



- CH-3003 Bern,
BAG

An die KVG Versicherer

Referenz/Aktenzeichen: 511.0001-66/6
Bern, 16. März 2018

Informationsschreiben: Leistungen bei Mutterschaft und Kostenbeteiligung

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
2	Allgemeine Ausführungen zur Erhebung der Kostenbeteiligung	3
3	Besondere Leistungen bei Mutterschaft (Art. 29 Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 13 - 16 KLV) - befreit von der Kostenbeteiligung (ohne zeitliche Limitationen)	3
3.1	Kontrolluntersuchungen	4
3.1.1	<i>Generelles</i>	4
3.1.2	<i>Kontrollen in der normalen Schwangerschaft und in der Risikoschwangerschaft (Art. 13 Bst. a KLV)</i>	4
3.1.3	<i>Ultraschallkontrollen (Art. 13 Bst. b KLV)</i>	4
3.1.4	<i>Ersttrimestertest (Art. 13 Bst. b^{bis} KLV; Analysenliste Kapitel 2.2.3.2, Positions-Nr: 2950.01 und 2950.02)</i>	5
3.1.5	<i>Nicht-invasiver pränataler genetischer Test (NIPT) für die Trisomien 21, 18 und 13 (Art. 13 Bst. b^{ter} KLV; Analysenliste Kapitel 2.2.3.2, Positions-Nr: 2950.10)</i>	5
3.1.6	<i>Amniozentese, Chorionbiopsie, Cordozentese (Art. 13 Bst. d KLV)</i>	6
3.1.7	<i>Pränatale genetische Analysen bei Verdacht auf genetische Erkrankungen beim Fötus</i>	6
3.2	Entbindung (Art. 29 Abs. 2 Bst. b KVG)	7

3.3	Leistungen der Hebammen.....	7
3.3.1	Durchführung von Kontrolluntersuchungen (Art. 13 Bst. a KLV i.V.m. Art. 16 Abs. 1 Bst. a KLV).....	7
3.3.2	Anordnung von Ultraschallkontrollen (Art. 13 Bst. b KLV i.V.m. Art. 16 Abs. 3 KLV)	7
3.3.3	Veranlassung von Analysen der Analysenliste (Art. 62 Abs. 1 Bst. c KVV)	7
3.3.4	Durchführung von präpartalen Untersuchungen mittels Kardiotokografie (Art. 13 Bst. c KLV i.V.m. Art. 16 Abs. 1 Bst. b KLV).....	7
3.3.5	Durchführung einer Kontrolluntersuchung post-partum nach Artikel 13 Bst. e KLV i.V.m. Art. 16 Abs. 1 Bst. b KLV	7
3.3.6	Durchführung Geburtsvorbereitung (Art. 14 KLV i.V.m. Art. 16 Abs. 1 Bst. b KLV)	7
3.3.7	Durchführung der Stillberatung (Art. 15 KLV i.V.m. Art. 16 Abs. 1 Bst. b KLV).....	8
3.3.8	Betreuung im Wochenbett (Art. 16 Abs. 1 Bst. c KLV)	8
4	Allgemeine Leistungen bei Krankheit, Pflegeleistungen bei Krankheit, Geburtsgebrechen, Unfälle und strafloser Abbruch der Schwangerschaft im Zusammenhang mit der Mutterschaft und Niederkunft (Art. 25, 25a, 27, 28 sowie 30 KVG) - Befreit von der Kostenbeteiligung (zeitlich limitiert)	8
5	Einzelne Fragestellungen	9
5.1	Kostenbeteiligung bei Leistungen vor der 13. Schwangerschaftswoche im Zusammenhang mit einer Fehlgeburt, einer Eileiterschwangerschaft oder einer Windmole.....	9
5.2	Kostenbeteiligung bei Leistungen im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch, der vor der 13. Schwangerschaftswoche durchgeführt wird, sei dies:.....	10
5.3	Kostenbeteiligung bei Leistungen im Zusammenhang mit einem medizinisch-indizierten Schwangerschaftsabbruch nach Artikel 119 Absatz 1 StGB (z.B. im Nachgang an ein Absterben des Fötus oder der Fötus weist eine Malformation bzw. eine schwere Krankheit auf), der nach der 13. Schwangerschaftswoche durchgeführt wird.....	10
5.4	Kostenbeteiligung bei Leistungen im Zusammenhang mit einer Fehlgeburt bzw. Totgeburt, die nach der 13. Schwangerschaftswoche eingetreten ist.....	10
5.5	Kostenbeteiligung bei Leistungen in Zusammenhang mit Windmolen nach der 13. Schwangerschaftswoche.....	11
5.6	Erhebung der Kostenbeteiligung im Zusammenhang mit der Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln sowie Mitteln und Gegenständen.....	11
5.7	Pränatale genetische Untersuchungen bei Verdacht auf genetische Erkrankungen beim Fötus.....	11
5.8	Genetische Untersuchungen und andere Untersuchungen nach Spontanabort, induziertem Abort wegen schweren Fehlbildungen oder Totgeburt.....	11
5.9	Erhebung der Kostenbeteiligung bei der Wochenbettpflege.....	12
5.10	Erbringen von Pflegeleistungen durch Pflegefachpersonen bei der Mutter nach der Geburt	12
5.11	Kein Erbringen von Pflegeleistungen nach Artikel 7 Absatz 2 KLV durch Hebammen	12
5.12	Bestimmung des Beginns der 13. Schwangerschaftswoche	12
5.13	Bestimmung des Endes von acht Wochen nach der Niederkunft.....	13
5.14	Abrechnungsmodalitäten.....	13

1 Ausgangslage

Am 1. März 2014 ist eine Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) in Kraft getreten, wonach bei allgemeinen Leistungen bei Krankheit sowie bei Pflegeleistungen bei Krankheit, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden, keine Kostenbeteiligung erhoben werden darf (Art. 64 Abs. 7 Bst. b KVG). Die besonderen Leistungen bei Mutterschaft (Art. 29 Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 13 – 16 der Krankenpflege-Leistungsverordnung [KLV; SR 832.112.31]) sind weiterhin von der Kostenbeteiligung befreit. Sie waren von der Revision nicht betroffen (Art. 64 Abs. 7 Bst. a KVG).

Im Nachgang an die Revision hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) festgestellt, dass die Abgrenzung zwischen den besonderen Leistungen bei Mutterschaft (Art. 29 Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 13 – 16 KLV) und den allgemeinen Leistungen bei Krankheit sowie Pflegeleistungen bei Krankheit (Art. 25 und 25a KVG) für die Frage der Erhebung der Kostenbeteiligung in der Umsetzung teilweise Schwierigkeiten bereitet. Zudem sind u.a. Fragen im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen im Nachgang an ein Absterben des Fötus im Mutterleib, Fehl- und Totgeburten entstanden.

Das vorliegende Informationsschreiben gibt einen Überblick über die geltende Rechtslage und geht in der Folge auf verschiedene Fragestellungen ein.

2 Allgemeine Ausführungen zur Erhebung der Kostenbeteiligung

Bis Ende Februar 2014 waren nur die besonderen Leistungen bei Mutterschaft (Art. 29 Abs. 2 KVG) von der Kostenbeteiligung befreit. Somit waren nur Leistungen von Frauen für eine normal verlaufende Schwangerschaft von der Kostenbeteiligung ausgenommen. Komplikationen hingegen wurden als Krankheiten betrachtet¹ und unterlagen der Kostenbeteiligung.

Das Parlament hat am 21. Juni 2013 eine Änderung des KVG beschlossen, wonach Frauen ab der 13. Schwangerschaftswoche und bis acht Wochen nach der Niederkunft keine Kostenbeteiligung (Franchise, Selbstbehalt, Spitalkostenbeitrag) auf den allgemeinen Leistungen bei Krankheit sowie auf den Pflegeleistungen bei Krankheit bezahlen. Der Bundesrat hat diese Gesetzesänderung (Art. 64 Abs. 7 Bst. b KVG) auf den 1. März 2014 in Kraft gesetzt und in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV; SR 832.102) Ausführungsbestimmungen (vgl. Art. 104 Abs. 2 Bst. c und Art. 105 KVV) dazu erlassen.

3 Besondere Leistungen bei Mutterschaft (Art. 29 Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 13 - 16 KLV) - befreit von der Kostenbeteiligung (ohne zeitliche Limitationen)

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) übernimmt neben den Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit die Kosten der besonderen Leistungen bei Mutterschaft (Art. 29 Abs. 1 KVG). Die Leistungen sind abschliessend in Artikel 13 - 16 KLV geregelt.

Die besonderen Leistungen bei Mutterschaft waren von der Revision des KVG per 1. März 2014 nicht betroffen. Sie sind nach wie vor von der Kostenbeteiligung befreit - dies ohne zeitliche Limitationen (vgl. Art. 64 Abs. 7 Bst. a KVG). Es betrifft dies die folgenden Leistungen:

- die von Ärzten und Ärztinnen oder von Hebammen durchgeführten oder ärztlich angeordneten Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft (Art. 29 Abs. 2 Bst. a KVG):
 - Kontrollen (Art. 13 Bst. a KLV) inkl. notwendige Laboranalysen nach Analysenliste²

¹ Vgl. Entscheid vom 5. September 2001, publiziert in BGE 127 V 268 und Urteil vom 16. Juni 2004, publiziert in RKUV 2004, S. 383

² abrufbar unter

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Analysenliste.html>

- Ultraschallkontrollen (Art. 13 Bst. b KLV)
- Ersttrimestertest (Art. 13 Bst. b^{bis} KLV)
- Nicht-invasiver pränataler Test (NIPT) (Art. 13 Bst. b^{ter} KLV)
- Präpartale Untersuchungen mittels Kardiotokografie (Art. 13 Bst. c KLV)
- Amniozentese, Chorionbiopsie, Cordozentese (Art. 13 Bst. d KLV) inkl. Laboranalysen nach Analysenliste
- Kontrolle post-partum: eine Untersuchung (Art. 13 Bst. e KLV)
- die Entbindung zu Hause, in einem Spital oder einem Geburtshaus sowie die Geburtshilfe durch Ärzte und Ärztinnen oder Hebammen (Art. 29 Abs. 2 Bst. b KVG);
- die notwendige Stillberatung (Art. 29 Abs. 2 Bst. c KVG);
- die Pflege und den Aufenthalt des gesunden Neugeborenen, solange es sich mit der Mutter im Spital aufhält (Art. 29 Abs. 2 Bst. d KVG);
- die Leistungen der Hebammen inkl. Betreuung im Wochenbett (Art. 16 KLV, Art. 62 Abs. 1 Bst. c KVV)

3.1 Kontrolluntersuchungen

3.1.1 Generelles

Die Kontrolluntersuchungen nach Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe a KVG in Verbindung mit Artikel 13 KLV sind Massnahmen diagnostischer Natur. Es handelt sich dabei um medizinische Abklärungsmassnahmen zur Früherkennung von gesundheitlichen Risiken von Mutter und Kind³.

Es existiert keine abschliessende Liste der Inhalte dieser Kontrolluntersuchungen. Diesbezüglich gilt (vorbehältlich der Bestimmungen in Artikel 13 Buchstaben a bis e KLV) das Vertrauensprinzip für ärztliche Leistungen.⁴

3.1.2 Kontrollen in der normalen Schwangerschaft und in der Risikoschwangerschaft (Art. 13 Bst. a KLV)

Die erste Kontrolluntersuchung findet in der Regel zwischen der 6. und 9. Woche statt. Diese sowie in diesem Zusammenhang je nach medizinischer Indikation angeordnete Laboranalysen gehören zu den Leistungen nach Artikel 29 Absatz 2 KVG, die schon vor der 13. Schwangerschaftswoche von der Kostenbeteiligung befreit sind.

3.1.3 Ultraschallkontrollen (Art. 13 Bst. b KLV)

Ultraschalluntersuchungen zu Lasten der OKP können nur durch Ärztinnen und Ärzten mit entsprechender Qualifikationen durchgeführt werden (vgl. Art. 13 Bst. b KLV). Die Durchführung hat gemäss den «Empfehlungen zur Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft» der Schweizerischen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (SGUM), Sektion Gynäkologie und Geburtshilfe, 3. Auflage (2011)⁵ zu erfolgen. In der normalen Schwangerschaft werden die Kosten von zwei Untersuchungen übernommen, in der Risikoschwangerschaft von weiteren Untersuchungen (inkl. transvaginale Sonographie) je nach klinischem Ermessen. Auch wenn Artikel 13 Buchstabe b Ziffer 2 KLV nicht explizit

³ vgl. altrechtlich BGE 97 V 193; BGE 112 V 303 E. 1b; so auch die Amniozentese: BGE 112 V 303, 305 E. 2

⁴ Für die ärztlichen Leistungen besteht keine abschliessende Positivliste aller Pflichtleistungen. Es gilt das sogenannte Vertrauensprinzip, wonach die Ärztinnen und Ärzte Leistungen erbringen, die den Kriterien Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW) entsprechen. Die von Ärztinnen und Ärzten vorgenommenen Untersuchungen und Behandlungen werden damit grundsätzlich vergütet, sofern in Anhang 1 der KLV keine Sonderregelung festgehalten ist.

⁵ einsehbar unter <http://www.bag.admin.ch/ref>

auf die «Empfehlungen zur Ultraschalluntersuchung in der Schwangerschaft» der SGUM verweist, können die dortigen Ausführungen zu «Ultraschalluntersuchungen auf Indikation» als Hilfsmittel für die Beurteilung der klinischen Notwendigkeit beigezogen werden.

3.1.4 *Ersttrimestertest (Art. 13 Bst. b^{bis} KLV; Analysenliste Kapitel 2.2.3.2, Positions-Nr. 2950.01 und 2950.02)*

Der Ersttrimester-Test (ETT) wird zur pränatalen Risikoabklärung für Trisomie 21, 18 und 13 angewendet. Damit er Pflichtleistung der OKP ist, muss die Durchführung gemäss den Richtlinien „Ersttrimester-Screening der Swiss Study Group 1st Trimester Testing (CH-1TT)“ (Version 2.0 vom Januar 2015)⁶ erfolgen. Zudem müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- Der ETT muss anhand der Messung der Nackentransparenz in der Ultraschalluntersuchung (12.–14. Woche), der Bestimmung von pregnancy-associated plasma protein-A (PAPP-A) und freiem β -Human Choriongonadotropin (f β -HCG) im mütterlichen Blut und weiterer mütterlicher und fötaler Faktoren erfolgen
- Nach einer Information und der Gewährung des Selbstbestimmungsrechts nach Artikel 16 bzw. 18 des Bundesgesetzes vom 8. Oktober 2004 über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG; SR 810.12).
- Anordnung nur durch Ärzte und Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Schwangerschaftsultraschall der SGUM und Zusatzzertifizierung für die Nackentransparenz-Messung.
- Messung der Nackentransparenz nur durch Ärzte und Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Schwangerschaftsultraschall der SGUM.

3.1.5 *Nicht-invasiver pränataler genetischer Test (NIPT) für die Trisomien 21, 18 und 13 (Art. 13 Bst. b^{ter} KLV; Analysenliste Kapitel 2.2.3.2, Positions-Nr. 2950.10)*

Damit der NIPT für die Trisomien 21, 18 und 13 Pflichtleistung der OKP darstellt, muss er folgende in der KLV festgehaltenen, kumulative Bedingungen erfüllen:

- a. Ab der 12. Schwangerschaftswoche
- b. Bei Schwangeren, bei denen ein Risiko von 1:1000 oder höher besteht, dass beim Fötus eine Trisomie 21, 18 oder 13 vorliegt.
- c. Ermittlung des Risikos und Indikationsstellung bei Fehlbildungen im Ultraschall gemäss Expertenbrief Nr. 52 vom 1. Januar 2018 der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG), verfasst von der Arbeitsgruppe der Akademie für fetomaternalen Medizin und der Schweizerischen Gesellschaft für medizinische Genetik⁷.
- d. Nach einem umfassenden Aufklärung und Beratungsgespräch nach den Artikeln 14 und 15 GUMG sowie nach Erteilung der schriftlichen Zustimmung durch die Schwangere unter Gewährung des Selbstbestimmungsrechts nach Artikel 18 GUMG.
- e. Anordnung nur durch Fachärzte und Fachärztinnen in Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt fetomaternalen Medizin, Fachärzte und Fachärztinnen für Medizinische Genetik und Ärzte und Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Schwangerschaftsultraschall der SGUM.
- f. Laboranalysen gemäss Analysenliste.
- g. Wird aus technischen Gründen das Geschlecht des Fötus bestimmt, darf diese Information nicht vor Ablauf von 12 Wochen seit Beginn der letzten Periode mitgeteilt werden.

Die Analysenliste gibt zudem folgende Bedingungen vor:

- a. Durchführung mittels Hochdurchsatzsequenzierung

⁶ einsehbar unter <http://www.bag.admin.ch/ref>

⁷ einsehbar unter <http://www.bag.admin.ch/ref>

- b. Die fötale Fraktion muss im Laborbericht angegeben werden.
- c. Falls die Arbeiten im Zusammenhang mit der Durchführung der Analyse aufgeteilt werden,
 - i. muss das Labor, das den ärztlichen Auftrag erhält, ein Leistungserbringer nach KVG sein. Das Labor trägt die Verantwortung für den ganzen Ablauf der Untersuchung inkl. Resultaterstellung und Rechnungstellung an den Schuldner der Vergütung (Patient oder Krankenversicherer),
 - ii. müssen alle Schritte der Analyse in der Schweiz durchgeführt werden. Die Institutionen, in welchen die Schritte durchgeführt werden, müssen im Laborbericht genannt werden.
 - iii. muss das Labor an den externen Qualitätskontrollen gemäss QUALAB bzw. Artikel 15 der Verordnung über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMV; 810.122.1) teilnehmen.

3.1.6 Amniozentese, Chorionbiopsie, Cordozentese (Art. 13 Bst. d KLV)

Amniozentese (Punktion Gebärmutterhöhle zur Gewinnung von Fruchtwasser), Chorionbiopsie (Gewinnung von Plazentagewebe) und Cordozentese (Nabelschnurpunktion zur Gewinnung von kindlichem Blut) sind leistungspflichtig, wenn sie folgende in Artikel 13 KLV stehende Bedingungen erfüllen:

- Zur Bestätigung eines positiven Befundes bei Schwangeren, bei denen aufgrund des nicht-invasiven pränatalen genetischen Tests (NIPT) ein hochgradiger Verdacht oder aufgrund des Ersttrimestertests ein Risiko von 1:380 oder höher besteht, dass beim Fötus eine Trisomie 21, 18 oder 13 vorliegt; oder
- bei Schwangeren, bei denen aufgrund des Ultraschallbefundes, der Familienanamnese oder aus einem andern Grund ein Risiko von 1:380 oder höher besteht, dass beim Fötus eine ausschliesslich genetisch bedingte Erkrankung vorliegt; oder
- bei Gefährdung des Fötus durch eine Schwangerschaftskomplikation, eine Erkrankung der Mutter oder eine nicht genetisch bedingte Erkrankung oder Entwicklungsstörung des Fötus.

Dazu stellen diese Leistungen nur dann Pflichtleistungen der OKP dar, wenn die Anordnung für genetische Untersuchungen durch Fachärzte und Fachärztinnen in Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt feto-maternale Medizin, Fachärzte oder Fachärztinnen für Medizinische Genetik oder Ärzte und Ärztinnen mit Fähigkeitsausweis Schwangerschaftsultraschall der SGUMG erstellt wurde.

Die Laboranalysen werden gemäss Analysenliste vergütet. Die Art und der Umfang der Laboranalysen hängen von der Indikation ab (Bsp. Screening-Untersuchung, fötale Anomalien im Ultraschall, Erbkrankheit in der Familie, Verdacht auf genetische Krankheit eines bereits geborenen Kindes der Schwangeren etc.). Falls medizinisch indiziert, können zusätzlich Familienangehörige untersucht werden, wie in der Analysenliste vorgesehen.

Bemerkung: Frauen, die zum Zeitpunkt des errechneten Geburtstermins 35 Jahre oder älter sind, weisen aufgrund ihres Alters ein Risiko von 1:380 oder höher auf, dass beim Fötus eine Trisomie vorliegt.

3.1.7 Pränatale genetische Analysen bei Verdacht auf genetische Erkrankungen beim Fötus

Diejenigen Analysen, die pränatal durchgeführt werden können, gelten als Pflichtleistung, wenn sie gemäss Artikel 13 Buchstabe b^{bis} KLV (Ersttrimestertest), Artikel 13 Buchstabe b^{ter} KLV (Nicht-invasiver pränataler genetischer Test [NIPT]) und/oder Artikel 13 Buchstabe d KLV (Amniozentese, Chorionbiopsie, Cordozentese) durchgeführt werden und in der Analysenliste explizit aufgeführt sind. In diesem Zusammenhang sei auf das Informationsschreiben des BAG vom 3. Mai 2016 "Rechtliche Grundlagen zur Vergütung genetischer Analysen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)"⁸ verwiesen.

⁸ abrufbar unter <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/02874/03847/06504/index.html?lang=de>

3.2 Entbindung (Art. 29 Abs. 2 Bst. b KVG)

Gemäss Artikel 29 Absatz 2 Buchstabe b KVG umfassen die besonderen Leistungen bei Mutterschaft die Entbindung zu Hause, in einem Spital oder in einem Geburtshaus. Aufgrund von Artikel 25 Absatz 2 Buchstabe f KVG ist die Entbindung in einem Geburtshaus eine Leistung zulasten der OKP, da Geburtshäuser gemäss Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe i KVG anerkannte Leistungserbringer sind. In Artikel 39 Absatz 1 Buchstabe d KVG wird jedoch präzisiert, dass Geburtshäuser auf der kantonalen Spitalplanungsliste stehen müssen, damit die Leistungen von der OKP übernommen werden. In einem nicht zugelassenen Geburtshaus gibt es Kosten, die zulasten der Versicherten gehen, was in einer zugelassenen Einrichtung nicht der Fall wäre (z. B. Saalbenutzung, Zimmerbenutzung für den Aufenthalt, Verpflegungskosten während des Aufenthalts). Ist das Geburtshaus anerkannt, werden diese Kosten übernommen (Fallpauschale bei Hospitalisierung) und von der Kostenbeteiligung, einschliesslich zum Beispiel des Beitrags an die Kosten des Spitalaufenthalts (Art. 104 Abs. 2 Bst. c KVV) befreit.

3.3 Leistungen der Hebammen

Die Hebammen können folgende Leistungen erbringen:

3.3.1 Durchführung von Kontrolluntersuchungen (Art. 13 Bst. a KLV i.V.m. Art. 16 Abs. 1 Bst. a KLV)

Seit dem 1. Januar 2017 können alle maximal sieben Kontrolluntersuchungen in der normalen Schwangerschaft wahlweise durch Ärztinnen und Ärzte oder durch Hebammen durchgeführt werden (bisher wurden nur die Kosten von maximal sechs Untersuchungen durch die Hebamme übernommen). Die Bestimmungen von Artikel 13 Buchstabe a und Artikel 16 Absatz 1 Buchstabe a KLV sind nicht kumulativ anwendbar. Hebammen und Ärztinnen und Ärzte dürfen insgesamt nicht mehr als 7 Kontrolluntersuchungen in der normalen Schwangerschaft durchführen. Falls die Kontrollen allesamt von einer Hebamme durchgeführt werden, muss diese die Schwangere darauf hinweisen, dass im ersten Trimenon eine ärztliche Untersuchung angezeigt ist.

3.3.2 Anordnung von Ultraschallkontrollen (Art. 13 Bst. b KLV i.V.m. Art. 16 Abs. 3 KLV)

Ultraschalluntersuchungen zu Lasten der OKP können nur durch Ärztinnen und Ärzten mit entsprechender Qualifikationen durchgeführt werden (siehe Art. 13 Bst. b KLV), nicht jedoch durch Hebammen. Diese können die Schwangere jedoch zur Ultraschalluntersuchung an einen Arzt / eine Ärztin mit entsprechenden Qualifikationen zuweisen.

3.3.3 Veranlassung von Analysen der Analysenliste (Art. 62 Abs. 1 Bst. c KVV)

Die Analysen, die von Hebammen veranlasst werden können, sind abschliessend in der Liste des Anhangs C (Kapitel 5.3) der Analysenliste aufgeführt. Hebammen haben mit der Durchführung der Analysen dieser Liste die Laboratorien gemäss Artikel 54 Absatz 3 KVV zu betrauen.

3.3.4 Durchführung von präpartalen Untersuchungen mittels Kardiotokografie (Art. 13 Bst. c KLV i.V.m. Art. 16 Abs. 1 Bst. b KLV)

3.3.5 Durchführung einer Kontrolluntersuchung post-partum nach Artikel 13 Bst. e KLV i.V.m. Art. 16 Abs. 1 Bst. b KLV

3.3.6 Durchführung Geburtsvorbereitung (Art. 14 KLV i.V.m. Art. 16 Abs. 1 Bst. b KLV)

Die OKP übernimmt einen Beitrag von 150 Franken, wahlweise für die Geburtsvorbereitung in Kursen (welche die Hebamme einzeln oder in Gruppen durchführt) oder für ein Beratungsgespräch mit der Hebamme im Hinblick auf die Geburt, die Planung und Organisation des Wochenbetts zu Hause und die Stillvorbereitung.

3.3.7 Durchführung der Stillberatung (Art. 15 KLV i.V.m. Art. 16 Abs. 1 Bst. b KLV)

Für die Stillberatung übernimmt die OKP die Kosten für drei Sitzungen, wenn diese durch Hebammen, Organisationen der Hebammen oder speziell in Stillberatung ausgebildete Pflegefachpersonen durchgeführt wird.

3.3.8 Betreuung im Wochenbett (Art. 16 Abs. 1 Bst. c KLV)

Die Wochenbettpflege erfolgt im Rahmen von Hausbesuchen mit folgenden Zielen:

- Pflege und Überwachung des Gesundheitszustandes von Mutter und Kind, bzw. nur der Mutter wenn diese z.B. wegen notwendiger Spitalbehandlung des Kindes, nach Totgeburt, Versterben des Kindes in den ersten Lebenstagen oder Freigabe des Kindes zur Fremdbetreuung bzw. Adoption alleine aus dem Spital oder dem Geburtshaus entlassen wird
- Unterstützung, Anleitung und Beratung der Mutter in der Pflege und Ernährung des Kindes

Die Zeit nach der Entbindung wird auch nach einer Totgeburt nach der 23. Schwangerschaftswoche als Wochenbett bezeichnet. Dementsprechend gilt die Pflege und Überwachung des Gesundheitszustandes der Wöchnerin auch in diesen Fällen als Wochenbettpflege.

Anzahl möglicher Hausbesuche:

- In den ersten 56 Tagen nach der Geburt:
 - nach Frühgeburt, Mehrlingsgeburt, Erstgebärende und nach Sectio: höchstens 16 Erstbesuche, zusätzlich höchstens 5 Zweitbesuche am gleichen Tag in den ersten 10 Tagen nach der Geburt, für weitere zusätzliche Hausbesuche ist eine ärztliche Anordnung erforderlich
 - in allen übrigen Situationen: höchstens 10 Erstbesuche, zusätzlich höchstens 5 Zweitbesuche am gleichen Tag in den 10 Tagen nach der Geburt, für weitere zusätzliche Hausbesuche ist eine ärztliche Anordnung erforderlich
- nach den ersten 56 Tagen nach der Geburt: Hausbesuche nur auf eine ärztliche Anordnung möglich. Hausbesuche erst nach diesem Zeitpunkt können beispielsweise notwendig sein, wenn das Neugeborene nach Frühgeburt oder wegen der Behandlung eines schweren Geburtsgebrechens erst dann nach Hause entlassen wird.

4 Allgemeine Leistungen bei Krankheit, Pflegeleistungen bei Krankheit, Geburtsgebrechen, Unfälle und strafloser Abbruch der Schwangerschaft im Zusammenhang mit der Mutterschaft und Niederkunft (Art. 25, 25a, 27, 28 sowie 30 KVG) - Befreit von der Kostenbeteiligung (zeitlich limitiert)

Nach Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG darf für Leistungen nach den Artikeln 25 KVG und 25a KVG, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden, keine Kostenbeteiligung erhoben werden.

Auch wenn sich der Verweis in Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG explizit nur auf die Leistungen bei Krankheit (Art. 25 und 25a KVG) bezieht, kann aus der Gesetzessystematik nicht per se geschlossen werden, dass Leistungen gemäss Artikel 26 ff. KVG von der Befreiung von der Kostenbeteiligung ausgeschlossen sind. Mit der Befreiung von der Kostenbeteiligung bei Mutterschaftsleistungen nach Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG wurde das Ziel, alle Leistungen ab der 13. Woche der Schwangerschaft bis acht Wochen nach Niederkunft von der Kostenbeteiligung zu befreien, verwirklicht. Dies unabhängig davon, ob die Leistungen aufgrund eines Zusammenhanges mit der Schwangerschaft erfolgen oder nicht. Damit wurde innerhalb eines definierten Zeitraumes eine Gleichbehandlung der schwangeren Frauen eingeführt.

Aus Sicht der Gleichbehandlung sind auch die Leistungen im Zusammenhang mit Geburtsgebrechen (Art. 27 KVG), Unfällen (Art. 28 KVG) und mit dem straflosen Abbruch der Schwangerschaft (Art. 30

KVG) unter Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG zu subsumieren, zumal diese Leistungen allesamt den Verweis auf den in den Artikeln 25 und 25a KVG definierten Umfang bei Leistungen bei Krankheit enthalten.

Der systematische Gesetzesaufbau der gesetzlichen Bestimmungen erfordert allerdings eine Differenzierung zwischen Leistungen der medizinischen Prävention (Art. 26 KVG) und den zahnärztlichen Behandlungen (Art. 31 KVG) einerseits und den Leistungen bei Geburtsgebrechen (Art. 27 KVG), Unfällen (Art. 28 KVG) und straflosem Abbruch der Schwangerschaft (Art. 30 KVG) andererseits. Die Artikel 27, 28 und 30 KVG beinhalten allesamt den Verweis auf den in den Artikeln 25 und 25a KVG definierten Umfang bei Leistungen bei Krankheit. Dies ist weder bei den Präventionsmassnahmen noch bei den zahnärztlichen Behandlungen der Fall.

Aufgrund der vorstehenden Ausführungen sind folgende Leistungen nach Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG, die ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft erbracht werden, von der Kostenbeteiligung befreit⁹:

- Allgemeine Leistungen bei Krankheit (Art. 25 KVG)
- Pflegeleistungen bei Krankheit (Art. 25a KVG)
- Geburtsgebrechen (Art. 27 KVG)
- Unfälle (Art. 28 KVG)
- strafloser Abbruch der Schwangerschaft (Art. 30 KVG)

Die vorstehenden Leistungen sind als krankheitsbedingte Leistungen abzurechnen.¹⁰

Weiterhin der Kostenbeteiligung unterliegen Leistungen der Prävention (Art. 26 KVG; auch der Krebsabstrich ist nicht von der Kostenbeteiligung befreit, selbst wenn dieser im Rahmen einer Schwangerschaftskontrolle durchgeführt wird) sowie die zahnärztlichen Behandlungen (Art. 31 KVG).

5 Einzelne Fragestellungen

5.1 Kostenbeteiligung bei Leistungen vor der 13. Schwangerschaftswoche im Zusammenhang mit einer Fehlgeburt, einer Eileiterschwangerschaft oder einer Windmole

Eine Fehlgeburt, die vor der 13. Schwangerschaftswoche eingetreten ist, kann weder unter die besonderen Leistungen bei Mutterschaft (Art. 29 Abs. 2 KVG) noch unter die Befreiung von der Kostenbeteiligung bei Mutterschaftsleistungen (Art. 64 Abs. 7 Bst. b KVG) subsumiert werden. Terminologisch käme bei den besonderen Leistungen bei Mutterschaft lediglich die Entbindung (Art. 29 Abs. 2 Bst. b KVG) in Frage, aber um eine Entbindung handelt es sich nur dann, wenn die Schwangerschaft mindestens 23 Wochen gedauert hat (vgl. Art. 105 Abs. 2 KVV). Mit der gleichen Begründung unterliegen auch die Kosten von allfällig notwendigen Curettagen nach einer Fehlgeburt oder wegen einer Windmole und von Eingriffen bei Eileiterschwangerschaft der Kostenbeteiligung. Die Befreiung von der Kostenbeteiligung bei Mutterschaftsleistungen (Art. 64 Abs. 7 Bst. b KVG) sieht vor, dass erst ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft keine Kostenbeteiligung auf den Leistungen bei Krankheit (Art. 25 und 25a KVG) erhoben werden darf.

⁹ Die vorstehenden Ausführungen stellen eine gegenüber dem Informationsschreiben des BAG vom 17.12.2013, Neuerungen im 2014, Ziffer 1 (abrufbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/kreis-und-informationsschreiben/informationsschreiben-schweiz.html>) erweiterte Auslegung dar.

¹⁰ vgl. EF1345 „Statistikbogen für die Krankenversicherung“, Tabelle 3.6 „Bruttoleistungen nach Kostengruppen“, gelten als Mutterschaftsleistungen nur die Leistungen gemäss Art. 29 Abs. 2 KVG, ohne die Leistungen gemäss Art. 64 Abs. 7b sowie 25 und 25a KVG (Fussnote 11)

Fazit: Leistungen im Zusammenhang mit einer Fehlgeburt, die vor der 13. Schwangerschaftswoche eingetreten ist, können nicht von der Kostenbeteiligung befreit werden. Dies betrifft auch die Kosten allfälliger Curettagen, die im Nachgang an eine Fehlgeburt oder eine Windmole durchgeführt werden müssen und von Eingriffen bei Eileiterschwangerschaft.

5.2 Kostenbeteiligung bei Leistungen im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch, der vor der 13. Schwangerschaftswoche durchgeführt wird, sei dies:

- **aufgrund eines Schwangerschaftsabbruches nach Artikel 119 Absatz 2 des Schweizerischen Strafgesetzbuches vom 21. Dezember 1937 (StGB; SR 311.0) (gewollter Schwangerschaftsabbruch)**

oder

- **eines medizinisch-indizierten Schwangerschaftsabbruches (z.B. im Nachgang auf ein Absterben des Fötus) nach Artikel 119 Absatz 1 StGB**

Diese Konstellation bezieht sich auf den straflosen Schwangerschaftsabbruch nach Artikel 30 KVG. Wie bereits vorstehend unter Ziff. 5.1 ausführlich erläutert, kann ein Schwangerschaftsabbruch vor der 13. Schwangerschaftswoche weder unter die besonderen Leistungen bei Mutterschaft (Art. 29 Abs. 2 KVG) noch unter die Befreiung von der Kostenbeteiligung bei Mutterschaft (Art. 64 Abs. 7 Bst. b KVG) subsumiert werden.

5.3 Kostenbeteiligung bei Leistungen im Zusammenhang mit einem medizinisch-indizierten Schwangerschaftsabbruch nach Artikel 119 Absatz 1 StGB (z.B. im Nachgang an ein Absterben des Fötus oder der Fötus weist eine Malformation bzw. eine schwere Krankheit auf), der nach der 13. Schwangerschaftswoche durchgeführt wird

Auch diese Fallkonstellation bezieht sich auf den straflosen Abbruch der Schwangerschaft nach Artikel 30 KVG. Wie vorstehend unter Ziff. 4 ausgeführt, wird unter Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG ebenfalls Artikel 30 KVG subsumiert.

Fazit: Leistungen im Zusammenhang mit einem medizinisch-indizierten Schwangerschaftsabbruch, der ab der 13. Schwangerschaftswoche durchgeführt wird, sind von der Kostenbeteiligung befreit. Darunter fallen auch notwendige Nachkontrollen oder Behandlungen wegen Komplikationen.

5.4 Kostenbeteiligung bei Leistungen im Zusammenhang mit einer Fehlgeburt bzw. Totgeburt, die nach der 13. Schwangerschaftswoche eingetreten ist

Wie bereits erwähnt, sieht die Befreiung von der Kostenbeteiligung bei Mutterschaftsleistungen (Art. 64 Abs. 7 Bst. b KVG) vor, dass ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft keine Kostenbeteiligung auf den Leistungen bei Krankheit (Art. 25 und 25a KVG) erhoben werden darf. Unter diese Regelung fallen die Leistungen für Fehl- oder Totgeburten ab der 13. Schwangerschaftswoche. Nach der 23. Schwangerschaftswoche gilt die Fehl- oder Totgeburt als Niederkunft (Art. 29 Abs. 2 Bst. b KVG i.V.m. Art. 105 Abs. 2 KVV).

Fazit: Leistungen im Zusammenhang mit einer Fehl- oder Totgeburt, die nach der 13. Schwangerschaftswoche eintritt, sind von der Kostenbeteiligung befreit. Darunter fallen auch notwendige Nachkontrollen oder Behandlungen wegen Komplikationen. Sämtliche Leistungen nach Fehl- oder Totgeburten nach der 23. Schwangerschaftswoche sind bis acht Wochen nach der Fehl- oder Totgeburt von der Kostenbeteiligung ausgenommen.

5.5 Kostenbeteiligung bei Leistungen in Zusammenhang mit Windmolen nach der 13. Schwangerschaftswoche

Eine Windmole gilt bis nach erfolgter Therapie (Curettag, ev. Gebärmutterentfernung) als pathologische Schwangerschaft, dementsprechend fallen auch die vermehrten Kontrolluntersuchungen bis zur Bestätigung der Diagnose und bis zur Therapie nicht unter die Kostenbeteiligung. Wird eine Windmole erst nach der 13. Schwangerschaftswoche behandelt, fällt auch die Behandlung nicht unter die Kostenbeteiligung. Notwendige Nachkontrollen im Zusammenhang mit der Behandlung von Windmolen nach der 13. Schwangerschaftswoche sind ebenfalls von der Kostenbeteiligung ausgenommen.

5.6 Erhebung der Kostenbeteiligung im Zusammenhang mit der Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln sowie Mitteln und Gegenständen¹¹

Wie erwähnt, darf nach Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft keine Kostenbeteiligung auf den Leistungen bei Krankheit (Art. 25 und 25a KVG) erhoben werden. Bei Arzneimitteln und Mitteln und Gegenständen ist der Zeitpunkt der Abgabe für die Erhebung der Kostenbeteiligung massgebend. Arzneimittel und Mittel und Gegenstände wie bspw. Kompressionsstrümpfe, die vor der 13. Schwangerschaftswoche abgegeben werden, können nicht von der Kostenbeteiligung befreit werden. Arzneimittel und Mittel und Gegenstände, die nach der 13. Schwangerschaftswoche abgegeben werden, sind von der Erhebung der Kostenbeteiligung befreit.

5.7 Pränatale genetische Untersuchungen bei Verdacht auf genetische Erkrankungen beim Fötus

Pränatale genetische Analysen sind indiziert, wenn aufgrund der Ultraschallkontrollen oder wegen genetischen Erkrankungen der Eltern ein Verdacht auf das Vorliegen einer genetischen Störung besteht. Die Kosten der Analysen werden übernommen, wenn aus den Untersuchungsergebnissen relevante Informationen im Hinblick auf die Fortsetzung der Schwangerschaft oder im Hinblick auf mögliche medizinisch-therapeutische Behandlungen beim Fötus oder beim Neugeborenen zu erwarten sind (siehe Einleitende Bemerkungen der Analysenliste).

In diesem Zusammenhang wird auch auf das Rundschreiben des BAG vom 3. Mai 2016 „Rechtliche Grundlagen zur Vergütung genetischer Analysen durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)“ verwiesen.¹²

5.8 Genetische Untersuchungen und andere Untersuchungen nach Spontanabort, induziertem Abort wegen schweren Fehlbildungen oder Totgeburt

Diese Untersuchungen stellen weder Prävention (bei der Mutter) noch Diagnostik oder Behandlung beim Kind dar und fallen somit derzeit nicht in den Geltungsbereich des KVG: Solche Untersuchungen sind indiziert bei wiederholten Aborten oder wenn Ultraschalluntersuchungen stark auf eine schwerwiegende genetische Störung hindeuten. Im letzten Fall werden die Kosten von der OKP übernommen, wenn das untersuchte Zellmaterial vor dem Abort mittels Fruchtwasserpunktion entnommen

¹¹ Die in der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) aufgeführten Höchstvergütungsbeträge (HVB) stellen den Betrag dar, der maximal von den Versicherern im Rahmen OKP vergütet wird. Auf dem Markt sind Produkte mit Preisen über, aber auch unter dem HVB erhältlich. Der versicherten Person ist es frei gestellt, ein geeignetes Produkt im Rahmen dieses HVB auszuwählen, wobei ein allfälliger Mehrbetrag zu Lasten der versicherten Person geht.

¹² abrufbar unter:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherer-aufsicht/kreis-und-informationsschreiben/informationsschreiben-schweiz.html>

wurde, aber nicht, wenn die Zellen erst nach dem Abort oder beim tot geborenen Kind entnommen wurden.

5.9 Erhebung der Kostenbeteiligung bei der Wochenbettpflege

Die Wochenbettpflege nach Artikel 16 Absatz 1 Buchstabe c KLV ist unter dem 4. Kapitel "Besondere Leistungen bei Mutterschaft" aufgeführt und wird unter Artikel 29 Absatz 2 KVG subsumiert. Entsprechend ist bei der Betreuung im Wochenbett keine Kostenbeteiligung zu erheben, dies ohne zeitliche Beschränkung (vgl. Art. 64 Abs. 7 Bst. a KVG). Wochenbettpflege kann wie unter Ziff. 3.3.8 vorstehend erwähnt auch nach einer Fehl- oder Totgeburt nach der 23. Schwangerschaftswoche erbracht werden, auf den erbrachten Leistungen ist keine Kostenbeteiligung zu erheben, dies ebenfalls ohne zeitliche Beschränkung.

5.10 Erbringen von Pflegeleistungen durch Pflegefachpersonen bei der Mutter nach der Geburt

Nach Artikel 16 Absatz 1 Buchstabe c KLV können Hebammen und Organisationen der Hebammen bei der Mutter die Betreuung im Wochenbett, die sog. Wochenbettpflege, erbringen. Pflegefachpersonen sind in Artikel 16 KLV nicht erwähnt. Es steht Pflegefachpersonen allerdings frei, Krankenpflege nach Artikel 7 KLV - die keine besonderen Leistungen bei Mutterschaft, im Sinne vom Artikel 29 KVG, darstellen -, unter Berücksichtigung der entsprechenden Voraussetzungen (ärztliche Anordnung, ärztlicher Auftrag, Bedarfsabklärung) zu erbringen. Die Pflegefachpersonen haben die Krankenpflege nach Artikel 7 KLV nach den Regeln der Pflegefinanzierung (den in Art. 7a Abs. 1 KLV festgelegten Ansätzen) abzurechnen.

Was die Kostenbeteiligung betrifft, so stellt die Krankenpflege nach Artikel 7 KLV Pflegeleistungen nach Artikel 25a KVG dar, welche unter das Regime von Artikel 64 Absatz 7 Buchstabe b KVG fällt: Dies bedeutet, dass für Leistungen, welche die Pflegefachpersonen bei der Mutter erbringen, ab der 13. Schwangerschaftswoche, während der Niederkunft und bis acht Wochen nach der Niederkunft keine Kostenbeteiligung erhoben werden darf. Allerdings können der versicherten Person nach Artikel 25a Absatz 5 KVG 20 Prozent des höchsten vom Bundesrat festgesetzten Pflegebeitrags überwältzt werden. Die Kantone regeln im Rahmen ihrer Kompetenz nach Artikel 25a Absatz 5 KVG die Restfinanzierung.

5.11 Kein Erbringen von Pflegeleistungen nach Artikel 7 Absatz 2 KLV durch Hebammen

Die Leistungserbringer, die Krankenpflege nach Artikel 7 KLV durchführen und zu Lasten der OKP abrechnen können, sind abschliessend in Artikel 7 Absatz 1 KLV aufgeführt. Es sind dies Pflegefachpersonen (Art. 7 Abs. 1 Bst. a KLV), Organisationen der Krankenpflege und Hilfe zu Hause (Art. 7 Abs. 1 Bst. b KLV) wie auch Pflegeheime (Art. 7 Abs. 1 Bst. c KLV), nicht aber Hebammen.

Die Leistungen der Hebammen sind eigenständig und detailliert in den Artikeln 13 - 16 KLV umschrieben, entsprechend wurde der Verweis in Artikel 16 Absatz 3 KLV auf Artikel 7 Abs. 2 KLV mit einer Änderung per 15. Juli 2015 aufgehoben. Es ist deshalb ausgeschlossen, dass Hebammen ihre Leistungen nach Artikel 7a KLV und damit nach den Regeln der Pflegefinanzierung abrechnen.

5.12 Bestimmung des Beginns der 13. Schwangerschaftswoche

Nach Artikel 105 Absatz 1 KVV hat die Ärztin oder der Arzt, die oder der die Schwangerschaft begleitet, den mutmasslichen Beginn der 13. Schwangerschaftswoche (voraussichtlicher Geburtstermin minus 196 Tage) zu ermitteln und auf der Rechnung anzugeben. Es besteht kein Spielraum, den Be-

ginn der 13. Schwangerschaftswoche in Abweichung von diesem ermittelten Termin festzulegen oder dafür eine andere Berechnungsweise vorzunehmen.

5.13 Bestimmung des Endes von acht Wochen nach der Niederkunft

Die acht Wochen nach der Niederkunft berechnen sich ausgehend vom effektiven Geburtsdatum und nicht z.B. einem "vorgesehenen" Geburtstermin.

5.14 Abrechnungsmodalitäten

Kontrolluntersuchungen gehören zu den besonderen Leistungen bei Mutterschaft (Art. 29 Abs. 2 KVG i.V.m. Art. 13 – 16 KLV, vgl. Ausführungen unter Ziff. 2 vorstehend). Sie sind von der Kostenbeteiligung befreit - dies ohne zeitliche Limitationen (vgl. Art. 64 Abs. 7 Bst. a KVG). Werden zusätzlich zu den Kontrolluntersuchungen beispielsweise noch Konsultationen (erste bzw. letzte 5 Min.), sämtliche Leistungen in Abwesenheit der Patientin, Telefonische Konsultation durch den Facharzt (erste bzw. letzte 5 Min.), unabhängig davon, ob diese am gleichen Tag der Kontrolluntersuchung erbracht wurden oder nicht, in Rechnung gestellt, dann sind diese Leistungen ebenfalls von der Kostenbeteiligung befreit, wenn sie einen engen Zusammenhang zur Kontrolluntersuchung und damit zur Schwangerschaft aufweisen. In diesen Fällen ist es nicht zulässig, separate Rechnungen zu erstellen und auf diesen Leistungen die Kostenbeteiligung zu erheben.

Leiter Direktionsbereich Kranken-
und Unfallversicherung



Thomas Christen
Vizedirektor
Mitglied der Geschäftsleitung