

Gemeinsame FAQ und Umsetzungshinweise der Vertragspartner zum neuen Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V

Entsprechend ihrem Auftrag aus dem Beschluss der Schiedsstelle nach § 134a Absatz 4 SGB V vom 02.04.2025 stellen die Vertragspartner FAQs und Hinweise zur Umsetzung der neuen Vergütungsstruktur, zur Vermeidung von Problemen und somit Hilfestellung für Lösungsansätze zur Verfügung. Die nachfolgenden Fragen und Antworten werden fortlaufend ergänzt.

1. Wie werden Tätigkeitsunterbrechungen in der Vertragspartnerliste Hebammen dokumentiert?

Wenn Hebammen für mehr als drei Monate nicht für die Versorgung zur Verfügung stehen, müssen sie diese Tätigkeitsunterbrechung anzeigen. Für diese Hebammen endet die Rechtswirkung des Hebammenhilfevertrages automatisch, sodass sie von der Vertragspartnerliste Hebammen gestrichen werden. Bei Tätigkeitsunterbrechungen wird ein Vertragsende in der Vertragspartnerliste Hebammen vermerkt. Bei Wiederaufnahme der Tätigkeit wird dann ein neues Beitrittsdatum angegeben.

2. Was passiert bei Abrechnungen, wenn es eine Abweichung zwischen Leistungsspektrum und erbrachter Leistung in der Vertragspartnerliste Hebammen gibt?

Grundsätzlich hat die Hebamme die Art der Tätigkeit einschließlich der Angabe, ob diese als Videobetreuung angeboten wird, für die Vertragspartnerliste Hebammen zu melden. Diese Angabe dient wie bisher der Versicherteninformation zum Beispiel für die Hebammenliste auf der Webseite des GKV-Spitzenverbands. Die Angabe ist nicht relevant für die Rechnungsprüfung. Für die Abrechnung ist lediglich zwischen Leistungen „ohne Geburtshilfe“ und „mit Geburtshilfe“ zu differenzieren. Jede Hebamme, die auf der Vertragspartnerliste vermerkt ist, ist zur Erbringung aller nicht-geburtshilflichen Leistungen, auch per Video, berechtigt. Für die Abrechnungsberechtigung mit Geburtshilfe ist ein gesonderter Eintrag (von/bis) vorgesehen, um eine stichtagsgenaue Prüfung zu ermöglichen. Hintergrund für diese Unterteilung ist, dass für geburtshilfliche Leistungen ein umfassenderer Versicherungsschutz notwendig ist, der mit den Beitrittsunterlagen geprüft wird. Dies entbindet die Hebamme nicht von der gesetzlichen Pflicht, Änderungen zum Leistungsspektrum unverzüglich anzuzeigen.

3. Ist es verpflichtend, einen Behandlungsvertrag abzuschließen?

Es ist verpflichtend, einen Behandlungsvertrag mit der Versicherten abzuschließen.

4. Inwiefern ist es mit den neuen Regelungen noch möglich, Privatleistungen abzurechnen?

Nach der bisherigen Regelung konnten Art und Umfang der Leistungen, die in der Anlage 1.2 Leistungsbeschreibung nicht als Bestandteil der Leistungen der freiberuflichen Hebammen im Rahmen der Hebammenhilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 134a SGB V definiert waren, der Versicherten von der Hebamme gesondert in Rechnung gestellt werden. Hier wurde klargestellt, dass Privatleistungen (auch individuelle Gesundheitsleistungen als Wahlleistung zum Beispiel für Begleitpersonen im Geburtsvorbereitungskurs) weiterhin möglich sind, wenn diese vor der Leistungserbringung und schriftlich vereinbart wurden.

5. Wie ist die Laufzeit des Vertrags?

Der Vertrag tritt am 01.11.2025 in Kraft und kann erstmalig mit einer Frist von sechs Monaten zum 31.12.2027 gekündigt werden.

6. Wie funktioniert die Vergütung bei Dienst- Beleghebammen?

Hilfeleistung bei einer Versicherten:

59,42 Euro pro Stunde

mit 1:1-Zuschlag im Zeitraum von 2 Stunden vor bis 2 Stunden nach der Geburt:

59,42 Euro + (103,99 Euro / 4) = 85,42 Euro pro Stunde

bei gleichzeitiger Überwachung einer zweiten Versicherten:

59,42 Euro + 22,28 Euro = 81,70 Euro pro Stunde

bei gleichzeitiger Überwachung einer dritten Versicherten:

59,42 Euro + 22,28 Euro + 22,28 Euro = 103,98 Euro pro Stunde

7. Wie werden die Zeitangaben bei 5-Minuten-Einheiten erfasst?

Bei Leistungen, die in abgeschlossenen 5-Minuten-Einheiten abgerechnet werden, erfolgt dies in jeweils zusammenhängenden 5 Minuten (z.B. 10:00 Uhr bis 10:05 Uhr oder 10:04 Uhr bis 10:09 Uhr, nicht jedoch 10:00 Uhr bis 10:03 Uhr plus 10:08 Uhr bis 10:10 Uhr). Die Zeitangaben werden als Zeitpunkte betrachtet, sodass die Angabe 10:00 Uhr bis 10:05 Uhr einer 5-Minuten-Einheit entspricht. Zeitangaben können also aneinandergereiht werden, ohne dass von einer Zeitüberschneidung auszugehen ist (z.B. Hilfeleistung von 10:00 Uhr bis 11:45 Uhr, Überwachung von 11:45 Uhr bis 13:10 Uhr). Bei einer zusammenhängenden Zeitdauer von beispielsweise 10:04 bis 10:22 Uhr werden 3 abgeschlossene 5-Minuten-Einheiten abgerechnet.

Beispiel für Erfassung von Beleghebammen: Bei der Dokumentation entfallen künftig diverse Positionen, die nicht mehr einzeln erfasst werden müssen. Auch wurde ein Feld für ärztliche Anordnungen vorgesehen. Die Hilfeleistungs- und Überwachungszeiten sind stichgenau zu erfassen. Die Hilfeleistung der Versicherten wird einmal für den gesamten Zeitraum, in dem sie betreut wird, mit dem Kreuz bei „Hilfeleistung Wehen und Geburt“ eingetragen. Anschließend wird nur für die Zeiträume, in denen sie in die Überwachung wechselt, eine neue Zeile benötigt. Eine weitere Vereinfachung bei wechselweiser Betreuung mehrerer Versicherter ist nicht möglich.

Leistungen										Uhrzeit der Geburt: 17.45		bei Mehrlingen weitere Uhrzeiten:		Begründung/Vermerk/Anordnung (Bitte unten erläutern)
Heb.-Nr.	Datum TT.MM.JJJJ	Uhrzeit von HH:MM	Uhrzeit bis HH:MM	107X5	108X5	201X5	203X5	205X5	208X5	302X5				
Bei Hilfeleistungen bei „stationärem Aufenthalt in der Schwangerschaft“ und „Wehen und Geburt“ trägt jede Hebamme in ihrer ersten Zeile den Anfang und das Ende für den Zeitraum ein, in dem eine durchgängige persönliche Hilfeleistung oder eine Überwachung erfolgt ist. In den direkt nachfolgenden Zeilen sind ausschließlich die Zeiten innerhalb dieses Zeitraumes zu erfassen, in denen eine Überwachung erfolgt ist.														
1	01.01.2026	10:00	10:45			X								
2	01.01.2026	10:45	20:00			X	X							
		11:45	13:10					X						
		14:05	15:35					X						
3	01.01.2026	20:20	20:35							X				
Unterschrift der Versicherten													X	

8. Was sind die neuen Zuschlagszeiten?

Montag bis Freitag von 21:00 Uhr bis 6:00 Uhr, Samstag ab 12:00 Uhr, Sonntag und Feiertage ganztägig. Der 24.12. und der 31.12. bleiben zuschlagsfrei.

9. Ist die Abrechnung der telefonische Kurzberatung auch bei Versenden einer E-Mail oder Textnachricht möglich?

Telefonische Kurzberatungen umfassen kein Versenden von E-Mails oder Textnachrichten. Für gehörlose und hörgeschädigte Menschen stehen spezielle Gebärdensprachdolmetscher für Telefongespräche zur Verfügung.

10. Kann die Geburtshilfe auch im Notfall abgerechnet werden, wenn die Berufshaftpflichtversicherung mit Geburtshilfe nicht vorliegt?

Geburtshilfliche Leistungen (Block 2 des Abschnitts 2 der Anlage 1.1) können nur dann abgerechnet werden, wenn ein ausreichender leistungsbezogener Berufshaftpflichtversicherungsschutz nachgewiesen und daher eine Abrechnungsberechtigung in der Vertragspartnerliste Hebammen vermerkt wurde. Abweichend davon können nunmehr geburtshilfliche Leistungen auch dann abgerechnet werden, wenn die Hebamme im Notfall Hilfe unter der Geburt leistet, da auch Versicherungen ohne Geburtshilfe diese Sondersituation mit abdecken. Für eine Abrechnung der geburtshilflichen Leistung ist dann eine schriftliche Begründung in der Abrechnung erforderlich.

11. Sind alle Laboruntersuchungen, die über die Mutterschaftsrichtlinien hinausgehen eine private Wahlleistung der Versicherten, auch wenn diese ggf. wichtig sind für den weiteren Verlauf?

Laborleistungen, die nicht im Zusammenhang der Mutterschaftsrichtlinien erbracht werden, sind der Versicherten privat in Rechnung zu stellen. Ergeben sich aus Laboruntersuchungen Auffälligkeiten, ist die Versicherte an eine fachärztliche Praxis weiterzuleiten.

12. Wie ist die ärztliche Anordnung zu dokumentieren?

Es gibt bei folgenden Leistungen weiterhin die Möglichkeit einer ärztlichen Anordnung:

- Hilfeleistung bei einem stationären Aufenthalt,
- Hilfeleistung bei Wehen und einer Geburt im stationären Setting und
- Hilfeleistung im außerklinischen Wochenbett (auch nach Fehlgeburten)

Die ärztliche Anordnung muss mindestens folgende Punkte enthalten:

- Vor- und Nachname, Fachrichtung sowie Adresse der Ärztin oder des Arztes, Arztnummer, Betriebsstättennummer (IK des Krankenhauses, wenn die Anordnung durch eine Krankenhausärztin oder einen Krankenhausarzt erfolgt),
 - Vor- und Nachname der Versicherten bzw. des Neugeborenen,
 - Angabe der spezifischen medizinischen Indikation bzw. Diagnose, die eine ärztliche Anordnung notwendig macht,
 - Anzahl der weiteren medizinisch notwendigen zusätzlichen Kontakte (bei Hilfeleistung im Wochenbett: Zahl der notwendigen Kontakte à bis zu 12 Einheiten = 60 Minuten) oder Anzahl der medizinisch notwendigen zusätzlichen Einheiten pro Kontakt (bei Hilfeleistung im Wochenbett: bis zu 6 Einheiten = 30 Minuten je Kontakt) sowie
 - Datum und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes
- Somit können entweder die Kontakte (Kontingent) erweitert werden (genaue Anzahl sind anzugeben) oder die Länge eines Kontaktes (in Minuten anzugeben und max. 30 Minuten). Die Anordnung hat vor der Leistungserbringung zu erfolgen und ist gültig bis zum darauffolgenden Quartalsende.

Beispiel für Erfassung von Beleghebammen:

Ärztliche Anordnung		Begründungen und Vermerke
Indikation/Diagnose für notwendige weitere Hilfeleistungen <i>Atonische Nachblutung</i>		Name, Fachrichtung, Adresse, LANR, Betriebsstättennummer, IK des Krankenhauses, Datum, ärztliche Unterschrift  Dr. med. Monika Mustermann Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe LANR: 123456018 Klinik am Ostring Adenrallee 1 01234 Storchstadt BSNR: 987654321 IK: 269876543 17.11.2025
zusätzlich notwendige Dauer für Hilfe ☐ während der Schwangerschaft ☒ bei Wehen und Geburt (pp. Überwachung)	Minuten 150	
☐ Tage, an denen eine längere Hilfeleistung im Wochenbett (je max. 30 min) notwendig ist	Tage	

14. Warum entfallen Basisdatenerhebung und allgemeines Vorgespräch?

Die Abrechnung der Pauschalen für diese Leistungen führte häufig zu Problemen. Sie sind nun zeitbasiert in der „Hilfeleistung in der Schwangerschaft“ (maximal 90 Minuten pro Tag) enthalten.

15. Wie häufig kann „Hilfeleistung in der Schwangerschaft“ abgerechnet werden?

Diese Leistungsposition ist nicht auf eine Gesamtanzahl von Terminen in der Schwangerschaft begrenzt. Sie ist maximal 90 Minuten aufgeteilt auf maximal zwei Kontakte täglich abrechenbar.

16. Warum ist „Hilfeleistung in der Schwangerschaft“ auf 90 Minuten begrenzt?

Eine Trennung der „Hilfeleistung in der Schwangerschaft“ von der Geburtshilfe war aus versicherungsrechtlichen Gründen nötig. Geburtshilfe ist nun zeitlich unbegrenzt, Schwangerschaft auf 90 Minuten pro Tag begrenzt.

17. Was ist eine „Individuelle Stillvorbereitung“?

Allgemeine Informationen zur Stillvorbereitung erfolgen wie bisher ausschließlich im Rahmen von Geburtsvorbereitungskursen. Nur wenn ein individueller Beratungsbedarf besteht, der nicht im Rahmen eines Kurses geklärt werden kann (z.B. belastende Still Erfahrungen, Brust-OP), kann eine „Individuelle Stillvorbereitung“ bis 45 Minuten erfolgen.

18. Warum wurde die Vorsorgepauschale abgeschafft?

Fast alle Leistungen werden zukünftig zu einer einheitlichen Vergütung in 5-Minuten-Einheiten abgerechnet. Dies betrifft neben Vorsorgeuntersuchungen zum Beispiel auch Vorgespräche oder Hilfeleistungen im Wochenbett.

19. Warum ist das „Aufklärungsgespräch zum Geburtsort“ nun aufteilbar in zwei Kontakte?

Das Aufklärungsgespräch kann im neuen Vertrag auf zwei Kontakte bei einer Gesamtdauer von maximal 90 Minuten aufgeteilt werden. Dadurch sollen die Patientenrechte gewahrt werden, indem die Versicherte beim ersten Gespräch aufgeklärt wird und nach ausreichender Bedenkzeit beim zweiten Termin Rückfragen stellen und den Geburtsort festlegen kann. Eine Aufteilung der Termine auf zwei Hebammen ist möglich und z.B. bei Geburtshäusern denkbar.

20. Inwiefern unterscheiden sich die Abrechnungsmöglichkeiten von Hilfe bei früher und später Fehlgeburt?

Im neuen Vertrag wurde eine Differenzierung in Leistungen zur frühen (bis 11+6 SSW) und späten Fehlgeburt (ab 12+0 SSW bis 23+6 SSW) vorgenommen. In diesem Zuge wurden Kontingente für die Hilfeleistung vorgesehen:

Bei frühen Fehlgeburten (Gebührenposition 105XX) ist ein Kontingent von zwei Kontakten, die insgesamt bis zu 270 Minuten dauern können, vorgesehen. Sie gilt für den Zeitraum ab dem Einsetzen plötzlich starker vaginaler Blutungen, regelmäßiger schmerzhafter Wehentätigkeit oder Krämpfen der Gebärenden bis 90 Minuten nach der Fehlgeburt.

Bei späten Fehlgeburtsbetreuungen (Gebührenposition 106XX) sind hingegen im Zeitraum bis drei Stunden nach der Fehlgeburt insgesamt höchstens vier Kontakte, aber ohne Höchstdauer des einzelnen Kontaktes abrechenbar.

Die Abrechnung erfolgt in Einheiten zu abgeschlossenen 5 Minuten. Für die Hilfeleistung bei Fehlgeburten ist eine Versicherung als „Hebamme (ohne Geburtshilfe)“ ausreichend. Nach einer Fehlgeburt sind gestaffelte Hilfeleistungen im Wochenbett möglich.

21. Was bedeutet die neue Regelung zur Überwachung durch Dienst-Beleghebammen?

Um dem Klinikalltag, bei dem nicht geplant werden kann, wie viele Gebärende gleichzeitig den Kreißsaal erreichen, Rechnung zu tragen, wurde die Möglichkeit, bis zu drei Versicherte dort gleichzeitig im Wechsel zu betreuen aufrechterhalten. Da zur gleichen Zeit jedoch nur einer Versicherten tatsächlich Hilfe geleistet werden kann und die bis zu zwei anderen Versicherten in einem anderen Raum des Kreißsaales (einschließlich seiner Untersuchungsräume und Wehenzimmer) lediglich überwacht werden können, wurde eine eigene Leistung „Überwachung bei einem stationären Aufenthalt“ (GPPOS 108X5) bzw. „Überwachung bei einer Geburt“ (GPOS 205X5) eingeführt.

Durch diese neue Gebührenposition wird aus den Abrechnungsdaten klar ersichtlich, welcher Versicherten durchgängig Hilfe geleistet wurde, und welche überwacht wurde.

22. Kann eine Beleghebamme nicht planbare ambulante Leistungen, wie zum Beispiel „fraglicher Geburtsbeginn“ abrechnen, wenn die Versicherte nicht stationär aufgenommen wurde?

Leistungen, die ab der Latenzphase erbracht werden (z.B. fraglicher Geburtsbeginn), können als Hilfeleistung bei Wehen und einer Geburt (Gebührenposition 201X5) abgerechnet werden. Dabei kann die Betreuung innerhalb der Latenzphase auch unterbrochen werden (z. B. wenn Versicherte zwischenzeitlich die Klinik wieder verlassen darf).

23. Wie erfolgt die Abgrenzung von Dienst- und Begleit-Beleghebammen?

Begleit-Beleghebammen sind der Versicherten vor Geburtsbeginn persönlich bekannt. Ein Vorgespräch mit Behandlungsvertrag vor der 38. SSW ist erfolgt. Dienst-Beleghebammen sind der Versicherten vor der Geburt in der Regel noch nicht persönlich bekannt.

24. Wie erfolgt die Abrechnung bei Begleit-Beleghebammen?

Eine Begleit-Beleghebamme rechnet für die gesamte Dauer der klinischen und außerklinischen Betreuung ab der Latenzphase die „Hilfeleistung bei Wehen und einer Geburt“ nach Gebührenposition 201X5 in Einheiten zu 5 Minuten ab. Zusätzlich kann sie die Grundpauschale 202X5 abrechnen, wenn vor der 38. Schwangerschaftswoche ein Behandlungsvertrag zur Geburtsbegleitung im Rahmen des spezifischen Aufklärungsgesprächs zum gewählten Geburtsort nach Gebührenposition 1030X zwischen der Versicherten und der konkreten Hebamme mit Angabe der stellvertretenden Begleit-Beleghebamme abgeschlossen wurde.

25. Wie werden die Leistungen für Mehrlinge künftig abgerechnet?

Für die Hilfeleistung bei Wehen und Geburt gibt es einen Mehrlingszuschlag von 89,14 Euro. Die Voraussetzung für die Abrechnungsbefugnis bei Beleghebammen nach Gebührenposition 20605 (Zuschlag für Mehrlingsgeburten) ist, dass bei dieser Geburt keine zweite Hebamme zugegen war.

Im Wochenbett wird die maximale Betreuungszeit pro weiterem Kind und pro Tag um 10 Minuten (= 2 Einheiten) erhöht.

26. Was passiert bei außerklinisch begonnenen Geburten, die ins klinische Setting verlegt werden?

Auch weiterhin kann eine Hilfeleistung bei einer nicht vollendeten außerklinischen Geburt als Gebührenposition 207XX abgerechnet werden, wenn die Befundung bei Geburtsbeginn ergeben hat, dass die Geburt am geplanten Ort begonnen werden kann und die vorher geplante und bereits begonnene außerklinische physiologische Geburt aufgrund unvorhergesehener Umstände in die Klinik verlegt.

27. Inwiefern wird bei den Abrechnungen zwischen Fehl- oder Plazentageburten und Lebend- oder Totgeburten im Belegsystem differenziert?

Bei einer Lebend- oder Totgeburt kann eine Hilfeleistung bei Wehen und Geburt (GPOS 201X5) durch die Beleghebamme für die Dauer bis drei Stunden nach der Geburt abgerechnet werden. Bei einer Fehl- oder Plazentageburt sind es dagegen nur zwei Stunden nach der Geburt bzw. Lösung der Plazenta. Eine Abrechnungsprüfung der Fehl- oder Plazentageburt in Abgrenzung zur Lebend- oder Totgeburt im Belegsystem erfolgt über die Versichertenbestätigung „Beleghebamme“ (Formular 3.5), die hierfür entsprechende Felder vorsieht.

28. Wie erfolgt die Abrechnung von außerklinischer Geburt des Kindes und Plazentageburt im Krankenhaus?

Bei Verlegung nach einer Haus- bzw. HgE-Geburt ist die GPOS 201X1 oder 201X2 (plus Grundpauschale für eine außerklinische und eine Begleit-Beleggeburt (GPOS 202X1 oder 202X2)) für die Geburt des Kindes abrechenbar. Bei Verlegung der Versicherten ins Krankenhaus für die Plazentageburt ist dann von der Beleghebamme die GPOS 201X5 nach Zeittaktung abrechenbar (nicht jedoch die Pauschale für eine 1:1-Hilfeleistung bei einer stationären Geburt (GPOS 203X5)). Die unvollendete Geburt GPOS 207XX findet hier keine Anwendung.

29. Was gibt es bei der Abrechnung von Leistungen einer zweiten Hebamme zu beachten?

Erfolgt bei einer außerklinisch begonnenen Hilfeleistung bei einer Geburt eine Verlegung ins Krankenhaus, ist an beiden Orten die Abrechnung einer Hilfeleistung durch eine zweite Hebamme bis zum vollen Kontingent (außerklinisch maximal bis 6 Stunden und klinisch 4 Stunden) möglich, wenn die übrigen klinischen Voraussetzungen gegeben sind (Geburt von Mehrlingen oder ohne Arzt oder akute Notsituation). Die Betreuung durch eine zweite Hebamme ist – wie bisher – für Lebend- und Totgeburten nicht aber für Fehlgeburten vorgesehen.

30. Wie wird die Wochenbettbetreuung abgerechnet?

Die Abrechnung erfolgt zeitbasiert in Einheiten zu je abgeschlossenen 5 Minuten. Die jeweiligen Kontingente unterscheiden sich zum Beispiel im frühen und späten Wochenbett.

31. Welches Kontingent gilt beim frühen Wochenbett in den ersten drei Tagen bei Lebend-, Tot- und Fehlgeburten?

Die Regelung, dass aufsuchende „Hilfeleistungen im frühen Wochenbett“ in den ersten drei Lebenstagen bis zu 24 Einheiten = 120 Minuten abrechenbar sind, gilt gleichermaßen für Lebend-, Tot- und Fehlgeburten.

32. Welche Regelung gilt für die erste aufsuchende „Hilfeleistung im frühen Wochenbett“ im Hinblick auf das erweiterte Leistungskontingent?

Die Regelung zur ersten aufsuchenden Hilfeleistung im Wochenbett findet sich nur bei der „Hilfeleistung im frühen Wochenbett“ (301XX). Diese umfasst den Zeitraum bis zum zehnten Lebenstag, in dem die erste aufsuchende Hilfeleistung erbracht werden muss, um ein erweitertes Kontingent auf 24 Einheiten = 120 Minuten auszulösen. Die Regelung gilt im Übrigen nicht kumulativ zur Kontingentausweitung in den ersten drei Lebenstagen, sodass die erste aufsuchende Wochenbettbetreuung in den ersten drei Lebenstagen gleichermaßen ein Kontingent von 24 Einheiten = 120 Minuten erlaubt.

Bei anderen Leistungen wie der nicht-aufsuchenden „Hilfeleistung im frühen Wochenbett“ (301X2), im späten Wochenbett (303XX) oder dem frühen Wochenbett bei Abwesenheit der Mutter (304XX) besteht diese Regelung nicht.

33. Braucht es künftig keine ärztliche Anordnung mehr bei der Einzelunterweisung?

Der neue Vertrag sieht einen abgeschlossenen Kriterienkatalog dafür vor, dass die Geburtsvorbereitung und Rückbildung als Einzelunterweisung statt im Kurs wahrgenommen werden können. Die früheren ärztlichen Anordnungen entfallen dadurch vollständig.

34. Was sind Selbstlerneinheiten?

Selbstlerneinheiten sind Videos, die Inhalte eines Geburtsvorbereitungs- oder Rückbildungskurses anschaulich erklären und der Versicherten zum selbstständigen Lernen zur Verfügung gestellt werden. Die Hebamme kann Selbstlernvideos selbst erstellen oder von Dritten erwerben, wobei die Hebamme die Qualität der Videos und deren sinnvolle Verknüpfung mit anderen Kurseinheiten zur Lernzielerreichung sicherstellt. Insbesondere muss es den Kursteilnehmerinnen z.B. durch Vor- oder Nachbesprechung der Selbstlernvideos während der Präsenzeinheiten möglich sein, Fragen zu den Inhalten mit der Hebamme zu klären. Kostenfrei im Internet zugängliche Videos sind nicht abrechnungsfähig. Selbstlerneinheiten können maximal die Hälfte der Einheiten eines Kurses ersetzen.

35. Was ist mit der Abrechnungsbefugnis für die Materialkosten für U1 passiert?

Die Kosten für die bisherige Materialpauschale U1 sind in der Materialpauschale für die Geburt einkalkuliert worden.

36. Wie ist der Nachweis der Planungsphase zu erbringen?

Beim Start in die Freiberuflichkeit hat die Hebamme innerhalb von sechs Monate einen Nachweis über den Beginn der Einführung eines QM-Systems zu erbringen (Planungsphase). Als Nachweis für die Planungsphase gilt:

- Nachweis über einen abgeschlossenen Studiengang im Gesundheitssektor (nachweislich QM-Inhalte) oder Nachweis von der Ausbildungsstätte über QM als Ausbildungsinhalt,
- Nachweis über die Teilnahme an einer QM-Schulung, mindestens sechs Fortbildungsstunden,
- Bescheinigung einer von Hebammen geleiteten Einrichtung nach § 134a SGB V, in der die Hebamme tätig ist, über das dort angewandte, anerkannte QM-System (Kopie des Auditnachweises oder Zertifikat), dem sie sich verpflichtet hat inklusive einer Auflistung der im QM-System dieser Einrichtung erfassten Leistungsbereiche; für die klinische Geburtshilfe sind Beleghebammen über das QM-System der Klinik erfasst und brauchen bei der ausschließlichen klinischen Geburtenbetreuung keine weitere Bescheinigung,
- Dokumentation des Beginns der Überprüfung eines bereits von der Hebamme eingeführten eigenen QM-Systems (z.B. nach DIN EN ISO) auf Konformität mit den vertraglichen Anforderungen nach Anlage 3 i.V.m. Anlage 3.2 oder

- Vertragsabschluss für eine Einführung eines individuellen QM-Systems zwischen der Hebamme und einer Einrichtung oder Person, die eine akkreditierte Personalzertifizierung nach ISO 19011 nachweisen kann.

Achtung! Ab dem 01.11.2025 gilt der Nachweis der Hebammenverbände über die Planungsphase nicht mehr. Für alle Hebammen, die vor dem 01.11.2025 ihre Planungsphase begonnen haben, **gelten** die Nachweise nach aktuellem Hebammenhilfvertrag **noch** und somit auch der Nachweis über den Hebammenverband.

37. Was ist, wenn ich mich gerade in der Umsetzungsphase oder in der Weiterführungsphase befinde, muss ich mich auch an die neuen Vorgaben der Planungsphase halten?

Wenn die Planungsphase mit Nachweis nach aktuellem Hebammenhilfvertrag abgeschlossen ist und sich das QM-System schon in der Umsetzungs- oder in der Weiterführungsphase befindet, wird kein neuer Nachweis für die Planungsphase nach dem Hebammenhilfvertrag ab dem 01.11.2025 benötigt.

38. Wann sind mehrere IK notwendig?

Persönliches IK: Grundsätzlich ändert sich an der Verwendung der bestehenden persönlichen IK nichts. Eine neue Regelung stellt nur klar, dass ein gesondertes persönliches IK notwendig ist, wenn Leistungen an mehreren Standorten zum Beispiel in zwei Praxen oder verschiedenen Regionen also etwa in unterschiedlichen Bundesländern erbracht werden. Dies hilft beispielsweise Unstimmigkeiten bei Wegegeldabrechnungen zu vermeiden. Keine getrennten IK sind – wie bisher – notwendig, wenn eine Hebamme in derselben Region zum Beispiel sowohl im Krankenhaus als Beleghebamme als auch in einem Geburtshaus tätig ist. Auch sind keine unterschiedlichen IK für verschiedene Leistungsarten, also zum Beispiel Hilfeleistungen in der Schwangerschaft, im Wochenbett oder Kursangebote zu führen. In der Regel ist ein einziges IK für eine Hebamme ausreichend.

Weitere IK: Für gemeinsam abrechnende Hebammen (z.B. in von Hebammen geleiteten Einrichtungen oder Zusammenschlüsse von Hebammen) sind gesonderte IK mit aktueller Adresse zu führen. Jede Hebamme gibt das gemeinsam genutzte IK für ihren jeweiligen Eintrag in der Vertragspartnerliste Hebammen als „weiteres IK“ an. Bei der Verwendung von weiteren IK ist der Grundsatz „so viel wie zwingend nötig, so wenig wie möglich“ zu beachten.