

Anlage 1.1 zum Vertrag nach § 134a SGB V

Abschnitt 1

Vergütungsvereinbarung

Präambel

Die Vergütungsvereinbarung trifft Regelungen zur Vergütung der Leistungen der freiberuflichen Hebammen im Rahmen der Hebammenhilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 9 des Vertrages nach § 134a SGB V, den abrechenbaren Auslagen sowie Wegegeldern und den Zulagen zu den Leistungen der Hebammenhilfe. Ferner ist die Nachweiserbringung über die erbrachten Leistungen und Auslagen geregelt.

Der Ausgleich für die Haftpflichtkostensteigerung für die Berufshaftpflichtversicherung für Hebammen ohne Geburtshilfe ist in den Gebührenpositionen in Abschnitt 2 enthalten.

Der Ausgleich für die Kostensteigerung für die Berufshaftpflichtversicherung für Hebammen mit Geburtshilfe ab 01.07.2010 ist in Anlage 1.3 geregelt. Der Anteil für die Haftpflichtkosten bis zum 30.06.2010 ist in den geburtshilflichen Gebührenpositionen in Abschnitt 2 enthalten und entspricht der Bereinigung der Bemessungsgrundlage nach § 2 Abs. 3 Nr. 3 Anlage 1.3.

Die Vertragspartner sind sich einig, dass im Lichte der laufenden Krankenhausreform Anpassungen bei der Vergütungssystematik der Beleghebammen notwendig werden können und werden diese im Rahmen einer Änderungsvereinbarung vornehmen.

§ 1 Leistungsvergütung

- (1) Die in Block 1 bis 4 des Abschnitts 2 (Vergütungsverzeichnis) i.V.m. Anlage 1.2 (Leistungsbeschreibung) festgelegten Vergütungen gelten als Vertragspreise für eine Leistungserbringung an der Versicherten bzw. dem Neugeborenen und sind nach dem Sach- und Dienstleistungsprinzip nach § 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V zu erbringen. Die Vergütung erfolgt, sofern nichts anderes bestimmt ist, in Einheiten von jeweils zusammenhängenden abgeschlossenen fünf Minuten (z.B. 10:04 Uhr bis 10:09 Uhr). Die verschiedenen Leistungen können im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang nacheinander, nicht jedoch parallel abgerechnet werden, sofern nichts anderen bestimmt ist. Nicht abrechenbar sind Leistungen ohne persönliche Hilfeleistung bei der Versicherten. Eine persönliche Hilfeleistung kann auch im Rahmen einer Videobetreuung oder telefonischen Kurzberatung erfolgen.
- (2) Der Versicherten und der Krankenkasse dürfen keine Mehrkosten für in diesem Vertrag geregelte Leistungen entstehen. Dies gilt insbesondere für:
 1. die Übernahme der Hilfeleistung,
 2. einzelne Leistungen, die über die Gebührenposition nach Abschnitt 2 i.V.m. der Anlage 1.2 geregelt sind und
 3. für bereits abgegoltene Auslagen (z.B. Benzin, Hard- und Software, Raummiete, Ausfälle für Kursstunden, an denen die Versicherte nicht teilnimmt).
- (3) Die Hebamme informiert die Versicherte über die Art und den Umfang der in Abschnitt 2 i.V.m. Anlage 1.2 beschriebenen Leistungen.
- (4) Art und Umfang von Leistungen, die in Abschnitt 2 i.V.m. Anlage 1.2 nicht als Bestandteil der Leistungen der freiberuflichen Hebammen im Rahmen der Hebammenhilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 134a Abs. 1 SGB V definiert sind oder über die Zeitdeckelung oder Kontingente hinausgehen, können zwischen der Versicherten und der Hebamme als Privatleistung vereinbart werden, sofern dies vor der Leistungserbringung und schriftlich erfolgt. Hierüber informiert die Hebamme die Versicherte.

- (5) Die jeweilige Vergütung für geburtshilfliche Leistungen 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.

§ 2 Kontingentierte Leistungen

- (1) Der Umfang der vergütungsfähigen Leistungen pro Versicherte kann kontingentiert sein:
1. Maximale Kontakte pro Tag: Anzahl der Kontakte, die nicht im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang stattfinden und zwischen der Hebamme und der Versicherten innerhalb eines Tages zur Erbringung einer bestimmten Leistung erfolgen können (z.B. zwei voneinander getrennte aufsuchende Hilfeleistungen am selben Tag).
 2. Maximale Einheiten pro Kontakt: Anzahl der (Fünf-Minuten-)Einheiten im Sinne von § 1 Abs. 1 Satz 2, die im Rahmen eines Kontakts erfolgen können und somit die abrechenbare Höchstdauer eines Kontakts bestimmen (z.B. 12 Einheiten = 60 Minuten für eine aufsuchende Hilfeleistung).
 3. Maximale Einheiten pro Tag: Gesamtzahl der (Fünf-Minuten-)Einheiten im Sinne von § 1 Abs. 1 Satz 2, die über mehrere Kontakte am selben Tag erfolgen können und somit die abrechenbare Tageshöchstdauer bestimmen (z.B. insgesamt 18 Einheiten = 90 Minuten für zwei voneinander getrennte aufsuchende Hilfeleistungen am selben Tag).
 4. Maximale Kontakte insgesamt: Gesamtzahl der Kontakte, die über mehrere Tage während der gesamten Schwangerschaft und Mutterschaft insgesamt erfolgen können (z.B. 20 aufsuchende Hilfeleistungen während des gesamten frühen Wochenbetts).
- (2) Kontingente können sich auf mehrere Betreuungssettings (z.B. aufsuchend, nicht-aufsuchend, per Video) beziehen, wenn dies in der jeweiligen Abrechnungsbestimmung vorgesehen ist. Sofern nichts anderes bestimmt ist, kann die Hebamme das Setting frei wählen (z.B. können bei zwei Kontakten pro Tag zwei aufsuchende Hilfeleistungen oder zwei nicht-aufsuchende Hilfeleistungen oder eine aufsuchende und eine nicht-aufsuchende Hilfeleistung erfolgen).
- (3) Wird eine kontingentierte Leistung über zwei Kalendertage hinweg erbracht, wird die erbrachte Leistung vollständig auf das Tageskontingent angerechnet, an dem die Leistungserbringung begonnen hat.
- (4) Ist eine kontingentierte Leistung im Mutterpass zu dokumentieren und wurde diese Leistung bereits von einem anderen Leistungserbringer durchgeführt und im Mutterpass dokumentiert, besteht für die Leistung kein Kontingent mehr.

§ 3 Leistungsvergütung nachts, am Wochenende und an Feiertagen

- (1) Werden Leistungen der Hebamme zur Nachtzeit, an Samstagen ab 12:00 Uhr sowie an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen erbracht, sind gesonderte Gebührenpositionen nach Abschnitt 2 abrechenbar. Als Nachtzeit im Sinne dieses Vertrages gilt die Zeit von 21:00 Uhr bis 06:00 Uhr.
- (2) Maßgeblich für die Berücksichtigung der Gebührenpositionen nach Abs. 1 ist bei Leistungen, die in Einheiten von jeweils fünf Minuten abgerechnet werden, der Zeitpunkt, zu dem die jeweilige Fünf-Minuten-Einheit begonnen wurde. Bei geburtshilflichen Leistungen, die pauschal vergütet werden, ist der Zeitpunkt der Geburt maßgeblich.

§ 4 Anwendung der Endziffern der Gebührenpositionen

- (1) Werden ambulante hebammenhilfliche Leistungen aufsuchend bei der Versicherten erbracht, werden für die entsprechenden Leistungen die Gebührenpositionen mit der Endziffer „1“ verwendet. Werden ambulante hebammenhilfliche Leistungen nicht-aufsuchend zum Beispiel in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung erbracht, werden für die entsprechenden Leistungen die Gebührenpositionen mit der Endziffer „2“ verwendet.

- (2) Ambulante hebammenhilfliche Leistungen im Sinne dieser Bestimmung liegen auch vor und werden als solche abgerechnet, wenn nachfolgende Voraussetzungen vorliegen: Die Versicherte befindet sich außerhalb einer stationären Betreuung von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
 - 1. als Begleitperson im klinischen Setting (z.B. in der Kinderklinik) oder
 - 2. stationär im klinischen, nicht-geburtshilflichen Setting (z.B. in der Psychiatrie, Orthopädie).
- (3) Werden ambulante hebammenhilfliche Leistungen als Videobetreuung erbracht, werden für die entsprechenden Leistungen die Gebührenpositionen mit der Endziffer „3“ verwendet. Videobetreuungen ersetzen eine analoge ambulante hebammenhilfliche Leistung, sodass eine Videobetreuung bei kontingentierten Leistungen nach § 2 Abs. 2 auf das jeweilige Kontingent angerechnet wird.
- (4) Werden ambulante hebammenhilfliche Leistungen als telefonische Kurzberatung erbracht, werden für die entsprechenden Leistungen die Gebührenpositionen mit der Endziffer „4“ verwendet. Abs. 3 Satz 2 gilt entsprechend.
- (5) Werden hebammenhilfliche Leistungen als Beleghebamme erbracht, werden für die entsprechenden Leistungen die Gebührenpositionen mit der Endziffer „5“ verwendet. Leistungen, die keine Endziffer „5“ in Abschnitt 2 vorsehen, sind nicht im Zusammenhang mit einer Tätigkeit als Beleghebamme abrechenbar.
- (6) Werden Selbstlerneinheiten nach § 5 Abs. 6 genutzt, werden die Gebührenpositionen mit der Endziffer „6“ verwendet.

§ 5 Begriffsbestimmungen

- (1) Eine telefonische Kurzberatungen im Sinne dieses Vertrages ist eine individuelle persönliche telefonische Beratung der Versicherten im Zusammenhang mit Schwangerschaft oder dem Wochenbett. Nicht umfasst sind Terminvereinbarungen, Serienberatungen sowie allgemeine und nicht persönliche Hinweise (z.B. Sprachnachrichten, Newsletter).
- (2) Eine Fehlgeburt im Sinne dieses Vertrages sowie gemäß § 31 der Personenstandsverordnung ist eine Beendigung der Schwangerschaft vor der 24+0 SSW. Spontane oder induzierte Fehlgeburten (vollendet oder nicht-vollendet) können von einer Hebamme betreut werden, wenn der Tod des Embryos oder Feten vorher ärztlich festgestellt und bestätigt wurde. Zudem bedarf es der vorherigen ärztlichen Feststellung, dass ein intrauteriner Sitz der Schwangerschaft und keine Befunde vorliegen, die eine außerklinische Fehlgeburtshilfeleistung ausschließen. Die Begründung ist in den Abrechnungsdaten anzugeben.
- (3) Eine Totgeburt im Sinne dieses Vertrages sowie gemäß § 31 der Personenstandsverordnung ist eine Beendigung der Schwangerschaft
 - 1. ab der 24+0 SSW oder
 - 2. vor der 24+0 SSW und bei einem fetalen Gewicht von mindestens 500 Gramm.

Spontane und induzierte Totgeburten können von einer Hebamme nur dann im außerklinischen Setting betreut werden, wenn der Tod des Embryos oder Feten vorher ärztlich festgestellt und bestätigt wurde. Regelungen dieses Vertrages gelten sowohl für Lebendgeburten als auch für Totgeburten, sofern nichts anderes bestimmt ist.

- (4) Überwachung im Sinne dieses Vertrages ist die medizinisch indizierte durchgängige und systematische Erfassung von Körper- und Organfunktionen der Schwangeren oder Gebärenden (ggf. mittels Monitoring, z.B. CTG, Pulsoxymeter oder Blutdruckmessgerät), um auftretende Störungen in den physiologischen Prozessen auch ohne persönliche Anwesenheit der Beleghebamme bei der Schwangeren oder Gebärenden jederzeit erkennen zu können und unmittelbar wieder Hilfe leisten zu können. Die Beleghebamme leistet der Schwangeren oder Gebärenden vor der Überwachung mindestens einmal Hilfe und beide halten sich während der Überwachung im Kreißaal (einschließlich seiner Untersuchungsräume und Wehenzimmer) auf.
- (5) Das frühe Wochenbett im Sinne dieses Vertrages beginnt mit dem Tag der Geburt (1. Lebenstag) und endet am 10. Lebenstag. Das späte Wochenbett beginnt dementsprechend am 11. Lebenstag und endet mit der vollendeten 12. Lebenswoche.
- (6) Selbstlerneinheiten im Sinne dieses Vertrages 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.

§ 6 Geburtshilfe

Geburtshilfliche Leistungen (Block 2 des Abschnitts 2) können nur abgerechnet werden, wenn ein ausreichender leistungsbezogener Berufshaftpflichtversicherungsschutz nach § 7 Abs. 4 des Vertrages besteht und dieser in der Vertragspartnerliste Hebammen entsprechend hinterlegt ist. Abweichend von Satz 1 können geburtshilfliche Leistungen auch dann abgerechnet werden, wenn die Hebamme im Notfall Hilfe leistet. Eine Begründung ist in der Abrechnung anzugeben.

§ 7 Beleghebammen

- (1) Beleghebammen sind nicht am Krankenhaus angestellte Hebammen, die diesem Vertrag beigetreten und berechtigt sind, ihren Versicherten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär Hilfe zu leisten, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Eine Hilfeleistung durch eine Beleghebamme liegt vor,
 1. wenn und soweit das Krankenhaus gemäß § 108 SGB V zur Krankenhausbehandlung zugelassen ist und über eine geburtshilfliche Abteilung verfügt,
 2. wenn die Hilfeleistung
 - a) im Rahmen einer von der Krankenkasse gewährten Krankenhausbehandlung nach den DRG O63Z, O65A, O65B oder O65C (mit Beleghebamme) oder
 - b) im Rahmen einer Entbindung (DRG mit Beleghebamme) erfolgt,
 3. wenn die jeweilige Hilfeleistung nicht bereits anderweitig von der Krankenkasse an das Krankenhaus abgegolten ist (z.B. Pflegesatz, Fallpauschale) und
 4. wenn die Hebamme einen Belegvertrag mit dem jeweiligen Krankenhaus geschlossen hat.

- (2) Die Beleghebamme soll möglichst nur einer Gebärenden im Zeitraum von zwei Stunden vor bis zwei Stunden nach der Geburt Hilfe leisten oder diese überwachen (1:1-Betreuung). Ist dies z.B. aufgrund hoher Nachfrage nicht möglich, kann die Beleghebamme neben der Hilfeleistung oder Überwachung einer Schwangeren oder Gebärenden zur gleichen Zeit eine zweite Schwangere oder Gebärende überwachen. Abweichend von Satz 2 kann mit besonderer Begründung (Rufbereitschaftshebamme steht nicht unmittelbar zur Verfügung und ein weiteres Zuwarten war nicht möglich bzw. es bestand ein dringender Handlungsbedarf) bis zum Eintreffen einer weiteren Hebamme (z.B. aus dem Bereitschaftsdienst) bei unaufschiebbarem Betreuungsbedarf längstens für eine Stunde eine dritte Schwangere oder Gebärende zur gleichen Zeit überwacht werden.

§ 8 Auslagen

- (1) Auslagen sind nur im Zusammenhang mit außerklinischen Hilfeleistungen von der Hebamme abrechenbar. Sofern der Hebamme bei der außerklinischen Hilfeleistung Arzneimittel oder Materialien von anderer Stelle überlassen werden, sind diese nicht abrechenbar. Bei Leistungen, die im Krankenhaus erbracht werden, sind Materialien oder Arzneimittel in der DRG enthalten, die das Krankenhaus gegenüber der Krankenkasse geltend macht. Materialpauschalen im Zusammenhang mit der Geburt dürfen nur gemeinsam mit einer geburtshilflichen Leistung abgerechnet werden.
- (2) Kosten für mit der Anwendung verbrauchte Materialien werden ausschließlich als Pauschalen ohne Einzelnachweis erstattet, wenn die Materialien bei der Inanspruchnahme der zugehörigen Leistung nach Abschnitt 2 verbraucht werden. Mit den Materialpauschalen sind sämtliche Versand- und Verwaltungskosten (z.B. Bestellaufwand, Porto) abgegolten.

§ 9 Arzneimittel

- (1) Kosten für verschreibungspflichtige Arzneimittel, die nach der Verordnung über die Verschreibungspflicht von Arzneimitteln (AMVV) an Hebammen abgegeben werden dürfen und durch Anwendung an der Versicherten verbraucht wurden, sind in den Materialpauschalen nach Abschnitt 2 abgegolten und können von der Hebamme nicht gesondert in Rechnung gestellt werden.
- (2) Die tatsächlich entstandenen Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die gemäß § 34 SGB V i.V.m. § 92 SGB V nicht von der Versorgung ausgeschlossen wurden und die zur Erstversorgung am Kind verbraucht wurden, sind in der Abrechnung einzeln aufzulisten und werden der Hebamme in der kleinsten Packungsgröße erstattet.
- (3) Von der Versorgung ausgeschlossene Arzneimittel, Lebensmittel, Diätetika, Kosmetika und Körperpflegeprodukte können nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

§ 10 Entnahme von Körpermaterial

- (1) Die Hebamme kann Körpermaterial der Versicherten oder des Kindes entnehmen und eine labormedizinische Untersuchung beauftragen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
1. Die Befunderhebung ist aufgrund des tatsächlichen hebammenhilflichen Bedarfs der Versicherten oder des Kindes notwendig,
 2. der Leistungsinhalt und die Zeitintervalle entsprechen der jeweils gültigen Fassung der Mutterschaftsrichtlinie und der Kinder-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses als Versorgungsstandard (Routine/Screening-Laborparameter) sowie serologische Untersuchungen zum Vorliegen von Infektionskrankheiten gemäß der Mutterschaftsrichtlinie, soweit sie nicht bereits durch einen anderen Leistungserbringer durchgeführt wurde und nicht bereits im Mutterpass oder im Kinderuntersuchungsheft dokumentiert ist und

3. die zu erhebenden Laborparameter liegen im Kompetenzbereich der Hebamme (i.d.R. Befundung der Versicherten oder des Kindes zur Abgrenzung von Pathologien in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im Wochenbett).

Ausgeschlossen sind insbesondere Beauftragungen zu den Laborparametern AFP, Triple-Test, PAP-Abstrich, IgE-Bestimmung aus Nabelschnurblut.

- (2) Für darüberhinausgehende Laborleistungen, die im Kompetenzbereich der Hebamme liegen (z.B. als Screeningstests auf Ferritin, Transferrin, Toxoplasmose, Cytomegalie, Streptokokken, Candida, Trichomonaden, Gonokokken, Herpes genitalis) gilt § 1 Abs. 4.

§ 11 Wegegeld

- (1) Die Hebamme erhält für jede Hilfeleistung bei der Versicherten aus Anlass einer abrechnungsfähigen Leistung Wegegeld für Strecken bis zu 25 Kilometer. Hierdurch sind auch Zeitversäumnisse abgegolten. Abrechenbar ist die jeweils kürzest mögliche Strecke zur Hilfeleistung der Versicherten. Wege zu Sprechstunden und Kursen in Einrichtungen (z.B. von Hebammen geleitete Einrichtung, Familienzentren) sowie anlässlich von Anwesenheits- und Bereitschaftszeiten, Diensten oder Schichtdiensten in Kliniken sind nicht erstattungsfähig.
- (2) Bei Benutzung von Mautstraßen oder Fähren sind die entstandenen Maut- und Fährkosten zusätzlich zur Gebührenposition 50100 für die mit dem Fahrzeug der Hebamme zurückgelegte Strecke abrechnungsfähig. Nachweise in Kopie über die tatsächlich entstandenen Maut- und Fährkosten müssen der Abrechnung beigelegt werden.
- (3) Bei Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln erfolgt die Abrechnung ausschließlich pauschal durch die Gebührenposition 50400.
- (4) Fahrtkosten, die der Hebamme im Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen persönlichen Begleitung der Verlegung einer Versicherten während oder nach einer Geburt, in einer akuten Situation oder im Notfall in ein nächsthöheres Versorgungslevel entstehen (z.B. Taxikosten für die Rückfahrt der Hebamme), können unter Vorlage der entsprechenden Nachweise in Kopie mit Begründung abgerechnet werden.
- (5) Betreut die Hebamme mehrere Versicherte auf einem Weg, sind je Hilfeleistung zur Berechnung des Wegegeldes anteilig nur die Kilometer einschließlich der Kosten nach Abs. 2 und 3 zu Grunde zu legen, die sich aus der zurückgelegten Gesamtstrecke nach Abs.1 Satz 1, dividiert durch die Anzahl der betreuten Versicherten ergeben. Dabei werden die so berechneten anteiligen Wegstrecken je Versicherte mit der zur erbrachten Leistung der zeitlich korrespondierenden Gebührenposition 50200 abgerechnet. Bei der Abrechnung hat die Hebamme die Anzahl der je Gesamtstrecke betreuten Versicherten anzugeben.
- (6) Wenn eine Wegstrecke bis zum Ort der Hilfeleistung 25 Kilometer überschreitet, ist eine Wegstrecke bis maximal 50 Kilometer nur bei folgenden Gründen abrechnungsfähig:
 1. geplante Geburt im häuslichen Umfeld, einschließlich durch die außerklinisch geplante Geburt entstehende Hilfeleistungsbedarfe in der Schwangerschaft und im frühen Wochenbett,
 2. Vertretung einer anderen Hebamme oder
 3. keine Hebamme im Umkreis von 25 Kilometer verfügbar.

Die Gründe sowie der Name der vertretenen Hebamme nach Nr. 2 sind in der Abrechnung zu vermerken.

- (7) Hat eine bei einer freiberuflich tätigen Hebamme angestellte Hebamme wegegeldwirksame Leistungen nach diesem Vertrag erbracht, gelten die Abs. 1 bis 6 analog.

§ 12 Versichertenbestätigung

- (1) Als Nachweis der Leistungserbringung sind die in den Formularen 3.1 bis 3.5 der Anlage 6 enthaltenen Versichertenbestätigungen zu nutzen. Die Hebamme hat für erbrachte Leistungen das Datum, die Uhrzeit (Anfangs- und Endzeit, bei Selbstlerneinheiten lediglich die Gesamtdauer) der Leistungserbringung und die Gebührenposition einzutragen. Erbrachte Leistungen sind unverzüglich nach der Leistungserbringung von der Versicherten durch Unterschrift zu bestätigen. Vordatierungen, Globalbestätigungen, Blankunterschriften sowie die Einholung von nachträglichen Unterschriften sind unzulässig. Bei korrekturbedürftigen Angaben nach Satz 2 ist die komplette Zeile zu streichen und erneut auszufüllen und von der Versicherten zu unterzeichnen.
- (2) Bei Hilfeleistung der Versicherten durch Beleghebammen nach § 7 Abs. 1 ist eine einmalige Unterschrift zur Bestätigung der an einem Tag empfangenen Leistungen ausreichend. Die Unterschriftsleistung der Versicherten erfolgt spätestens am Tag nach der Leistungserbringung.
- (3) Bei Videobetreuungen erfolgt der Nachweis über die Leistungserbringung auf der Versichertenbestätigung
 1. unverzüglich beim nächsten persönlichen Kontakt mit der Hebamme durch Unterschrift auf der Versichertenbestätigung,
 2. durch Aufbringung der eigenhändigen Unterschrift der Versicherten (einfache elektronische Signatur) auf der Versichertenbestätigung im PDF-Format, die elektronisch zwischen der Hebamme und der Versicherten ausgetauscht wird. Die Versichertenbestätigung im PDF-Format ist der Versicherten durch die Hebamme vollständig ausgefüllt unverzüglich nach der Videobetreuung zu übermitteln und von der Versicherten binnen zwei Wochen signiert zurückzusenden. Bei Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskursen ist die jeweils einmalige Signatur einer Versichertenbestätigung nach Abschluss der letzten Kurseinheit ausreichend.
- (4) Liegt die Versichertenbestätigung aus einem schwerwiegenden Grund nicht vor, so ist dies von der Hebamme zu begründen. Schwerwiegende Gründe können z.B. sein:
 1. eilige Verlegung im Notfall,
 2. ungeplantes Verlassen des Geburtsortes vor Unterschriftsleistung (Verlegung des Kindes bei Nacht, Frau fährt mit),
 3. Analfabetismus bzw. Verständigungsprobleme mit Verweigerung der Unterschriftsleistung oder
 4. Tod oder Bewusstlosigkeit der Frau.Ersatzweise kann bei Vorliegen eines schwerwiegenden Grundes auch die Unterschrift eines Angehörigen der Versicherten oder einer Ärztin oder eines Arztes zur Quittierung eingeholt werden. Bei Wegfall des schwerwiegenden Grundes kann die Versicherte die Bestätigung ausnahmsweise auch zu einem späteren Zeitpunkt unterzeichnen.
- (5) Von der Quittierungspflicht sind die Gebührenpositionen ausgenommen, die nicht in den Versichertenbestätigungen nach Anlage 6 vorgesehen sind.
- (6) Hat eine bei einer freiberuflich tätigen Hebamme angestellte Hebamme die Leistung an einer Versicherten erbracht, ist auf der jeweiligen Versichertenbestätigung in das Feld „Name der Hebamme“ der Vor- und Nachname der freiberuflich tätigen Hebamme, in das Feld „Heb.-Nr.“ die Ziffer „1“ und in das Feld „IK“ das persönliche Institutionskennzeichen der freiberuflich tätigen Hebamme einzutragen. In der zweiten Zeile ist in das Feld „Name der Hebamme“ der Vor- und Nachname der angestellten Hebamme, in das Feld „Heb.-Nr.“ die Ziffer „2“ und in das Feld „IK“ der Hinweis „angestellt“ einzutragen. Bei den jeweils durch die angestellte Hebamme erbrachten Leistungen wird im voranstehenden Feld „Heb.-Nr.“ die Ziffer „2“ angegeben. Für den Fall, dass bei der freiberuflich tätigen Hebamme mehrere Hebammen angestellt sind, gelten die vorstehenden Vorgaben zu Reihenfolge und Inhalt in fortlaufender Weise entsprechend.

§ 13 Ärztliche Anordnung

- (1) Bei Leistungen, für die dieser Vertrag eine ärztliche Anordnung vorsieht, enthält diese mindestens folgende Angaben:
1. 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),
 2. Vor- und Nachname der Versicherten bzw. des Neugeborenen,
 3. Angabe der spezifischen medizinischen Indikation bzw. Diagnose, die eine ärztliche Anordnung notwendig macht,
 4. 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
 5. Datum und Unterschrift der Ärztin oder des Arztes.
- (2) Die ärztliche Anordnung hat vor Beginn der Leistungserbringung zu erfolgen. Die angeordneten Leistungen sind spätestens bis zum Ende des auf die Anordnung folgenden Quartals zu erbringen.

§ 14 Kündigung

Diese Anlage kann unter Einhalten einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden. Eine Kündigung der Anlage kann erstmals zum 31.12.2027 erfolgen.