



Informationen zur Abrechnung gynäkologischer Untersuchungen

Informationen für Patientinnen

Dieses Merkblatt soll Ihnen einen Überblick darüber geben, wie gynäkologische Untersuchungen über die Schweizer Grundversicherung (KVG) abgerechnet werden. Die Art der Abrechnung richtet sich nach dem Grund Ihres Praxisbesuchs, je nach festgestellten Befunden sowie den gesetzlichen Vorgaben.

1. Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung

Die gynäkologische Vorsorge dient der Früherkennung von Erkrankungen, bevor Beschwerden auftreten. (Also eine Konsultation ohne Beschwerden und ohne kontrollbedürftige Befunden)

Sie umfasst:

- Kurze Anamnese
- Untersuchung der Geschlechtsorgane mit Spekulum
- Krebsabstrich (Pap-Test), sofern angezeigt
- Brustuntersuchung
- Urin-Untersuchung

Kostenübernahme

Die obligatorische Grundversicherung übernimmt eine gynäkologische Vorsorgeuntersuchung grundsätzlich alle drei Jahre (bei Zusatzversicherungen auch 1x jährlich)

Die übliche Kostenbeteiligung (Franchise und Selbstbehalt) bleibt bestehen.

2. Was ist eine Jahreskontrolle?

Viele Patientinnen kommen gewöhnlich seit Jahren einmal jährlich zur sogenannten «Jahreskontrolle».

Dabei handelt es sich um eine medizinisch empfohlene regelmässige Kontrolle der Frauengesundheit. Der Begriff "Jahreskontrolle" beschreibt den Zeitpunkt der Untersuchung (häufig auch 2-jährliche oder 1.5-jährliche – je nach Wunsch), bedeutet jedoch nicht automatisch, dass diese als Vorsorgeleistung der Krankenkasse gilt.



Je nach Umfang der nötigen Leistungen wird die Untersuchung entweder:

- als Vorsorge oder
- als «krankheitsbedingte» Kontrolle

abgerechnet.

3. Wann wird eine Untersuchung als Vorsorge abgerechnet?

Eine Abrechnung als Vorsorge erfolgt, wenn:

- keine Beschwerden bestehen
 - keine Kontrolluntersuchung einer bekannten Erkrankung notwendig ist
 - die Untersuchung ausschliesslich der Früherkennung dient
 - Keine Zufallsbefunde gefunden werden
-

4. Wann wird über Krankheit abgerechnet?

Sobald Beschwerden bestehen oder eine medizinische Fragestellung abgeklärt bzw. kontrolliert wird, erfolgt die Abrechnung über Krankheit.

Dies gilt beispielsweise bei:

- Schmerzen
- Blutungsstörungen
- Juckreiz oder Ausfluss
- Infektionen
- Wechseljahrbeschwerden
- Kinderwunschabklärungen
- Schwangerschaft
- Endometriose
- Myomen
- Zysten
- auffälligen Befunden
- notwendigen Verlaufskontrollen

Auch wenn zusätzlich eine gynäkologische Vorsorge-Untersuchung durchgeführt wird, erfolgt die Abrechnung in diesen Fällen über Krankheit (siehe auch Punkt 6).

5. Warum wird meine jährliche Kontrolle manchmal über Krankheit abgerechnet?

Viele Patientinnen kommen jährlich zur Kontrolle und haben gleichzeitig Beschwerden oder bekannte Erkrankungen, welche regelmässig überwacht werden müssen.



In diesen Fällen steht die medizinische Behandlung oder Kontrolle im Vordergrund. Deshalb erfolgt die Abrechnung über Krankheit und nicht über die Vorsorgeleistung.

6. Kann eine Vorsorge- und Krankheitsuntersuchung gleichzeitig stattfinden?

Ja.

Wenn während einer geplanten Vorsorgeuntersuchung Beschwerden besprochen oder abgeklärt werden müssen, wird der Termin entsprechend der medizinischen Leistung abgerechnet. Je nach Situation kann dies ganz oder teilweise über Krankheit erfolgen (ggf. werden zwei Rechnungen ausgestellt – eine über Krankheit und eine über Vorsorge).

Die Abrechnung richtet sich nach den gesetzlichen Vorgaben sowie nach den tatsächlich erbrachten medizinischen Leistungen.

7. Häufige gestellte Fragen

Ich komme jedes Jahr zur Kontrolle. Warum bezahlt die Krankenkasse die Vorsorge nicht jedes Jahr?

Die gesetzliche Vorsorgeleistung der Grundversicherung ist grundsätzlich nur alle drei Jahre vorgesehen. Jährliche Kontrollen können jedoch medizinisch sinnvoll oder notwendig sein und werden bei entsprechender Indikation über Krankheit abgerechnet.

Muss ich Franchise und Selbstbehalt bezahlen?

Ja. Auch bei gynäkologischen Untersuchungen gelten grundsätzlich die Bedingungen Ihrer Krankenversicherung (Franchise und Selbstbehalt), sofern keine gesetzliche Ausnahme besteht.

Wer entscheidet über die Art der Abrechnung?

Die Abrechnung erfolgt nach den gesetzlichen Vorgaben des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) und dem Tarif für ambulante medizinische Leistungen. Entscheidend ist der medizinische Grund Ihres Praxisbesuchs sowie die tatsächlich erbrachten Leistungen – nicht der gewünschte Abrechnungstyp.