

**Abrechnungsformular für Ärzte / Kliniken  
zur Kostenübernahme nach Abschnitt 5 / § 22 des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG)**

**An die Krankenkasse**

.....  
(Name und Anschrift der Krankenkasse)

Es wird hiermit bestätigt, dass bei Frau

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

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

**Der Schwangerschaftsabbruch erfolgte am** \_\_\_\_\_  
**in der** \_\_\_\_\_ **SSW (post conceptionem)**

- ambulant
- in Vollnarkose (Versorgung durch einen Facharzt für Anästhesiologie)
  - in Lokalanästhesie
  - medikamentös
- vollstationär
- stationär belegärztlich
- Die Patientin hat sich in einer anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle beraten lassen. Eine entsprechende Beratungsbescheinigung liegt vor.
- Eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse liegt vor.  
Bitte Kostenübernahmeerklärung dem Abrechnungsformular beifügen.

**Die folgende Abrechnung ist für den jeweiligen Leistungserbringer abschließend.**

**Bei ambulantem Schwangerschaftsabbruch**

Für die erbrachten Leistungen wird um eine pauschale Kostenerstattung gebeten\*:

- Ambulanter chirurgischer Schwangerschaftsabbruch (inkl. Sachkosten)**
- in Vollnarkose Pauschale: 470 €
  - in Lokalanästhesie, mit Anästhesist Pauschale: 335 €
  - in Lokalanästhesie, ohne Anästhesist Pauschale: 275 €
- Sachkosten bei medizinisch erforderlicher Zervixerweiterung mit \_\_\_\_\_ (Angabe des Medikaments) entsprechenden Bezugspreis für die Einzelgabe \_\_\_\_\_ €
- Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch**
- medikamentös (bis 63. Tag) Pauschale: 330 €

**\*Hinweise:** Die Abrechnung soll grds. zur Verwaltungsvereinfachung und schnelleren Bearbeitung über die ausgewiesenen Pauschalen erfolgen. Mit diesen Pauschalen sind sämtliche Leistungen und Kosten des ambulanten Schwangerschaftsabbruchs einschließlich eventueller Anästhesieleistungen abgegolten.

Bei Einzelnachweis können die erbrachten Leistungen auch alternativ nach EBM abgerechnet werden (als Anlage bitte beifügen). Leistungen bei einem ambulanten nicht medikamentösen Schwangerschaftsabbruch werden, sofern die entsprechenden Qualitätsvoraussetzungen vorliegen, analog der „Vereinbarung über ambulante Operationen nach § 115 b SGB V“ vergütet. Dies gilt sowohl für die eigentliche Operation, als auch für alle damit in Zusammenhang stehenden Leistungen.

Die Kostenerstattung für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch setzt eine mindestens 4-stündige ärztliche Betreuung am 2. Tag voraus. In den Pauschalen für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch sind die Kontrolluntersuchungen (EBM Nr. 01912) enthalten.

**Bei stationärem Schwangerschaftsabbruch**

Das Land Baden-Württemberg übernimmt für die in § 24b Abs. 4 SGB V genannten Leistungen des Krankenhauses die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK) jährlich festgesetzten mittleren Kosten (INEK-Pauschale).

- Stationärer Eingriff in einer Hauptabteilung am** \_\_\_\_\_  
**Aufenthalt bis** \_\_\_\_\_  
**INEK-Pauschale:** \_\_\_\_\_
  
- Stationärer Eingriff in Vollnarkose in einer Belegabteilung am** \_\_\_\_\_  
**Aufenthalt bis** \_\_\_\_\_  
**INEK-Pauschale:** \_\_\_\_\_
  
- belegärztliche Leistung** **Pauschale: 110 €**  
Mit dieser Pauschale sind sämtliche ärztliche Leistungen und Kosten des gynäkologischen Belegarztes beim stationären Schwangerschaftsabbruch abgegolten.
  - Sachkosten für medizinisch erforderlicher Zervixerweiterung  
mit \_\_\_\_\_ (Angabe des Medikaments)  
mit entsprechenden Bezugspreis für die Einzelgabe \_\_\_\_\_ €
  
- Der Rechnungsstellung (Re.-Nr.: \_\_\_\_\_)  
ist die Kostenübernahme der Krankenkasse als Anlage (vgl. Seite 3) beigelegt.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist auf der Überweisung als Verwendungszweck nur die Rechnungsnummer anzugeben.

**Bankverbindung:**

Zahlungsempfänger: \_\_\_\_\_

Verwendungszweck: Re.-Nr.: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

IK-Nr.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum:

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes bzw. Krankenhauses

\_\_\_\_\_  
ggf. Stempel und Unterschrift des Anästhesisten

**Anlage zum Abrechnungsformular:  
Kostenübernahmeerklärung der gesetzlichen Krankenkasse**