

Sozialversicherungsgerichtshof. Entscheid vom 8. November 2001 in der Beschwerdesache (5S 97 435) X., **Beschwerdeführerin**, gegen die **AVENIR Versicherungen**, **Beschwerdegegnerin**, betreffend **Krankenversicherung, Kostenbeteiligung bei Spontanabort**

#### **Aus dem Tatbestand:**

- A. X. ist bei der Avenir kranken- und unfallversichert. Im Herbst 1996 beschloss sie, mit Wirkung ab dem 1. Januar 1997 ihre Jahresfranchise für die obligatorische Krankenpflegeversicherung nach KVG auf 1500 Franken zu erhöhen.

Ende 1996 wurde sie schwanger. Nach einer bis dahin beschwerdefreien Schwangerschaft hatte sie in der 14. Schwangerschaftswoche Blutungen. Bei einer Untersuchung in der Poliklinik des Frauenspitals in Bern wurde ein abortus incompletus 13 5/7 SSW festgestellt und X. in die Frauenklinik des Inselspitals zur Nachkürettage eingewiesen.

- B. Die Frauenklinik des Inselspitals stellte ein ärztliches Zeugnis zuhanden der Avenir aus, in welchem als Eintrittsdiagnose "gynäkologische Erkrankung" angegeben wurde. Im Bericht zuhanden des Vertrauensarztes der Avenir gab die Frauenklinik als genaue Diagnose einen abortus incompletus 13 5/7 SSW an. Mit Kostengutsprache vom Februar 1997 bestätigte die Avenir dem Frauenspital Bern die Deckung der Spitalkosten in der 3. Klasse. Sie informierte X., dass der Betrag von 686 Franken für die Behandlung dem Rechnungssteller direkt bezahlt worden sei, und verlangte von ihr die Bezahlung dieses Betrages als Spitalbeitrag (zwei Tage à 10 Fr.) und Jahresfranchise.

Mit Schreiben vom 1. Mai 1997 erklärte X. der Avenir, sie sei nicht bereit, diese Abrechnung zu akzeptieren, und verlangte eine begründete, anfechtbare Verfügung. Sie wies darauf hin, dass sie im Hinblick auf die Wahl einer höheren Jahresfranchise in der Freiburger Geschäftsstelle der Avenir die Auskunft erhalten hatte, dass der höhere Selbstbehalt keine Anwendung auf Kosten im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft finden würde. Diese Auskunft hatte sie bewusst eingeholt, weil eine Schwangerschaft für sie, als dreissigjährige Frau, tatsächlich in Frage kam. Im Übrigen wies sie in diesem Schreiben die telefonisch erhaltene Begründung zurück, die erlittene Fehlgeburt sei als Krankheit zu betrachten und die

dadurch entstandenen Kosten könnten nicht als im Zusammenhang mit der Schwangerschaft erfolgt betrachtet werden, da das Risiko eines Abortes naturgemäss zu jeder Schwangerschaft gehöre. Sie machte ihre Auffassung kund, das Risiko eines Spontanabortes sei nicht von der betroffenen Frau selber zu tragen, denn das Gesetz habe die Schwangerschaft bewusst der Regelung der Jahresfranchise für das Risiko Krankheit entzogen.

Die Avenir erliess am 13. Mai 1997 eine Verfügung, in welcher sie an ihrer Abrechnung festhielt. Unter Hinweis auf die gesetzlichen Bestimmungen behauptete sie, dass ein Abort darin in keiner Weise als Mutterschaft bezeichnet wird. Ihrer Auffassung nach können unter die Leistungen bei Mutterschaft einzig die im Gesetz erwähnten Verrichtungen eingeordnet werden, ansonsten sie als Krankheit zu gelten haben. Trotzdem gab die Avenir ausdrücklich zu, dass bei einem Spontanabort bereits eine Schwangerschaft bestanden habe und deshalb diese Vorgehensweise sehr schwer verständlich sei. Andererseits wies die Avenir auf das alte Krankenversicherungsgesetz hin, wonach Mutterschaftsleistungen nur dann ausgerichtet wurden, wenn die Schwangerschaft mindestens 28 Wochen gedauert hatte.

Im Mai 1997 stellte die Avenir eine neue Leistungsabrechnung für eine Nachkontrolle im Kantonalen Frauenspital in Bern aus und auferlegte X. einen Betrag von 27.90 Franken als Jahresfranchise.

X. führte 10. Juni 1997 bei der Avenir Einsprache gegen die Verfügung vom 13. Mai 1997 und verlangte, die in der Zwischenzeit erhaltene Leistungsabrechnung vom Mai 1997 solle in das Einspracheverfahren miteinbezogen werden. Ihr Rechtsbegehren lautete auf vollumfängliche Übernahme der infolge des Spontanabortes in der 14. Schwangerschaftswoche entstandenen Kosten und auf Gewährung der aufschiebenden Wirkung.

Die Avenir wies die Einsprache mit Entscheid vom 15. Juli 1997 mit der Begründung ab, die Leistungen, welche die Krankenkassen bei Mutterschaft auszurichten haben, seien in Art. 29 KVG festgehalten und die besonderen Leistungen bei Mutterschaft in Art. 13-16 KLV im Detail definiert. Gemäss der aktuellen Rechtsprechung müssten nach ihrer Ansicht die Leistungen bei Mutterschaft nach einer Schwangerschaft ausgerichtet werden, die wenigstens 28 Wochen gedauert hat, auch wenn das Kind nicht lebensfähig ist.

- C. Gegen diese Verfügung führte X. am 7. August 1997 beim Verwaltungsgericht des Kantons Freiburg Beschwerde. Darin beantragte sie deren Aufhebung und die vollumfängliche Übernahme der infolge eines Spontanabortes in der 14. Schwangerschaftswoche entstandenen Kosten

durch die Beschwerdegegnerin sowie auch die Gewährung der aufschiebenden Wirkung. In ihrer Begründung wies sie wiederum darauf hin, dass sie bei den Verhandlungen mit der Beschwerdegegnerin ausdrücklich nach der Kostenübernahme bei Mutterschaft gefragt und die Auskunft erhalten habe, dass solche Kosten weder dem Selbstbehalt noch der Jahresfranchise unterliegen würden. Von einem eingeschränkten Leistungskatalog für Mutterschaftsleistungen sei dabei nicht die Rede gewesen. In rechtlicher Hinsicht vertritt sie den Standpunkt, der Entscheid der Beschwerdegegnerin stehe in Widerspruch mit der Absicht des Gesetzgebers, im Sinne der Gleichbehandlung der Geschlechter und der Solidarität für Kosten in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft keinen Selbstbehalt und keine Jahresfranchisen zuzulassen. Nach ihrer Ansicht müssen alle Risiken, die eine Schwangerschaft mit sich trägt, und namentlich auch das Eintreten eines Spontanabortes, von dieser Befreiung eines einseitigen Kostenrisikos zulasten der Frauen erfasst werden. Eine Unterscheidung zwischen positivem und negativem Verlauf einer Schwangerschaft oder eine Beschränkung auf die Zeit nach der 28. Schwangerschaftswoche führt zu einer offensichtlichen Benachteiligung der Frauen bei der Wahl einer höheren Jahresfranchise.

- D. Die Beschwerdegegnerin beantragt die Abweisung der Beschwerde. Sie behauptet, aus den geltenden gesetzlichen Bestimmungen von Art. 1, 2 und 29 KVG sowie Art. 13 bis 16 KLV ergebe sich keine Leistungspflicht im Rahmen der Schwangerschaft für den vorliegenden Abort in der 13. (richtig 14.) Woche, wobei eine klare Abgrenzung zwischen Schwangerschaft und Krankheit allerdings fehle. Unter Hinweis auf die ständige Rechtsprechung geht sie davon aus, dass eine komplikationslos verlaufende Schwangerschaft keine Krankheit darstellt. Sie behauptet hingegen, dass die Beschwerden, für welche eine Versicherte während der Schwangerschaft ärztliche Behandlung benötigt, als Krankheit angesehen werden und verweist dazu auf RKUV 1988 S. 322 und RKUV 1987 S. 189. Daraus folgert sie, dass die Ausstossung der Frucht als Krankheit zu betrachten ist und die diesbezüglichen ärztlichen Behandlungen unter Berücksichtigung der Kostenbeteiligungen durch den Versicherer vergütet werden müssen.
- E. Ein zweiter Schriftenwechsel wurde durchgeführt. Die Beschwerdeführerin reichte die in der Fragestunde vom 6. Oktober 1997 von Nationalrätin Gonseth an die Bundesrätin gerichtete Frage und die Antwort des Eidgenössischen Departements des Innern ein, wonach davon ausgegangen werden müsste, dass der Gesetzgeber die Beschränkung auf die 28. Schwangerschaftswoche fallen gelassen hat und die Folgen eines Spontanabortes den Leistungen für Mutterschaft zugeordnet werden müssten. Eine solche Interpretation müsse jedoch auf ihre Wirkungen auf die Taggelder hin überprüft

werden. Die Beschwerdegegnerin hielt an ihren Anträgen fest und präzierte ihren Standpunkt dahin, dass nicht die Dauer der Schwangerschaft ausschlaggebend sei, sondern die Qualifizierung des Spontanabortes als Krankheit im Sinne des Gesetzes. Unter Hinweis auf die ständige Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts geht sie davon aus, dass pathologische Beschwerden im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft als Krankheit gewertet werden; sobald also während der Schwangerschaft Störungen auftreten, die ärztlicher Behandlung bedürfen, müsse von einer Krankheit im Sinne des Gesetzes gesprochen werden. Wenn eine Kostenbeteiligung für jegliche medizinische Behandlung im Rahmen einer Schwangerschaft ausgeschlossen würde, käme es zu enormen Abgrenzungsproblemen und es entstünden im Bereich der Taggeldversicherungen erhebliche Schwierigkeiten, namentlich im Zusammenhang mit Art. 74 Abs. 2 KVG.

#### **Aus den Erwägungen:**

2. Streitgegenstand bildet die Frage, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch darauf hat, dass die Beschwerdegegnerin die infolge des Spontanaborts in der 14. Schwangerschaftswoche entstandenen Spital- und Behandlungskosten im Betrag von insgesamt 713.90 Franken vollumfänglich, d.h. ohne Kostenbeteiligung der Versicherten übernimmt.

Unbestritten ist, dass die besagten Spital- und Behandlungskosten von der Grundversicherung gedeckt sind. Ebenfalls unbestritten ist, dass die Beschwerdeführerin im Oktober 1996 in Abänderung ihres Versicherungsvertrags per 1. Januar 1997 ihre Jahresfranchise auf 1500 Franken erhöht hat.

In ihren Leistungsabrechnungen hat die Beschwerdegegnerin die Bezahlung eines Spitalbeitrags und der Jahresfranchise verlangt. Die Beschwerdeführerin beantragt hingegen die vollständige Übernahme der angefallenen Kosten durch die Beschwerdegegnerin, denn sie ist der Ansicht, dass es sich bei ihrer Behandlung um Leistungen im Zusammenhang mit der Mutterschaft handelte und die Beschwerdegegnerin somit keine Kostenbeteiligung von ihr verlangen dürfe.

Zu prüfen ist im Folgenden somit, ob Spital- und Behandlungskosten für einen Spontanabort in der 14. Schwangerschaftswoche zu den Leistungen bei Mutterschaft im Sinne von Art. 64 Abs. 7 KVG zu zählen sind oder nicht.

3. a) Die soziale Krankenversicherung gewährt Leistungen bei Krankheit, Unfall (soweit dafür keine Unfallversicherung aufkommt) und Mutterschaft (Art. 1 Abs. 2 KVG). Krankheit ist gemäss der Begriffsdefinition von Art. 2 Abs. 1 KVG jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Mutterschaft umfasst Schwangerschaft und Niederkunft sowie die nachfolgende Erholungszeit der Mutter (Art. 2 Abs. 3 KVG).
- b) Art. 64 KVG, der sich im Rahmen der Finanzierung der sozialen Krankenpflegeversicherung mit der Beteiligung der Versicherten an den Kosten für die erbrachten Leistungen befasst, bestimmt in Abs. 7, dass auf den Leistungen bei Mutterschaft der Versicherer keine Kostenbeteiligung erheben darf.

Ansonsten besteht diese Kostenbeteiligung gemäss Abs. 2 aus: a) einem festen Jahresbetrag (Franchise); und b) 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten (Selbstbehalt). Der Bundesrat bestimmt die Franchise und setzt für den Selbstbehalt einen jährlichen Höchstbetrag fest (Abs. 3). Zudem leisten die Versicherten einen Beitrag an die Kosten des Aufenthalts im Spital, der ebenfalls vom Bundesrat bestimmt wird. Die Franchise nach Art. 64 Abs. 2 Bst. a KVG beträgt 230 Franken je Kalenderjahr. Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehalts nach Art. 64 Abs. 2 Bst. b des Gesetzes beläuft sich auf 600 Franken für Erwachsene und 300 Franken für Kinder (Art. 103 Abs. 1 und 2 der Verordnung über die Krankenversicherung; KVV; SR 832.102). Die Versicherer können neben der ordentlichen Krankenpflegeversicherung eine Versicherung betreiben, bei der Versicherte eine höhere Franchise als nach Art. 103 Abs. 1 wählen können (wählbare Franchisen). Die wählbaren Franchisen betragen für Erwachsene 400, 600, 1200 und 1500 Franken, für Kinder 150, 300 und 375 Franken.

Gemäss Art. 104 Abs. 1 KVV beträgt der tägliche Beitrag zu den Kosten des Aufenthalts im Spital nach Art. 64 Abs. 5 KVG 10 Franken. Frauen haben gemäss Art. 104 Abs. 2 Bst. b KVV für Leistungen bei Mutterschaft aber keinen Beitrag zu entrichten.

- c) Gemäss Art. 2 Abs. 1 und 3 KVG wird somit unter den Risiken, welche von der sozialen Krankenversicherung gedeckt sind, zwischen Krankheit und Mutterschaft klar unterschieden (vgl. BGE 124 V 291 Erw. 3.c = RKUV 1998 S. 424; RDAT I 2000 Nr. 67).

Laut Art. 24 KVG übernimmt die obligatorische Krankenversicherung die Kosten für die Leistungen gemäss Art. 25 bis 31 nach Massgabe der in den Artikeln 32 bis 34 festgelegten Voraussetzungen. So werden in Anwendung von Art. 25 KVG (Randtitel: Allgemeine Leistungen bei Krankheit) die Kosten

für die von Ärzten und Ärztinnen verordneten Analysen, Arzneimittel und die der Untersuchung oder Behandlung dienenden Mittel und Gegenstände übernommen (Art. 25 Abs. 2 Bst. b KVG).

Unter dem Randtitel "Mutterschaft" sieht Art. 29 Abs. 1 KVG vor, dass die obligatorische Krankenversicherung nebst den Kosten für die gleichen Leistungen wie bei Krankheit auch die Kosten der besonderen Leistungen bei Mutterschaft übernimmt. Diese Leistungen umfassen nach Art. 29 Abs. 2 KVG (in der zum massgebenden Zeitpunkt geltenden Fassung):

- a. die von Ärzten und Ärztinnen oder von Hebammen durchgeführten oder ärztlich angeordneten Kontrolluntersuchungen während und nach der Schwangerschaft;
- b. die Entbindung zu Hause, in einem Spital oder einer Einrichtung der teilstationären Krankenpflege sowie die Geburtshilfe durch Ärzte und Ärztinnen oder Hebammen;
- c. die notwendige Stillberatung.

Seit dem 1. Januar 2001 gehört dazu auch die Pflege und der Aufenthalt des gesunden Neugeborenen, solange es sich mit der Mutter im Spital aufhält (Bst. d).

Gemäss Art. 33 Abs. 2 KVG ist es Aufgabe des Bundesrates, die Leistungen gemäss Art. 29 Abs. 2 Bst. a und c KVG zu bezeichnen. In Art. 33 Bst. d der Verordnung über die Krankenversicherung vom 27. Juni 1995 (KVV; SR 832.102) wiederum wurde diese Kompetenz an das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) weiterdelegiert, welches beauftragt wurde, nach Anhörung der zuständigen Kommission die Behandlungen zu bezeichnen. Das Departement erliess betreffend die besonderen Leistungen bei Mutterschaft nach Art. 29 Abs. 2 Bst. a und c KVG die Art. 13 bis 16 der bereits erwähnten Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV. Diese Bestimmungen konkretisieren jene Fälle, bei denen Pflichtleistungen zu erbringen sind, und zwar betreffend die Kontrolluntersuchungen (Art. 13 KLV), die Geburtsvorbereitung (Art. 14 KLV), die Stillberatung (Art. 15 KLV) und die Leistungen der Hebammen (Art. 16 KLV).

- d) In einem jüngeren Urteil hat das Eidgenössische Versicherungsgericht (EVG) seine ständige Rechtsprechung zum alten KUVG bezüglich der Frage, ob die Leistungen zur Behandlung von Beschwerden im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft (pathologische Schwangerschaft) als Mutterschaftsleistungen zu betrachten seien oder nicht, bestätigt und auch unter dem neuen KVG als anwendbar erklärt (BGE 127 V 268). In BGE 97 V 193, wo es um den Fall einer Versicherten ging, welche vom Versicherer die vollständige Übernahme der Behandlungskosten für ein Leiden im

Zusammenhang mit ihrer Schwangerschaft verlangte, hatte das EVG wie folgt entschieden: "Es ist daher zu prüfen, ob die Kasse berechtigt sei, die Auslagen von Fr. 59.70 für Arzneien, die anlässlich der Kontrolluntersuchungen der schwangeren Beschwerdegegnerin ärztlich verordnet worden sind, auf die reglementarische Franchise von maximal Fr. 100.-- anzurechnen, oder ob hierfür als Leistung bei Mutterschaft eine Kostenbeteiligung der Versicherten ausgeschlossen ist. (...) Die Kontrolluntersuchung dient daher nur der Überwachung einer Schwangerschaft. Ärztliche Vorkehren, welche auf Grund einer bei dieser Untersuchung festgestellten Gesundheitsstörung erfolgen, gehören nicht mehr zu der Kontrolluntersuchung im Sinne von Art. 14 Abs. 2 Ziffer 4 KUVG, sondern zur Krankenpflege gemäss Art. 12 KUVG. Das bedeutet, dass eine solche Behandlung nicht als Leistung bei Mutterschaft gilt und daher von der Kostenbeteiligung der Versicherten nicht ausgeschlossen ist." In RSKV 1972 Nr. 117 hatte das EVG bestätigt, dass im Falle von Schwangerschaft nur die besonderen Leistungen gemäss Art. 14 KUVG, nicht aber die einer Schwangeren gleichzeitig gewährten ordentlichen Leistungen von Selbstbehalt und Franchise ausgenommen sind (vgl. auch RKUV 1995 S. 12 Erw. 2, RSKV 1988 S. 320 Erw. 1). In seinem neuesten Entscheid hält das EVG nun unter Hinweis auf den Willen von Bundesrat und Gesetzgeber fest, das KVG könne nicht dahin gehend ausgelegt werden, dass im Gegensatz zum KUVG nun auch sämtliche Leistungen, die bei Schwangerschaftskomplikationen erbracht werden, zu den Mutterschaftsleistungen zu zählen und von der Kostenbeteiligung ausgeschlossen sind.

In einem anderen Fall hat das EVG aber die Regel aufgestellt, man dürfe eine Schwangerschaft nur mit Zurückhaltung als pathologisch bezeichnen, damit nicht die Dauer der für Schwangerschaft und Entbindung geschuldeten Taggeldleistungen durch einen Anspruch auf Taggelder für Krankheit künstlich verlängert werde (BGE 124 V 291 Erw. 2.b, unter Hinweis auf BGE 116 V 118).

- e) Zu prüfen ist nun im Lichte der dargelegten Rechtsprechung, ob der hier vorliegende Sachverhalt eines Spontanabortes in der 14. SSW als Gesundheitsstörung oder pathologische Schwangerschaftsbeschwerde zu qualifizieren ist und die dadurch bedingten ärztlichen Vorkehren somit als Leistungen bei Krankheit zu bezeichnen sind.

Das EVG hat in RSKV 1988 S. 320 Erw. 2 ausdrücklich festgehalten, dass eine Frühgeburt nicht von einem pathologischen Zustand herrührt. Dies leitete es unter anderem auch daraus ab, dass das KUVG Kostendeckung für Mutterschaft (Art. 14 KUVG) unter der Voraussetzung, dass die Schwangerschaft mindestens 28 Wochen gedauert hatte, auch dann gewährte, wenn das Kind nicht lebensfähig war (Art. 42 VO III). Dem entsprechend wurde

eine Fehlgeburt, die vor diesem Zeitpunkt eintrat, unter dem alten Recht praxisgemäss dem Versicherungsrisiko Krankheit zugeordnet (GEBHARD EUGSTER, Krankenversicherung, *in*: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht SBVR, Soziale Sicherheit, Rz. 345). Jene Rechtsprechung bezog sich auf eine Rechtslage, in welcher Mutterschaftsleistungen nur ab der Niederkunft anerkannt waren, bzw. ab der 28. Schwangerschaftswoche. Das EVG sagte beispielsweise in BGE 97 V 193 unter Hinweis auf Art. 14 Abs. 6 KUVG, dass die Pflegeleistungen grundsätzlich erst mit der Niederkunft als Mutterschaftsleistungen anzusehen seien, mit Ausnahme der Kontrolluntersuchungen, welche schon vom Beginn der Schwangerschaft übernommen werden. Unter diesen Voraussetzungen wurden die Leistungen von den Versicherern ohne Abzug einer Kostenbeteiligung der Versicherten vergütet, unabhängig davon, ob das Kind lebend oder tot geboren wurde.

In der neuen Rechtsordnung ist dieser Termin der 28. Schwangerschaftswoche aufgegeben worden und die Begriffsdefinition der Mutterschaft in einer eigens dazu eingeführten Bestimmung auf die gesamte Schwangerschaft, d.h. von der Empfängnis bis zur Geburt, ausgeweitet worden (Art. 2 Abs. 3 KVG). Sie schliesst damit auch die Fehlgeburt und die Frühgeburt ein (ALFRED MAURER, Das neue Krankenversicherungsrecht, Basel 1996, S. 34). Das KVG und seine Nebenerlasse kennen somit im Gegensatz zum alten Recht keine Bestimmung, welche die Frühgeburt von der Fehlgeburt abgrenzen würde (EUGSTER, a.a.O., FN 848). Im neuen Recht begründen die Schwangerschaft und die Entbindung als solche einen Anspruch auf Mutterschaftsleistungen der obligatorischen Krankenversicherung (SVR 2000, KV Nr. 14, Erw. 2d; PIERRE WAGNER, Les définitions de la maladie, de l'accident et de la maternité [contribution à l'étude de l'art. 2 LAMal], *in*: Recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, S. 142. Wagner fügt bei, dass es dabei nicht mehr darauf ankommt, ob es sich um eine normale oder um eine Risikoschwangerschaft handelt, und geht somit weiter als das EVG in seiner jüngsten Rechtsprechung).

Alle medizinischen Massnahmen der Geburtshilfe bei termingerechter Niederkunft oder bei Frühgeburt sind besondere Mutterschaftsleistungen, auch wenn die Entbindung irregulär verläuft und Komplikationen verursacht, wie etwa die Notwendigkeit eines Kaiserschnitts. Der für die Entbindung notwendige Einsatz medizinischer Mittel und Anwendungen ist in keinem Fall Krankheitsbehandlung (EUGSTER, a.a.O., Rz. 345). Dies gilt somit auch bei termingerechter Totgeburt oder Frühgeburt eines nicht lebensfähigen Kindes.

Auch eine Fehlgeburt stellt das Ende einer Schwangerschaft dar. Es handelt sich um die vorzeitige Auslösung eines an sich normalen Vorganges und nicht um ein pathologisches Phänomen (SVR 2000, KV 14, Erw. 3.c). Sofern eine Fehlgeburt somit nicht an sich eine gesundheitliche Störung darstellt, muss im Gegensatz zur Behandlung einer Schwangeren wegen der Gefahr



einer Früh- oder Fehlgeburt davon ausgegangen werden, dass die damit verbundenen Pflegeleistungen als Leistungen bei Mutterschaft zu qualifizieren sind (vgl. BGE 127 V 268 Erw. 2a, 126 V 111 Erw. 2b; EUGSTER, a.a.O., Rz. 343; zum selben Schluss kommt BARBARA HÜRLIMANN, *in*: Krankenversicherung, Ein Ratgeber aus der Beobachter-Praxis, Zürich 1998, S. 184; anderer Auffassung ist offenbar MAURER, a.a.O., S. 49, der Fehl- und Frühgeburten als Schwangerschaftskrankheiten qualifiziert, diese Aussage aber nicht weiter ausführt oder durch Hinweise auf Rechtsprechung oder wissenschaftliche Lehre belegt; vgl. auch VPB 48 46: Beobachtung und Leitung einer Fehlgeburt oder einer Frühgeburt bis und mit dem 6. Schwangerschaftsmonat, einschliesslich fünf Tage Pflege, gehören zu den Tätigkeiten der Hebammen).

4. a) Im vorliegenden Fall ist in der 14. Schwangerschaftswoche nach einer bis zu diesem Zeitpunkt risiko- und problemlos verlaufenen Schwangerschaft ein Spontanabort eingetreten. Nach dem Gesagten kann dieser nicht als gesundheitliche Störung der Beschwerdeführerin qualifiziert werden. In Anlehnung an die erst kürzlich wieder bestätigte ständige Rechtsprechung des EVG (BGE 127 V 268) sind die im Zusammenhang mit dem Spontanabort in der 14. Schwangerschaftswoche erbrachten medizinischen Vorkehren *a contrario* zu den Mutterschaftsleistungen zu zählen und somit von der Kostenbeteiligung durch die Beschwerdeführerin auszuschliessen. Die angefallenen Kosten sind daher vollumfänglich und ohne Beteiligung der Beschwerdeführerin von der sozialen Krankenversicherung zu tragen.
- b) Die Beschwerde ist daher gutzuheissen und der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben. Die Beschwerdegegnerin hat die gesamten Spital- und Behandlungskosten im Zusammenhang mit dem von der Beschwerdeführerin erlittenen Spontanabort gemäss Leistungsabrechnungen vom April und vom Mai 1997 ohne Berücksichtigung einer Kostenbeteiligung der Beschwerdeführerin zu übernehmen.
- c) Unter diesen Umständen kann die von der Beschwerdeführerin aufgeworfene Frage der rechtungleichen Stellung von Frauen im Empfängnisalter gegenüber Männern hinsichtlich der Möglichkeit, eine Versicherung mit einer höheren wählbaren Franchise abzuschliessen, hier offen gelassen werden.

Ebenso kann dahingestellt bleiben, ob die vertraglichen Verhandlungen der Beschwerdeführerin mit der Beschwerdegegnerin, welche zur Erhöhung der Jahresfranchise auf 1500 Franken geführt haben und anlässlich welcher die Beschwerdeführerin sich ausdrücklich über die Auswirkungen dieser Vertragsänderung auf die Leistungen bei Mutterschaft erkundigt hat, unter dem Gesichtspunkt des Schutzes von Treu und Glauben eine Schlussfolgerung

zugunsten der Beschwerdeführerin rechtfertigen würde, namentlich unter Beachtung der Tatsache, dass ihre diesbezüglichen Aussagen unbestritten sind (vgl. dazu SVR 2001 KV Nr. 3 = Praxis 2001 Nr. 72; BGE 121 V 65).

Festzuhalten ist zuletzt, dass das Gesuch um Gewährung der aufschiebenden Wirkung gegenstandslos ist, da die Beschwerde gegenüber der Verfügung, die eine Geldleistung der Beschwerdeführerin zum Gegenstand hatte, bereits aufschiebende Wirkung entfaltete (Art. 84 Abs. 1 VRG).