



HESSISCHER LANDTAG

29. 10. 2009

Kleine Anfrage

des Abg. Dr. Spies (SPD) vom 08.09.2009

betreffend Hebammenvergütung

und

Antwort

des Ministers für Arbeit, Familie und Gesundheit

Vorbemerkung des Fragestellers:

Seit dem 1. August 2007 ist der Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V in Kraft. Darin werden für gesetzlich versicherte Frauen unter anderem einige neue, zeitgemäße Regelungen für die Hebammenversorgung geregelt. Eine entsprechende Neuregelung für nicht gesetzlich versicherte Frauen steht noch aus. Mit Verordnung vom 30. Juni 2009 (GVBl. Hessen I vom 20. Juli 2009, S. 271) hat der Hessische Minister für Arbeit, Familie und Gesundheit die Hebammengebührenverordnung vom Oktober 1986, aufgehoben am 15. Dezember 2004, mittels einer statischen Verweisung für Hessen erneut in Kraft gesetzt.

Vorbemerkung des Ministers für Arbeit, Familie und Gesundheit:

Der Hintergrund für die Änderung der hessischen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung bestand darin, dass diese zuvor auf die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung des Bundes für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verwies.

Der Bundesgesetzgeber ermöglichte es im Jahr 2006 jedoch den Krankenkassen-Spitzenverbänden, mit den maßgeblichen Hebammenverbänden nach § 134a SGB V mit Wirkung ab dem 1. Januar 2007 auf vertraglicher Ebene neue Gebührenstrukturen zu vereinbaren und die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung des Bundes abzulösen.

Dieser Vertrag wurde von den Spitzenverbänden mit Wirkung zum 1. August 2007 abgeschlossen. Der Bund hob dann seine Verordnung zu diesem Zeitpunkt auf.

Eine entsprechende Modifizierung der entsprechenden hessischen Gebührenverordnung wurde erforderlich.

Sowohl der Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD) als auch der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und das Hessische Innenministerium sprachen sich aus Gründen der Rechtssicherheit für die Beibehaltung einer hessischen Gebührenordnung für nicht gesetzlich versicherte Frauen aus.

Diese Vorbemerkungen vorangestellt, beantworte ich die Kleine Anfrage wie folgt:

Frage 1. Welche Hebammenleistungen können auf Grundlage des Vertrags über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V und der auf dieser Grundlage geschlossenen Vergütungsvereinbarung von Hebammen bei gesetzlich versicherten Frauen erbracht und vergütet werden?

Für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Berufsverbänden der Hebammen ein Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V abgeschlossen. Dieser Vertrag regelt u.a. die Einzelheiten der Versorgung der GKV-Versicherten mit abrechnungsfähigen Leistungen der Hebammenhilfe durch freiberuflich tätige Hebammen gemäß § 134a Abs. 1

SGB V und die Vergütung der Hebammenleistungen (= Hebammen-Vergütungsvereinbarung). Die Hebammen-Vergütungsvereinbarung enthält ein detailliertes Leistungsverzeichnis inkl. Vergütung der einzelnen Leistungen. Sowohl die Vergütungsvereinbarung als auch das Leistungsverzeichnis sind als Anlage 1 und 2 beigelegt.

Frage 2. Welche Hebammenleistungen können auf Grundlage der durch Verordnung des Hessischen Minister für Arbeit, Familie und Gesundheit vom 30. Juni 2009 wieder eingeführten Hebammengebührenverordnung vom Oktober 1986 erbracht und vergütet werden?

Es handelt sich um sämtliche Leistungen, die bis zu deren Außerkrafttreten im August 2007 Bestandteil der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung des Bundes für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung waren. Für diese Leistungen können die im dazu gehörenden Gebührenverzeichnis aufgeführten Gebühren bis zur Höhe des zweifachen Satzes berechnet werden. Diese ist als Anlage 3 beigelegt.

Frage 3. Wie unterscheiden sich die beiden Leistungsspektren?

Ein Vergleich des Gebührenverzeichnisses der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung mit dem Leistungsverzeichnis der Hebammen-Vergütungsvereinbarung zeigt, dass die Leistungsspektren nahezu identisch sind.

Minimale Abweichungen gibt es lediglich bei der Häufigkeit der Abrechenbarkeit von Vorgesprächen sowie von Geburtsvorbereitungen.

Da die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung des Bundes seit ihrem Inkrafttreten im Jahr 1986 fortlaufend an die fachliche Entwicklung in diesem Bereich angepasst wurde, konnte sie im Jahr 2006 und 2007 den Verhandlungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Hebammenverbänden zugrunde gelegt werden. Unterschiede bestehen daher vor allem im Bereich der Gebührensätze.

Bei den abrechenbaren Leistungsbeschreibungen werden im Leistungsverzeichnis der Hebammen-Vergütungsvereinbarung etwa im Abschnitt B - Geburtshilfe - allgemeine Bestimmungen vorangestellt, die Details hinsichtlich der Häufigkeit bei der Ansetzbarkeit einzelner Gebühren festlegen. In den nachfolgenden Gebührensätzen wird der maßgebliche Zeitpunkt für die Abrechenbarkeit der einzelnen Sätze festgelegt. In den Abschnitten C und D verhält es sich ähnlich.

Neu aufgenommen wurde ein Abschnitt E, in welchem Regelungen zum Auslagensatz und Wegegeld getroffen werden. Diese Regelungen befinden sich in der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung in den §§ 3 und 4.

Insgesamt sind die Abweichungen daher nahezu ausschließlich abrechnungstechnischer Art und bedeuten kein abweichendes Leistungsspektrum.

Frage 4. Welche Gebührenordnung/Vergütungsvereinbarung ist die Grundlage für die Beihilfefähigkeit von Hebammenleistungen für Bedienstete des Landes Hessen?

Die Verordnung über Gebühren für Hebammenhilfe außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung in der Fassung der Verordnung zur Verlängerung der Geltungsdauer und Änderung befristeter Rechtsvorschriften im Geschäftsbereich des Ministeriums für Arbeit, Familie und Gesundheit vom 30.6.2009 (GVBl. I S. 271) bildet auch die Grundlage für die Beihilfefähigkeit von Aufwendungen für Hebammenleistungen nach der Hessischen Beihilfenverordnung.

Frage 5. Warum hat die Landesregierung bei ihrer Verordnung nicht die Hebammen-Vergütungsvereinbarung und das darin enthaltene erweiterte Leistungsspektrum zur Grundlage ihrer Verordnung gemacht?

Aus grundsätzlichen Erwägungen sollte eine Landesgebührenverordnung in ihrer Ausgestaltung nicht von sich jederzeit ändernden GKV-Verträgen auf Bundesebene abhängig sein. Hier wäre insbesondere das Demokratieprinzip sowie das Prinzip des Förderalismus tangiert, da Verbände des Gesundheitswesens auf Bundesebene so mittelbar den Inhalt hessischer Rechtsverordnungen bestimmen könnten und dies in beihilferechtlicher Hinsicht unmittelbare Auswirkungen auf den Landeshaushalt hätte.

Vor diesem Hintergrund regelt auch II Nr. 2 der Anlage 3 zu §§ 57, 66 GGO (Gemeinsame Geschäftsordnung der Ministerien des Landes Hessen - Redaktionelle Richtlinien für die Gestaltung von Rechtsvorschriften), dass dynamische Verweisungen auf Vorschriften des Bundes in der Regel nicht in Betracht kommen. Daher beinhaltet die Verordnung nun eine statische Verweisung auf die ehemalige Gebührenverordnung des Bundes. Ebenso verfahren die Länder Mecklenburg-Vorpommern, Bayern und Rheinland-Pfalz.

- Frage 6. Erachtet die Landesregierung Leistungen, die in der Hebammen-Vergütungsvereinbarung vorgesehen sind, für nicht notwendig und
- a) wenn ja, welche sind das und wird sie Schritte ergreifen, um die dann nach ihrer Auffassung unnötigen Leistungen auch aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu entfernen,
 - b) oder wenn nein, was wird sie wann tun, um diese Leistungen auch nicht gesetzlich versicherten Frauen zugänglich zu machen?

Wie bereits dargelegt, existieren hinsichtlich des Leistungsspektrums beider Vergütungsvereinbarungen keine wesentlichen Unterschiede.

Bei der alle fünf Jahre stattfindenden Evaluierung befristeter Rechtsvorschriften wird dann jedoch zu prüfen sein, inwieweit die Hessische Hebammenhilfe-Vergütungsverordnung der Modifizierung und gegebenenfalls der Angleichung an den dann existierenden Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe und dessen Gebührenverzeichnis nach § 134a SGB V bedarf.

Wiesbaden, 16. Oktober 2009

Jürgen Banzer

**Die Anlagen können in der Bibliothek
des Hessischen Landtags eingesehen
oder im Internet im Dokumentenarchiv
(www.Hessischer-Landtag.de) abgerufen
werden.**

Anlage 1

Vertrag
über die Versorgung mit Hebammenhilfe
nach § 134a SGB V

zwischen

den Berufsverbänden der Hebammen:

Bund Deutscher Hebammen e.V. (BDH), Karlsruhe
Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD), Frankfurt

- einerselts -

und

den Spitzenverbänden der Krankenkassen:

AOK-Bundesverband, Bonn-Bad Godesberg
IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
Knappschaft, Bochum
See-Krankenkasse, Hamburg
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK), Siegburg
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

- anderselts -

Präambel

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten, maßgeblichen Berufsverbände der Hebammen schließen einen Vertrag auf der Grundlage des § 134a SGB V. Ziel ist es, bundes-

weit eine einheitliche, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung mit Leistungen der Hebammenhilfe zu gewährleisten.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

Der Vertrag regelt insbesondere:

- a) die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten mit abrechnungsfähigen Leistungen der Hebammenhilfe durch freiberuflich tätige Hebammen gemäß § 134a Abs. 1 SGB V,
- b) die Vergütung der Hebammenleistungen (Hebammen-Vergütungsvereinbarung, Anlage 1),
- c) die Abrechnung von Hebammenleistungen (Anlage 2),
- d) Vereinbarung über den Einsatz und die Vergütung von Materialien und Arzneimitteln (Anlage 3),
- e) die Teilnahme der Hebammen an diesem Vertrag (Anlage 4).

§ 2 Grundlagen

Neben § 134a SGB V sind bei der Umsetzung dieses Vertrages und der Leistungserbringung die rechtlichen Grundlagen in der jeweils gültigen Fassung zu beachten. Dies sind insbesondere:

- §§ 195 - 196 RVO (§§ 22, 23 KVLG),
- §§ 12, 70 SGB V, § 301 a i. V. m. § 302 SGB V,
- Hebammengesetz,
- Berufsordnungen der Länder,
- die Mutterschafts-Richtlinien des Bundesausschusses nach § 92 SGB V.

§ 3 Ziele der Hebammenhilfe

- (1) Ziel der Hebammenhilfe ist die Förderung des regelrechten Verlaufs von Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft durch
 - Beratung und Hilfe bei Schwangerschaft und deren Beschwerden,
 - Vorbereitung auf Geburt und Mutterschaft einschließlich der Aufklärung über mögliche Abweichungen vom normalen Verlauf,

- Hilfe bei Wehen und der Geburt,
 - Beratung, Hilfe und Untersuchung bei Überwachung des Wochenbettverlaufs und der Entwicklung des Säuglings,
 - Stillförderung und Unterstützung bei Stillschwierigkeiten und Ernährungsproblemen des Säuglings.
- (2) Hebammen und Krankenkassen wirken darauf hin, dass die Versicherten eigenverantwortlich und durch gesundheitsbewusste Lebensführung und aktive Mitwirkung dazu beitragen, den Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes optimal zu unterstützen.

§ 4 Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Dieser Vertrag entfaltet Rechtswirkung für freiberuflich tätige Hebammen, soweit sie einem der oben genannten Berufsverbände angehören und die Satzung der Berufsverbände (BDH/BfHD) der Hebammen eine Rechtswirkung dieses Vertrages für die angehörenden Hebammen vorsieht. Dieser Vertrag gilt auch für diejenigen Hebammen, die diesem Vertrag beigetreten sind.
- (2) Als Hebammen im Sinne dieses Vertrages gelten auch Entbindungspfleger.
- (3) Hebammen sind dann freiberuflich tätig, wenn sie insbesondere frei über ihre Arbeitskraft verfügen können, Tätigkeitszeit und -ort bestimmen und das unternehmerische Risiko tragen.
- (4) Die Berufsverbände stellen dem federführenden Spitzenverband VdAK monatlich eine Liste der Vertragshebammen zur Verfügung. Diese enthält mindestens Namen und Anschrift der Hebammen, die IK der Hebamme zuzüglich IK, Name und Anschrift der Hebammeninstitutionen. Das Nähere regelt Anlage 4.
- (5) Der Beitritt der nicht in den vertragsschließenden Berufsverbänden organisierten Hebammen zu diesem Vertrag ist dem VdAK mittels Beitrittserklärung gemäß Anlage 4 schriftlich mitzuteilen.

§ 5 Information und Werbung

- (1) Die Vertragspartner können Informationen nach § 4 Abs. 4 über die nächstreichbaren Hebammen bekannt geben, die an der Versorgung mit Hebammenhilfe auf der Basis dieses Vertrages mitwirken.
- (2) Die Vertragspartner verpflichten sich im Hinblick auf die in diesem Rahmen zu erbringenden Leistungen zur Einhaltung der Vorschriften zur Werbung, die sich aus dem Wettbewerbsrecht oder dem Heilmittelwerbegesetz ergeben.

§ 6 Leistungserbringung

- (1) Die Hebamme meldet sich vor der erstmaligen Leistungserbringung nach diesem Vertrag bei dem für sie zuständigen Gesundheitsamt gemäß der jeweiligen Landesberufsordnung an und führt die vorgeschriebenen Dokumentationen.
- (2) Die Hebamme erbringt Leistungen persönlich. Die persönliche Leistungserbringung kann auch in einer Hebammengemeinschaft freiberuflicher Hebammen erfolgen. Als persönliche Leistungen gelten auch Leistungen von Hebammen, die in der Gemeinschaft bzw. bei einer einzelnen Hebamme angestellt sind.
- (3) Die Haftung für die Tätigkeit sämtlicher Angestellter erfolgt nach den gesetzlichen Vorschriften.
- (4) Die Hebamme schließt eine ausreichende leistungsbezogene Haftpflichtversicherung ab, die in begründeten Einzelfällen auf Verlangen der leistungspflichtigen Krankenkasse nachzuweisen ist.
- (5) Die Quittierung der von der Hebamme erbrachten Leistungen sowie der Auslagen durch die Versicherte wird in Anlage 1 geregelt.
- (6) Die Hebamme erbringt im Rahmen ihrer gegenüber dem Gesundheitsamt gemeldeten Tätigkeitsfelder sowie unter Berücksichtigung der vorhandenen Infrastruktur qualitativ hochwertige Leistungen im Rahmen des Leistungskataloges der GKV. Zu dessen Bestimmung und Ausfüllung dient das Leistungsverzeichnis der Hebammen-Vergütungsvereinbarung. Bei der Versorgung mit Hebammenhilfe orientiert sich die Hebamme am aktuellen Stand des Hebammenwissens. Sie stellt sicher, dass die für die Leistungserbringung nötigen organisatorischen, räumlichen und sächlichen Voraussetzungen erfüllt sind.
- (7) Das Behandeln pathologischer Vorgänge bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen sowie Neugeborenen ist Ärzten vorbehalten. Daneben besteht Anspruch auf die vertraglich vereinbarten Hebammenleistungen, um die Ziele der Hebammenhilfe i.S.d. § 3 dieses Vertrages zu erreichen. Die Hebamme hat die Versicherte bei pathologischem Verlauf auf die Notwendigkeit der Weiterbehandlung durch einen Arzt hinzuweisen und dies zu dokumentieren. Dies gilt insbesondere, wenn die Versicherte der Empfehlung der Hebamme nicht folgt.
- (8) Die Hebammen gewährleisten, dass die Versicherten der Krankenkassen bei der Versorgung mit Hebammenhilfe nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (9) Die Abgabe von Hilfsmitteln ist nicht Gegenstand dieses Vertrages.

§ 7

Maßnahmen zur Qualitätssicherung

- (1) Die Hebamme ist gemäß der jeweiligen Berufsordnung der Hebammen verpflichtet, an Qualitätssicherungsmaßnahmen und an Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen.
- (2) Die Landesverbände der Krankenkassen bzw. die Verbände der Ersatzkassen sind berechtigt, im Rahmen der Qualitätssicherung die Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Pflichten zu überprüfen.

§ 8

Strukturqualität

- (1) Die Vorschriften des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie der nach dem MPG relevanten Verordnungen (z. B. Betreiberverordnung und Medizingeräteverordnung) und der Hygiene- sowie Unfallverhütungsvorschriften sind von den Hebammen im Zusammenhang mit der Versorgung der Versicherten mit Hebammenhilfe zu beachten.
- (2) Materialien und Arzneimittel sind vor dem Zugriff von Unbefugten geschützt zu lagern. Die Qualität der Materialien und Arzneimittel darf durch die Art und Weise der Lagerung nicht nachhaltig beeinflusst werden. Materialien und Arzneimittel sind so zu lagern, dass insbesondere Verwechslungen ausgeschlossen werden. Die Vorschriften der Gefahrstoffverordnungen über die Lagerung von Stoffen oder Zubereitungen sind zu beachten.

§ 9

Prozessqualität

- (1) Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Prozesse im Zusammenhang mit der Versorgung der Versicherten mit Hebammenhilfe. Die Hebamme klärt die Versicherte über die ihr zustehenden Leistungen nach diesem Vertrag auf. Dies gilt insbesondere vor dem Abschluss von Verträgen über private Zusatzleistungen.
- (2) Zur Sicherung der Prozessqualität bei der Versorgung der Versicherten mit Hebammenhilfe haben die Hebammen insbesondere folgendes zu gewährleisten:
 - Hinzuziehung von Kinderärzten, Gynäkologen, Krankenhäusern und Krankenkassen im Bedarfsfall,
 - Dokumentation des Versorgungsverlaufs,
 - Erreichbarkeit.
- (3) Die Hebamme ist darüber hinaus verpflichtet, zur Sicherstellung einer ggf. erforderlichen Mit- oder Weiterversorgung durch andere Leistungserbringer (z. B.

andere Hebammen, Kliniken, Gynäkologen, Kinderärzte) die zur Weiterversorgung notwendigen Angaben des Versorgungsverlaufes zu dokumentieren und der Versicherten zuzuleiten.

§ 10 Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität zeichnet sich in erster Linie durch die Erreichung der unter § 3 genannten Ziele aus.

§ 11 Wirtschaftlichkeit

Hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit, Qualität, Humanität gelten §§ 12 Abs. 1, 70 SGB V entsprechend.

§ 12 Vergütung

Die Vergütung der nach diesem Vertrag abrechnungsfähigen Leistungen der Hebammenhilfe erfolgen gemäß der Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) in der jeweils geltenden Fassung.

§ 13 Abrechnungsmodalitäten

Die Verwendung des Institutionskennzeichens sowie das Abrechnungsverfahren sind in Anlage 2 geregelt.

§ 14 Datenschutz

- (1) Die Hebamme verpflichtet sich, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (§§ 35, 37 SGB I, § 284 SGB V sowie §§ 67 bis 85 SGB X) zu beachten, personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, verarbeiten, bekannt zu geben, zugänglich zu machen oder sonst zu nutzen.
- (2) Die Hebamme unterliegt hinsichtlich der Person und dem Zustand der Versicherten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber

der leistungspflichtigen Krankenkasse zur Geltendmachung und Durchsetzung der Ansprüche sowie – mit Zustimmung der Versicherten - gegenüber den behandelnden Ärzten und Kliniken.

- (3) Die Hebamme und Hebammengemeinschaften verpflichten ihre Mitarbeiterinnen zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen.
- (4) Die gem. § 4 Abs. 4 dieses Vertrages zur Verfügung gestellten Daten der Hebammen dürfen nur zu vertraglichen Zwecken verwendet werden.

§ 15

Vertragspartnerschaft

- (1) Die Vertragspartner gehen vom Grundsatz vertrauensvoller Zusammenarbeit aus.
- (2) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Zweifelsfragen, die sich aus diesem Vertrag ergeben, werden von den Vertragspartnern einvernehmlich geklärt.

§ 16

Vertragsausschuss

Zur Klärung von nicht nach § 15 Abs. 2 einvernehmlich geklärten Meinungsverschiedenheiten zwischen den Vertragspartnern sowie zur Klärung von Vertragsverstößen im Sinne des § 17 kann auf Antrag eines Vertragspartners ein Vertragsausschuss gebildet werden. Dieser setzt sich aus jeweils drei Vertretern der Spitzenverbände einerseits und Vertretern der Berufsverbände andererseits paritätisch zusammen.

§ 17

Vertragsverstöße/Regressverfahren

- (1) Die Krankenkassen sind berechtigt, bei Erbringung von Hebammenleistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) oder einer durch die Kassen autorisierten Person einzuholen.

- (2) Erfüllt eine Hebamme die ihr obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann sie durch die Spitzenverbände der Krankenkassen schriftlich verwahrt werden; die Spitzenverbände setzen eine angemessene Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes durch die Hebamme fest.
- (3) Bei schwer wiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen erfolgt eine Anhörung der Hebamme im Vertragsausschuss. Im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss können die Spitzenverbände der Krankenkassen sodann eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 10.000 Euro festsetzen. Der Vertragsausschuss kann auf Antrag die Vertragsstrafe analog § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB IV stunden.
- (4) Schwer wiegende oder wiederholte Vertragsverstöße rechtfertigen den sofortigen Vertragsausschluss durch die Spitzenverbände der Krankenkassen. Unabhängig davon ist der entstandene Schaden zu ersetzen.
- (5) Bestehen Zweifel an der freiberuflichen Tätigkeit, so kann die leistungspflichtige Kasse entsprechende Nachweise fordern.

§ 13 Inkrafttreten

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.08.2007 in Kraft. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen und kann unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten zum Jahresende, erstmals zum 31.12.2009 schriftlich gekündigt werden.
- (2) Die Hebammen-Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) wird angewendet auf alle Abrechnungen, die ab dem 15.09.2007 bei den Krankenkassen eingehen für Leistungen, die ab dem 01.08.2007 erbracht wurden. § 4 der Anlage 1 tritt am 15.09.2007 in Kraft. Bis zu diesem Zeitpunkt wird das Nähere über die Form der Versichertenbestätigung und das Verfahren einer ggf. elektronischen Übermittlung der Versichertenbestätigung an die Krankenkasse vereinbart.
- (3) Für die Kündigung der Hebammen-Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) gelten die Fristen aus Absatz 1 ebenso. Zum 01.01.2008 wird § 2 der Hebammen-Vergütungsvereinbarung in Anlage 3 (Vereinbarung über Materialien und Arzneimittel) überführt; die hieraus resultierenden Anpassungen der Anlage 1 bedürfen keiner separaten Kündigung.

- (4) Der Vertrag bzw. seine Anlagen gelten bis zum Inkrafttreten eines neuen Vertrages bzw. seiner Anlagen weiter.

§ 19 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden bzw. neue hinzukommen, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Anlagen:

- Anlage 1: Hebammen-Vergütungsvereinbarung
- Anlage 2: Abrechnung von Hebammenleistungen
- Anlage 3: noch offen
- Anlage 4.1: Beitrittserklärung
- Anlage 4.2: Abfrageformular für die Vertragspartnerliste Hebammen

Hebammen-Vergütungsvereinbarung¹

(Anlage 1 zum Vertrag nach § 134a SGB V)

§ 1

Anwendungsbereich

- (1) Die Vergütungen für die Leistungen der freiberuflichen Hebammen im Rahmen der Hebammenhilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmen sich gemäß § 1 des Vertrages nach § 134a SGB V nach dieser Vergütungsvereinbarung.
- (2) Als Hebamme im Sinne dieser Vereinbarung gelten auch Entbindungspfleger.

§ 2

Auslagen

- (1) Als Auslagen kann die Hebamme neben den für die einzelnen Leistungen vorgesehenen Gebühren nach Maßgabe der Absätze 2 bis 6 die ihr entstandenen Kosten der für die Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren, für die Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder Wehen, für die Hilfe bei einer Geburt, für die Überwachung des Wochenbettverlaufs sowie für die zur Unterstützung bei Stillschwierigkeiten notwendigen Materialien und apothekenpflichtigen Arzneimittel berechnen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind oder zur weiteren Verwendung überlassen werden. Dabei ist auf wirtschaftliche Beschaffung zu achten. Lebensmittel sowie Diätetika nach § 1 des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes sowie Kosmetika und Körperpflegeprodukte können nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.
- (2) Auslagen für mit der Anwendung verbrauchte oder zur weiteren Verwendung überlassene Materialien sind ausschließlich als Pauschalen ohne Einzelnachweis abzurechnen, wenn im zeitlichen Zusammenhang mit der Inanspruchnahme der Hebamme Material verbraucht wurde.

Die Pauschalen richten sich:

- a) für jede einzelne Vorsorgeuntersuchung nach der Nr. 340
- b) für die Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen nach den Nummern 050 oder 051 des Leistungsverzeichnisses nach der Nr. 350 je Inanspruchnahme der Hebamme
- c) für die Hilfe bei einer Geburt nach der Nr. 360 sowie für die Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen zusätzlich nach der Nr. 370 sowie
- d) für die gesamte Zeit der Wochenbettbetreuung nach der Nr. 380, wenn diese nicht mehr als vier Tage nach der Geburt, übernommen wird; bei

¹ Version ab 01.07.08 inkl. Änderungen/Kommentierungen, die sich durch die Protokollnotiz zum Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V zum 01.06.08 ergeben haben (s. Unterstreichungen).

späterer Übernahme der Betreuung für die gesamte Zeit der Wochenbettbetreuung nach der Nr. 390.

- (3) Zusätzlich zu den Pauschalen für Materialbedarf nach Absatz 2 können die entstandenen Kosten für im Zusammenhang mit den in Absatz 1 genannten Leistungen notwendige, apothekenpflichtige Arzneimittel nach Maßgabe der Absätze 4 bis 6 berechnet werden, sofern diese Arzneimittel verbraucht oder zur weiteren Verwendung überlassen wurden. Für diese Arzneimittel trägt die Krankenkasse die der Hebamme tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens bis zur Höhe des Betrages, der sich nach der Arzneimittel-Preisverordnung in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung ergibt. Die Arzneimittel sind in der Abrechnung einzeln aufzulisten.

- (4) Aus den Wirkstoffgruppen der

- a) Antidiarrhoika,
- b) Antiemetika,
- c) Antihypotonika,
- d) Dermatika - mit Ausnahme der zur Wundversorgung oder zur Entzündungsbehandlung zugelassenen und bei der Mutter und/oder bei dem Neugeborenen anwendbaren Dermatika - ,
- e) Ophthalmika,
- f) Vitamin D - auch in Kombination mit Fluorsalzen -, sowie
- g) Vitamin K

darf jeweils nur ein Arzneimittel der kleinsten Packungsgröße berechnet werden.

Aus den Wirkstoffgruppen der

- a) Antimykotika,
- b) Carminativa und
- c) Galle- und Lebertherapeutika

darf jeweils nur ein Arzneimittel der kleinsten Packungsgröße berechnet werden, wenn zuvor allgemeine nicht medikamentöse Maßnahmen wie zum Beispiel diätetischer und physikalischer Art ohne ausreichenden Erfolg angewandt wurden.

- (5) Kosten für Arzneimittel, die

- a) nicht der Apothekenpflicht unterliegen,
- b) nach der Verordnung über verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht an Hebammen abgegeben werden dürfen,
- c) nach § 34 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung ausgeschlossen sind,
- d) nach § 34 Abs. 1 Satz 7 und Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen sind oder
- e) im Rahmen nicht allgemein anerkannter Therapieverfahren eingesetzt werden,

können nicht berechnet werden.

- (6) Für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen der Phytotherapie, der Homöopathie sowie der anthroposophischen Medizin gelten die Absätze 3 bis 5 entsprechend. Arzneimittel, die der homöopathischen oder anthroposophischen Therapierichtung zugeordnet werden, können berechnet werden, wenn aus dem jeweiligen Arzneimittelbild Wirkungen und Anwendungen ableitbar sind, die in den Tätigkeitsbereich der Hebammenhilfe fallen.

§ 3

Wegegeld

- (1) Die Hebamme erhält für jeden Besuch aus Anlass einer abrechnungsfähigen Leistung Wegegeld; hierdurch sind auch Zeitversäumnisse abgegolten. Wege zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme, der Weg zum Krankenhaus zur Ableistung eines Schichtdienstes mit Anwesenheitspflicht, Wege zu Kursstätten sowie zu durchgeführten Sprechstunden in Einrichtungen sind nicht abrechnungsfähig.
- (2) Bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel werden als Wegegeld die Fahrkosten erstattet. In den übrigen Fällen richtet sich das Wegegeld
- a) bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung nach der Nr. 300, bei Nacht nach der Nr. 310,
 - b) bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung für jeden zurückgelegten Kilometer nach der Nr. 320, bei Nacht nach der Nr. 330.
- (3) Hat eine andere als die nächstwohnende Hebamme Hilfe geleistet, so kann die Krankenkasse die Zahlung des dadurch entstehenden Mehrbetrages an Wegegeld ablehnen, wenn der Weg von der Stelle der Leistung zur Wohnung oder Praxis der anderen Hebamme mehr als 20 Kilometer länger ist als zur Wohnung oder Praxis der nächstwohnenden Hebamme. Dies gilt nicht, wenn das Wegegeld anfällt, weil mehrere Hebammen die Dienstleistungen in einem Krankenhaus nach einem vereinbarten Einsatzplan ausführen oder wenn die Zuziehung der anderen Hebamme nach der besonderen Lage des Falles aus anderen Gründen gerechtfertigt war.
- (4) Besucht die Hebamme mehrere Frauen auf einem Weg, ist das Wegegeld insgesamt nur einmal und nur anteilig nach dem Verhältnis der zurückgelegten Gesamtstrecke zu der Zahl der besuchten Frauen zu berechnen. Die Gebühren richten sich dabei nach den Nummern 301, 311, 321 und 331.

§ 4

Nachweis über erbrachte Leistungen und Auslagen

- (1) Die auf der Grundlage dieser Vergütungsregelung erbrachten Leistungen sind spätestens am Tage nach der Leistungserbringung von der Versicherten unter Angabe der Art der Leistung, des Datums sowie der Uhrzeit der Leistungserbringung und, soweit dies für die Höhe der Vergütung der Leistung von Be-

deutung ist, die Dauer der Leistung durch Unterschrift zu bestätigen (Versichertenbestätigung). Bei stationärem Aufenthalt der Versicherten ist eine einmalige Unterschrift zur Bestätigung der an einem Tag empfangenen Leistungen ausreichen

- (2) Die Modalitäten zur Versichertenbestätigung sind in Anhang A der Anlage 1 des Vertrages geregelt. Die Muster der Versichertenbestätigungen sind in Anhang B der Anlage 1 des Vertrages enthalten.
- (3) Der Nachweis für empfangene Materialien und Arzneimittel wird in Anlage 3 zum Rahmenvertrag geregelt.
- (4) Die Hebamme hat die Versichertenbestätigung bei der Abrechnung mit der Krankenkasse (ggf. in elektronischer Form) beizufügen.

§ 5 Zuschläge

- (1) Erfolgen die Leistungen der Hebamme zur Nachtzeit, an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen, erhöht sich die Gebühr um einen Zuschlag von 20 %. Als Nacht im Sinne dieses Vertrages gilt die Zeit von 20:00 bis 8:00.
- (2) Der maßgebliche Zeitpunkt für die Berücksichtigung des Zuschlags ist im Leistungsverzeichnis angegeben. Bezüge und Erläuterungen innerhalb des Leistungsverzeichnisses gelten immer auch für die entsprechende Position mit Zuschlag.

Leistungsverzeichnis

Nr.	Leistung	Gebühr
	A. Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung	
010	<p>Beratung der Schwangeren, auch mittels Kommunikationsmedium</p> <p><i>Die Gebühr nach Nr. 010 ist während der Schwangerschaft insgesamt höchstens 12 x berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebühr nach Nr. 010 ist an demselben Tag neben Leistungen nach den Nrn. 020, 030, 040, 050, 060 und 080 nicht berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebühr nach Nr. 010 kann an demselben Tag nur dann mehr als 1x berechnet werden, wenn die mehrmalige Erbringung der Leistung an demselben Tag durch die Beschaffenheit des Falles geboten war. Eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag ist in der Rechnung unter Angabe der jeweiligen Uhrzeit der Leistungserbringung näher zu begründen.</i></p>	5,81 €
020	<p>Vorgespräch über Fragen der Schwangerschaft und Geburt, mindestens 30 Minuten, je angefangene 15 Minuten</p> <p><i>Die Gebühr nach der Nr. 020 ist bei jeder Schwangeren einmal im Umfang von bis höchstens 60 Minuten, bei geplanter Geburt zu Hause oder in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung ein weiteres Mal im Umfang von bis zu 90 Minuten abrechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Absicht der Versicherten, zu Hause bzw. in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung zu gebären, ist nach § 4 zu dokumentieren.</i></p> <p><i>Die Gebühr nach Nummer 020 ist an demselben Tag neben Leistungen nach den Nummern 010, 030, 040, 050, 060 und 080 nicht berechnungsfähig.</i></p>	7,34 €
030	<p>Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung</p>	22,44 €

	<p><i>Die Vorsorgeuntersuchung umfasst folgende Leistungen:</i></p> <p><i>Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Kontrolle des Standes der Gebärmutter, Feststellung der Lage, Stellung und Haltung des Kindes, Kontrolle der kindlichen Herztöne, allgemeine Beratung der Schwangeren, Dokumentation im Mutterpass des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils geltenden Fassung.</i></p> <p><i>Die Gebühr nach Nummer 030 ist berechnungsfähig</i></p> <p>a) <i>bei normalem Schwangerschaftsverlauf,</i></p> <p>b) <i>bei pathologischem Schwangerschaftsverlauf, wenn die Hebamme die Vorsorgeuntersuchung auf ärztliche Anordnung vornimmt oder wenn die Schwangere wegen des pathologischen Schwangerschaftsverlaufs ärztliche Betreuung trotz Empfehlung der Hebamme nicht in Anspruch nehmen möchte.</i></p>	
040	<p>Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung, je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation im Mutterpass nach den Mutterschafts-Richtlinien und Befundübermittlung</p> <p><i>Die Gebühr nach Nr. 040 ist auch abrechnungsfähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial zur Risikoabklärung notwendig ist oder die Schwangere sich nach Nr. 030 b) in Hebammenbetreuung befindet oder die Entnahme ärztlich angeordnet ist.</i></p> <p><i>Die Leistungen nach den Nummern 030 und 040 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt wurden.</i></p>	5,71 €
050	<p>Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, für jede angefangenen 30 Minuten</p> <p><i>Dauert die Leistung nach Nummer 050 länger als drei Stunden, so ist die Notwendigkeit der über drei Stunden hinausgehenden Hilfe in der Rechnung zu begründen.</i></p>	14,69 €

Stand: 01.07.08

Nr.	Leistung	Gebühr
051	<p>Nr. 050 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</p> <p><u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.</u></p>	17,63 €
060	<p>Cardiotokografische Überwachung bei Indikationen nach Maßgabe der Anlage 2 zu den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung einschl. Dokumentation im Mutterpass nach den Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung.</p> <p><i>Die Gebühr für die Leistungen nach Nr. 060 ist je Tag höchstens 2x berechnungsfähig, es sei denn, dass weitere Überwachungen ärztlich angeordnet werden.</i></p>	6,43 €
070	<p>Geburtsvorbereitung bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Schwangere je Gruppe und höchstens 14 Stunden, für jede Schwangere je Unterrichtsstunde (60 Minuten)</p>	5,71 €
080	<p>Geburtsvorbereitung bei Einzelunterweisung auf ärztliche Anordnung höchstens 14 Unterrichtseinheiten á 30 Minuten, für jede angefangenen 30 Minuten</p> <p><i>Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 070 und 080 umfassen insbesondere die Unterrichtung über den Schwangerschaftsverlauf, die physische und psychische Vorbereitung auf Geburt und Wochenbett, gymnastische Übungen, Entspannungsübungen und Übungen der Atemtechnik.</i></p>	14,69 €

Nr.	Leistung	Gebühr
	<p style="text-align: center;">B. Geburtshilfe</p> <p style="text-align: center;"><u>Allgemeine Bestimmungen</u></p> <p>a) Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 090 bis 130 umfassen die Hilfe für die Dauer von bis zu 8 Stunden vor der Geburt des Kindes oder einer Fehlgeburt und die Hilfe für die Dauer von bis zu 3 Stunden danach einschl. aller damit verbundenen Leistungen und Dokumentationen mit Ausnahme der ggf. gesondert berechnungsfähigen Leistungen nach Nr. 140 und 150, 240 und 250.</p> <p>b) Die jeweilige Gebühr steht der Hebamme auch dann zu, wenn sie erst nach der Geburt, jedoch vor Vollendung der Versorgung der Mutter und des Kindes Hilfe leisten konnte.</p> <p>c) Die Gebühren für Leistungen nach den Nr. 090 und 130 können auch dann berechnet werden, wenn die Geburt oder Fehlgeburt ärztlicherseits künstlich eingeleitet wurde.</p> <p>d) Die Gebühr für Leistungen nach den Nummern 160 bis 167 umfasst die Hilfe für die Dauer von bis zu fünf Stunden vor Beendigung der Geburtshilfe einschließlich aller damit verbundenen Leistungen.</p> <p>Die Gebühr für Leistungen nach den Nummern 160 bis 167 ist nicht neben den Gebühren nach den Nummern 090 bis 130 abrechnungsfähig.</p>	
090	Hilfe bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus	224,40 €
091	Nr. 090 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 <u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.</u>	269,28 €
100	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung	224,40 €

Stand: 01.07.08

Nr.	Leistung	Gebühr
101	Nr. 100 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 <u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.</u>	269,28 €
110	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung	367,20 €
111	Nr. 110 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 <u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.</u>	440,64 €
120	Hilfe bei einer Hausgeburt	448,80 €
121	Nr. 120 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 <u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.</u>	538,56 €
130	Hilfe bei einer Fehlgeburt	142,80 €
131	Nr. 130 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 <u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Fehlgeburt.</u>	171,36 €
140	Versorgung einer geburtshilflichen Schnitt- oder Rissverletzung mit Ausnahme DR III oder IV	25,50 €
150	Zuschlag für die Hilfe bei der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	58,65 €

Stand: 01.07.08

Nr.	Leistung	Gebühr
160	<p><u>Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt im Krankenhaus</u></p> <p><i>Die Gebühr nach Nr. 160 ist nur berechnungsfähig, wenn die Schwangere vom Krankenhaus aus in ein anderes Krankenhaus verlegt wird und die Hebamme dort keine weitere Hilfe leistet.</i></p>	142,80 €
161	<p>Nr. 160 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</p> <p><u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.</u></p>	171,36 €
162	<p><u>Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt zu Hause</u></p> <p><i>Die Gebühr nach Nr. 162 ist nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Hausgeburt berechnungsfähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene Hausgeburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abbrechen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist oder begleitet.</i></p>	142,80 €
163	<p><u>Nr. 162 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</u></p> <p><u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.</u></p>	171,36 €
164	<p><u>Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einer außerklinischen Einrichtung unter Leitung einer Hebamme</u></p> <p><i>Die Gebühr nach Nr. 164 ist nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Geburt in einer außerklinischen Einrichtung berechnungsfähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene außerklinische Geburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abbrechen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist oder begleitet.</i></p>	142,80 €
165	<p><u>Nr. 164 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</u></p> <p><u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.</u></p>	171,36 €

Nr.	Leistung	Gebühr
166	<p><u>Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung</u></p> <p><i>Die Gebühr nach Nr. 166 ist nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Geburt in einer außerklinischen Einrichtung berechnungsfähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene außerklinische Geburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abbrechen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist oder begleitet.</i></p>	142,80 €
167	<p><u>Nr. 166 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</u></p> <p><u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.</u></p>	171,36 €
170	<p>Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme, für jede angefangene halbe Stunde</p> <p><i>Die Gebühr nach Nr. 170 ist bis zu einer Dauer von 4 Stunden berechnungsfähig. Dies gilt entsprechend, wenn die Geburt oder Fehlgeburt nicht außerklinisch vollendet wird.</i></p> <p><i>Die Gebühr nach Nr. 170 ist auch bei einer Geburt in der Klinik abrechnungsfähig, wenn es sich um eine Geburt von Mehrlingen handelt, wenn die Geburt ohne Arzt durchgeführt wird oder wenn es zu lebensbedrohlichen Blutungen nach der Geburt kommt.</i></p>	14,69 €
171	<p><u>Nr. 170 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</u></p> <p><u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist bei in der Übergangszeit liegendem Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.</u></p>	17,63 €

Nr.	Leistung	Gebühr
	<p style="text-align: center;">C. Leistungen während des Wochenbetts</p> <p style="text-align: center;">Allgemeine Bestimmungen</p> <p>a) Die Leistungen nach den Nummern 180 bis 230 dienen der Überwachung des Wochenbettverlaufs und umfassen insbesondere die Beratung, Betreuung und/oder Versorgung von Mutter und Kind einschließlich aller damit verbundenen Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 240 und 250. Die Leistungen und Zuschläge nach den Nummern 180 bis 210, 230 und 250 sind auch nach einer Fehlgeburt bzw. einer medizinisch induzierten Geburt oder Fehlgeburt berechnungsfähig. Die Leistungen stehen der Mutter auch dann zu, wenn sich das Kind in Adoptionspflege befindet.</p> <p>b) In den ersten zehn Tagen nach der Geburt ist an demselben Tag jeweils ein Besuch nach Nummer 180, 200 oder 210 berechnungsfähig. Wird der erste Besuch bereits am Tage der Geburt ausgeführt, können weitere Besuche nach Nummer 180, 200 oder 210 nur für die folgenden neun Tage berechnet werden. Wird die Wochenbettbetreuung erst im Laufe der ersten zehn Tage nach der Geburt von einer anderen Hebamme übernommen, werden die Besuche bis zum zehnten Tag nach der Geburt vergütet.</p> <p>c) In dem Zeitraum zwischen dem elften Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind insgesamt bis zu 16 Leistungen nach Nummer 180, 200, 210 oder 230 berechnungsfähig, weitere Leistungen nach Nummer 180, 200, 210 oder 230 dabei jedoch nur nach Maßgabe der Allgemeinen Bestimmung nach Buchstabe d. Der in Satz 1 genannte Zeitraum beginnt bereits am 10. Tag nach der Geburt, wenn der erste Besuch bereits am Tage der Geburt ausgeführt wird. Mehr als 16 Leistungen nach Nummer 180, 200, 210 oder 230 sind in diesem Zeitraum nur berechnungsfähig, soweit sie ärztlich angeordnet sind.</p> <p>d) Ein weiterer Besuch nach Nummer 180 bis 210 an demselben Tag ist berechnungsfähig</p> <p>aa) nach ambulanter Entbindung in den ersten zehn Tagen nach der Geburt sowie</p>	

Nr.	Leistung	Gebühr
	<p>bb) unabhängig von der Art der Entbindung während des gesamten Zeitraums bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bei Vorliegen insbesondere folgender Besuchsgründe: schwere Stillstörungen, verzögerte Rückbildung, nach Sekundärnaht oder Dammriss III. Grades; bei Beratung und Anleitung der Mutter zur Versorgung und Ernährung des Säuglings im Anschluss an dessen stationäre Behandlung oder nach ärztlicher Anordnung. Der Grund ist in der Rechnung anzugeben. Mehr als zwei Besuche an demselben Tag sind nur berechnungsfähig, wenn sie ärztlich angeordnet worden sind.</p> <p>e) Nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind Besuche nur auf ärztliche Anordnung unter Angabe der Indikation berechnungsfähig.</p>	
180	Hausbesuch nach der Geburt	26,52 €
181	<p>Nr. 180 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</p> <p><u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.</u></p>	31,82 €
190	Zuschlag zu der Gebühr nach Nr. 180 für den ersten Hausbesuch nach der Geburt	5,71 €
200	Besuch in einem Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung	13,16 €
201	<p>Nr. 200 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</p> <p><u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.</u></p>	15,79 €
210	Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung nach der Geburt	21,42 €

Nr.	Leistung	Gebühr
211	Nr. 210 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 <u>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.</u>	25,70 €
220	Zuschlag für einen Besuch nach der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern zu den Gebühren nach den Nummern 180 bis 210, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	8,87 €
230	Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmedium	5,10 €
240	Erstuntersuchung des Kindes einschließlich Eintragung der Befunde in das Untersuchungsheft für Kinder (U 1) nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung	7,65 €
250	Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) oder im Rahmen der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung, je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation nach den vorgenannten Richtlinien und Befundübermittlung <i>Die Leistung nach Nr. 250 ist auch berechnungsfähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial wegen Auffälligkeiten in der Neugeborenenperiode notwendig ist (z.B. Bilirubin-, Blutzucker-, ph-Kontrolle, Entzündungsparameter) sowie auf ärztliche Anordnung.</i> <i>Leistungen nach Nr. 240 und 250 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits im Mutterpass oder im Untersuchungsheft für Kinder dokumentiert sind.</i>	5,71 €

Nr.	Leistung	Gebühr
	D. Sonstige Leistungen	
260	<p>Überwachung, je angefangene halbe Stunde</p> <p><i>Die Gebühr nach Nr. 260 ist bei der Überwachung der Mutter und/oder des Kindes auf ärztliche Anordnung berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Leistung nach der Nr. 260 beginnt nach Ablauf der 3-stündigen Überwachungsfrist, die mit der Geburtsgebühr abgegolten ist.</i></p>	14,69 €
261	<p>Nr. 260 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</p> <p><u><i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.</i></u></p>	17,63 €
270	<p>Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Teilnehmerinnen je Gruppe und höchstens zehn Stunden, für jede Teilnehmerin je Unterrichtsstunde (60 Minuten)</p> <p><i>Die Leistung nach Nummer 270 ist nur berechnungsfähig, wenn die Rückbildungsgymnastik in den ersten vier Monaten nach der Geburt begonnen und bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen wird.</i></p>	5,71 €
280	<p>Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings</p>	26,52 €
281	<p>Nr. 280 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</p> <p><u><i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Leistung.</i></u></p>	31,82 €

Nr.	Leistung	Gebühr
290	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings mittels Kommunikationsmedium <i>Die Gebühren nach den Nr. 280 und/oder 290 sind frühestens nach Ablauf von 8 Wochen nach der Geburt bis zum Ende der Abstillphase, bei Ernährungsproblemen des Säuglings bis zum Ende des 9. Monats nach der Geburt berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistungen nach den Nr. 280 und 290 sind jeweils höchstens 4x in diesem Zeitraum berechnungsfähig.</i>	5,10 €
E. Auslagenersatz/Wegegeld		
300	Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung <u>bei Tag</u>	1,68 €
<u>301</u>	<u>Anteiliges Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Tag</u>	1,68 €
310	Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung <u>bei Nacht</u> <u>Maßgeblich für die Berücksichtigung der Nr. 310 ist das Ende des Weges.</u>	2,38 €
<u>311</u>	<u>Anteiliges Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Nacht</u>	2,38 €
320	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung <u>bei Tag, je zurückgelegten Kilometer</u>	0,59 €
<u>321</u>	<u>Anteiliges Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Tag, je zurückgelegten Kilometer</u>	0,59 €

Stand: 01.07.08

330	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Nacht, je zurückgelegten Kilometer	0,81 €
331	<u>Anteiliges Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Nacht, je zurückgelegten Kilometer</u>	0,81 €
335	<u>Pauschale für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel</u> <u>Zur Erstattung der tatsächlich entstandenen Kosten sind die entsprechenden Belege einzureichen.</u>	<u>2,10 €</u>
340	Materialpauschale Vorsorgeuntersuchung <i>Die Pauschale nach Nr. 340 kann nicht neben der Nr. 350 abgerechnet werden.</i>	2,58 €
350	Materialpauschale bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen <i>Die Pauschale nach Nr. 350 kann nicht neben den Nm. 340 und 360 abgerechnet werden.</i>	2,58 €
360	Materialpauschale Geburtshilfe <u>Die Pauschale nach Nr. 360 kann nur im Zusammenhang mit einer vollendeten oder nicht vollendeten außerklinischen Geburt geltend gemacht werden. Bei Leistungen, die in der Klinik erbracht werden, sind Materialien und Arzneimittel in der DRG enthalten, die die Klinik gegenüber der Krankenkasse geltend macht. Eine Abrechnung durch die Beleghebamme gegenüber der Krankenkasse ist nicht möglich.</u>	35,02 €
370	Materialpauschale, zusätzlich zu Nr. 360, bei Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen	28,33 €
380	Materialpauschale Wochenbettbetreuung	25,24 €
390	Materialpauschale bei Beginn der Betreuung später als vier Tage nach der Geburt	13,70 €

Stand: 01.07.08

400	Perinatalerhebung bei einer <u>vollendeten oder nicht vollendeten</u> außerklinischen Geburt nach vorgeschriebenem Formblatt einschließlich Versand- und Portokosten <i>Mit der Gebühr sind auch die Kosten für die Auswertung des Formblatts abgegolten.</i>	7,50 €
-----	--	--------

§§ Buzer.de §§ Gesetze ...

aktuell, verlinkt, frei verfügbar - Sie blättern noch?
(Stand: BGBl. I 2009, Nr. 61, S. 3053-3108, ausgegeben am 25.09.2009)



Artikel-Nr. bzw. §
Gesetzesstiftel,
Abkürzung, BGBl



Volltextsuche
im HebGV



suchen

diese Fassung war gültig bis 01.08.2007

Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV)

V. v. 28.10.1986 BGBl. I S. 1602; aufgehoben durch Artikel 7 Abs. 5 G. v. 15.12.2004 BGBl. I S. 3429 Nm B. v. 08.12.2007 BGBl. I S. 2876; Geltung ab 01.01.1987
FNA: 2124-2-3; 2 Verwaltung 21 Besondere Verwaltungszweige der Inneren Verwaltung 212 Gesundheitswesen 2124 Hebammen und Heilhilfsberufe
Änderungen / Synopse | 4 Gesetze verweisen aus 4 Artikeln auf HebGV

Eingangsformel

§ 1 Anwendungsbereich

§ 2 Vergütungen

§ 3 Auslagen

§ 4 Wegegeld

§ 5 Abrechnung mit den Krankenkassen

§ 6 Übergangsvorschrift

§ 7 Inkrafttreten

Anlage (zu § 2 Abs. 1) Gebührenverzeichnis

Eingangsformel

Auf Grund des § 376a Abs. 1 der Rechtsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, der zuletzt durch § 1 der Verordnung vom 27. September 1977 (BGBl. I S. 1869) geändert worden ist, wird nach Mitwirkung der Verbände der Krankenkassen, der Ersatzkassen und der Hebammen mit Zustimmung des Bundesrates verordnet:

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Die Vergütungen für die Leistungen der freiberuflichen Hebammen im Rahmen der Hebammenhilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmen sich nach dieser Verordnung.

(2) Als Hebammen im Sinne dieser Verordnung gelten auch Entbindungspfleger.

§ 2 Vergütungen

1 Gesetz verweist aus 1 Artikel auf § 2

(1) Als Vergütungen zahlen die Krankenkassen nach Maßgabe der Bestimmungen dieser Verordnung Gebühren für die in der für den jeweiligen Abrechnungszeitraum bestimmten Fassung des Gebührenverzeichnisses (Anlage) genannten Leistungen, Ersatz von Auslagen und Wegegeld.

(2) Als Nacht gilt die Zeit von 20 bis 8 Uhr.

§ 3 Auslagen

(1) Als Auslagen kann die Hebamme neben den für die einzelnen Leistungen vorgesehenen Gebühren nach Maßgabe der Absätze 2 bis 6 die ihr entstandenen Kosten der für die Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren, für die Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder Wehen, für die Hilfe bei einer Geburt, für die Überwachung des Wochenbettsverlaufs sowie für die zur Unterstützung bei Stillschwierigkeiten notwendigen Materialien und apothekenpflichtigen Arzneimittel berechnen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind oder zur weiteren Verwendung überlassen werden. Dabei ist auf wirtschaftliche Beschaffung zu achten. Lebensmittel sowie Diätetika nach § 1 des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes sowie Kosmetika und Körperpflegeprodukte können nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

(2) Auslagen für mit der Anwendung verbrauchte oder zur weiteren Verwendung überlassene Materialien sind ausschließlich als Pauschalen ohne Einzelnachweis abzurechnen. Die Pauschalen betragen:

a) für jede einzelne Vorsorgeuntersuchung 2,50 Euro,

b) für die Hilfe bei einer Geburt 31 Euro sowie für die Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen zusätzlich 27,50 Euro sowie

c) für die gesamte Zeit der Wochenbettbetreuung 24,50 Euro, wenn diese nicht mehr als vier Tage nach der Geburt übernommen wird; bei späterer Übernahme der Betreuung beträgt die Pauschale für die gesamte Zeit der Wochenbettbetreuung 13,30 Euro.

(3) Zusätzlich zu den Pauschalen für Materialbedarf nach Absatz 2 können die entstandenen Kosten für im Zusammenhang mit den in Absatz 1 genannten Leistungen notwendige apothekenpflichtige Arzneimittel nach Maßgabe der Absätze 4 bis 6 berechnet werden, sofern diese Arzneimittel verbraucht oder zur weiteren Verwendung überlassen wurden. Für diese Arzneimittel trägt die Krankenkasse die Kosten höchstens bis zur Höhe des Betrages, der sich nach der Arzneimittel-Preisverordnung in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung ergibt. Die Arzneimittel sind in der Abrechnung einzeln aufzulisten.

(4) Aus den Wirkstoffgruppen der

a) Antidiarrholika,

b) Antiemetika,

c) Antihypotonika,

HebGV Hebammenhilfe-Gebührenverordnung

- d) Dermatika - mit Ausnahme der zur Wundversorgung oder zur Entzündungsbehandlung zugelassenen und bei der Mutter und/oder bei dem Neugeborenen anwendbaren Dermatika - ,
- e) Ophthalmika,
- f) Vitamin D - auch in Kombination mit Fluorsalzen - sowie
- g) Vitamin K

darf jeweils nur ein Arzneimittel der kleinsten Packungsgröße berechnet werden.

Aus den Wirkstoffgruppen der

- a) Antimykotika,
- b) Carminativa und
- c) Galle- und Lebertherapeutika

darf jeweils nur ein Arzneimittel der kleinsten Packungsgröße berechnet werden, wenn zuvor allgemeine nicht medikamentöse Maßnahmen wie zum Beispiel diätetischer oder physikalischer Art ohne ausreichenden Erfolg angewandt wurden.

(5) Kosten für Arzneimittel, die

- a) nicht der Apothekenpflicht unterliegen,
- b) nach der Verordnung über verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht an Hebammen abgegeben werden dürfen,
- c) nach § 34 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung ausgeschlossen sind,
- d) nach § 34 Abs. 1 Satz 7 und Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen sind oder
- e) im Rahmen nicht allgemein anerkannter Therapieverfahren eingesetzt werden,

können nicht berechnet werden.

(6) Für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen der Phytotherapie, der Homöopathie sowie der anthroposophischen Medizin gelten die Absätze 3 bis 6 entsprechend. Arzneimittel, die der homöopathischen oder anthroposophischen Therapierichtung zugeordnet werden, können berechnet werden, wenn aus dem jeweiligen Arzneimittelbild Wirkungen und Anwendungen ableitbar sind, die in den Tätigkeitsbereich der Hebammenhilfe fallen.

(7) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hebammen regeln das Nähere über die Abrechnung nach den Absätzen 2 bis 6 in einer Vereinbarung.

§ 4 Wegegeld

(1) Die Hebamme erhält für jeden Besuch aus Anlaß einer abrechnungsfähigen Leistung Wegegeld; hierdurch sind auch Zeitverräumnisse abgegolten. Wege zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und einem Krankenhaus zur Ableistung eines Schichtdienstes sind nicht berechnungsfähig.

- (2) Bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel werden als Wegegeld die Fahrtkosten erstattet. In den übrigen Fällen beträgt das Wegegeld
- a) bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung 1,55 Euro, bei Nacht 2,20 Euro,
- b) bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung für jeden zurückgelegten Kilometer 0,55 Euro, bei Nacht 0,75 Euro.

(3) Hat eine andere als die nächstwohnende Hebamme Hilfe geleistet, so kann die Krankenkasse die Zahlung des dadurch entstehenden Mehrbetrags an Wegegeld ablehnen, wenn der Weg von der Stelle der Leistung zur Wohnung oder Praxis der anderen Hebamme mehr als 20 Kilometer länger ist als zur Wohnung oder Praxis der nächstwohnenden Hebamme. Dies gilt nicht, wenn das Wegegeld anfällt, weil mehrere Hebammen die Dienstleistungen in einem Krankenhaus nach einem vereinbarten Einsatzplan ausführen oder wenn die Zuziehung der anderen Hebamme nach der besonderen Lage des Falles aus anderen Gründen gerechtfertigt war.

(4) Besucht die Hebamme mehrere Frauen auf einem Weg, ist das Wegegeld insgesamt nur einmal und nur anteilig nach dem Verhältnis der zurückgelegten Gesamtstrecke zu der Zahl der besuchten Frauen zu berechnen.

§ 5 Abrechnung mit den Krankenkassen

(1) Die Hebamme soll ihre Rechnung innerhalb eines Monats nach der Entbindung bei der zuständigen Krankenkasse einreichen. Die Rechnung muß alle zur Prüfung des Anspruchs notwendigen Angaben, insbesondere die Angaben nach § 291 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 3, 5 bis 7 sowie 9 und 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch enthalten.

(2) In der Rechnung sind die berechneten Leistungen mit ihrem jeweiligen Datum und, soweit dies für die Höhe der Vergütung von Bedeutung ist, auch Zeit und Dauer der abgerechneten Leistungen anzugeben. Ist im Gebührenverzeichnis eine ärztliche Anordnung vorgeschrieben, so ist diese der Rechnung beizufügen.

(3) Bei der Abrechnung sind die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam erstellten Richtlinien nach § 302 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens zu beachten.

(4) Die Krankenkasse hat die Rechnung innerhalb von drei Wochen nach Rechnungseingang zu begleichen, soweit eine Leistungspflicht besteht. Wird die Rechnung beanstandet, hat die Krankenkasse der Hebamme innerhalb derselben Frist den Grund der Beanstandung mitzuteilen und, sofern sich die Beanstandung nur auf einen Teil der Rechnung erstreckt, den unstrittigen Rechnungsbetrag zu zahlen.

(5) Jede Hebamme verwendet bei der Abrechnung mit den Krankenkassen das Kennzeichen nach § 293 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Rechnet eine Hebamme ihre Leistungen über eine zentrale Stelle ab, so ist in der Abrechnung neben dem Kennzeichen der abrechnenden Stelle das Kennzeichen der Hebamme anzugeben. Die unter dem Kennzeichen gespeicherten Angaben sind verbindlich für das Abrechnungsverfahren. Änderungen der unter dem Kennzeichen gespeicherten Daten sind der mit der Vergabe und Pflege des Kennzeichens beauftragten Stelle unverzüglich mitzuteilen.

§ 6 Übergangsvorschrift

Diese Verordnung in der Fassung der Verordnung vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1731) findet bei Geburten und Fehlgeburten vom Inkrafttreten dieser Verordnung an mit der Maßgabe Anwendung, dass für die Vergütung sämtlicher Hilfeleistungen die Gebühren nach der vom Inkrafttreten dieser Verordnung an geltenden Fassung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung zu berechnen sind.

§ 7 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1987 in Kraft.

Anlage (zu § 2 Abs. 1) Gebührenverzeichnis

(BGBl. I 2004, 1733 - 1736)

Nr.	Leistung	Gebühr in €
A. Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung		5,45
1	Beratung der Schwangeren, auch fernmündlich Die Gebühr nach Nummer 1 ist während der Schwangerschaft insgesamt höchstens zwölfmal berechnungsfähig. Sie ist an demselben Tag neben Leistungen nach den Nummern 2, 4, 5 und 8 nicht berechnungsfähig.	21,80
2	Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung Die Vorsorgeuntersuchung umfasst folgende Leistungen: Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Kontrolle des Standes der Gebärmutter, Feststellung der Lage, Stellung und Haltung des Kindes, Kontrolle der kindlichen Herztöne, allgemeine Beratung der Schwangeren, Dokumentation im Mutterpass des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils geltenden Fassung. Die Gebühr nach Nummer 2 ist berechnungsfähig a) bei normalem Schwangerschaftsverlauf, b) bei pathologischem Schwangerschaftsverlauf, wenn die Hebamme die Vorsorgeuntersuchung auf ärztliche Anordnung vornimmt oder wenn die Schwangere wegen des pathologischen Schwangerschaftsverlaufs ärztliche Betreuung trotz Empfehlung der Hebamme nicht in Anspruch nehmen möchte. Die Vorsorgeuntersuchungen sollen im Abstand von vier Wochen stattfinden; in den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten sind je zwei Vorsorgeuntersuchungen angezeigt.	5,45
3	Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung, je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Postkosten, Dokumentation im Mutterpass nach den Mutterschafts-Richtlinien und Befundübermittlung Die Leistungen nach den Nummern 2 und 3 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits im Mutterpass dokumentiert sind.	13,60
4	Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, für jede angefangene halbe Stunde	16,90
5	Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen bei Nacht, an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen, für jede angefangene halbe Stunde Dauert die Leistung nach den Nummern 4 und 5 länger als drei Stunden, so ist die Notwendigkeit der über drei Stunden hinausgehenden Hilfe in der Rechnung zu begründen.	6,00
6	Kardiokardiographische Überwachung bei Indikationen nach Maßgabe der Anlage 2 zu den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung einschließlich Dokumentation im Mutterpass nach den Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung Die Gebühr für die Leistung nach Nummer 6 ist je Tag höchstens zweimal berechnungsfähig, es sei denn, dass weitere Überwachungen an einem Tag ärztlich angeordnet werden.	5,45
7	Geburtsvorbereitung bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Schwangeren je Gruppe und höchstens 14 Stunden, für jede Schwangere je Unterrichtsstunde (60 Minuten)	13,60
8	Geburtsvorbereitung bei Einzelunterweisung auf ärztliche Anordnung, höchstens 14 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten) Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 7 und 8 umfassen insbesondere die Unterweisung über den Schwangerschaftsverlauf, die psychische Vorbereitung auf Geburt und Wochenbett, gymnastische Übungen, Entspannungsübungen und Übungen der Atemtechnik.	
B. Geburtshilfe		190,80
9	Hilfe bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus	180,80
10	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung	340,30
11	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung	408,40
12	Hilfe bei einer Hausgeburt	88,80
13	Hilfe bei einer Fehlgeburt Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 9 bis 13 umfassen mit Ausnahme der gegebenenfalls gesondert berechnungsfähigen Leistung nach Nummer 14 die Hilfe für die Dauer von bis zu acht Stunden vor der Geburt des Kindes oder einer Fehlgeburt und die Hilfe für die Dauer von bis zu drei Stunden danach einschließlich aller damit verbundenen Leistungen und Dokumentationen. Die jeweilige Gebühr steht der Hebamme auch dann zu, wenn sie erst nach der Geburt, jedoch vor Vollendung der Versorgung der Mutter und des Kindes Hilfe leisten konnte.	24,00
14	Versorgung eines Dammschnitts oder eines Dammrisses I. oder II. Grades	

15	Zuschlag für Hilfe bei der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	54,50
16	Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einem Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung Die Gebühr für die Leistung nach Nummer 16 umfasst die Hilfe für die Dauer von bis zu fünf Stunden vor Beendigung der Geburtshilfe einschließlich aller damit verbundenen Leistungen. Sie ist nur berechnungsfähig, wenn die Schwangere in ein anderes Krankenhaus verlegt wird und die Hebamme dort keine weitere Hilfe leistet.	98,00
17	Hilfe bei einer nicht vollendeten Hausgeburt oder einer nicht vollendeten außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung Die Gebühr für die Leistung nach Nummer 17 umfasst die Hilfe für die Dauer von bis zu fünf Stunden vor Beendigung der Geburtshilfe einschließlich aller damit verbundenen Leistungen. Sie ist nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Hausgeburt oder einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung berechnungsfähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene Hausgeburt oder außerklinische Geburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abbrechen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist oder begleitet und dort keine weitere Hilfe leistet.	136,10
18	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 9 bis 13, 16 und 17 bei Hilfe bei Nacht, an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen Der Zuschlag beträgt 25 vom Hundert der jeweiligen Gebühr. Maßgebend für die Berechnungsfähigkeit des Zuschlags ist bei den Leistungen nach den Nummern 9 bis 12 der Zeitpunkt der Geburt, bei der Leistung nach Nummer 13 der Zeitpunkt der Fehlgeburt und bei den Leistungen nach den Nummern 16 und 17 der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfe.	13,80
19	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme, für jede angefangene halbe Stunde	16,90
20	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme bei Nacht, an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen, für jede angefangene halbe Stunde Gebühren für Leistungen nach den Nummern 19 und 20 sind für eine Hilfeleistung der zweiten Hebamme von bis zu vier Stunden berechnungsfähig. Dies gilt entsprechend, wenn die Geburt oder Fehlgeburt nicht außerklinisch vollendet wird.	5,45
21	Perinatalehebung bei einer außerklinischen Geburt nach vorgeschriebenem Formblatt einschließlich Versand- und Portokosten Mit der Gebühr sind auch die Kosten für die Auswertung des Formblatts abgegolten.	

C. Leistungen während des Wochenbetts

Allgemeine Bestimmungen

- a) Die Leistungen nach den Nummern 22 bis 35 dienen der Überwachung des Wochenbettverlaufs und umfassen insbesondere die Beratung, Betreuung und/oder Versorgung von Mutter und Kind einschließlich aller damit verbundenen Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 36 und 37. Die Leistungen nach den Nummern 22 bis 33, 35 und 37 sind auch nach einer Fehlgeburt berechnungsfähig.
- b) In den ersten zehn Tagen nach der Geburt ist an demselben Tag jeweils ein Besuch nach den Nummern 22, 23, 27, 28, 30 oder 31 berechnungsfähig. Wird der erste Besuch bereits am Tage der Geburt ausgeführt, können weitere Besuche nach den Nummern 22, 23, 27, 28, 30 oder 31 nur für die folgenden neun Tage berechnet werden. Wird die Wochenbettbetreuung erst im Laufe der ersten zehn Tage nach der Geburt von einer anderen Hebamme übernommen, werden die Besuche bis zum zehnten Tag nach der Geburt vergütet. Bei fernmündlicher Beratung, die in den ersten zehn Tagen nach der Geburt einen Besuch nach den Nummern 22, 23, 27, 28, 30 oder 31 ersetzt, ist eine Gebühr analog Nummer 35 berechnungsfähig.
- c) In dem Zeitraum zwischen dem elften Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind insgesamt bis zu 18 Leistungen nach den Nummern 22, 23, 25 bis 33 oder 35 berechnungsfähig, weitere Besuche nach den Nummern 25, 28, 29, 32 oder 33 dabei jedoch nur nach Maßgabe der Allgemeinen Bestimmung nach Buchstabe d. Mehr als 16 Leistungen nach den Nummern 22, 23, 25 bis 33 oder 35 sind in diesem Zeitraum nur berechnungsfähig, soweit sie ärztlich angeordnet sind.
- d) Ein weiterer Besuch an demselben Tag ist berechnungsfähig
 - aa) nach ambulanter Entbindung in den ersten zehn Tagen nach der Geburt nach den Nummern 25 oder 28 sowie
 - bb) unabhängig von der Art der Entbindung nach den Nummern 25, 26, 29, 32 oder 33 während des gesamten Zeitraums bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bei Vorliegen insbesondere folgender Besuchsgründe: schwere Stillstörungen, verzögerte Rückbildung, nach Sekundärnaht oder Dammriss III. Grades, bei Beratung und Anleitung der Mutter zur Versorgung und Ernährung des Säuglings im Anschluss an dessen stationäre Behandlung oder nach ärztlicher Anordnung. Der Grund ist in der Rechnung anzugeben. Mehr als zwei Besuche an demselben Tag sind nur berechnungsfähig, wenn sie ärztlich angeordnet worden sind.
- e) Nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind Besuche nur auf ärztliche Anordnung bei pathologischem Wochenbettverlauf berechnungsfähig.

Nr.	Leistung	Gebühr
		in €
22	Hausbesuch nach der Geburt	24,50
23	Hausbesuch nach der Geburt an Sonn- und Feiertagen	30,50
24	Zuschlag zu der Gebühr nach Nummer 22 oder 23 für den ersten Hausbesuch nach der Geburt	5,45
25	Weiterer Hausbesuch an demselben Tag	24,50
26	Weiterer Hausbesuch an demselben Sonn- oder Feiertag	30,50
27	Besuch im Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung nach der Geburt	9,30
28	Besuch im Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung nach der Geburt an Sonn- und Feiertagen	11,40
29	Weiterer Besuch im Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung an demselben Tag	9,30
30	Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung nach der Geburt	18,10
31	Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung nach der Geburt an einem Sonn- oder Feiertag	24,00
32	Weiterer Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung an demselben Tag	18,10
33	Weiterer Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung an demselben Sonn- oder Feiertag	24,00

34	Zuschlag für einen Besuch nach der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern zu den Gebühren nach den Nummern 22, 23 und 25 bis 33, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	8,20
35	Fremdliche Beratung der Wöchnerin	4,80
36	Erstuntersuchung des Kindes- einschließlich Eintragung der Befunde in das Untersuchungsheft für Kinder (U 1) nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 8. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung	7,10
37	Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) oder im Rahmen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 8. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung, je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation nach den vorgenannten Richtlinien und Befundübermittlung Leistungen nach Nummer 37 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits im Mutterpass oder im Untersuchungsheft für Kinder dokumentiert sind.	5,45
D. Sonstige Leistungen		16,30
38	Wache auf ärztliche Anordnung, je angefangene Stunde	20,70
39	Wache auf ärztliche Anordnung bei Nacht, an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen, je angefangene Stunde	5,45
40	Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Teilnehmerinnen je Gruppe und höchstens zehn Stunden, für jede Teilnehmerin je Unterrichtsstunde (60 Minuten) Die Leistung nach Nummer 40 ist nur berechnungsfähig, wenn die Rückbildungsgymnastik in den ersten vier Monaten nach der Geburt begonnen und bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen wird.	24,50
41	Beratung der Mütter bei Still Schwierigkeiten	4,90
42	Fremdliche Beratung der Mütter bei Still Schwierigkeiten Die Gebühren nach den Nummern 41 und/oder 42 sind frühestens nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bis zum Ende der Abstillphase berechnungsfähig. Sie sind jeweils höchstens zweimal in diesem Zeitraum berechnungsfähig.	

URL: <http://www.buzar.ca/gesetz/5921/>

