zweiten Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Durchführung des § 90 Abs. 2 Nr. 9 des SGB XII (vgl. Bundesgesetzblatt 2017 Teil I Nr. 14 vom 29.03.2017) Anpassungen hinsichtlich der Prüfung, ob der Frau die Aufbringung der Mittel für den Abbruch einer Schwangerschaft nicht zumutbar ist, notwendig.

Die gesetzlichen Änderungen als auch die Klärung darüberhinausgehender offener Fragen wurden zum Anlass genommen, das gemeinsame Rundschreiben zu Empfängnisverhütung, Sterilisation

und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) vom 09.12.2015 zu überarbeiten. Neben redaktionellen Änderungen ist eine Anpassung des gemeinsamen Rundschreibens in folgenden Abschnitten erfolgt:

1. Allgemeines

Die Gesetzesänderungen, die der Überarbeitung des gemeinsamen Rundschreibens zu Grunde lagen, wurden in der vorliegenden Historie ergänzt.

2.1 Gesetzestext

Der Gesetzestext des § 24a SGB V wurde aktualisiert.

2.2 Allgemeines

Aufgrund der Anhebung der Altersgrenze durch das Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch, wurde die Altersgrenze in diesem Abschnitt entsprechend angepasst.

2.4 Empfängnisverhütende Mittel

In diesem Abschnitt wurde im Zusammenhang mit den Aussagen zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise klargestellt, dass u. a. sowohl individuelle medizinische Faktoren, als auch die Möglichkeit der korrekten Anwendung des empfängnisverhütenden Mittels zum Erreichen der größtmöglichen Sicherheit im Rahmen der Empfängnisverhütung bei der Verordnung durch die Ärztin bzw. den Arzt zu berücksichtigen sind.

In Bezug auf die Notfallkontrazeptiva wurde im gesamten Abschnitt vorrangig auf die konkreten Wirkstoffe (Ulipristalacetat und Levonorgestrel) abgestellt. Hintergrund hierfür ist, dass auch von anderen Unternehmen (unter anderem Namen) Arzneimittel vertrieben werden. Die Nennung von Präparaten ist daher nur noch beispielhaft erfolgt.

Darüber hinaus wurden die Altersangaben gemäß des aktuell geltenden § 24a Abs. 2 SGB V angepasst.

3.2 Allgemeines

Die Formulierung in diesem Abschnitt wurde dem Wortlaut der Vorschrift § 13 Abs. 4 SGB V angepasst.

Ferner wurden zum Zweck der besseren Nachvollziehbarkeit den Indikationen für einen Schwangerschaftsabbruch die jeweiligen Rechtsgrundlagen im Strafgesetzbuch (StGB) zugeordnet.

Weiterhin wurden die durch das Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommenen Ergänzungen in § 13 SchKG sowie die Inhalte des neu eingeführten § 13a SchKG beschrieben. Danach steht den Frauen als zusätzliche Informationsquelle über Einrichtungen, Ärztinnen, Ärzte und Krankenhäuser, welche Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, eine Liste der Bundesärztekammer zur Verfügung.

Bezogen auf die Ausführungen zu den Leistungserbringern wurde durch die Ergänzungen hinsichtlich der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen im belegärztlichen Verfahren und im Rahmen stationärer Behandlung berücksichtigt, dass ab dem Jahr 2020 gemäß § 17b Abs. 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) die Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen aus dem Vergütungssystem ausgegliedert wurden und die Pflegebudgets und damit die Pflegepersonalkosten seit dem über tagesbezogene Pflegeentgelte vergütet, die neben den DRG-Fallpauschalen abgerechnet werden.

3.3.2.2 Kriminologische Indikation

Anpassungen im Wortlaut der Vorschrift § 218a Abs. 3 StGB zum Wegfall von § 179 StGB wurden in diesem Abschnitt nachvollzogen.

3.3.3 Ärztliche Beratung, Untersuchung und Begutachtung

Der Vollständigkeit halber ist dieser Abschnitt um die Regelungen des § 2a Abs. 1 SchKG ergänzt worden. Hiernach haben Versicherte nach pränataler Untersuchung mit pathologischem Befund einen Anspruch auf ärztliche Beratung und Aufklärung durch eine hinzugezogene Ärztin oder hinzugezogenen Arzt, die oder der mit der entsprechenden Gesundheitsschädigung bei geborenen Kindern Erfahrung hat.

3.3.5 Arznei-, Verband- und Heilmittel

In diesem Abschnitt erfolgte eine Aktualisierung hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Arzneimittel, da der Vertrieb des Prostaglandin-Präparates Cergem® eingestellt wurde. Die Anwendung im Rahmen des Schwangerschaftsabbruchs hinsichtlich der Dosierung, der Art der Verabreichung und der Anwendung über die 12. Schwangerschaftswoche hinaus würde ggf. im Rahmen eines off-label-Gebrauchs erfolgen. Eine diesbezügliche Empfehlung wurde zusätzlich aufgenommen.

4.1 Allgemeines

Aufgrund von in der Praxis aufgetretenen Fragen wurden die Ausführungen im Abschnitt um den Personenkreis der Frauen erweitert, die zwar bei einer deutschen Krankenkasse versichert sind, aber ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben.

Nach § 19 Abs. 1 Satz 1 SchKG hat eine Frau Anspruch auf Leistungen nach Abschnitt 5 des SchKG, 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. Es erfolgte eine Klarstellung dahingehend, dass Frauen, die zwar bei einer deutschen Krankenkasse versichert sind, aber ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben, nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz keinen Anspruch auf Leistungen im Sinne von § 24b Abs. 4 SGB V haben.

4.2.1.3 Erhöhung der Einkommensgrenzen durch die Kosten der Unterkunft

Die Ausführungen, dass die Unterkunftskosten durch die Anzahl der im Haushalt lebenden Personen zu dividieren sind, wurde zur Verdeutlichung, dass auch Kinder hierbei zu berücksichtigen sind, um eine beispielhafte Aufzählung ergänzt.

4.3.1 Umfang der „verfügbaren persönlichen Einkünfte“

Es erfolgte eine Anpassung aufgrund der Änderungen durch das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz - BTHG) vom 23.12.2016 (vgl. Bundesgesetzblatt 2016 Teil I Nr. 66 vom 29.12.2016). Bislang wurde das Arbeitsförderungsgeld im Rahmen des Einsatzes von Einkommen und Vermögen nach dem SGB XII zunächst als Einkommen in die sozialhilferechtliche Bedürftigkeitsprüfung einbezogen und anschließend im Zusammenhang mit der Bereinigung des Einkommens wieder in Abzug gebracht. Durch die neue gesetzliche Regelung, die insbesondere der Verwaltungsvereinfachung im Bereich der Sozialhilfe dient, ist das Arbeitsförderungsgeld nach § 59 Abs. 1 SGB IX (§ 43 SGB IX a.F.) seit dem 01.01.2018 gemäß § 59 Abs. 2 SGB IX nicht mehr als Einkommen auf Leistungen der Sozialhilfe anzurechnen.

4.6 Verwertbares Vermögen

Zum 01.04.2017 wurde die Durchführungsverordnung zu § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII geändert, die in Verbindung mit § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII festlegt, bis zu welcher Höhe Barbeträge und sonstige Geldwerte nicht der Verwertung unterliegen und somit bei der Prüfung, ob der Frau die Aufbringung finanzieller Mittel für einen Schwangerschaftsabbruch zumutbar ist, nicht als kurzfristig verwertbares Vermögen berücksichtigt werden dürfen. Dementsprechend erfolgte in diesem Abschnitt eine Anpassung der Beträge. Zusätzlich erfolgte in diesem Zusammenhang eine Klarstellung dahingehend, dass es sich um einen Freibetrag handelt.

4.7 Darlegung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse

Ergänzend zu den Ausführungen unter Abschnitt 4.10.4 „Kostenerstattung“ soll mit dem Verweis auf § 22 SchKG auch an dieser Stelle zum Ausdruck gebracht werden, dass die Länder das Nähere

zum Verfahren (z. B. Kostenerstattung, einschließlich des haushaltstechnischen Verfahrens) in Ländervereinbarungen regeln können.

4.10.3 Kostenübernahme und Abrechnung im Rahmen einer stationären Behandlung
So wie bereits unter Abschnitt 3.2 erwähnt, wird in diesem Abschnitt die Änderung zur Abrechnung der Pflegepersonalkosten im Rahmen stationärer Krankenhausbehandlung nachvollzogen.

4.10.9 Grenzgängerinnen
Der Personenkreis der Grenzgängerinnen wurde als Ergänzung zu den neu aufgenommenen Ausführungen unter Abschnitt 4.1 mit entsprechendem Verweis eingefügt.

Anlage 1
Es erfolgte eine Ergänzung der Einkommensgrenzen bis zum aktuellen Zeitpunkt.

Anlage 2
Die Verordnungen zur Durchführung des § 82 SGB XII sowie des § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII wurden durch die jeweils aktuell gültige Fassung ersetzt.

Anlage 3
Auf dem Antragsformular wurde die Änderung der Durchführungsverordnung zu § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII nachvollzogen und die Höhe der Barbeträge und sonstiger Geldwerte, die nicht der Verwertung unterliegen, angepasst.

Zusätzlich erfolgte eine Aktualisierung der Beträge nach § 19 Abs. 2 SchKG.

Anlage 4
Die Angaben zur DRG wurden dem aktuellen Fallpauschalenkatalog angepasst. Danach ist die DRG O40Z nicht mehr gültig.

Anlage 5
Es erfolgte eine Ergänzung des durch das InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus – ermittelten Kostenanteils für einen rechtswidrigen, aber straffreien vollstationären Schwangerschaftsabbruch bis zum aktuellen Zeitpunkt.

Das gültige gemeinsame Rundschreiben vom 22.06.2022 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V) erhalten Sie beiliegend zu Ihrer Information.

Zur besseren Nachvollziehbarkeit der Änderungen übersenden wir Ihnen dieses auch im Änderungsmodus.

Mit freundlichen Grüßen

Stefanie Scheunemann

Anlagen

Verteilerliste:

Bayerisches Staatsministerium
für Familie, Arbeit und Soziales
Winzerstraße 9
80797 München

Poststelle@stmas.bayern.de

Behörde für Arbeit, Gesundheit Soziales,
Familie und Integration (Sozialbehörde)
Hamburger Straße 47
22083 Hamburg

poststelle@soziales.hamburg.de

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und
Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf

poststelle@mags.nrw.de

Freie Hansestadt Bremen
Die Senatorin für Gesundheit, Frauen
und Verbraucherschutz
Contrescarpe 72
28195 Bremen

office@gesundheit.bremen.de

Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover

poststelle@ms.niedersachsen.de

Ministerium für Soziales, Gesundheit,
Integration und Verbraucherschutz
des Landes Brandenburg
Henning-von-Tresckow-Straße 2-13
14467 Potsdam

poststelle@msgiv.brandenburg.de

Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und
Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern
Johannes-Stelling-Straße 14
19053 Schwerin

poststelle@wm.mv-regierung.de

Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege
und Gleichstellung
Abteilung Gesundheit
Oranienstraße 106
10969 Berlin

post@sengpg.berlin.de

Hessisches Ministerium
für Soziales und Integration
Sonnenberger Str. 2/2a
65193 Wiesbaden

presse@hsm.hessen.de

Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz
Bauhofstraße 9
55116 Mainz

poststelle@msagd.rlp.de

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
Franz-Josef-Röder-Straße 23
66119 Saarbrücken

presse@soziales.saarland.de

Ministerium für Arbeit und Soziales
des Landes Sachsen-Anhalt
Turmschanzenstraße 25
39114 Magdeburg

ms-presse@ms.sachsen-anhalt.de

Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
Werner-Seelenbinder-Straße 6
99096 Erfurt

poststelle@tmasgff.thueringen.de

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt
Albertstraße 10
01097 Dresden

poststelle@sms.sachsen.de

Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren
Adolf-Westphal-Straße 4
24143 Kiel

poststelle@sozmi.landsh.de

Ministerium für Soziales und Integration
Baden-Württemberg
Else-Josenhans-Straße 6
70173 Stuttgart

poststelle@sm.bwl.de