

Hebammen-Vergütungsvereinbarung ab 1. Januar 2010

(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.
- (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 § 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. 3400,

- b) für die Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen nach den Nrn. 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 Nrn. 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 Materialienbedarf 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 berechnungsfähig.
- (2) Bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel werden als Wegegeld die Fahrkosten erstattet oder eine Pauschale nach den Nrn. 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 Nrn. 3000, 3001 und 3002, bei Nacht nach den Nrn. 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 Nrn. 3200, 3201 und 3202, bei Nacht nach den Nrn. 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 Nrn. 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 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

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 erfolgen. 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** erfolgen. 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 vereinbart und die Geburt im Krankenhaus durchgeführt, ohne dass Leistungen an anderen Versicherten parallel erfolgten.
- 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 Positionsnrn., die mit der Endziffer 0 enden.

A. Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung

0100	Beratung der Schwangeren, auch mittels Kommunikationsmedium	5,81 €
0101	<p><i>Die Gebühr nach den Nrn. 0100, 0101 oder 0102 ist während der Schwangerschaft insgesamt höchstens zwölf Mal berechnungsfähig.</i></p> <p><i>Die Gebühr nach der Nr. 0100, 0101 oder 0102 ist nur neben den Nrn. 0200; 0300; 0400, 0401 oder 0402; 0500, 0501 oder 0502 und 0800 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.</i></p> <p><i>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.</i></p>	5,81 €
0102		5,81 €
0200	<p>Individuelles Vorgespräch über Fragen der Schwangerschaft und Geburt, mindestens 30 Minuten, je angefangene 15 Minuten</p> <p><i>Die Gebühr nach der Nr. 0200 ist bei jeder Schwangeren einmal im Umfang von bis höchstens 90 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 der Nr. 0200 ist nur neben Leistungen nach den Nrn. 0100, 0101 oder 0102; 0400, 0401 oder 0402; 0500, 0501 oder 0502; 0600, 0601 oder 0602 und 0800 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.</i></p>	7,50 €
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:</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 der Nr. 0300 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>	22,44 €

0400	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 <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> <i>Die Leistungen nach den Nrn. 0300 und 0400, 0401 oder 0402 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt wurden.</i>	5,71 €
0401		5,71 €
0402		5,71 €
0500	Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, für jede angefangene 30 Minuten <i>Dauert die Leistung nach den Nrn. 0500, 0501 oder 0502 länger als drei Stunden, so ist die Notwendigkeit der über drei Stunden hinausgehenden Hilfe in der Rechnung zu begründen.</i>	15,00 €
0501		15,00 €
0502		15,00 €
0510	Nrn. 0500, 0501 oder 0502 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 <i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.</i>	18,00 €
0511		18,00 €
0512		18,00 €
0600	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. <i>Die Gebühr für die Leistungen nach den Nrn. 0600, 0601 oder 0602 ist je Tag höchstens zwei Mal berechnungsfähig, es sei denn, dass weitere Überwachungen ärztlich angeordnet werden.</i>	6,43 €
0601		6,43 €
0602		6,43 €
0700	Geburtsvorbereitung bei Unterweisung in der Gruppe , bis zu zehn Schwangere je Gruppe und höchstens 14 Stunden, für jede Schwangere je Unterrichtsstunde (60 Minuten) Geburtsvorbereitung bei Einzelunterweisung auf ärztliche Anordnung höchstens 14 Unterrichtseinheiten á 30 Minuten, für jede Unterrichtseinheit <i>Die Gebühren für die Leistungen nach den Nrn. 0700 und 0800 umfassen 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>	5,71 €
0800		15,00 €

B. Geburtshilfe

Allgemeine Bestimmungen

- a) Die Gebühren für die Leistungen nach den Nrn. 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 Nrn. 1400, 1401 oder 1402 und 1500, 1501 oder 1502 und 2400, 2401 oder 2402 und 2500, 2501 oder 2502.
- 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 Nrn. 0901 oder 0902 und 1300, 1301 oder 1302 können auch dann berechnet werden, wenn die Geburt oder Fehlgeburt ärztlicherseits künstlich eingeleitet wurde.
- d) Die Gebühr für Leistungen nach den Nrn. 1600, 1601 oder 1602 umfasst die Hilfe für die Dauer von bis zu fünf Stunden vor Beendigung der Geburtshilfe einschließlich aller damit verbundenen Leistungen.

Die Gebühr für Leistungen nach den Nrn. 1600, 1601 oder 1602 ist von derselben Hebamme nicht neben den Gebühren nach den Nrn. 0901 bis 1210 abrechnungsfähig.

0901	Hilfe bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus	237,85 €
0902		237,85 €
0911	Nrn. 0901 oder 0902 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1	285,42 €
0912	<i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.</i>	285,42 €
1000	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung	237,85 €
1010	Nr. 1000 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 <i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.</i>	285,42 €
1100	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung	445,00 €
1110	Nr. 1100 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 <i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.</i>	534,00 €

1200	Hilfe bei einer Hausgeburt	537,00 €
1210	Nr. 1200 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 <i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.</i>	644,40 €
1300	Hilfe bei einer Fehlgeburt	160,00 €
1301		160,00 €
1302		160,00 €
1310	Nrn. 1300, 1301 oder 1302 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1	192,00 €
1311		192,00 €
1312	<i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Fehlgeburt.</i>	192,00 €
1400	Versorgung einer geburtshilflichen Schnitt- oder Rissverletzung mit Ausnahme DR III oder IV	30,00 €
1401		30,00 €
1402		30,00 €
1500	Zuschlag für die Hilfe bei der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	70,00 €
1501		70,00 €
1502		70,00 €
1600	Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt	172,80 €
1601		172,80 €
1602	<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 abbrechen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist oder begleitet.</i> <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 abbrechen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist oder begleitet.</i> <i>Die Gebühren nach den Nrn. 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>	172,80 €
1610	Nrn. 1600, 1601 oder 1602 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1	207,36 €
1611		207,36 €
1612	<i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.</i>	207,36 €

1700	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme, für jede angefangene halbe Stunde	20,60 €
1701		20,60 €
1702		20,60 €
	<p><i>Die Gebühr nach den Nrn. 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></p> <p><i>Die Gebühr nach den Nrn. 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></p>	
1710	Nrn. 1700, 1701 oder 1702 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1	24,72 €
1711		24,72 €
1712		24,72 €
	<p><i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist bei in der Übergangszeit liegendem Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.</i></p>	

C. Leistungen während des Wochenbetts

Allgemeine Bestimmungen

- a) Die Leistungen nach den Nrn. 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 Nrn. 2400, 2401 oder 2402 und 2500, 2501 oder 2502. Die Leistungen und Zuschläge nach den Nrn. 1800 bis 2100; 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 Nrn. 1800, 2001, 2002, 2100 und 2300, 2301 oder 2302 insgesamt berechnungsfähig. 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 mehr als zwei Wochenbettbetreuungen je Tag innerhalb des Leistungskontingents für die Betreuung im Krankenhaus ist eine ärztliche Anordnung erforderlich. Für die Überschreitung des Leistungskontingents insgesamt ist ebenfalls 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 Nrn. 1800, 1810, 2001, 2002, 2011, 2012, 2100, 2110 oder 2300, 2301 oder 2302 berechnungsfähig. Mehr als 16 dieser Leistungen 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 Nrn. 1800 bis 2100 sowie 2300, 2301 oder 2302 ist berechnungsfähig bei Vorliegen insbesondere folgender Gründe: schwere Stillstörungen, verzögerte Rückbildung, Gedeihstörung des Säuglings, nach Sekundärnaht 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 Nrn. 1800 bis 2100 an demselben Tag sind nur berechnungsfähig, wenn sie ärztlich angeordnet wurden.
- e) Nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind Leistungen nach den Nrn. 1800, 2001, 2002, 2100 oder 2300 nur auf ärztliche Anordnung unter Angabe der Indikation berechnungsfähig.

1800	Aufsuchende Wochenbettbetreuung bei der Wöchnerin nach der Geburt	26,52 €
1810	Nr. 1800 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 <i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.</i>	31,82 €
1900	Zuschlag zu der Gebühr nach Nr. 1800 für die erste aufsuchende Wochenbettbetreuung bei der Wöchnerin nach der Geburt	5,71 €
2001	Aufsuchende Wochenbettbetreuung in einem Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung	13,16 €
2002		13,16 €
2011	Nr. 2001, 2002 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 <i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.</i>	15,79 €
2012		15,79 €
2100	Aufsuchende Wochenbettbetreuung in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung nach der Geburt	21,42 €
2110	Nr. 2100 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 <i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.</i>	25,70 €
2200	Zuschlag für eine aufsuchende 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	8,87 €
2201		8,87 €
2202		8,87 €
2300	Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmedium	5,10 €
2301		5,10 €
2302		5,10 €

2400	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 €
2401		7,65 €
2402		7,65 €
2500	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 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.</i> <i>Leistungen nach den Nrn. 2400, 2401 oder 2402 und 2500, 2501 oder 2502 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits im Mutterpass oder im Untersuchungsheft für Kinder dokumentiert sind.</i>	5,71 €
2501		5,71 €
2502		5,71 €

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> <i>Die Leistung nach den Nrn. 2600, 2601 oder 2602 beginnt nach Ablauf der 3-stündigen Überwachungsfrist, die mit der Geburtsgebühr abgegolten ist.</i>	15,00 €
2602		15,00 €
2610	Nr. 260 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1	18,00 €
2611	<i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.</i>	18,00 €
2612		18,00 €
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	26,52 €
2810	Nr. 2800 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 <i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Leistung.</i>	31,82 €
2820	Zuschlag 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, je Kind	8,87 €
2900	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings mittels Kommunikationsmedium <i>Die Gebühren nach den Nrn. 2800, 2810 und/oder 2900 sind 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 zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Tag	1,68 €
3001		1,68 €
3002		1,68 €
3010	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	1,68 €
3011		1,68 €
3012		1,68 €
3100	Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Nacht <i>Maßgeblich für die Berücksichtigung der Nrn. 3100, 3101 oder 3102 ist das Ende des Weges.</i>	2,38 €
3101		2,38 €
3102		2,38 €
3110	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	2,38 €
3111		2,38 €
3112		2,38 €
3200	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	0,59 €
3201		0,59 €
3202		0,59 €

3210	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	0,59 €
3211		0,59 €
3212		0,59 €
3300	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 €
3301		0,81 €
3302		0,81 €
3310	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	0,81 €
3311		0,81 €
3312		0,81 €
3350	Pauschale für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel <i>Zur Erstattung der tatsächlich entstandenen Kosten sind die entsprechenden Belege einzureichen.</i>	2,10 €
3351		2,10 €
3352		2,10 €

MATERIAL		
3400	Materialpauschale Vorsorgeuntersuchung <i>Die Pauschale nach Nr. 3400 kann nicht neben der Nr. 3500 abgerechnet werden.</i>	2,58 €
3500	Materialpauschale bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen <i>Die Pauschale nach Nr. 3500 kann nicht neben den Nrn. 3400 und 3600 abgerechnet werden.</i>	2,58 €
3600	Materialpauschale Geburtshilfe <i>Die Pauschale nach Nr. 3600 kann nur im Zusammenhang mit einer vollendeten oder nicht vollendeten außerklinischen Geburt geltend gemacht werden. Bei Leistungen, die im Krankenhaus erbracht werden, sind Materialien und Arzneimittel in der DRG enthalten, die das Krankenhaus gegenüber der Krankenkasse geltend macht. Eine Abrechnung durch die Beleghebamme gegenüber der Krankenkasse ist nicht möglich.</i>	35,02 €
3700	Materialpauschale, zusätzlich zu Nr. 3600, bei Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen	28,33 €
3800	Materialpauschale aufsuchende Wochenbettbetreuung	25,24 €
3900	Materialpauschale bei Beginn der aufsuchenden Wochenbettbetreuung später als vier Tage nach der Geburt	13,70 €
4000	Perinatalerhebung bei einer vollendeten oder nicht vollendeten 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 €

Anhang A zu Anlage 1 des Vertrages nach § 134a SGB V:

Modalitäten zur Versichertenbestätigung

Modalitäten zur Versichertenbestätigung

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 1 (Vergütungsvereinbarung) gemäß § 134a SGB V genannt.

2. Versichertenbestätigung

Für die Versichertenbestätigung gem. § 4 der Anlage 1 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), des BfHD (www.bfhd.de) und des GKV-Spitzenverbandes (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 oder 0102	Beratung der Schwangeren, auch mittels Kommunikationsmedium,
2300, 2301 oder 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), 1.
	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:

- 1) die „Versichertenbestätigung B“ für alle Hebammen des Teams gemeinsam zu verwenden oder
- 2) 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.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.

Anhang B zu Anlage 1 des Vertrages nach § 134a SGB V:

Versichertenbestätigung A „Kurse“

**Versichertenbestätigung B „Hebammenhilfe,
Abrechnung über mehrere IK“**

**Versichertenbestätigung C „Hebammenhilfe,
Abrechnung über ein IK“**

