
-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	03.05.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	27.06.2000

3. Instanz

Datum	20.11.2001
-------	------------

Die Revision des KlÄggers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Bremen vom 27. Juni 2000 wird zur¼ckgewiesen. Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

GrÄnde:

I

Der KlÄger, ein als Vertragsarzt zugelassener Frauenarzt, nimmt in seiner Praxis Schwangerschaftsabbr¼che aufgrund sozialer Indikation iS des [Ä 218a Abs 1](#) Strafgesetzbuch (StGB) vor. Die entsprechenden Eingriffe sind im Unterschied zu den nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbr¼chen wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation iS von [Ä 218a Abs 2 und 3 StGB](#) keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und mÄssen im Regelfall von den betreffenden Patientinnen selbst bezahlt werden. Frauen, deren Einkommen bestimmte Grenzen nicht Åberschreitet, erhalten jedoch nach dem Gesetz zur Hilfe f¼r Frauen bei Schwangerschaftsabbr¼chen in besonderen FÄllen (SchwHG), verkÄndet als Art 5 Schwangeren- und FamilienhilfeÄnderungsgesetz (SFHÄndG) vom 21. August 1995 ([BGBl I 1050](#)), die notwendigen Leistungen als Sachleistungen von

ihrer Krankenkasse, der die Kosten vom jeweiligen Bundesland aus öffentlichen Mitteln erstattet werden.

Für einen im August 1998 bei der Versicherten B. vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch stellte der Kläger der beklagten Ortskrankenkasse einen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ermittelten Betrag von 743,49 DM in Rechnung. Diese lehnte die Bezahlung mit der Begründung ab, die Leistungen könnten nur nach den Gebührensätzen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) abgerechnet werden.

Die vom Kläger erhobene Leistungs- und Feststellungsklage hatte in den Vorinstanzen keinen Erfolg. Das Landessozialgericht (LSG) hat die Feststellungsklage neben der Leistungsklage als zulässig angesehen, weil der Kläger eine Vielzahl vergleichbarer Abrechnungsfälle auch mit anderen Krankenkassen habe. In der Sache bestehe aber kein Anspruch auf Vergütung nach der GOÄ. Nach § 3 Abs 3 Satz 2 SchwHG erhalte der Arzt für eine straffreie Abtreibung aufgrund sozialer Indikation dieselbe Vergütung, welche die Krankenkasse für ihre Mitglieder bei einem nicht rechtswidrigen Abbruch als Versicherungsleistung zahle. Ärztliche Sachleistungen nach dem fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) würden aber nicht nach der GOÄ, sondern nach dem EBM-Ä abgerechnet. Der Kläger werde auch nicht dadurch benachteiligt, da im Lande Bremen durch den Senator für Arbeit, Jugend und Soziales für die Vergütung der Leistungen nach dem SchwHG ein aus den Punktwerten der verschiedenen Krankenkassen gebildeter, auf 0,08 DM gerundeter Durchschnittspunktwert festgelegt worden sei. Dadurch werde sichergestellt, da der Arzt für alle Berechtigten unabhängig von der Kassenzugehörigkeit eine einheitliche Vergütung erhalte.

Mit der Revision rügt der Kläger die Verletzung des § 3 Abs 3 Satz 2 SchwHG. Der EBM-Ä sei dort als Berechnungsgrundlage nicht genannt und könne für Leistungen, die nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung seien, auch nicht gelten. Mangels abweichender Bestimmung bleibe es bei dem Grundsatz des § 1 Abs 1 GOÄ, da sich die Vergütung für die beruflichen Leistungen der Ärzte ausschließlich nach dieser Verordnung richte. Für die in Rede stehenden Leistungen nach dem SchwHG werde dies durch die Regelungen in § 5a und § 11 GOÄ bestätigt. Folge man dem nicht, müsse für die dann nach dem EBM-Ä zu berechnenden Leistungen zumindest ein fester Ausgangspunktwert von 0,10 DM gelten, wie er der Bewertung der EBM-Ziffern zugrunde liege. Nachdem die ärztlichen Leistungen bei einem Schwangerschaftsabbruch aufgrund sozialer Indikation keine Versicherungsleistungen und die dafür gezahlten Honorare nicht Bestandteil der Gesamtvergütung seien, brauche der Arzt Punktwerteinbußen, wie sie sich bei der vertragsärztlichen Honorarverteilung durch Budgets, Mengenausweitungen oder Verwaltungskostenabzüge ergäben, nicht hinzunehmen. Die Praxis, den Punktwert einseitig durch den Kostenträger festlegen zu lassen, sei rechtswidrig.

Der Kläger beantragt,

1. das Urteil des Landessozialgerichts Bremen vom 27. Juni 2000 sowie den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Bremen vom 3. Mai 1999 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 743,49 DM für einen Schwangerschaftsabbruch gemäß der Liquidation vom 31. August 1998 nebst 4 % Zinsen seit Rechtshängigkeit zu erstatten,

2. festzustellen, daß die Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger die Kosten für ärztliche Leistungen bei straffreien Abtreibungen iS von [Â§ 218a Abs 1 StGB](#) gemäß den Vorschriften der GO zu erstatten.

hilfsweise,

festzustellen, daß die Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger die Kosten für ärztliche Leistungen bei straffreien Abtreibungen iS von [Â§ 218a Abs 1 StGB](#) gemäß den Regelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes unter Zugrundelegung eines festen Punktwertes von 0,10 DM zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie sieht in dem erstmals in der Revisionsinstanz gestellten Hilfsantrag eine unzulässige Klageänderung. Das angefochtene Urteil hält sie für zutreffend.

Das beigeladene Land Bremen hat keinen Antrag gestellt.

II

Die Revision des Klägers ist nicht begründet.

Das LSG hat zu Recht entschieden, daß die aufgrund des SchwHG erbrachten ärztlichen Leistungen nicht nach der GO, sondern auf Basis des EBM abzurechnen und zu vergüteten sind.

In der Beurteilung der prozessualen Rechtslage vermag der Senat dem Berufungsgericht allerdings nicht in allen Punkten zu folgen. Die gestellten Klageanträge beziehen sich zum einen auf den konkreten Behandlungsfall der Versicherten B., bei der der Kläger im August 1998 einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommen hat. Die deswegen erhobene Zahlungsklage ist zulässig, nachdem die Beklagte sich geweigert hat, die nach der GO berechnete Vergütung zu bezahlen, und ein Verwaltungsakt hierüber nicht zu ergehen hatte ([Â§ 54 Abs 5](#) Sozialgerichtsgesetz â SGG). Insoweit zulässig ist auch der erstmals im Revisionsverfahren gestellte Hilfsantrag, mit dem sinngemäß erreicht werden soll, daß im Falle der Anwendbarkeit des EBM ein Punktwert von 10 Pfennigen (anstelle der von der Beklagten lediglich zugestandenen 8 Pfennige) der Berechnung der Vergütung zugrunde gelegt wird. Der Eventualantrag beinhaltet entgegen der Auffassung der Beklagten keine im Revisionsverfahren gemäß [Â§ 168 SGG](#) unzulässige Klageänderung, da der

Klagegrund erhalten bleibt und lediglich der erhobene Anspruch hilfsweise auf eine andere Berechnungsgrundlage gestützt wird ([Â§ 99 Abs 3 Nr 1 und 2 SGG](#)).

Demgegenüber ist die Klage unzulässig, soweit mit ihr allgemein und losgelöst vom konkreten Fall die Feststellung begehrt wird, daß die Beklagte verpflichtet sei, die ärztlichen Leistungen bei straffreien Abtreibungen nach den Sätzen der GOÄ bzw hilfsweise nach dem EBM mit einem höheren Punktwert zu vergüten. Zwar geht es bei diesem Begehren um die Feststellung des Bestehens eines Rechtsverhältnisses iS des [Â§ 55 Abs 1 Nr 1 SGG](#), nämlich die Klärung von Rechtsbeziehungen zwischen dem Kläger und der Beklagten, die sich aus der Anwendung des SchwHG auf konkrete Lebenssachverhalte ergeben. Dafür reicht es aus, daß der Kläger Klarheit darüber erhalten will, auf welche Vergütung er sich bei Leistungen im Rahmen seiner laufenden Praxisführung einstellen kann (vgl [BSGE 78, 98, 104 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 12 S 39](#); BSG [SozR 3-2500 Â§ 125 Nr 6 S 17](#)). Indessen fehlt das nach [Â§ 55 Abs 1 SGG](#) erforderliche berechnete Interesse an einer alsbaldigen Feststellung, nachdem diese Frage bereits durch die Entscheidung über die erhobene Leistungsklage beantwortet wird. Zwar wird damit das streitige Rechtsverhältnis nur für den konkreten Behandlungsfall rechtskräftig geklärt. Faktisch bewirkt die Verurteilung zur Leistung wegen der von der Beklagten als Körperschaft des öffentlichen Rechts zu erwartenden Rechtstreue jedoch eine über den Einzelfall hinausreichende Bindung. Dementsprechend hat das Bundessozialgericht (BSG) schon bisher in vergleichbaren Fällen ein gesondertes Feststellungsinteresse verneint ([BSGE 56, 255, 256 = SozR 1500 Â§ 55 Nr 23](#); [BSGE 78, 98, 104 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 12 S 41 f](#)). Da auch ein Feststellungsurteil nur zwischen den Beteiligten des Prozesses wirken würde, ist mit dem Hinweis des Klägers auf gleichartige Streitigkeiten mit anderen Krankenkassen ein Feststellungsinteresse ebenfalls nicht zu begründen.

In der Sache selbst halten die Ausführungen des Berufungsgerichts den Angriffen der Revision stand.

Die Berechnung der Vergütung für die bei einem straffreien Schwangerschaftsabbruch aufgrund sozialer Indikation zu Lasten der Krankenkasse nach dem SchwHG erbrachten ärztlichen Leistungen ist in [Â§ 3 Abs 3 Satz 2 SchwHG](#) ausdrücklich geregelt. Da somit eine "anderweitige bundesgesetzliche Regelung" iS des [Â§ 1 Abs 1 GOÄ](#) vorliegt, findet die GOÄ jedenfalls unmittelbar keine Anwendung. Etwas anderes ergibt sich entgegen der Ansicht der Revision nicht aus [Â§ 5a](#) und aus [Â§ 11 GOÄ](#). Beide Vorschriften treffen keine Aussage zur Anwendbarkeit der GOÄ, sondern setzen diese voraus und regeln für den jeweiligen Fall, nach welchen Sätzen des Gebührenverzeichnisses die Gebühren für die ärztlichen Leistungen zu berechnen sind.

Nach [Â§ 3 Abs 3 Satz 2 SchwHG](#) hat der Arzt Anspruch auf die Vergütung, welche die Krankenkasse für ihre Mitglieder bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch für Leistungen nach diesem Gesetz zahlt. Nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbrüche aufgrund medizinischer oder kriminologischer Indikation sind nach [Â§ 24b Abs 1 Satz 1 SGB V](#) Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und bei ambulanter Vornahme durch einen

Vertragsarzt in einer Einrichtung iS des Â§ 13 Abs 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) idF des Art 1 Nr 7 SFHÄndG Gegenstand der vertragsÄrztlichen Versorgung ([Â§ 73 Abs 2 Nr 11 SGB V](#)). Ihre Abrechnung erfolgt auf der Grundlage des EBM-Ä, wobei sich die HÄhe der VergÄtung aus der Multiplikation der fÄr die einzelnen Leistungen ausgewiesenen Punktzahlen mit dem nach dem HonorarverteilungsmaÄstab der KassenÄrztlichen Vereinigung (KÄV) maÄgebenden Punktwert ergibt. LÄt die Versicherte die Abtreibung in einer nicht an der vertragsÄrztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtung vornehmen, mit der die KÄV gemÄÄ [Â§ 75 Abs 9 SGB V](#) einen Vertrag Äber die ambulante Erbringung der in [Â§ 24b SGB V](#) aufgefÄhrten Ärztlichen Leistungen geschlossen hat, erfolgt die VergÄtung auÄerhalb des VerteilungsmaÄstabs nach vertraglich vereinbarten SÄtzen. Dagegen kann nach der GOÄ nur abgerechnet werden, wenn die Patientin privat versichert ist oder aus anderen GrÄnden eine privatÄrztliche Behandlung begehrt. Bei einem rechtmÄÄigen Schwangerschaftsabbruch hÄtte der KIÄger nach diesen Regeln im konkreten Fall Anspruch auf eine unter Zugrundelegung des EBM-Ä berechnete vertragsÄrztliche VergÄtung gegen seine KÄV. Dementsprechend bemÄt sich auch die VergÄtung fÄr die hier in Rede stehenden Leistungen aufgrund des SchwHG nach den fÄr vertragsÄrztliche Leistungen geltenden Regeln.

Der Einwand, dies kÄnne nicht gemeint sein, weil der Vertragsarzt bei einem rechtmÄÄigen, im Rahmen der vertragsÄrztlichen Versorgung vorgenommenen Abbruch der Schwangerschaft seine VergÄtung nicht, wie vom Gesetz vorausgesetzt, von der Krankenkasse, sondern von der KÄV erhalte, ist nicht stichhaltig. Die Formulierung in Â§ 3 Abs 3 Satz 2 SchwHG bezieht sich ersichtlich nicht auf den Zahlungsweg, sondern auf die Eigenschaft der Krankenkasse als KostentrÄger der Behandlung. Das folgt schon daraus, daÄ die Krankenkasse Äblicherweise keine einzelnen vertragsÄrztlichen Leistungen vergÄtet. Zwar kann die GesamtvergÄtung, die sie zur Abgeltung der von ihren Mitgliedern in Anspruch genommenen Sachleistungen an die KÄV entrichtet, nach [Â§ 85 Abs 2 SGB V](#) auch auf der Grundlage des BewertungsmaÄstabs nach Einzelleistungen berechnet werden; in der Zeit vom 1. Juli 1997 bis zum 31. Dezember 1998, in der die hier streitigen Leistungen erbracht wurden, war diese Berechnungsweise vom Gesetz sogar als Regelmethode vorgesehen (vgl. [Â§ 85 Abs 2 Satz 2 und Satz 9 SGB V](#) idF des Zweiten GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 â BGBl I 1520). In der Praxis dominieren jedoch pauschalierende VergÄtungssysteme, wie sie in [Â§ 85 Abs 2 SGB V](#) als Alternative vorgesehen sind. Bei einer nach Kopf- oder Fallpauschalen berechneten oder in anderer Weise anhand von Durchschnittswerten ermittelten GesamtvergÄtung bezahlt die Kasse keine einzelnen individualisierbaren Leistungen; der Honoraranspruch des Arztes fÄr die konkrete Behandlung ergibt sich erst im Zuge der Verteilung der GesamtvergÄtung durch die KÄV, die ihrerseits unter Zugrundelegung von Art und Umfang der erbrachten Leistungen, also im wesentlichen auf der Grundlage des EBM-Ä, zu erfolgen hat ([Â§ 85 Abs 4 Satz 3 SGB V](#)). Der auf diese Weise ermittelte Betrag ist iS des Â§ 3 Abs 3 Satz 2 SchwHG "die VergÄtung, welche die Krankenkasse fÄr ihr Mitglied zahlt".

Die vom KIÄger geforderte Abrechnung nach der GOÄ wÄrde nicht nur dem

Wortlaut, sondern auch den Zielen des SchwHG widersprechen. Das Gesetz soll verhindern, daß Frauen durch die Kosten eines straffreien Schwangerschaftsabbruchs nach der Beratungsleistung ([Â§ 218 Abs 1](#), [Â§ 219 StGB](#) iVm [Â§ 5](#) bis [7 SchKG](#)) in eine finanzielle Notlage geraten und dadurch der Gesundheitsschutz der Schwangeren in Frage gestellt wird. Es sieht deshalb für Frauen, denen die Aufbringung der für den Eingriff notwendigen Mittel nicht zumutbar ist, eine der Sozialhilfe vergleichbare Unterstützung aus öffentlichen Kassen vor. Um eine gespaltene Zuständigkeit und daraus resultierende Erschwernisse für die Schwangere zu vermeiden, werden die von der Leistungspflicht der Krankenversicherung gemäß [Â§ 24b Abs 4 SGB V](#) ausgenommenen Leistungen in gleicher Weise wie die gemäß [Â§ 24b Abs 3 SGB V](#) zum Leistungsumfang gehörenden ärztlichen Maßnahmen von der Krankenkasse als Sachleistungen zur Verfügung gestellt, mit dem einzigen Unterschied, daß die Leistungsgewährung insoweit im Auftrag und für Rechnung des jeweiligen Bundeslandes erfolgt. Durch die Regelungen zur Zuständigkeit und zum Verfahren in [Â§ 3 SchwHG](#) wird dieses Konzept ergänzt und eine einheitliche Abwicklung des Leistungsgeschehens durch die gesetzlichen Krankenkassen für alle bei Schwangerschaftsabbrüchen notwendig werdenden Maßnahmen angestrebt, einerlei ob Versicherungsleistungen oder Hilfeleistungen nach dem SchwHG betroffen sind (vgl. Häfner in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand: März 2001, [Â§ 24b](#) Anh SGB V, [Â§ 3](#) RdNr 1). Auch von daher ist nicht zweifelhaft, daß die ärztlichen Leistungen in den Fällen des [Â§ 1 Abs 1 SchwHG](#) nach den Kostensätzen der gesetzlichen Krankenversicherung abzurechnen sind.

Ohne Erfolg verweist die Revision auf den vertraglichen Charakter des EBM und seine ausschließliche Funktion als Bewertungsverzeichnis für vertragsärztliche Leistungen. Daß straffreie Abtreibungen iS des [Â§ 218 Abs 1 StGB](#) keine Leistungen der Krankenversicherung sind, hindert den Gesetzgeber nicht, sie für den begrenzten Zweck der Schwangerenhilfe den vertraglich vereinbarten Vergütungsgrundsätzen des Kassenarztrechts zu unterstellen. Der Arzt, der sich zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen aufgrund sozialer Indikation bereit erklärt hat, wird damit zwar, soweit es den Kreis der nach [Â§ 1 Abs 1 SchwHG](#) hilfeberechtigten Frauen betrifft, in seiner Honorargestaltung beschränkt und auf eine deutlich unter den Sätzen der GOÄ liegende Vergütung festgelegt. Doch sind derartige Einbußen, die ihm das Gesetz als Beitrag zur Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe abverlangt, als Regelungen der Berufsausübung grundsätzlich zulässig, wenn sie wie hier auf vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls beruhen und nicht unverhältnismäßig sind (vgl. für den ähnlich gelagerten Fall der Einbeziehung externer Leistungserbringer in das Sachleistungssystem der Krankenversicherung bei Notfallbehandlungen: [BSGE 71, 117, 118 f](#) = [SozR 3-2500 Â§ 120 Nr 2](#) S 12 f mwN; Senatsurteil vom 9. Oktober 2001 – [B 1 KR 6/01 R](#), zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Das gilt um so mehr, als der Vertragsarzt anders als bei den Kassenleistungen gemäß [Â§ 24b SGB V](#) bei den Schwangerschaftsabbrüchen aufgrund sozialer Indikation nicht zur Übernahme der Behandlung verpflichtet ist, sondern gemäß [Â§ 3 Abs 3 Satz 1 SchwHG](#) frei entscheiden kann, ob er bereit ist, derartige Eingriffe zu den ihm bekannten wirtschaftlichen Bedingungen

durchzuführen.

Mit seinem Hilfsantrag kann der Kläger ebenfalls nicht durchdringen. Wenn das Gesetz bestimmt, daß der Arzt die Vergütung erhält, welche die Krankenkasse für Mitglieder im Falle eines Schwangerschaftsabbruchs nach [§ 24b Abs 1 SGB V](#) zahlt, so bedeutet das, daß bei Vornahme der Abtreibung durch einen Vertragsarzt nicht nur die Leistungsbewertungen des EBM, sondern auch die sonstigen die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen maßgebenden Berechnungsgrundlagen Anwendung finden sollen. Die Beklagte hat deshalb ihrer Berechnung mit Recht keinen fiktiven Bewertungsfaktor von 0,10 DM, sondern den Punktwert zugrunde gelegt, der im Zeitpunkt der Leistungserbringung für Versicherte gesetzlicher Krankenkassen tatsächlich gezahlt wurde. Von den für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen geltenden Modalitäten ist sie nach den Feststellungen des LSG nur insoweit abgewichen, als sie statt des von der K in im betreffenden Quartal für Leistungen der in Rede stehenden Art bei Versicherten der beklagten Ortskrankenkasse konkret berechneten Verteilungspunktwerts einen für die zurückliegende Zeit aus den mittleren Punktwerten aller im Lande Bremen tätigen Krankenkassen gebildeten und von der zuständigen Landesbehörde festgestellten Durchschnittspunktwert zugrunde gelegt hat. Dieses Verfahren ist mit den bundesrechtlichen Vorgaben vereinbar.

Die Revision läßt außer acht, daß wegen der Besonderheiten des vertragsärztlichen Vergütungssystems eine exakte Übertragung der in [§ 85 SGB V](#) genannten Berechnungsgrundlagen auf die nach [§ 3 Abs 3 Satz 2 SchwHG](#) zu honorierenden Leistungen nicht möglich ist. Bei letzteren kommt es nach dem Gesetz nicht darauf an, was die K, sondern was die Krankenkasse für die einschlägigen Leistungen bezahlt. Damit haben Abweichungen vom durchschnittlichen Punktwert außer Betracht zu bleiben, die sich im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung aus Besonderheiten der Honorarverteilung ergeben, etwa daraus, daß die K bei der Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen von dem Grundsatz der gleichmäßigen Verteilung der Gesamtvergütungen abweicht und zwecks Aufrechterhaltung einer ausgewogenen ärztlichen Versorgung bestimmte Leistungen oder Leistungskomplexe zu Lasten anderer finanziell fördert. Maßgebend für die Vergütung der aufgrund sozialer Indikation vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche in den Fällen des [§ 1 Abs 1 SchwHG](#) ist dagegen der durchschnittliche Auszahlungspunktwert für Leistungserbringer aller GKV-Leistungen, also der Punktwert, der sich bei gleichmäßiger Aufteilung der Gesamtvergütung auf alle zu vergütenden Leistungen ergibt. Eine weitere zwangsläufige Abweichung von dem für vertragsärztliche Leistungen anzusetzenden Verteilungspunktwert resultiert daraus, daß dieser Wert nicht von der Krankenkasse, sondern von der K ermittelt wird und in der Regel erst längere Zeit nach Abschluß des Quartals feststeht, in dem die Leistungen erbracht wurden. Soll die Vergütung durch die Krankenkasse zeitnah erfolgen, kann die Regelung in [§ 3 Abs 3 Satz 2 SchwHG](#) sachgerecht nur in der Weise umgesetzt werden, daß nicht der aktuelle, sondern der für zurückliegende Abrechnungszeiträume zuletzt ermittelte Punktwert zugrunde gelegt wird. Dabei läßt das Gesetz auch Raum für eine Lösung, bei der aus den Durchschnittspunktwerten aller Krankenkassen eines Bundeslandes ein

Mittelwert gebildet und dadurch erreicht wird, da die an den Schwangerschaftsabbrüchen beteiligten Ärzte und Einrichtungen eine einheitliche Vergütung unabhängig von der jeweiligen Kassenzugehörigkeit der Patientin erhalten. Das kann freilich, wie der Kläger im Ansatz zu Recht geltend macht, nicht in der Weise geschehen, da die zuständige Landesbehörde als Kostenträger willkürlich einen bestimmten Punktwert festsetzt. Ein solcher Sachverhalt liegt hier indessen nicht vor; denn nach den Feststellungen des Berufungsgerichts hat der Senator für Arbeit, Jugend und Soziales des Landes Bremen nicht eigenmächtig einen Punktwert bestimmt, sondern lediglich in Form einer behördlichen Verlautbarung den für die Gesamtheit der vertragsärztlichen Leistungen bei den Krankenkassen des Landes ermittelten und auf einen vollen Pfennigbetrag aufgerundeten Durchschnittspunktwert als Berechnungsgrundlage festgestellt.

Die Revision war danach zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 SGG](#).

Erstellt am: 18.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024