

Gesetzblatt

der

Freien Hansestadt Bremen

2010

Ausgegeben am 17. März 2010

Nr. 13

Inhalt

Gebührenverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger S. 211

Gebührenverordnung für Hebammen und Entbindungspfleger

Vom 25. Februar 2010

Aufgrund des § 1 des Gesetzes zur Ausführung des Hebammenrechts vom 26. September 1989 (Brem.GBl. S. 356 – 2124-a-1), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 23. Oktober 2007 (Brem.GBl. S. 476) geändert worden ist, wird verordnet:

§ 1

(1) Freiberuflich tätigen Hebammen und Entbindungspflegern stehen für ihre berufsmäßigen Leistungen gegenüber Selbstzahlern Gebühren, Wegegelder und Auslagen in entsprechender Anwendung des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom 13. Juli 2007, geändert durch Vertrag vom 10. Dezember 2009, sowie der dieser Verordnung anliegenden Hebammen-Vergütungsvereinbarung zu.

(2) Für eine Dauerruffbereitschaft ab drei Wochen vor dem errechneten Geburtstermin bis zwei Wochen danach kann eine Gebühr von 150 bis 400 Euro erhoben werden. Sie darf nur von Hebammen und Entbindungspflegern berechnet werden, die Hilfe bei außerklinischen Geburten oder Hausgeburten anbieten. Die Gebühr ist auch dann berechnungsfähig, wenn die Geburt aufgrund unvorhergesehener Umstände oder aufgrund einer besonderen vertraglichen Verbindung mit einem Krankenhaus in einem Krankenhaus erfolgt.

(3) Gebühren und Wegegelder nach Absatz 1 dürfen bis zum 1,9-fachen Satz der in der Anlage aufgeführten Beträge abgerechnet werden. Innerhalb des sich aus den Absätzen 1 und 2 ergebenden Gebührenrahmens sind die Gebühren nach den besonderen Umständen des Einzelfalles, insbesondere nach der Schwierigkeit der Leistung und dem Zeitaufwand zu bemessen.

(4) Abweichend von Absatz 3 Satz 1 ist der einfache Satz der Gebühren und des Wegegeldes zu berechnen, wenn die Zahlung aufgrund des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch in der jeweils geltenden Fassung oder des Asylbewerberleistungsgesetzes in der jeweils geltenden Fassung erfolgt.

(5) Für Auslagen und Betriebskostenpauschalen gelten die in der Anlage festgelegten Regelungen.

§ 2

(1) Diese Verordnung tritt am 1. April 2010 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Verordnung über Gebühren der Hebammenhilfe außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung vom 12. Dezember 1986 (Brem.GBl. S. 319 – 2124-a-6), zuletzt geändert durch Verordnung vom 15. Dezember 2006 (Brem.GBl. S. 550), außer Kraft.

(2) Für Leistungen, die bis zum Ablauf des 31. März 2010 erbracht werden, findet die Verordnung nach Absatz 1 Satz 2 Anwendung.

Bremen, den 25. Februar 2010

Die Senatorin für Arbeit, Frauen,
Gesundheit, Jugend und Soziales

Anlage

zu § 1 Absatz 1 der Gebührenverordnung
für Hebammen und Entbindungspfleger

Hebammen-Vergütungsvereinbarung

§ 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 über die Versorgung mit Hebammenhilfe 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 Absatz 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 Sätze 2 bis 6 die ihr entstandenen Kosten der für die Vorsorgeuntersuchungen 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 Arzneimitteln 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 Nummer 3400,
- b) für die Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen nach den Nummern 0500 oder 0510 des Leistungsverzeichnisses nach der Nummer 3500 je Inanspruchnahme der Hebamme,
- c) für die Hilfe bei einer Geburt nach der Nummer 3600 sowie für die Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen zusätzlich nach der Nummer 3700 sowie
- d) für die gesamte Zeit der aufsuchenden Wochenbettbetreuung (Leistungserbringung nach den Nummern 1800, 1900, 2100 und 2110) nach der Nummer 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 Nummer 3900.

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

(4) Aus den Wirkstoffgruppen der

- a) Antidiarrhoika,
- b) Antiemetica,
- c) Antihypnotika,

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 z.B. 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 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung ausgeschlossen sind,

d) nach § 34 Absatz 1 Satz 7 und Absatz 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 und sowie der anthroposophischen Medizin gelten die Absätze 3 bis 5 entsprechend. Arzneimittel, die der Homöopathie 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 Nummern 3350, 3351 oder 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 Nummern 3000, 3001 und 3002, bei Nacht nach den Nummern 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 Nummern 3200, 3201 und 3202, bei Nacht nach den Nummern 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 Leistungen 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 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 Leistungen, des Datums sowie der Uhrzeit der Leistungserbringung und, soweit dies für die Höhe der Vergütung der Leistungen 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 empfangen Leistungen ausreichend.

(2)

(3)

(4) Die Hebamme hat die Versichertenbestätigung der Abrechnung mit der Krankenkasse (ggf. in elektronischer Form) beizufügen.

§ 5

Zuschläge

(1) Erfolgen die Leistungen der Hebamme zur Nachtzeit, an Samstagen ab 12:00 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 Uhr.

(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

Anwendung 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 1:1-Betreuung erfolgt. 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 Wegegeldposition für sämtliche Versicherte mit den Positionsnummern, die mit der Endziffer 0 enden.

A.		
Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung		
0100 0101 0102	<p>Beratung der Schwangeren, auch mittels Kommunikationsmedium</p> <p>Die Gebühr nach den Nummern 0100, 0101 oder 0102 ist während der Schwangerschaft insgesamt höchstens 12-mal berechnungsfähig.</p> <p>Die Gebühr nach der Nummer 0100, 0101 oder 0102 ist nur neben den Nummern 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.</p> <p>Die Gebühr nach der Nummer 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 der Rechnung unter Angabe der jeweiligen Uhrzeit der Leistungserbringung näher zu begründen.</p>	5,81 € 5,81 € 5,81 €

0200	<p>Individuelles Vorgespräch über Fragen der Schwangerschaft und Geburt, mindestens 30 Minuten, je angefangene 15 Minuten</p> <p>Die Gebühr nach der Nummer 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.</p> <p>Die Absicht der Versicherten, zu Hause bzw. in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung zu gebären, ist nach § 4 zu dokumentieren.</p> <p>Die Gebühr nach der Nummer 0200 ist nur neben Leistungen nach den Nummern 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.</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>Die Vorsorgeuntersuchung umfasst folgende Leistungen:</p> <p>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.</p> <p>Die Gebühr nach Nummer 0300 ist berechnungsfähig</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	22,44 €

0400 0401 0402	<p>Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung, je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation im Mutterpass nach den Mutterschafts-Richtlinien und Befundübermittlung</p> <p>Die Gebühr nach den Nummern 0400, 0401 oder 0402 ist auch abrechnungsfähig, wenn die Entnahme von Körpermaterial zur Risikoabklärung notwendig ist oder die Schwangere sich nach Nummer 0300 Buchstabe b in Hebammenbetreuung befindet oder die Entnahme ärztlich angeordnet ist.</p> <p>Die Leistungen nach den Nummern 0300 und 0400, 0401 oder 0402 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt wurden.</p>	5,71 € 5,71 € 5,71 €
0500 0501 0502	<p>Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, für jede angefangenen 30 Minuten</p> <p>Dauert die Leistung nach den Nummern 0500, 0501 oder 0502 länger als drei Stunden, so ist die Notwendigkeit der über drei Stunden hinausgehenden Hilfe in der Rechnung zu begründen.</p>	15,00 € 15,00 € 15,00 €
0510 0511 0512	<p>Nummern 0500, 0501 oder 0502 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</p> <p>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist bei dem in der Übergangszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.</p>	18,00 € 18,00 € 18,00 €
0600 0601 0602	<p>Cardiotokografische Überwachung bei Indikationen nach Maßgabe der Anlage 2 zu den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung einschließlich Dokumentation im Mutterpass nach den Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung</p> <p>Die Gebühr für die Leistungen nach den Nummern 0600, 0601 oder 0602 ist je Tag höchstens zwei Mal berechnungsfähig, es sei denn, dass weitere Überwachungen ärztlich angeordnet werden.</p>	6,43 € 6,43 € 6,43 €
0700	<p>Geburtsvorbereitung bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Schwangere je Gruppe und höchstens 14 Stunden, für jede Schwangere je Unterrichtsstunde (60 Minuten)</p>	5,71 €

0800	<p>Geburtsvorbereitung bei Einzelunterweisung auf ärztliche Anordnung höchstens 14 Unterrichtseinheiten à 30 Minuten, für jede Unterrichtseinheit</p> <p>Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 0700 und 0800 umfassen insbesondere die Unterrichtung über den Schwangerschaftsverlauf die physische und psychische Vorbereitung auf die 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.</p>	15,00 €
------	---	---------

	<p>B. Geburtshilfe</p> <p>Allgemeine Bestimmungen</p> <p>a) Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 0901 bis 1312 umfassen die Hilfe für die Dauer bis zu acht Stunden vor der Geburt des Kindes oder einer Fehlgeburt und die Hilfe für die Dauer von bis zu drei Stunden danach einschließlich aller damit verbundenen Leistungen und Dokumentationen. Gesondert berechnungsfähig sind gegebenenfalls Leistungen nach den Nummern 1400, 1401 oder 1402 und 1500, 1501 oder 1502 und 2400, 2401 oder 2402 und 2500, 2501 oder 2502.</p> <p>b) Die jeweilige Gebühr steht der Hebamme auch dann zu, wenn sie erst nach der Geburt, jedoch vor Vollendung der Versorgung der Mutter und des Kindes Hilfe leisten konnte.</p> <p>c) Die Gebühren für Leistungen nach den Nummern 0901 oder 0902 und 1300, 1301 oder 1302 können auch dann berechnet werden, wenn die Geburt oder Fehlgeburt ärztlicherseits künstlich eingeleitet wurde.</p> <p>d) Die Gebühr für Leistungen nach den Nummern 1600, 1601 oder 1602 umfasst die Hilfe für die Dauer von bis zu fünf Stunden vor Beendigung der Geburtshilfe einschließlich aller damit verbundenen Leistungen.</p> <p>Die Gebühr für die Leistungen nach den Nummern 1600, 1601 oder 1602 ist von derselben Hebamme nicht neben den Gebühren nach den Nummern 0901 bis 1210 abrechnungsfähig.</p>	
0901 0902	Hilfe bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus	237,85 € 237,85 €
0911 0912	<p>Nummern 0901 oder 0902 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</p> <p>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.</p>	285,42 € 285,42 €

1000	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung	237,85 €
1010	Nummer 1000 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.	285,42 €
1100	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung	445,00 €
1110	Nummer 1100 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.	534,00 €
1200	Hilfe bei einer Hausgeburt	537,00 €
1210	Nummer 1200 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Geburt.	644,40 €
1300 1301 1302	Hilfe bei einer Fehlgeburt	160,00 € 160,00 € 160,00 €
1310 1311 1312	Nummern 1300, 1301 oder 1302 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Fehlgeburt.	192,00 € 192,00 € 192,00 €
1400 1401 1402	Versorgung einer geburtshilflichen Schnitt- oder Rissverletzung mit Ausnahme DR III oder IV	30,00 € 30,00 € 30,00 €
1500 1501 1502	Zuschlag für die Hilfe bei der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	70,00 € 70,00 € 70,00 €

1600 1601 1602	<p>Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt</p> <p>Die Gebühr nach Nummer 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.</p> <p>Die Gebühr nach Nummer 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.</p> <p>Die Gebühren nach den Nummern 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.</p>	172,80 € 172,80 € 172,80 €
1610 1611 1612	<p>Nummern 1600, 1601 oder 1602 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</p> <p>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfeleistung.</p>	207,36 € 207,36 € 207,36 €
1700 1701 1702	<p>Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme, für jede angefangene halbe Stunde</p> <p>Die Gebühr nach den Nummer 1700, 1701 oder 1702 ist bis zu einer Dauer von vier Stunden berechnungsfähig. Dies gilt entsprechend, wenn die Geburt oder Fehlgeburt nicht außerklinisch vollendet wird.</p> <p>Die Gebühr nach den Nummern 1700, 1701 oder 1702 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.</p>	20,60 € 20,60 € 20,60 €
1710 1711 1712	<p>Nummern 1700, 1701 oder 1702 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</p> <p>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist bei in der Übergangszeit liegendem Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.</p>	24,72 € 24,72 € 24,72 €

<p>C.</p> <p>Leistungen während des Wochenbetts</p> <p>Allgemeine Bestimmungen</p> <p>a) Die Leistungen nach den Nummern 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 Nummern 2400, 2401 oder 2402 und 2500, 2501 oder 2502. Die Leistungen und Zuschläge nach den Nummern 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.</p> <p>b) Innerhalb der ersten zehn Tage nach der Geburt sind maximal 20 Leistungen nach den Nummern 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 Aufenthalts der Versicherten im Krankenhaus. Für mehr als zwei Wochenbettbetreuungen je Tag innerhalb des Leistungskontingents für die Betreuung im Krankenhaus ist eine ärztliche Anordnung erforderlich.</p> <p>Für die Überschreitung des Leistungskontingents insgesamt ist ebenfalls eine ärztliche Bescheinigung erforderlich.</p> <p>c) In dem Zeitraum zwischen dem elften Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind insgesamt bis zu 16 Leistungen nach den Nummern 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.</p> <p>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 Nummern 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 Darmriss 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 Nummern 1800 bis 2100 an dem selben Tag sind nur berechnungsfähig, wenn sie ärztlich angeordnet wurden.</p>

	e) Nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind Leistungen nach den Nummern 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	Nummer 1800 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.	31,82 €
1900	Zuschlag zu der Gebühr nach Nummer 1800 für die erste aufsuchende Wochenbettbetreuung der Wöchnerin nach der Geburt	5,71 €
2001 2002	Aufsuchende Wochenbettbetreuung in einem Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung	13,16 € 13,16 €
2011 2012	Nummern 2001, 2002 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.	15,79 € 15,79 €
2100	Aufsuchende Wochenbettbetreuung in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung nach der Geburt	21,42 €
2110	Nummer 2100 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt des Beginns der Leistung.	25,70 €
2200 2201 2202	Zuschlag für eine aufsuchende Wochenbettbetreuung nach der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern zu den Gebühren nach den Nummern 1800 bis 2100, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	8,87 € 8,87 € 8,87 €
2300 2301 2302	Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmedium	5,10 € 5,10 € 5,10 €
2400 2401 2402	Erstuntersuchung des Kindes einschließlich Eintragung der Befunde in das Untersuchungsheft für Kinder (U1) 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 € 7,65 € 7,65 €

2500 2501 2502	<p>Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) 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 Befundsübermittlung</p> <p>Die Leistung nach den Nummern 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.</p> <p>Leistungen nach den Nummern 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.</p>	5,71 € 5,71 € 5,71 €
----------------------	---	----------------------------

	D.	
	Sonstige Leistungen	
2600 2601 2602	<p>Überwachung, je angefangene halbe Stunde</p> <p>Die Gebühr nach den Nummern 2600, 2601 oder 2602 ist bei der Überwachung der Mutter und/oder des Kindes auf ärztlicher Anordnung berechnungsfähig.</p> <p>Die Leistung nach den Nummern 2600, 2601 oder 2602 beginnt nach Ablauf der dreistündigen Überwachungsfrist, die mit der Geburtsgebühr abgegolten ist.</p>	15,00 € 15,00 € 15,00 €
2610 2611 2612	<p>Nummer 2600 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1</p> <p>Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist bei dem in der Überwachungszeit liegenden Leistungsanteil der Zeitpunkt der Beendigung dieses Anteils.</p>	18,00 € 18,00 € 18,00 €
2700	<p>Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Teilnehmerinnen je Gruppe und höchstens zehn Stunden, für jede Teilnehmerin je Unterrichtsstunde (60 Minuten)</p> <p>Die Leistung nach der Nummer 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.</p>	5,71 €

2800	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings	26,52 €
2810	Nummer 2800 mit Zuschlag gemäß § 5 Abs. 1 Maßgeblich für die Berücksichtigung des Zuschlags ist der Zeitpunkt der Beendigung der Leistung.	31,82 €
2820	Zuschlag für die Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen bei Zwillingen oder mehr Kindern zu den Gebühren nach den Nummern 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 Die Gebühren nach den Nummern 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. Die Leistungen nach den Nummern 2800, 2810 und 2900 sind insgesamt höchstens 8-mal in diesem Zeitraum berechnungsfähig.	5,10 €

	E.	
	Auslagenersatz / Wegegeld	
	Wegegeld	
3000 3001 3002	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 € 1,68 € 1,68 €
3010 3011 3012	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 € 1,68 € 1,68 €
3100 3101 3102	Wegegeld bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung bei Nacht Maßgeblich für die Berücksichtigung der Nummern 3100, 3101 oder 3102 ist das Ende des Weges.	2,38 € 2,38 € 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 Zur Erstattung der tatsächlich entstandenen Kosten sind die entsprechenden Belege einzureichen.	2,10 €
3351		2,10 €
3352		2,10 €
	Material	
3400	Materialpauschale Vorsorgeuntersuchung Die Pauschale nach Nummer 3400 kann nicht neben der Nummer 3500 abgerechnet werden.	2,58 €
3500	Materialpauschale bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen Die Pauschale nach Nummer 3500 kann nicht neben den Nummern 3500 und 3600 abgerechnet werden.	2,58 €
3600	Materialpauschale Geburtshilfe Die Materialpauschale nach Nummer 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.	35,02 €
3700	Materialpauschale, zusätzlich zu Nummer 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 Mit der Gebühr sind auch die Kosten für die Auswertung des Formblatts abgegolten.	7,50 €

	<p>F.</p> <p>Kostenpauschale</p> <p>Mit der Betriebskostenpauschale werden alle für die notwendige Versorgung der Versicherten unmittelbar vor, während und nach der Geburt sowie für die Betreuung des Neugeborenen während und unmittelbar nach der Geburt notwendigen Kosten vergütet, soweit sie nicht nach den in den Abschnitten A bis E dieses Leistungsverzeichnisses enthaltenen Gebühren abzurechnen sind.</p> <p>Voraussetzung der Erhebung von Betriebskostenpauschalen ist die Beteiligung der Einrichtung an Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements und der externen Qualitätssicherung. Die externe Qualitätssicherung kann über eine gemeinsame Datenerhebung (Perinatalerhebung) erfolgen. Das interne Qualitätsmanagement kann z.B. über ein Zertifizierungsverfahren erfolgen.</p> <p>Die Materialien und Arzneimittel, die die Hebamme nach den Abschnitten A bis E dieses Leistungsverzeichnisses abrechnen kann, sind in der Pauschale nicht enthalten. Diese werden mit ihrer persönlichen Leistung ausschließlich nach den Abschnitten A bis E dieses Leistungsverzeichnisses abgerechnet.</p> <p>Neben den genannten Leistungen rechnet der Träger der Einrichtung die persönlichen Leistungen der Hebammenhilfe ausschließlich nach den Abschnitten A bis E dieses Leistungsverzeichnisses ab.</p> <p>Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, die Leistungsempfängerin darauf hinzuweisen, dass Leistungen, die nicht mit der Betriebskostenpauschale abgegolten sind, von ihrer Krankenversicherung möglicherweise nicht erstattet werden.</p> <p>Der Leistungsempfängerin dürfen keine Mehrkosten für die durch die Betriebskostenpauschale abgegoltenen Leistungen in Rechnung gestellt werden.</p>	
900	Betriebskostenpauschale für eine vollendete Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung, sofern die Einrichtung mit der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems begonnen oder die Einführung abgeschlossen hat	550,00 €

910	Betriebskostenpauschale für eine vollendete Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung bis zum Zeitpunkt der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems	500,50 €
920	Betriebskostenpauschale für eine nicht vollendete Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung bei Verlegung aus der Einrichtung nach weniger als vier Stunden, sofern die Einrichtung mit der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems begonnen oder die Einführung abgeschlossen hat	412,50 €
930	Betriebskostenpauschale für eine nicht vollendete Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung bei Verlegung aus der Einrichtung nach weniger als vier Stunden bis zum Zeitpunkt der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems	375,38 €
940	Betriebskostenpauschale für eine nicht vollendete Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung bei Verlegung aus der Einrichtung nach mehr als vier Stunden, sofern die Einrichtung mit der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems begonnen oder die Einführung abgeschlossen hat	550,00 €
950	Betriebskostenpauschale für eine nicht vollendete Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung bei Verlegung aus der Einrichtung nach mehr als vier Stunden bis zum Zeitpunkt der Einführung eines Qualitätsmanagementsystems	500,50 €