

Name und Sitz der Krankenkasse

## Bescheinigung zur Vorlage beim Arzt bzw. bei der Einrichtung

über die Übernahme der Kosten für einen Abbruch der Schwangerschaft nach Abschnitt 5 / § 21 des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz - SchKG) - Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen

Hiermit wird bescheinigt, dass Frau

---

Name, Vorname, Geburtsdatum

---

Straße

---

Wohnort (Erstwohnsitz)

gesetzlich krankenversichert

nein

ja, bei

\_\_\_\_\_ Name und Sitz der Krankenkasse

die Voraussetzungen für die Übernahme der Kosten für einen Abbruch der Schwangerschaft nach Abschnitt 5 des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen) erfüllt sind.

### Wichtiger Hinweis

Nach § 21 Abs. 3 Satz 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes haben die Ärzte und Einrichtungen bei Schwangerschaftsabbrüchen im Rahmen dieses Gesetzes einen Anspruch auf die Vergütung, welche die Krankenkasse bei einem nicht rechtswidrigen Abbruch zu zahlen hat. Ärzte / Einrichtungen können ihre Leistungen bei einem ambulant durchgeführten Schwangerschaftsabbruch nach dem in Baden-Württemberg festgelegten Leistungskatalog für Schwangerschaftsabbrüche auf der Grundlage des EBM oder seit 1. Oktober 2008 pauschal abrechnen. Bei stationär durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen übernimmt das Land Baden-Württemberg für die in § 24b Abs. 4 SGB V genannten Leistungen des Krankenhauses die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus festgesetzten mittleren Kosten. Die Kostenerstattung für gynäkologische Belegärzte erfolgt nach dem in Baden-Württemberg festgelegten Leistungskatalog für Schwangerschaftsabbrüche auf der Grundlage des EBM oder ab 1. Oktober 2008 pauschal in Höhe des für belegärztliche Leistungen festgesetzten Betrags.

Sie als Berechtigte können unter den Ärzten und Einrichtungen frei wählen, die sich zur Vornahme des Eingriffs zu den vorgenannten Bedingungen bereit erklären. Fragen Sie deshalb Arzt oder Einrichtung, ob sie zu diesen Bedingungen einen Eingriff vornehmen. Wird ein anderer Arzt / eine andere Einrichtung in Anspruch genommen, erfolgt weder eine Kostenübernahme noch eine Kostenerstattung.

Ausstellungsdatum

Unterschrift und Stempel der Krankenkasse

---

---

**Bitte Rechnung an**  
(Anschrift Krankenkasse)