



 **HebRech[®]**

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

**Gebühren ab 1.8. 2007,
aktualisiert im Februar 2009.**

Liebe Hebamme, sehr geehrte Kundin,

in dieser Broschüre finden Sie den Gebührenvertrag für alle Leistungen seit 1.8.2007. Der Vertrag wird ergänzt durch Anlage 1, Anhang A zu Anlage 1 und Anlage 2. In Anlage 3 sollte ursprünglich der Bereich Material und Auslagen geregelt werden, was auf unbestimmte Zeit verschoben wurde. Bis dahin gilt für Auslagen §2 in Anlage 1.

Für wen gilt der Vertrag?

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

- Für **Mitglieder der Berufsverbände BDH/BfHD** 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 VdAK beitreten. Dazu müssen Sie die **Beitrittserklärung**, das **Abfrageformular** und die **Anerkennungsurkunde** an den VdAK senden (www.vdak-aev.de).

Übergangsregelung:

Um allen Beteiligten eine reibungslose Umstellung zu ermöglichen, gilt folgende Übergangsregelung:

- Alte und neue Gebühren müssen in getrennten Rechnungen erfasst werden.
- Leistungen vor dem 1.8.2007 bleiben von dem neuen Vertrag unberührt und können auch später noch nach der alten HebGV abgerechnet werden.

Vorteil für HebRech-Kundinnen:

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. Kundinnen mit Wartungs-Abo sind durch Online-Updates jederzeit auf dem aktuellen Stand.

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

Ihr HebRech-Team

Der Text in diesem Heft beinhaltet sämtliche vertraglichen Änderungen bis einschließlich 1. Juli 2008

Inhalt

Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGBV	3
Hebammen-Vergütungsvereinbarung (Anlage 1)	10
Modalitäten zur Versichertenbestätigung (Anhang A, Anlage 1)	24
Abrechnung von Hebammenleistungen (Anlage 2)	26
Privat-Gebührenordnungen	30

Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGBV

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 SGBV. 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:

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

§ 2 Grundlagen

Neben § 134a SGBV 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 SGBV, § 301 a i. V. m. § 302 SGBV,
- Hebammengesetz,
- Berufsordnungen der Länder,
- Mutterschafts-Richtlinien des Bundesausschusses nach § 92 SGBV.

§ 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 angehörnden 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 1 geregelt.
- (6) Die Hebamme erbringt im Rahmen ihrer gegenüber dem Gesundheitsamt gemeldeten Tätigkeitsfelder sowie unter Berücksichtigung der vorhandenen Infrastruktur qualitativ hochwertige Leistungen im Rahmen des Leistungskataloges der GKV. Zu dessen Bestimmung und Ausfüllung dient das Leistungsverzeichnis der

Hebammen-Vergütungsvereinbarung. Bei der Versorgung mit Hebammenhilfe orientiert sich die Hebamme am aktuellen Stand des Hebammenwissens. Sie stellt sicher, dass die für die Leistungserbringung nötigen organisatorischen, räumlichen und sächlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

- (7) Das Behandeln pathologischer Vorgänge bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen sowie Neugeborenen ist Ärzten vorbehalten. Daneben besteht Anspruch auf die vertraglich vereinbarten Hebammenleistungen, um die Ziele der Hebammenhilfe i.S.d. § 3 dieses Vertrages zu erreichen. Die Hebamme hat die Versicherte bei pathologischem Verlauf auf die Notwendigkeit der Weiterbehandlung durch einen Arzt hinzuweisen und dies zu dokumentieren. Dies gilt insbesondere, wenn die Versicherte der Empfehlung der Hebamme nicht folgt.
- (8) Die Hebammen gewährleisten, dass die Versicherten der Krankenkassen bei der Versorgung mit Hebammenhilfe nach gleichen Grundsätzen behandelt werden.
- (9) Die Abgabe von Hilfsmitteln ist nicht Gegenstand dieses Vertrages.

§ 7 Maßnahmen zur Qualitätssicherung

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

§ 8 Strukturqualität

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

§ 9 Prozessqualität

- (1) Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Prozesse im Zusammenhang mit der Versorgung der Versicherten

mit Hebammenhilfe. Die Hebamme klärt die Versicherte über die ihr zustehenden Leistungen nach diesem Vertrag auf. Dies gilt insbesondere vor dem Abschluss von Verträgen über private Zusatzleistungen.

- (2) Zur Sicherung der Prozessqualität bei der Versorgung der Versicherten mit Hebammenhilfe haben die Hebammen insbesondere folgendes zu gewährleisten:
 - Hinzuziehung von Kinderärzten, Gynäkologen, Krankenhäusern und Krankenkassen im Bedarfsfall,
 - Dokumentation des Versorgungsverlaufs,
 - Erreichbarkeit.
- (3) Die Hebamme ist darüber hinaus verpflichtet, zur Sicherstellung einer ggf. erforderlichen Mit- oder Weiterversorgung durch andere Leistungserbringer (z. B. andere Hebammen, Kliniken, Gynäkologen, Kinderärzte) die zur Weiterversorgung notwendigen Angaben des Versorgungsverlaufes zu dokumentieren und der Versicherten zuzuleiten.

§ 10 Ergebnisqualität

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

§ 11 Wirtschaftlichkeit

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

§ 12 Vergütung

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

§ 13 Abrechnungsmodalitäten

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

§ 14 Datenschutz

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

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

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

§ 15 Vertragspartnerschaft

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

§ 16 Vertragsausschuss

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

§ 17 Vertragsverstöße/Regressverfahren

- (1) Die Krankenkassen sind berechtigt, bei Erbringung von Hebammenleistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) oder einer durch die Kassen autorisierten Person einzuholen.
- (2) Erfüllt eine Hebamme die ihr obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann sie durch die Spitzenverbände der Krankenkassen schriftlich verwahrt werden; die Spitzenverbände setzen eine angemessene Frist für die Beseitigung des Vertragsverstoßes durch die Hebamme fest.
- (3) Bei schwer wiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen erfolgt eine Anhörung der Hebamme im Vertragsausschuss. Im Einvernehmen mit dem Vertragsausschuss können die Spitzenverbände der Krankenkassen sodann eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 10.000 Euro festsetzen. Der Vertragsausschuss kann auf Antrag die Vertragsstrafe analog § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB IV stunden.

- (4) Schwer wiegende oder wiederholte Vertragsverstöße rechtfertigen den sofortigen Vertragsausschluss durch die Spitzenverbände der Krankenkassen. Unabhängig davon ist der entstandene Schaden zu ersetzen.
- (5) Bestehen Zweifel an der freiberuflichen Tätigkeit, so kann die leistungspflichtige Kasse entsprechende Nachweise fordern.

§ 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 1) wird angewendet auf alle Abrechnungen, die ab dem 15.09.2007 bei den Krankenkassen eingehen für Leistungen, die ab dem 01.08.2007 erbracht wurden. § 4 der Anlage 1 tritt am 15.09.2007 in Kraft. Bis zu diesem Zeitpunkt wird das Nähere über die Form der Versichertenbestätigung und das Verfahren einer ggf. elektronischen Übermittlung der Versichertenbestätigung an die Krankenkasse vereinbart.
- (3) Für die Kündigung der Hebammen-Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) gelten die Fristen aus Absatz 1 ebenso. Zum 01.01.2008 wird § 2 der Hebammen-Vergütungsvereinbarung in Anlage 3 (Vereinbarung über Materialien und Arzneimittel) überführt; die hieraus resultierenden Anpassungen der Anlage 1 bedürfen keiner separaten Kündigung.
- (4) Der Vertrag bzw. seine Anlagen gelten bis zum Inkrafttreten eines neuen Vertrages bzw. seiner Anlagen weiter.

§ 19 Salvatorische Klausel

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

Hebammen-Vergütungsvereinbarung (Anlage I zum Vertrag nach § 134a SGBV)

§ 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 SGBV nach dieser Vergütungsvereinbarung.
- (2) Als Hebamme im Sinne dieser Vereinbarung gelten auch Entbindungspfleger.

§ 2 Auslagen

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

Die Pauschalen richten sich:

- a) für jede einzelne Vorsorgeuntersuchung nach der Nr. 340
 - b) für die Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen nach den Nummern 050 oder 051 des Leistungsverzeichnisses nach der Nr. 350 je Inanspruchnahme der Hebamme
 - c) für die Hilfe bei einer Geburt nach der Nr. 360 sowie für die Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen zusätzlich nach der Nr. 370 sowie
 - d) für die gesamte Zeit der Wochenbettbetreuung nach der Nr. 380, wenn diese nicht mehr als vier Tage nach der Geburt, übernommen wird; bei späterer Übernahme der Betreuung für die gesamte Zeit der Wochenbettbetreuung nach der Nr. 390.
- (3) Zusätzlich zu den Pauschalen für Materialbedarf nach Absatz 2 können die entstandenen Kosten für im Zusammenhang mit den in Absatz 1 genannten Leistungen notwendige, apothekenpflichtige Arzneimittel nach Maßgabe der Absätze 4 bis 6 berechnet

werden, sofern diese Arzneimittel verbraucht oder zur weiteren Verwendung überlassen wurden. Für diese Arzneimittel trägt die Krankenkasse die der Hebamme tatsächlich entstandenen Kosten, höchstens bis zur Höhe des Betrages, der sich nach der Arzneimittel-Preisverordnung in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung ergibt. Die Arzneimittel sind in der Abrechnung einzeln aufzulisten.

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

darf jeweils nur ein Arzneimittel der kleinsten Packungsgröße berechnet werden.

Aus den Wirkstoffgruppen der

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

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

- (5) Kosten für Arzneimittel, die
 - a) nicht der Apothekenpflicht unterliegen,
 - b) nach der Verordnung über verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht an Hebammen abgegeben werden dürfen,
 - c) nach § 34 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung ausgeschlossen sind,
 - d) nach § 34 Abs. 1 Satz 7 und Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen sind oder
 - e) im Rahmen nicht allgemein anerkannter Therapieverfahren eingesetzt werden,können nicht berechnet werden.
- (6) Für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen der Phytotherapie, der Homöopathie sowie der anthroposophischen Medizin gelten die Absätze 3 bis 5 entsprechend. Arzneimittel, die der homöopathischen oder anthroposophischen Therapierichtung zugeordnet werden, können berechnet werden, wenn aus dem jeweiligen Arzneimittelbild Wirkungen und Anwendungen ableitbar sind, die in den Tätigkeitsbereich der Hebammenhilfe fallen.

§ 3 Wegegeld

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

§ 4 Nachweis über erbrachte Leistungen und Auslagen

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

tenbestätigungen 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.

Nr. Leistung

(bis 30.6.08) **Eur**

A. Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung

- | | | | |
|-----|--|------|-------------|
| 010 | Beratung der Schwangeren, auch mittels Kommunikationsmedium. | 5,70 | 5,81 |
|-----|--|------|-------------|

Die Gebühr nach Nr. 010 ist während der Schwangerschaft insgesamt höchstens 12 x berechnungsfähig. Die Gebühr nach Nr. 010 ist an demselben Tag neben Leistungen nach den Nrn. 020, 030, 040, 050, 060 und 080 nicht berechnungsfähig.

Die Gebühr nach Nr. 010 kann an demselben Tag nur dann mehr als 1 mal berechnet werden, wenn die mehrmalige Erbringung der Leistung an demselben Tag durch die Beschaffenheit des Falles geboten war. Eine mehrmalige Berechnung an demselben Tag ist in der Rechnung unter Angabe der jeweiligen Uhrzeit der Leistungserbringung näher zu begründen.

- | | | | |
|-----|---|------|-------------|
| 020 | Vorgespräch über Fragen der Schwangerschaft und Geburt, mindestens 30 Minuten, je angefangene 15 Minuten. | 7,20 | 7,34 |
|-----|---|------|-------------|

Die Gebühr nach der Nr. 020 ist bei jeder Schwangeren einmal im Umfang von bis höchstens 60 Minuten, bei geplanter Geburt zu Hause oder in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung ein weiteres Mal im Umfang von bis zu 90 Minuten abrechnungsfähig. Die Absicht der Versicherten, zu Hause bzw. in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung zu gebären, ist nach § 4 zu dokumentie-

ren. Die Gebühr nach Nummer 020 ist an demselben Tag neben Leistungen nach den Nummern 010, 030, 040, 050, 060 und 080 nicht berechnungsfähig.

030 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. 22,00 **22,44**

Die Vorsorgeuntersuchung umfasst folgende Leistungen:

Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Kontrolle des Standes der Gebärmutter, Feststellung der Lage, Stellung und Haltung des Kindes, Kontrolle der kindlichen Herztöne, allgemeine Beratung der Schwangeren, Dokumentation im Mutterpass des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils geltenden Fassung.

Die Gebühr nach Nr. 030 ist berechnungsfähig

a) bei normalem Schwangerschaftsverlauf,

b) bei pathologischem Schwangerschaftsverlauf, wenn die Hebamme die Vorsorgeuntersuchung auf ärztliche Anordnung vornimmt oder wenn die Schwangere wegen des pathologischen Schwangerschaftsverlaufs ärztliche Betreuung trotz Empfehlung der Hebamme nicht in Anspruch nehmen möchte.

040 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. 5,60 **5,71**

Die Gebühr nach Nr. 040 ist auch abrechnungsfähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial zur Risikoabklärung notwendig ist oder die Schwangere sich nach Nr. 030 b) in Hebammenbetreuung befindet oder die Entnahme ärztlich angeordnet ist.

Die Leistungen nach den Nummern 030 und 040 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt wurden.

050 Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, für jede angefangenen 30 Minuten. 14,40 **14,69**

Dauert die Leistung nach Nummer 050 länger als drei Stunden, so ist die Notwendigkeit der über drei Stunden hinausgehenden Hilfe in der Rechnung zu begründen.

051 Nr. 050 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1. 17,28 **17,63**

Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.

060 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. 6,30 **6,43**

Die Gebühr für die Leistungen nach Nr. 060 ist je Tag höchstens 2mal berechnungsfähig, es sei denn, dass weitere Überwachungen ärztlich angeordnet werden.

070 Geburtsvorbereitung bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Schwangere je Gruppe und höchstens 14 Stunden, für jede Schwangere je Unterrichtsstunde (60 Minuten). 5,60 **5,71**

080 Geburtsvorbereitung bei Einzelunterweisung auf ärztliche Anordnung höchstens 14 Unterrichtseinheiten á 30 Minuten, für jede angefangenen 30 Minuten. 14,40 **14,69**

Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 070 und 080 umfassen insbesondere die Unterrichtung über den Schwangerschaftsverlauf, die physische und psychische Vorbereitung auf Geburt und Wochenbett, gymnastische Übungen, Entspannungsübungen und Übungen der Atemtechnik.

B. Geburtshilfe

Allgemeine Bestimmungen

a) Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 090 bis 130 umfassen die Hilfe für die Dauer von bis zu 8 Stunden vor der Geburt des Kindes oder einer Fehlgeburt und die Hilfe für die Dauer von bis zu 3 Stunden danach einschl. aller damit verbundenen Leistungen und Dokumentationen mit Ausnahme der ggf. gesondert berechnungsfähigen Leistungen nach Nr. 140 und 150, 240 und 250.

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 Nr. 090 und 130 können auch dann berechnet werden, wenn die Geburt oder Fehlgeburt ärztlicherseits künstlich eingeleitet wurde.

d) Die Gebühr für Leistungen nach den Nummern 160 bis 167 umfasst die Hilfe für die Dauer von bis zu fünf Stunden vor Beendigung der Geburtshilfe einschließlich aller damit verbundenen Leistungen.

Die Gebühr für Leistungen nach den Nummern 160 bis 167 ist nicht neben den Gebühren nach den Nummern 090 bis 130 abrechnungsfähig.

090 Hilfe bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus.	220,00	224,40
091 Nr. 090 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. I <i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.</i>	264,00	269,28
100 Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung.	220,00	224,40
101 Nr. 100 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. I. <i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt</i>	264,00	269,28
110 Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung.	360,00	367,20
111 Nr. 110 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. I. <i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt</i>	432,00	440,64

120 Hilfe bei einer Hausgeburt.	440,00	448,80
121 Nr. 120 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. I. <i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt</i>	528,00	538,56
130 Hilfe bei einer Fehlgeburt.	140,00	142,80
131 Nr. 130 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. I. <i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Fehlgeburt.</i>	168,00	171,36
140 Versorgung einer geburtshilflichen Schnitt- oder Rissverletzung mit Ausnahme DR III oder IV.	25,00	25,50
150 Zuschlag für die Hilfe bei der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind.	57,50	58,65
160 Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt. <i>Die Gebühr nach Nr. 160 ist nur berechnungsfähig, wenn die Schwangere vom Krankenhaus aus in ein anderes Krankenhaus verlegt wird und die Hebamme dort keine weitere Hilfe leistet.</i>	140,00	142,80
161 Nr. 160 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. I. <i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.</i>	168,00	171,36
162 Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt zu Hause. <i>Die Gebühr nach Nr. 162 ist nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Hausgeburt berechnungsfähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene Hausgeburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abbrechen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist oder begleitet.</i>	140,00	142,80
163 Nr. 162 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. I. <i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.</i>	168,00	171,36
164 Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einer außerklinischen Einrichtung unter Leitung einer Hebamme. <i>Die Gebühr nach Nr. 164 ist nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Geburt in einer außerklinischen Einrichtung berechnungsfähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene außerklinische Geburt aufgrund un-</i>	140,00	142,80

- vorhergesehener Umstände abbrechen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist oder begleitet.*
- 165 Nr. 164 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1. 168,00 **171,36**
Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.
- 166 Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung. 140,00 **142,80**
Die Gebühr nach Nr. 166 ist nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Geburt in einer außerklinischen Einrichtung berechnungsfähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene außerklinische Geburt aufgrund vorhergesehener Umstände abbrechen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist oder begleitet.
- 167 Nr. 166 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1. 168,00 **171,36**
Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.
- 170 Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme, für jede angefangene halbe Stunde. 14,40 **14,69**
Die Gebühr nach Nr. 170 ist bis zu einer Dauer von 4 Stunden berechnungsfähig. Dies gilt entsprechend, wenn die Geburt oder Fehlgeburt nicht außerklinisch vollendet wird.
Die Gebühr nach Nr. 170 ist auch bei einer Geburt in der Klinik abrechnungsfähig, wenn es sich um eine Geburt von Mehrlingen handelt, wenn die Geburt ohne Arzt durchgeführt wird oder wenn es zu lebensbedrohlichen Blutungen nach der Geburt kommt.
- 171 Nr. 170 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 17,28 **17,63**
Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags 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 Nummern 180 bis 230 dienen der Überwachung des Wochenbettverlaufs und umfassen insbesondere die Beratung, Betreuung und/oder Versorgung von Mutter und Kind einschließlich aller damit verbundenen Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 240 und 250. Die Leistungen und Zuschläge nach den Nummern 180 bis 210, 230 und 250 sind auch nach einer Fehlgeburt bzw. einer medizinisch induzierten Geburt oder Fehlgeburt berechnungsfähig. Die Leistungen stehen der Mutter auch dann zu, wenn sich das Kind in Adoptionspflege befindet.
- b) In den ersten zehn Tagen nach der Geburt ist an demselben Tag jeweils ein Besuch nach Nummer 180, 200 oder 210 berechnungsfähig. Wird der erste Besuch bereits am Tage der Geburt ausgeführt, können weitere Besuche nach Nummer 180, 200 oder 210 nur für die folgenden neun Tage berechnet werden. Wird die Wochenbettbetreuung erst im Laufe der ersten zehn Tage nach der Geburt von einer anderen Hebamme übernommen, werden die Besuche bis zum zehnten Tag nach der Geburt vergütet.
- c) In dem Zeitraum zwischen dem elften Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind insgesamt bis zu 16 Leistungen nach Nummer 180, 200, 210 oder 230 berechnungsfähig, weitere Leistungen nach Nummer 180, 200, 210 oder 230 dabei jedoch nur nach Maßgabe der Allgemeinen Bestimmung nach Buchstabe d. Der in Satz 1 genannte Zeitraum beginnt bereits am 10. Tag nach der Geburt, wenn der erste Besuch bereits am Tage der Geburt ausgeführt wird. Mehr als 16 Leistungen nach Nummer 180, 200, 210 oder 230 sind in diesem Zeitraum nur berechnungsfähig, soweit sie ärztlich angeordnet sind.
- d) Ein weiterer Besuch nach Nummer 180 bis 210 an demselben Tag ist berechnungsfähig
- aa) nach ambulanter Entbindung in den ersten zehn Tagen nach der Geburt sowie
- bb) unabhängig von der Art der Entbindung während des gesamten Zeitraums bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bei Vorliegen

insbesondere folgender Besuchsgründe: schwere Stillstörungen, verzögerte Rückbildung, nach Sekundärnaht oder Dammriss III. Grades, bei Beratung und Anleitung der Mutter zur Versorgung und Ernährung des Säuglings im Anschluss an dessen stationäre Behandlung oder nach ärztlicher Anordnung. Der Grund ist in der Rechnung anzugeben. Mehr als zwei Besuche an demselben Tag sind nur berechnungsfähig, wenn sie ärztlich angeordnet worden sind.		
e) Nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind Besuche nur auf ärztliche Anordnung unter Angabe der Indikation berechnungsfähig.		
180 Hausbesuch nach der Geburt.	26,00	26,52
181 Nr. 180 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. I <i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.</i>	31,20	31,82
190 Zuschlag zu der Gebühr nach Nr. 180 für den ersten Hausbesuch nach der Geburt.	5,60	5,71
200 Besuch in einem Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung.	12,90	13,16
201 Nr. 200 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. I <i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.</i>	15,48	15,79
210 Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung nach der Geburt.	21,00	21,42
211 Nr. 210 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. I. <i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.</i>	25,20	25,70
220 Zuschlag für einen Besuch nach der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern zu den Gebühren nach den Nummern 180 bis 210, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind.	8,70	8,87
230 Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmedium.	5,00	5,10
240 Erstuntersuchung des Kindes einschließlich Eintragung der Befunde in das Untersuchungsheft für Kinder (U I) 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.	7,50	7,65

250 Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) oder im Rahmen der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung, je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation nach den vorgenannten Richtlinien und Befundübermittlung. <i>Die Leistung nach Nr. 250 ist auch berechnungsfähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial wegen Auffälligkeiten in der Neugeborenenperiode notwendig ist (z.B. Bilirubin-, Blutzucker-, ph-Kontrolle, Entzündungsparameter) sowie auf ärztliche Anordnung.</i> <i>Leistungen nach Nr. 240 und 250 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits im Mutterpass oder im Untersuchungsheft für Kinder dokumentiert sind.</i>	5,60	5,71
D. Sonstige Leistungen		
260 Überwachung, je angefangene halbe Stunde. <i>Die Gebühr nach Nr. 260 ist bei der Überwachung der Mutter und/oder des Kindes auf ärztliche Anordnung berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistung nach der Nr. 260 beginnt nach Ablauf der 3-stündigen Überwachungsfrist, die mit der Geburtsgebühr abgegolten ist.</i>	14,40	14,69
261 Nr. 260 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. I. <i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.</i>	17,28	17,63
270 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 Nummer 270 ist nur berechnungsfähig, wenn die Rückbildungsgymnastik in den</i>	5,60	5,71

	<i>ersten vier Monaten nach der Geburt begonnen und bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen wird.</i>		
280	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings.	26,00	26,52
281	Nr. 280 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1. <i>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Leistung.</i>	31,20	31,82
290	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings mittels Kommunikationsmedium. <i>Die Gebühren nach den Nr. 280 und/oder 290 sind frühestens nach Ablauf von 8 Wochen nach der Geburt bis zum Ende der Abstillphase, bei Ernährungsproblemen des Säuglings bis zum Ende des 9. Monats nach der Geburt berechnungsfähig.</i> <i>Die Leistungen nach den Nr. 280 und 290 sind jeweils höchstens 4mal in diesem Zeitraum berechnungsfähig.</i>	5,00	5,10

E. Auslagenersatz/Wegegeld

300	Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Tag.	1,65	1,68
301	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.	1,65	1,68
310	Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Nacht. <i>Maßgeblich für die Berücksichtigung der Nr. 310 ist das Ende des Weges.</i>	2,33	2,38
311	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.	2,33	2,38
320	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.	0,58	0,59

321	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.	0,58	0,59
330	Wegegeld bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Nacht, je zurückgelegten Kilometer.	0,79	0,81
331	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.	0,79	0,81
335	Pauschale für die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel. <i>Zur Erstattung der tatsächlich entstandenen Kosten sind die entsprechenden Belege einzureichen.</i>		2,10
340	Materialpauschale Vorsorgeuntersuchung. <i>Die Pauschale nach Nr. 340 kann nicht neben der Nr. 350 abgerechnet werden.</i>	2,50	2,58
350	Materialpauschale bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen. <i>Die Pauschale nach Nr. 350 kann nicht neben den Nrn. 340 und 360 abgerechnet werden.</i>	2,50	2,58
360	Materialpauschale Geburtshilfe. <i>Die Pauschale nach Nr. 360 kann nur im Zusammenhang mit einer vollendeten oder nicht vollendeten außerklinischen Geburt geltend gemacht werden. Bei Leistungen, die in der Klinik erbracht werden, sind Materialien und Arzneimittel in der DRG enthalten, die die Klinik gegenüber der Krankenkasse geltend macht. Eine Abrechnung durch die Beleghebamme gegenüber der Krankenkasse ist nicht möglich.</i>	34,00	35,02
370	Materialpauschale, zusätzlich zu Nr. 360, bei Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen.	27,50	28,33
380	Materialpauschale Wochenbettbetreuung.	24,50	25,24
390	Materialpauschale bei Beginn der Betreuung später als vier Tage nach der Geburt.	13,30	13,70
400	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

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 SGBV i.V.m. § 4 Anlage I (Vergütungsvereinbarung) gemäß § 134a SGBV 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 Krankenkassen verzichten für Leistungen, die bis zum 15.11.07 erbracht wurden, auf eine Abweisung der Rechnung, wenn die Versichertenbestätigungen nicht beigefügt sind.

Die Versichertenbestätigungen werden als Muster auf der Homepage des BDH (www.bdh.de), des BfHD (www.bfhd.de) und des VdAK, federführend für die Spitzenverbände der Krankenkassen, (www.vdak-aev.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 020 „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 Belegkliniken ist die einmalige Unterschrift täglich für alle Leistungen eines Tages möglich.

3. Ausnahmen von der Quittierungspflicht

Von der Quittierungspflicht werden folgende Leistungsnummern ausgenommen:

- 010 Beratung der Schwangeren, auch mittels Kommunikationsmedium,

- 230 Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmedium,
- 290 Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings mittels Kommunikationsmedium sowie die Zuschläge Zwillinge (150, 220), I. Hausbesuch (190) und Naht (140).

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.

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 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 betroffenen Hebammen durch eine pauschale Rechnungskürzung 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 nächsten 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 Zahhtag 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:

Land	max. Faktor Gebühren ⁴⁾	max. Faktor Wegegeld	Faktor bezieht sich auf die Gebühren
Baden-WV. ³⁾			
Bayern	1,8 x	1 x	vom 24.7.2004
Berlin	2 x	1 x	vom 24.7.2004
Brandenburg	2 x	1 x	vom 24.7.2004
Bremen	2 x	1 x	vom 24.7.2004
Hamburg ²⁾	2 x	2 x	vom 1.8.2007
Hessen	2 x	2 x	vom 24.7.2004
Mecklenbg-V.	2 x	1 x	vom 24.7.2004
Niedersachsen	2 x	2 x	vom 24.7.2004
Nordrhein-WV.	1,8 x	1 x	vom 24.7.2004
Rheinland-Pfalz	2 x	1 x	vom 24.7.2004
Saarland	2 x	1 x	jew. aktuelle
Sachsen ¹⁾	1,8x/2 x	1 x	vom 24.7.2004
Sachsen-A.	2 x	2 x	vom 1.8.2007
Schleswig-H.	2 x	1 x	vom 24.7.2004
Thüringen	2 x	1 x	jew. aktuelle

Die Tabelle gibt den **Stand Februar 2009** wieder. Erfahrungsgemäß werden sich die Privat-Gebührenordnungen der Länder bald nach dem Inkrafttreten von neuen Kassengebühren ändern. Die politische Initiative ergreifen die Hebammen-Landesverbände. Den aktuellen Stand stellen wir stets unter www.hebrech.de zusammen.

¹⁾ In **Sachsen** ist die Abrechnung von Beihilfeempfängern auf den 1,8-fachen Satz begrenzt, sonst gilt maximal der 2-fache Satz.

²⁾ In **Hamburg** gibt es zusätzlich die Gebühr Dauerrufbereitschaft, die mit bis zu 150 bis 400 Euro in Rechnung gestellt werden kann.

³⁾ **Baden-Württemberg** hat eine eigene Gebührenverordnung, die sich nicht an die Kassengebühren anlehnt.

⁴⁾ In allen Privat-GebOs ist geregelt, dass die Gebührenhöhe entsprechend dem Aufwand bis zum maximalen Faktor zu gewichten ist. Tipp: Nicht immer den Maximalsatz verwenden.

Der Faktor bei Privatrechnungen:

- Bezug auf die (alte) Hebammengebührenverordnung:

In **Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen** und **Schleswig-Holstein** bezieht sich der Faktor auf die Hebammengebührenverordnung (HebGV) vom 24.07.2004. In diesen Ländern erfolgt keine automatische Anpassung, wenn die Kassengebühren steigen. Es gilt der x-fache Satz der Kassengebühren vom 24.7.2004 solange bis eine neue Privat-GebO in Kraft tritt.

- Bezug auf den (neuen) Gebührenvertrag:

In **Sachsen-Anhalt** orientiert sich die Gebührenstruktur am Vertrag vom 1.8.2007. Die Gebührensätze haben jedoch eine andere Nummerierung. Bis zum Jahr 2013 erhöhen sich die Gebühren am 1. Januar jeweils automatisch um 2 Prozent. Für Leistungen bis zum 14.11.2008 gilt die gesetzliche GebO vom 24.7.2004 bis zum 2-fachen Satz.

In **Hamburg** bezieht sich der Faktor für Leistungen seit dem 22.12.2007 auf den Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe vom 01.08.2007. Für Leistungen zwischen dem 1.8.2007 und dem 21.12.2007 sind die Gebühren juristisch nicht geregelt und es gelten die Erläuterungen des nächsten Abschnitts.

- Bezug auf die „jeweils aktuelle Kassengebührenverordnung“:

In **Saarland** und **Thüringen** bezieht sich die Privat-GebO auf die „jeweils aktuelle Kassengebührenverordnung“. Seit 1.8.2007 gibt es jedoch keine gesetzliche Kassengebührenverordnung mehr; da seit diesem Termin der Gebührenvertrag in Kraft getreten ist. Damit gibt es seit 1.8.2007 auch keine Privat-GebO mehr und die Situation ist zur Zeit rechtlich unklar. Bis zu einer gesetzlichen Regelung können Privatrechnungen entweder nach der alten GebO oder nach dem neuen Gebührenvertrag abgerechnet werden. Beides ist zwar nicht ganz korrekt, aber es gibt zur Zeit keine eindeutige Lösung (Stand: 05/2008). Solange es in einem Bundesland keine gültige Privat-GebO gibt, ist es auch denkbar, die Gebühren und den Faktor mit der Betreuten frei auszuhandeln. Die Gebühren, die eine private Versicherung oder die Beihilfe erstattet, sind jedoch stets begrenzt.



Softwarebüro
Christoph Zimmermann
Service für Hebammen

www.hebrech.de