



- ◆ Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach §134a SGBV

**Gebühren ab Juli 2010**

## Liebe Hebamme, sehr geehrte Kundin,

in dieser Broschüre finden Sie den Gebührenvertrag für alle Leistungen **ab 1. Juli 2010**. Leistungen bis zum 30. Juni 2010 sind mit der bisherigen Vergütungsvereinbarung abzurechnen.

Da die neuen Gebühren rückwirkend zum 1. Juli 2010 gelten, können Sie mit der aktuellen HebRech-Version übergangslos berechnet werden.

### Für wen gilt der Vertrag?

Die Gebühren gelten nur für Hebammen, die dem Vertrag beigetreten sind!

Für **Mitglieder der Berufsverbände** gilt der Vertrag automatisch, nachdem sie das Abfrageformular und ihre Anerkennungsurkunde an den Verband geschickt haben.

Hebammen, die **nicht Mitglied** eines Verbandes sind, können direkt beim GKV-Spitzenverband beitreten. Dazu müssen Sie die Beitrittserklärung, das Abfrageformular und die Anerkennungsurkunde an den GKV-Spitzenverband senden ([www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)).

### Vorteile für HebRech-Kundinnen:

HebRech kennt neben diesem neuen Gebührenvertrag auch alle vorhergehenden Gebührenkataloge. HebRech kennt nicht nur alle Preise, sondern auch die Abhängigkeiten, Zuschläge und Sonderregeln. Ferner kennt die jeweils aktuelle HebRech-Version auch die Konditionen für die unterschiedlichen Privat-Gebührenordnungen der Bundesländer.

Diese Broschüre haben wir mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Dennoch sind alle Angaben ohne Gewähr.

Ihr HebRech-Team

#### Hinweis:

Im Vergleich zum bisherigen Vertrag gibt es kleinere redaktionelle Änderungen, sowie inhaltliche Neuerungen. Die inhaltlichen Neuerungen sowie die geänderten Preise haben wir grau unterlegt.

## Inhalt

Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V	3
Hebammen-Vergütungsvereinbarung (Anlage 1)	10
Modalitäten zur Versichertenbestätigung (Anhang A zu Anlage I)	30
Abrechnung von Hebammenleistungen (Anlage 2)	32
Privat-Gebührenordnungen	36

---

## 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

- einerseits –

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

- andererseits –

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

## § 1 Gegenstand des Vertrages

Der Vertrag regelt insbesondere:

- (1) die Einzelheiten der Versorgung der Versicherten mit abrechnungsfähigen Leistungen der Hebammenhilfe durch freiberuflich tätige Hebammen gemäß § 134a Abs. 1 SGB V,
- (2) die Vergütung der Hebammenleistungen (Hebammen-Vergütungsvereinbarung, Anlage 1),
- (3) die Abrechnung von Hebammenleistungen (Anlage 2),
- (4) Vereinbarung über den Einsatz und die Vergütung von Materialien und Arzneimitteln (Anlage 3),
- (5) 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,
- 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 nächsterreichbaren 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 I 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:
  - a) Hinzuziehung von Kinderärzten, Gynäkologen, Krankenhäusern und Krankenkassen im Bedarfsfall,
  - b) Dokumentation des Versorgungsverlaufs,
  - c) 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 Vertragsverstößes 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.

### § 18 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 I) 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 I 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 I) 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 I 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.

## Hebammen-Vergütungsvereinbarung

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

### § 1 Anwendungsbereich

- (1) Die Vergütungen für die Leistungen der freiberuflichen Hebammen im Rahmen der Hebammenhilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmen sich gemäß § I des Vertrages nach § 134a SGB V nach dieser Vergütungsvereinbarung.
- (2) Als Hebamme im Sinne dieser Vereinbarung gelten auch Entbindungspfleger.
- (3) Der Versicherten und der Krankenkasse dürfen keine Mehrkosten für die durch den Vertrag geregelten Leistungen in Rechnung gestellt werden. Die Preise gelten als Vertragspreise und sind nach dem Sach- und Dienstleistungsprinzip nach § 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V zu erbringen. Die Hebamme weist die Versicherte darauf hin, dass Leistungen, die nicht mit den im Vertrag geregelten Leistungen abgegolten sind, der Versicherten in Rechnung gestellt und von den Krankenkassen nicht erstattet werden.

### § 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 § I 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. 3400,
  - b) für die Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen nach den Nm. 0500 oder 0510 des Leistungsverzeichnisses nach der Nr. 3500 je Inanspruchnahme der Hebamme,

c) für die Hilfe bei einer Geburt nach der Nr. 3600 sowie für die Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen zusätzlich nach der Nr. 3700 sowie

d) für die gesamte Zeit der aufsuchenden Wochenbettbetreuung (Leistungserbringung nach den Nm. 1800, 1810, 1900, 2100 und 2110) nach der Nr. 3800, wenn diese nicht mehr als vier Tage nach der Geburt begonnen wird; bei späterem Beginn der aufsuchenden Wochenbettbetreuung für die gesamte Zeit der Betreuung nach der Nr. 3900.

- (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) § 34 Abs. 1 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung ausgeschlossen sind,
- d) nach § 34 Abs. 1 Satz 7 und Abs. 3 SGB V 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 Zeitverhältnisse 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 berechnungsfähig.
- (2) Bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel werden als Wegegeld die Fahrkosten erstattet oder eine Pauschale nach den Nm. 3350, 3351 sowie 3352. 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 den Nm. 3000, 3001 und 3002, bei Nacht nach den Nm. 3100, 3101 und 3102 und
  - 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 den Nm. 3200, 3201 und 3202, bei Nacht nach den Nm. 3300, 3301 und 3302.
- (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 Nm. 3010, 3011, 3012; 3210, 3211, 3212 am Tag sowie 3110, 3111, 3112; 3310, 3311, 3312 in der Nacht.

### § 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 Bedeutung 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 ausreichend.
- (2) Die Modalitäten zur Versichertenbestätigung sind in Anhang A der Anlage I des Vertrages geregelt. Die Muster der Versichertenbestätigungen sind in Anhang B der Anlage I 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 Allgemeine Bestimmungen

Anwendungen der vierstelligen Positionsnummern nach dem Leistungsverzeichnis

a) Leistungen mit der Endziffer 0 werden bei der Abrechnung verwendet für ambulante hebammenhilfliche Leistungen an der Versicherten. Ambulante hebammenhilfliche Leistungen im Sinne dieser Bestimmung liegen auch vor, wenn sich die Versicherte in einer Einrichtung befindet, ohne dass der Aufenthalt für die Versicherte im unmittelbaren Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett steht (z. B. Kinderkrankenhaus, Psychiatrie, Beinbruch mit Krankenhausaufenthalt).

b) Leistungen mit der Endziffer 1 werden bei der Abrechnung verwendet, wenn die Leistungen durch Beleghebammen während des Krankenhausaufenthaltes der Versicherten erbracht werden. Damit umfasst sind auch Geburten, bei denen die Versicherte das Krankenhaus nach der Geburt zeitnah wieder verlässt. Dabei sind die Beleghebammen in einem Dienst- oder Schichtsystem oder im Bereitschaftsdienst tätig.

c) Leistungen mit der Endziffer 2 werden bei der Abrechnung verwendet, wenn die Leistungen durch Beleghebammen während des Krankenhausaufenthaltes der Versicherten in einer 1:1-Betreuung erbracht werden. Damit umfasst sind auch Geburten, bei denen die Versicherte das Krankenhaus nach der Geburt zeitnah wieder verlässt. Zwischen den Beleghebammen und den Versicherten wurde dabei im Voraus die 1:1-Betreuung **schriftlich** vereinbart und die Geburt im Krankenhaus durchgeführt, ohne dass Leistungen an anderen Versicherten parallel erfolgten. Kann die 1:1-Betreuung aus unvorhersehbaren Gründen tatsächlich nicht umgesetzt werden, so wird die Endziffer 1 verwendet.

d) Bei der Abrechnung von Wegegeldpositionen durch Beleghebammen werden die Positionsnummern gemäß den Buchstaben b) und c) mit den Endziffern 1 und 2 angewendet. Werden dabei von den Beleghebammen auf dem gleichen Weg auch Leistungen nach Buchstabe a) für weitere Versicherte erbracht, erfolgt die anteilige Abrechnung der Wegegeldpositionen für sämtliche Versicherte mit den Positionsnummern, die mit der Endziffer 0 enden.

## A. Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung

0100 Beratung der Schwangeren, auch mittels Kommunikationsmedium **5,81**  
0101

0102 *Die Gebühr nach den Nrn. 0100, 0101 oder 0102 ist während der Schwangerschaft insgesamt höchstens zwölf Mal berechnungsfähig.*

*Die Gebühr nach der Nr. 0100, 0101 oder 0102 ist neben den Nrn. 0200, 0300, 0400, 0401 oder 0402, 0500, 0501 oder 0502 und 0800 nur dann berechnungsfähig, wenn die Leistungserbringung nicht in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang erfolgt und entsprechend begründet ist. Eine Zeitangabe ist in diesem Fall für alle betroffenen Leistungen erforderlich.*

*Die Gebühr nach der Nr. 0100, 0101 oder 0102 kann an demselben Tag nur dann mehr als einmal 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 diesem Fall in der Rechnung unter Angabe der jeweiligen Uhrzeit der Leistungserbringung näher zu begründen.*

0200 Individuelles Vorgespräch über Fragen der Schwangerschaft und Geburt, mindestens 30 Minuten, je angefangene 15 Minuten **7,50**

*Die Gebühr nach der Nr. 0200 ist bei jeder Schwangeren einmal im Umfang von bis höchstens 90 min, bei geplanter Geburt zu Hause oder in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung ein weiteres Mal im Umfang von bis zu 90 Minuten abrechnungsfähig.*

*Die Absicht der Versicherten, zu Hause bzw. in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung zu gebären, ist nach § 4 zu dokumentieren.*

*Die Gebühr nach der Nr. 0200 ist neben Leistungen nach den Nrn. 0100, 0101 oder 0102; 0400, 0401 oder 0402, 0500, 0501 oder 0502, 0600, 0601 oder 0602 und 0800 nur dann berechnungsfähig, wenn die Leistungserbringung nicht in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang erfolgt und entsprechend begründet ist. Eine Zeitangabe ist in diesem Fall für alle betroffenen Leistungen erforderlich.*

0300	<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> <p><i>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.</i></p> <p><i>Die Gebühr nach der Nr. 0300 ist berechnungsfähig</i></p> <p><i>a) bei normalem Schwangerschaftsverlauf,</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>Die Leistung nach der Nr. 0300 ist nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt wurde.</i></p>	<b>22,44</b>
0400 0401 0402	<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 den Nrn. 0400, 0401 oder 0402 ist auch abrechnungsfähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial zur Risikoabklärung notwendig ist oder die Schwangere sich nach Nr. 0300 b) in Hebammenbetreuung befindet oder die Entnahme ärztlich angeordnet ist.</i></p> <p><i>Die Leistungen nach den Nrn. 0400, 0401 oder 0402 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt wurden.</i></p>	<b>5,71</b>

0500 0501 0502	<p>Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, für jede angefangene 30 Minuten</p> <p><i>Dauert die Leistung nach den Nrn. 0500, 0501 oder 0502 und 0510, 0511 oder 0512 länger als drei Stunden, so ist die Notwendigkeit der über drei Stunden hinausgehenden Hilfe in der Rechnung zu begründen.</i></p>	<b>15,00</b>
0510 0511 0512	<p>Nrn. 0500, 0501 oder 0502 mit Zuschlag nach § 5 Abs. 1</p> <p><i>Dauert die Leistung nach den Nrn. 0500, 0501 oder 0502 und 0510, 0511 oder 0512 länger als drei Stunden, so ist die Notwendigkeit der über drei Stunden hinausgehenden Hilfe in der Rechnung zu begründen.</i></p> <p><i>Maßgeblich für die Abrechnung dieser Leistung ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.</i></p>	<b>18,00</b>
0600 0601 0602	<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 Leistung nach den Nrn. 0600, 0601 oder 0602 ist je Tag höchstens zwei Mal berechnungsfähig, es sei denn, dass weitere Überwachungen ärztlich angeordnet werden.</i></p>	<b>6,43</b>
0700	<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> <p><i>Die Gebühr für die Leistung nach der Nr. 0700 umfasst insbesondere die Unterrichtung über den Schwangerschaftsverlauf, die physische und psychische Vorbereitung auf Geburt und Wochenbett, gymnastische Übungen, Entspannungsübungen und Übungen der Atemtechnik. Diese Leistungen sind immer eine ambulante hebammenhilfliche Leistung im Sinne der Allgemeinen Bestimmungen, Buchstabe a).</i></p>	<b>5,71</b>

0800 Geburtsvorbereitung bei Einzelunterweisung, auf ärztliche Anordnung höchstens 28 Unterrichtseinheiten à 15 Minuten, für jede Unterrichtseinheit

7,50

Die Gebühr für die Leistung nach der Nr. 0800 umfasst insbesondere die Unterrichtung über den Schwangerschaftsverlauf, die physische und psychische Vorbereitung auf Geburt und Wochenbett, gymnastische Übungen, Entspannungsübungen und Übungen der Atemtechnik. Diese Leistungen sind immer eine ambulante hebammenhilfliche Leistung im Sinne der Allgemeinen Bestimmungen, Buchstabe a).

## B. Geburtshilfe

### Allgemeine Bestimmungen

- a) Die Gebühren für die Leistungen nach den Nm. 0901 bis 1312 umfassen 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 einschl. aller damit verbundenen Leistungen und Dokumentationen. Gesondert berechnungsfähig sind ggf. Leistungen nach den Nm. 1400, 1401 oder 1402 und 1500, 1501 oder 1502 und 2400, 2401 oder 2402 und 2500, 2501 oder 2502. Eine abgebrochene außerklinische Geburt nach der Nr. 1600 oder 1610 und eine Beleggeburt nach der Nr. 0902 oder 0912 können nebeneinander abgerechnet werden, wenn die Hebamme, die die Geburt außerklinisch betreut hat, diese in der Klinik als Beleggeburt beendet.
- 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.
- c) Die Gebühren für Leistungen nach den Nm. 0901 oder 0902, 0911 oder 0912, 1300, 1301 oder 1302 sowie 1310, 1311 oder 1312 können auch dann berechnet werden, wenn die Geburt oder Fehlgeburt ärztlicherseits künstlich eingeleitet wurde.
- d) Die Gebühr für Leistungen nach den Nm. 1600, 1601 oder 1602 sowie 1610, 1611 oder 1612 umfasst die Hilfe für die Dauer von bis zu fünf Stunden vor Beendigung der Geburtshilfe einschließlich aller damit verbundenen Leistungen.

0901	Hilfe bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus	237,85
0902		
0911	Nm. 0901 oder 0902 mit Zuschlag nach § 5 Abs. I	285,42
0912	<i>Maßgeblich für die Abrechnung dieser Leistung ist der Zeitpunkt der Geburt.</i>	
1000	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung	237,85
1010	Nr. 1000 mit Zuschlag nach § 5 Abs. I	285,42
	<i>Maßgeblich für die Abrechnung dieser Leistung ist der Zeitpunkt der Geburt.</i>	
1100	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung.	467,20
1110	Nr. 1100 mit Zuschlag nach § 5 Abs. I	560,64
	<i>Maßgeblich für die Abrechnung dieser Leistung ist der Zeitpunkt der Geburt.</i>	
1200	Hilfe bei einer Hausgeburt	548,80

1210	Nr. 1200 mit Zuschlag nach § 5 Abs. I <i>Maßgeblich für die Abrechnung dieser Leistung ist der Zeitpunkt der Geburt.</i>	<b>658,56</b>
1300	Hilfe bei einer Fehlgeburt	<b>160,00</b>
1301		
1302		
1310	Nm. 1300, 1301 oder 1302 mit Zuschlag	<b>192,00</b>
1311	nach § 5 Abs. I	
1312	<i>Maßgeblich für die Abrechnung dieser Leistung ist der Zeitpunkt der Fehlgeburt.</i>	
1400	Versorgung einer geburtshilflichen Schnitt- oder Riss-	<b>30,00</b>
1401	verletzung mit Ausnahme DR III oder IV	
1402		
1500	Zulage für die Hilfe bei der Geburt von Zwillingen	<b>70,00</b>
1501	und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere	
1502	Kind, je Kind	
1600	Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt	<b>172,80</b>
1601	<i>Die Gebühr nach Nr. 1600 ist in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Hausgeburt berechnungsfähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene Hausgeburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abrechnen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist, begleitet oder dort als Beleggeburt beendet.</i>	
1602	<i>Die Gebühr nach Nr. 1600 ist auch in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Geburt in einer außerklinischen von Hebammen geleiteten Einrichtung berechnungsfähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene außerklinische Geburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abrechnen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist, begleitet oder dort als Beleggeburt beendet.</i>	
	<i>Die Gebühren nach 1601 und 1602 sind nur berechnungsfähig, wenn die Schwangere vom Krankenhaus oder einer außerklinisch ärztlich geführten Einrichtung aus in ein anderes Krankenhaus verlegt wird und die Hebamme dort keine weitere Hilfe leistet.</i>	
	<i>Die Gebühr für Leistungen nach den Nm. 1601 oder 1602 ist von derselben Hebamme nicht neben den Gebühren nach den Nm. 0901 bis 1210 abrechnungsfähig.</i>	

1610	Nm. 1600, 1601 oder 1602 mit Zuschlag	<b>207,36</b>
1611	nach § 5 Abs. I	
1612	<i>Die Gebühr nach der Nr. 1610 ist in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Hausgeburt berechnungsfähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene Hausgeburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abrechnen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist, begleitet oder dort als Beleggeburt beendet.</i>	
	<i>Die Gebühr nach der Nr. 1610 ist auch in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Geburt in einer außerklinischen von Hebammen geleiteten Einrichtung berechnungsfähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene außerklinische Geburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abrechnen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist, begleitet oder dort als Beleggeburt beendet.</i>	
	<i>Die Gebühren nach den Nm. 1611 und 1612 sind nur berechnungsfähig, wenn die Schwangere vom Krankenhaus oder einer außerklinisch ärztlich geführten Einrichtung aus in ein anderes Krankenhaus verlegt wird und die Hebamme dort keine weitere Hilfe leistet.</i>	
	<i>Die Gebühr für Leistungen nach den Nm. 1611 oder 1612 ist von derselben Hebamme nicht neben den Gebühren nach den Nm. 0901 bis 1210 abrechnungsfähig.</i>	
	<i>Maßgeblich für die Abrechnung dieser Leistung ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.</i>	
1700	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt	<b>20,60</b>
1701	durch eine zweite Hebamme, für jede angefangene hal-	
1702	be Stunde	
	<i>Die Gebühr nach den Nm. 1700, 1701 oder 1702 ist bis zu einer Dauer von vier Stunden berechnungsfähig. Dies gilt entsprechend, wenn die außerklinisch begonnene Geburt oder Fehlgeburt nicht außerklinisch vollendet wird.</i>	
	<i>Die Gebühr nach den Nm. 1701 oder 1702 ist auch bei einer Geburt in einem Krankenhaus 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>	

1710 Nm. 1700, 1701 oder 1702 mit Zuschlag 24,72  
1711 nach § 5 Abs. I

1712 *Die Gebühr nach den Nm. 1710, 1711 oder 1712 ist bis zu einer Dauer von vier Stunden berechnungsfähig. Dies gilt entsprechend, wenn die außerklinisch begonnene Geburt oder Fehlgeburt nicht außerklinisch vollendet wird.*

*Die Gebühr nach den Nm. 1711 oder 1712 ist auch bei einer Geburt in einem Krankenhaus 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.*

*Maßgeblich für die Abrechnung dieser Leistung ist bei in der Übergangszeit liegendem Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.*

## **C. Leistungen während des Wochenbetts**

### **Allgemeine Bestimmungen**

a) Die Leistungen nach den Nm. 1800 bis 2302 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 Nm. 2400, 2401 oder 2402 und 2500, 2501 oder 2502. Die Leistungen und Zuschläge nach den Nm. 1800 bis 2110; 2300, 2301 oder 2302 und 2500, 2501 oder 2502 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.

b) Innerhalb der ersten zehn Tage nach der Geburt sind maximal 20 Leistungen nach den Nm. 1800, 1810, 2001 oder 2002, 2011 oder 2012, 2100, 2110 und 2300, 2301 oder 2302 insgesamt berechnungsfähig. Während des Aufenthalts in einer Klinik sind pro Tag zwei Wochenbettbetreuungen abrechenbar. Sind mehr als zwei Leistungen an einem Tag notwendig, ist hierfür eine ärztliche Anordnung erforderlich. Für die Betreuung außerhalb der Klinik gilt: Beginnend vom ersten Tag nach der Geburt verringert sich das Kontingent um zwei Leistungen je vollendetem Tag des stationären Aufenthaltes der Versicherten im Krankenhaus. Für die Überschreitung des verbleibenden Leistungskontingents ist eine ärztliche Anordnung erforderlich.

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 den Nm. 1800, 1810, 2001, 2002, 2011, 2012, 2100, 2110 oder 2300, 2301 oder 2302 berechnungsfähig. Mehr als 16 dieser Leistungen nach sind in diesem Zeitraum nur berechnungsfähig, soweit sie ärztlich angeordnet sind.

d) Eine weitere Leistung an dem selben Tag zwischen dem elften Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt nach den Nm. 1800 bis 2110 sowie 2300, 2301 oder 2302 ist berechnungsfähig bei Vorliegen insbesondere folgender Gründe: schwere Stillstörungen, verzögerte Rückbildung, Gedeihstörung des Säuglings, nach Sekundärmaht oder Dammriss III. Grades, Behinderung oder behandlungsbedürftige Krankheit der Mutter, 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 aufsuchende Wochenbettbetreuungen nach den Nm. 1800 bis 2110 an demselben Tag sind nur berechnungsfähig, wenn sie ärztlich angeordnet wurden.

e) Nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind Leistungen nach den Nm. 1800, 1810, 2001 oder 2002, 2011 oder 2012, 2100, 2110 oder 2300/1/2 nur auf ärztliche Anordnung unter Angabe der Indikation berechnungsfähig.

1800	Aufsuchende Wochenbettbetreuung bei der Wöchnerin nach der Geburt	<b>27,00</b>
1810	Nr. 1800 mit Zuschlag nach § 5 Abs. I <i>Maßgeblich für die Abrechnung dieser Leistung ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.</i>	<b>32,40</b>
1900	Zulage zu der Gebühr nach Nr. 1800 für die erste aufsuchende Wochenbettbetreuung bei der Wöchnerin nach der Geburt	<b>5,71</b>
2001	Wochenbettbetreuung in einem Krankenhaus oder	<b>13,16</b>
2002	in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung	
2011	Nr. 2001, 2002 mit Zuschlag nach § 5 Abs. I	<b>15,79</b>
2012	<i>Maßgeblich für die Abrechnung dieser Leistung ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.</i>	
2100	Wochenbettbetreuung in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung nach der Geburt	<b>22,00</b>
2110	Nr. 2100 mit Zuschlag nach § 5 Abs. I <i>Maßgeblich für die Abrechnung dieser Leistung ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.</i>	<b>26,40</b>
2200	Zulage für eine Wochenbettbetreuung nach der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern zu den Gebühren nach den Nrn. 1800 bis 2110, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	<b>9,30</b>
2300	Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmedium	<b>5,10</b>
2301		
2302		
2400	Erstuntersuchung des Kindes (U1) einschließlich Eintragung der Befunde in das Untersuchungsheft für Kinder	<b>7,65</b>
2401	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	
2402	<i>Die Leistung nach den Nrn. 2400, 2401 oder 2402 ist nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits im Kinder-Untersuchungsheft dokumentiert ist.</i>	
2500	Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung	<b>5,71</b>
2501	notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der	
2502	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.

*Die Leistung nach den Nrn. 2500, 2501 oder 2502 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.*

*Die Leistung nach den Nrn. 2500, 2501 oder 2502 ist nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits im Mutterpass oder im Kinder- Untersuchungsheft dokumentiert ist.*

## D. Sonstige Leistungen

2600	Überwachung, je angefangene halbe Stunde	15,00
2601	<i>Die Gebühr nach den Nrn. 2600, 2601 oder 2602 ist bei der Überwachung der Mutter und/oder des Kindes auf ärztliche Anordnung berechnungsfähig.</i>	
2602	<i>Die Leistung nach den Nrn. 2600, 2601 oder 2602 beginnt nach Ablauf der 3-stündigen Überwachungsfrist, die mit der Geburtsgebühr abgegolten ist.</i>	
2610	Nr. 2600, 2601, 2602 mit Zuschlag nach § 5 Abs. I	18,00
2611	<i>Die Gebühr nach den Nrn. 2610, 2611 oder 2612 ist bei der Überwachung der Mutter und/oder des Kindes auf ärztliche Anordnung berechnungsfähig.</i>	
2612	<i>Die Leistung nach den Nrn. 2610, 2611 oder 2612 beginnt nach Ablauf der 3-stündigen Überwachungsfrist, die mit der Geburtsgebühr abgegolten ist.</i> <i>Maßgeblich für die Abrechnung dieser Leistung ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.</i>	
2700	Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Teilnehmerinnen je Gruppe und höchstens zehn Stunden, für jede Teilnehmerin je Unterrichtsstunde (60 Minuten) <i>Die Leistung nach der Nr. 2700 ist nur berechnungsfähig, wenn die Rückbildungsgymnastik bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen wird. Diese Leistung ist immer eine ambulante hebammenhilfliche Leistung im Sinne der Allgemeinen Bestimmungen, Buchstabe a).</i>	5,71
2800	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings <i>Die Gebühr nach der Nr. 2800 ist frühestens nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bis zum Ende der Abstillphase, bei Ernährungsproblemen des Säuglings bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistungen nach den Nrn. 2800, 2810 und 2900 sind insgesamt höchstens acht Mal in diesem Zeitraum berechnungsfähig.</i>	27,00
2810	Nr. 2800 mit Zuschlag nach § 5 Abs. I <i>Die Gebühr nach der Nr. 2810 ist frühestens nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bis zum</i>	32,40

*Ende der Abstillphase, bei Ernährungsproblemen des Säuglings bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt berechnungsfähig.*

*Die Leistungen nach den Nrn. 2800, 2810 und 2900 sind insgesamt höchstens acht Mal in diesem Zeitraum berechnungsfähig.*

*Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Leistung.*

2820	Zulage für die Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen bei Zwillingen und mehr Kindern zu den Gebühren nach 2800 und 2810 für das zweite und jedes weitere Kind	9,30
2900	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings mittels Kommunikationsmedium <i>Die Gebühren nach der Nr. 2900 ist frühestens nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bis zum Ende der Abstillphase, bei Ernährungsproblemen des Säuglings bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistungen nach den Nr. 2800, 2810 und 2900 sind insgesamt höchstens acht Mal in diesem Zeitraum berechnungsfähig.</i>	5,10

## E. Auslagenersatz/Wegegeld

### Wegegeld

3000	Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als	<b>1,68</b>
3001	zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis	
3002	der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Tag	
3010	Anteiliges Wegegeld bei einer Entfernung von nicht	<b>1,68</b>
3011	mehr als zwei Kilometern zwischen Wohnung oder Pra-	
3012	xis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Tag	
3100	Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als	<b>2,38</b>
3101	zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis	
3102	der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Nacht	
	nach § 5 Abs. 1, Satz 2	
	<i>Maßgeblich für die Abrechnung dieser Leistung ist</i>	
	<i>das Ende des Weges.</i>	
3110	Anteiliges Wegegeld bei einer Entfernung von nicht	<b>2,38</b>
3111	mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung	
3112	oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung	
	bei Nacht nach § 5 Abs. 1, Satz 2	
3200	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei	<b>0,59</b>
3201	Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der	
3202	Hebamme und der Stelle der Leistung bei Tag, je	
	zurückgelegten Kilometer	
3210	Anteiliges Wegegeld bei einer Entfernung von mehr	<b>0,59</b>
3211	als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder	
3212	Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei	
	Tag, je zurückgelegten Kilometer	
3300	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei	<b>0,81</b>
3301	Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der	
3302	Hebamme und der Stelle der Leistung bei Nacht	
	nach § 5 Abs. 1, Satz 2, je zurückgelegten Kilometer	
	<i>Maßgeblich für die Abrechnung dieser Leistung ist</i>	
	<i>das Ende des Weges.</i>	
3310	Anteiliges Wegegeld bei einer Entfernung von mehr	<b>0,81</b>
3311	als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder	
3312	Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei	
	Nacht nach § 5 Abs. 1, Satz 2, je zurückgelegten Ki-	
	lometer	
3350	Pauschale für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel	<b>2,10</b>
3351	<i>Zur Erstattung der tatsächlich entstandenen Kosten sind</i>	
3352	<i>die entsprechenden Belege in Kopie einzureichen.</i>	

### Material

3400	Materialpauschale Vorsorgeuntersuchung	<b>2,58</b>
	<i>Die Pauschale nach Nr. 3400 kann nicht neben der</i>	
	<i>Nr. 3500 abgerechnet werden.</i>	
3500	Materialpauschale bei Schwangerschaftsbeschwerden	<b>2,58</b>
	oder bei Wehen	
	<i>Die Pauschale nach Nr. 3500 kann nicht neben den</i>	
	<i>Nrn. 3400 und 3600 abgerechnet werden.</i>	
3600	Materialpauschale Geburtshilfe	<b>35,02</b>
	<i>Die Pauschale nach Nr. 3600 kann nur im Zusam-</i>	
	<i>menhang mit einer vollendeten oder nicht vollende-</i>	
	<i>ten außerklinischen Geburt geltend gemacht werden.</i>	
	<i>Bei Leistungen, die im Krankenhaus erbracht werden,</i>	
	<i>sind Materialien und Arzneimittel in der DRG enthal-</i>	
	<i>ten, die das Krankenhaus gegenüber der Krankenkas-</i>	
	<i>se geltend macht. Eine Abrechnung durch die Beleg-</i>	
	<i>hebamme gegenüber der Krankenkasse ist nicht</i>	
	<i>möglich.</i>	
3700	Materialpauschale, zusätzlich zu Nr. 3600, bei Versor-	<b>28,33</b>
	gung einer Naht bei Geburtsverletzungen	
3800	Materialpauschale aufsuchende Wochenbettbetreu-	<b>25,24</b>
	ung	
3900	Materialpauschale bei Beginn der aufsuchenden Wo-	<b>13,70</b>
	chenbettbetreuung später als vier Tage nach der Ge-	
	burt	
4000	Perinatalerhebung bei einer vollendeten oder nicht	<b>7,50</b>
	vollendeten außerklinischen Geburt nach vorge-	
	schriebenem Formblatt einschließlich Versand- und	
	Portokosten	
	<i>Mit der Gebühr sind auch die Kosten für die Aus-</i>	
	<i>wertung des Formblatts abgegolten.</i>	

## Modalitäten zur Versichertenbestätigung

(Anhang A zu Anlage I)

### 1. Allgemeines

Im Folgenden werden die ab dem 01.06.08 gültigen Modalitäten zur Versichertenbestätigung gemäß § 6 Abs. 5 des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V i.V.m. § 4 Anlage I (Vergütungsvereinbarung) gemäß § 134a SGB V genannt.

### 2. Versichertenbestätigung

Für die Versichertenbestätigung gem. § 4 der Anlage I des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe sind der Abrechnung folgende Bestätigungen beizufügen:

Versichertenbestätigung A	„Kurse“
Versichertenbestätigung B	„Hebammenhilfe, Abrechnung über mehrere IK“
Versichertenbestätigung C	„Hebammenhilfe, Abrechnung über ein IK“

Die Versichertenbestätigungen werden als Muster auf der Homepage des DHV ([www.hebammenverband.de](http://www.hebammenverband.de)), des BfHD ([www.bfhd.de](http://www.bfhd.de)) und des GKV-Spitzenverbandes ([www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)) zur Verfügung gestellt sowie den Mitgliedern der Berufsverbände durch Rundbrief oder Zeitschrift bekannt gemacht.

Die Hebammen können sowohl die o. g. Versichertenbestätigungen verwenden als auch Bögen, die mindestens die Angaben der Versichertenbestätigungen gemäß der abgerechneten Leistungen enthalten.

Erfasst werden das Datum der Leistung, die Leistungsnummer und, falls für die Vergütung relevant, die Zeitangabe und/oder Dauer (von/bis) der Leistungserbringung.

Bei der Abrechnung der Leistungsnummer 0200 „Vorgespräch“ ist nur beim zweiten Vorgespräch bei geplanter außerklinischer Geburt der geplante Geburtsort auf dem Bogen anzugeben.

Die Unterschriftsleistung der Versicherten erfolgt spätestens am Tag nach der Leistungserbringung. In Belegkrankenhäusern ist die einmalige Unterschrift rückwirkend täglich für alle Leistungen eines Tages möglich. Am Tag der Entlassung muss die letzte von der Hebamme erbrachte Leistung quittiert werden.

### 3. Ausnahmen von der Quittierungspflicht

Von der Quittierungspflicht werden folgende Leistungsnummern ausgenommen:

- 0100, 0101, 0102 Beratung der Schwangeren, auch mittels Kommunikationsmedium,
- 2300, 2301, 2302 Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmedium,

- 2900 Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings mittels Kommunikationsmedium sowie die Zuschläge Zwillinge (1500, 1501 oder 1502; 2200, 2201 oder 2202, 2820), I. Hausbesuch (1900) und Naht (1400, 1401 oder 1402).

### 4. Verfahren bei fehlender Versichertenbestätigung

Liegen die Versichertenbestätigungen aus einem besonderen Grund nicht vor, so ist dies von der Hebamme zu begründen. Mögliche besondere Gründe können z.B. sein:

- Tod oder Bewusstlosigkeit der Frau
- Ungeplantes Verlassen des Krankenhauses vor Unterschriftsleistung (eilige Verlegung, Verlegung des Kindes bei Nacht, Frau fährt mit)
- Analphabetismus bzw. Verständigungsprobleme mit Verweigerung der Unterschriftsleistung

Ersatzweise kann auch die Unterschrift eines Angehörigen der Versicherten oder einer Ärztin/eines Arztes zur Quittierung eingeholt werden.

### 5. Verfahren in Hebammenteams

In Hebammenteams, in denen die Hebammen einzeln über ein eigenes IK abrechnen, ist entweder:

- die „Versichertenbestätigung B“ für alle Hebammen des Teams gemeinsam zu verwenden oder
- die Hebammen des Teams verwenden jeweils einzeln die „Versichertenbestätigung C“.

Hebammenteams, die über ein gemeinsames IK abrechnen, verwenden die „Versichertenbestätigung C“.

### 6. Versand der Versichertenbestätigung

Bei Papierabrechnung sind die Versichertenbestätigungen im Original der Rechnung beizulegen (ohne Begleitzettel).

Bei elektronischer Abrechnung sind die Versichertenbestätigungen bis auf Weiteres in Papierform an die von den Kassen benannten Annahmestellen zu versenden. Der Versichertenbestätigung ist ein Begleitzettel gemäß der Vorgabe der Krankenkasse beizufügen ([www.gkv-datenaustausch.de](http://www.gkv-datenaustausch.de)).

Bei Quittierung der Leistungen in Teams auf einer Versichertenbestätigung, ist auch die Versendung von Kopien zulässig.

### 7. Dokumentation

Aus Datenschutzgründen ist die inhaltliche Dokumentation der Leistungen auf den Versichertenbestätigungen nicht zu führen.

## Abrechnung von Hebammenleistungen

(Anlage 2 zum Vertrag nach § 134a SGB V)

### § 1 Verwendung des Institutionskennzeichens

(1) Jede Hebamme verfügt gemäß § 293 SGB V über Institutionskennzeichen (IK), die sie bei der Abrechnung ihrer persönlichen Leistungen mit den Krankenkassen verwendet. Für gemeinsam abrechnende Hebammengemeinschaften sind gesonderte IK zu führen.

(2) Die IK sind bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstr. 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen.

Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI und den Berufsverbänden bzw. die Änderungen der dem Vertrag beigetretenen Hebammen dem VdAK/AEV unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die Krankenkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

(3) Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter dem jeweiligen IK, das in jeder Abrechnung und im Schriftwechsel mit den Krankenkassen anzugeben ist.

Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK sind von den Krankenkassen abzuweisen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem den Krankenkassen unbekanntem IK.

Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwandten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung, sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.

Hebammen, die erstmals elektronisch abrechnen wollen, müssen sich zum Datenaustausch anmelden. Das Formular ist unter [www.datenaustausch.de](http://www.datenaustausch.de) abzurufen.

### § 2 Abrechnungsregelung

(1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 301a i.V.m. § 302 Abs. 2 SGB V (im folgenden Richtlinien genannt) in der jeweils aktuellen Fassung. Abrechnungen, die dem nicht entsprechen, werden von den Krankenkassen abgewiesen. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

- Abrechnungsdaten inkl. aller Urbelege,
- die Steuernummer der Hebamme.

(2) Nach § 301a SGB V sind Hebammen verpflichtet, den Krankenkassen die für die Abrechnung vorgeschriebenen Angaben im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die Angaben nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, haben die Krankenkassen gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nach zu erfassen. Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten haben die Krankenkassen den betreffenden Hebammen durch eine pauschale Rechnerkürzung in Höhe von bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen, falls die Hebammen die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

(3) Die Rechnungslegung erfolgt je Hebamme bzw. Hebammengemeinschaft und Kasse für alle Versorgungs- oder Abrechnungsfälle höchstens monatlich, mindestens zweimal im Jahr, davon einmal zum 31.01. eines Jahres für Leistungen des Vorjahres, sofern die Betreuung der Versicherten abgeschlossen ist. Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von den Krankenkassen benannten Stellen zu liefern.

Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet.

(4) Die rechnungsbegründenden Unterlagen gemäß Richtlinie nach § 301a SGB V (Versichertenbestätigung, ärztliche Bescheinigungen etc.) sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der maschinellen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstaben a) und e)) an die von den Krankenkassen benannten Stellen zu liefern. Rechnungsbegründende Unterlagen sind im Original (ggf. als Image) in der in den Richtlinien beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln. Nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen führen zur Beanstandung der Rechnung.

(5) In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel 50 00 000 anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsvereinbarung umfassten Leistungen abgerechnet werden.

(6) Wird die Abrechnung (inkl. Urbelege) beanstandet, hat die Krankenkasse der Hebamme den Grund der Beanstandung mitzuteilen und, sofern sich die Beanstandung nur auf einen Teil der Abrechnung erstreckt, den unstreitigen Rechnungsbetrag fristgerecht nach Abs. 7 nach Eingang der Abrechnungsunterlagen zu bezahlen.

Wiederholte Abrechnungsbeanstandungen können zur Abweisung der Gesamtabrechnung führen.

Beanstandungen können auch nach Ablauf der Zahlungsfrist nach Abs. 7 innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können mit der nächs-

ten Abrechnung verrechnet werden. Die Abrechnung, mit der verrechnet wird, hat dann auch einen Hinweis darauf zu enthalten, wegen welcher beanstandeten Rechnung die Rückforderung erfolgt. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis der Hebammen verrechnet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung der Hebamme vor.

- (7) Die Bezahlung der Rechnungen bei elektronischer Datenübermittlung bzw. bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von drei Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen. Als Zahltag gilt der Tag der Überweisung.
- (8) Ist die Datenübermittlung nach Abs. 1 aus einem von der Hebamme zu vertretenden Grund nicht maschinell verwertbar, ist die Datenübermittlung zu wiederholen oder eine papiergebundene Abrechnung vorzunehmen. Für die elektronische Datenübermittlung gilt Absatz 7. Bei papiergebundener Abrechnung verlängert sich die Zahlungsfrist entsprechend bis zum Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (Papierabrechnung und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenkassen benannten Stellen.
- (9) Die Hebamme ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch das von ihr beauftragte Abrechnungszentrum verantwortlich. Hat die Hebamme ihre Forderungen an ein Abrechnungszentrum abgetreten, erfolgt die Zahlung an das Abrechnungszentrum mit schuldbefreiender Wirkung.

Die Hebamme stellt sicher, dass die vereinbarten Abrechnungsmodalitäten von dem Abrechnungszentrum eingehalten werden. Insbesondere stellt die Hebamme sicher, dass das von ihr beauftragte Abrechnungszentrum die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit den sonstigen Leistungserbringern nach § 301a i.V.m. § 302 Abs. 2 SGB V in der jeweils aktuellen Fassung bei der Rechnungsstellung einhält. Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Ziffer 9 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch die Hebamme auszuwählen.

### **§ 3 Abrechnung der Vergütungspositionen nach der Technischen Anlage**

Die Hebamme hat ein für die Leistungserbringung verbindliches IK zu melden. Es sind die Anforderungen, die sich aus der Technischen Anlage der Richtlinien nach § 301a i.V.m. § 302 Abs. 2 SGB V ergeben, umzusetzen. Dies bedeutet insbesondere:

- Einzutragen ist das IK der Hebamme bzw. der Hebammeninstitution, die die Leistung tatsächlich erbringt.
- Die Hebamme hat jede einzelne Abrechnungsposition zu erfassen. Fallen mehrere Abrechnungspositionen am gleichen Tag an, ist jeweils ein neuer Einzelfallnachweis (Segment „EHB“) zu erfassen.
- Im Segment „ZHB“ ist das Geburtsdatum des Kindes oder der errechnete Termin (mutmaßliches Geburtsdatum) bei vorgeburtlichen Leistungen anzugeben.
- Bei Leistungen nach den Nummern 090, 100, 110 und 120 ist in der Technischen Anlage das Geburtsdatum sowie die Geburtszeit des ersten Kindes anzugeben.
- Bei ärztlicher Anordnung ist, sofern vorhanden, die Vertragsarzt-nummer anzugeben.
- Liegen mehrere ärztliche Anordnungen für eine Abrechnung vor, so ist nur für die erste Leistung das Ausstellungsdatum der Anordnung anzugeben. Alle Urbelege müssen jedoch beigelegt werden.
- Bei der Abrechnung von Arzneimitteln ist die Pharmazentralnummer (PZN) des Arzneimittels anzugeben.
- Bei Mehrlingsgeburten ist die Anzahl der geborenen Kinder anzugeben.
- Bei Abrechnungen von Leistungen von Beleghebammen ist das IK des Krankenhauses zwingend anzugeben.

### **§ 4 Übergangsregelung**

Bis zum 31.07.2007 erbrachte Leistungen der Hebammenhilfe sind nach der HebGV vom 28. Oktober 1986 in der Fassung vom 21.07.2004 abzurechnen.

Die Abrechnung von Leistungen der Hebammenhilfe, die ab dem 01.08.2007 erbracht und ab dem 15.09.2007 abgerechnet werden, erfolgt auf der Grundlage dieses Vertrages.

## Hinweise zu Privatrechnungen

Bei Privatpatienten richten Sie Ihre Rechnung direkt an die betreute Frau, nicht an die Versicherung. Maßgeblich für die Gebührenhöhe ist die Privatgebührenverordnung des jeweiligen Bundeslandes:

Bundesland	max. Gebührenfaktor <sup>1)</sup>	max. Faktor Wegegeld	Faktor bezieht sich auf die Kassengebühren
Baden-WV.	1,8x	1,8x	jeweils aktuelle
Bayern	1,8x	1x	vom 24.7.2004
Berlin	2x	2x	vom 1.7.2008
Brandenburg	2x	1x	vom 1.7.2008
Bremen	1,9x	1,9x	vom 1.1.2010
Hamburg	2x	2x	vom 01.8.2007
Hessen	2x	2x	vom 24.7.2004
Mecklenburg-V.	2x	1x	jeweils aktuelle
Niedersachsen	2x	2x	vom 24.7.2004
Nordrhein-W.	1,8x	1x	vom 24.7.2004
Rheinland-Pfalz	2x	1x	vom 24.7.2004
Saarland	2x	1x	jeweils aktuelle
Sachsen	1,8x/2x <sup>2)</sup>	1x	vom 24.7.2004
Sachsen-A.	2x	2x	vom 01.7.2008
Schleswig-H.	2x	1x	vom 24.7.2004
Thüringen	1,85x	1x	vom 01.7.2008

Stand: 07/2010, aktueller Stand unter [www.hebrech.de](http://www.hebrech.de); alle Angaben ohne Gewähr

Anmerkungen zur Tabelle:

1.) In allen Privat-GebOs ist geregelt, dass die Gebührenhöhe entsprechend dem Aufwand bis zum maximalen Faktor zu gewichten ist. Tipp: Nicht immer den Maximalfaktor verwenden.

2.) In Sachsen ist die Abrechnung von Beihilfeempfängern auf den 1,8-fachen Satz begrenzt.

## Der Bezug bei Privatrechnungen

- Bezug auf die (alte) Hebammengebührenverordnung

In **Bayern, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen** und **Schleswig-Holstein** bezieht sich der Faktor auf die Hebammengebührenverordnung (HebGV) vom 24.07.2004.

Die HebGV war bis 31. Juli 2007 gesetzliche Kassen-Gebührenverordnung. Der feste Bezug auf die HebGV vom 24.07.2004 bedeutet, dass sich die Gebühren nicht automatisch ändern, wenn sich die aktuellen Kassengebühren ändern. Dabei gelten in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Faktoren.

- Bezug auf den jeweils aktuellen Gebührenvertrag

In **Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern** und dem **Saarland** orientiert sich die Privat-GebO am jeweils aktuellen Gebührenvertrag. Dabei gelten in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Faktoren.

- Bezug auf einen bestimmten Gebührenvertrag

Die Privat-GebO von **Hamburg** orientiert sich am Vertrag vom 1. August 2007. Zusätzlich gibt es die Leistung Dauerrufbereitschaft.

Die Privat-GebOs von **Berlin**, von **Brandenburg**, von **Sachsen-Anhalt** und von **Thüringen** orientieren sich am Vertrag vom 1. Juli 2008. In Brandenburg ist für die Jahre 2010 und 2011 jeweils eine 2%ige Gebührenerhöhung, in Sachsen-Anhalt ist bis 2013 eine jährliche 2%ige Gebührenerhöhung festgelegt worden.

Die Privat-GebO von **Bremen** orientiert sich am Vertrag vom 1. Januar 2010. Zusätzlich gibt es die Leistung Dauerrufbereitschaft.

Der feste Bezug auf einen Vertrag bedeutet, dass die Gebühren nicht automatisch steigen, wenn die aktuellen Kassengebühren angehoben werden.