

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. Ist ein erneuter Vertragsbeitritt zum 01.11.2025 notwendig, um weiterhin zur Leistungserbringung zugelassen zu sein?

Nein, für Hebammen, die dem Vertrag vor dem 01.11.2025 beigetreten sind, hat der neue Vertrag automatisch Gültigkeit.

2. 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.

3. 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.

4. Ist es verpflichtend, einen Behandlungsvertrag abzuschließen?

Es ist verpflichtend, einen Behandlungsvertrag mit der Versicherten abzuschließen.

5. 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.

6. 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.

7. 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

8. 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.

Leistungen		<input type="checkbox"/> als Begleit-Beleghebamme												
Uhrzeit der Geburt: <i>17:45</i>		bei Mehrlingen weitere Uhrzeiten:										*befristet bis 31.12.2027		
<input checked="" type="checkbox"/> Lebendgeburt <input type="checkbox"/> nur Plazentageburt <input type="checkbox"/> Fehlgeburt <input type="checkbox"/> Totgeburt												Begründung/Vermerk/Anordnung (bitte unten erläutern)		
		Hilfeleistung stationär Schwangerschaft	Überwachung stationär Schwangerschaft	Hilfeleistung zur Abklärung akuter Behandlungsbedarf	Überwachung akuter Behandlungsbedarf	Hilfeleistung Wehen und Geburt	1.-Betreuung 2 h vor bis 2 h nach Geburt	Überwachung Wehen und Geburt	Hilfeleistung durch 2. Hebamme	Hilfeleistung frühes Wochenbett				
Heb-Nr.	Datum	Uhrzeit von	Uhrzeit bis	107X5	108X5	109X5	110X5	201X5	203X5	205X5	208X5	302X5	Unterschrift der Versicherten	X
1	01.04.2026	10:00	10:45	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
2	01.04.2026	10:45	11:45					X						
		11:45	13:10							X				
		13:10	14:05					X						
		15:05	15:35							X				
		15:35	18:00					X	X					
3	01.04.2026	18:00	20:00					X	X				<i>Müller</i>	

9. 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.

10. Wie sind das Datums- und Uhrzeitfeld in den Versichertenbestätigungen auszufüllen?

Vom auf der Versichertenbestätigung aufgeführten Format kann abgewichen werden, sofern die Datums- und Uhrzeitangabe eindeutig ist. So ist statt JJJJ auch JJ ausreichend und statt TT.MM.JJJJ auch T.M.JJ. Für die Uhrzeit kann statt HH:MM auch H:MM oder H.MM verwendet werden. Davon unberührt bleibt der Aufbau des Rechnungsdatensatzes, der sich – wie auch im früheren Vertrag – nach den Vorgaben der Richtlinie nach § 302 SGB V richtet.

Beispiele für die Erfassung der Zeitangaben auf der Versichertenbestätigung: statt 01.01.2026 ist ebenso 1.1.26 oder 1. Januar 26 oder 1. Januar 2026 zulässig, statt 08:30 ist auch 8:30 oder 8.30 oder 08.30 zulässig.

11. Wieso gibt es auf der Versichertenbestätigung zur Dokumentation der Geburt nur noch ein Feld für die Uhrzeit, nicht aber für das Datum der Geburt?

Das Geburtsdatum des Kindes wird bei den Versichertendaten unter „Geburtsdatum Kind“ bereits eingetragen. Auf eine zusätzliche Erfassung derselben Information neben der Leistung wurde zur Vereinfachung verzichtet.

12. Muss generell die Geburtsuhrzeit im Zusammenhang mit der GPOS 201XX/207XX angegeben werden, obwohl die Leistungserbringung nicht zur Geburt führte?

Wurde die Versicherte bis zur Geburt betreut, sind im Rechnungsdatensatz Geburtsdatum und -uhrzeit mit dem Abrechnungscode 1 (tatsächliches Geburtsdatum) zu übermitteln.

Sollte tatsächlich die abrechnende Hebamme die Leistung vor der Geburt beendet und keine Leistung mehr nach der Geburt erbracht haben, kann alternativ das Geburtsdatum ohne Uhrzeit mit dem Abrechnungscode 2 (errechnetes (mutmaßliches) Geburtsdatum) übermittelt werden. Auch auf der Versichertenbestätigung wird in diesem Fall der Errechnete Termin (ET) notiert.

13. Ist die Abrechnung der telefonischen 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. Der Austausch von Informationen zwischen Versicherten und Hebammen über ungesicherte Dienste wie zum Beispiel WhatsApp oder unverschlüsselte („normale“) E-Mails waren weder im alten noch im neuen Vertrag zulässig, da Gesundheitsdaten als „besondere Kategorien personenbezogener Daten“ gelten (Art. 9 DSGVO), für die ein besonders hohes Schutzniveau erforderlich ist.

14. 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.

15. 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.

16. Welche Änderungen beim Wegegeld sind vorgenommen worden?

Die Regelungen, unter welchen Bedingungen welche Wegstrecken abrechenbar sind, wurden klarer gefasst. Grundsätzlich werden Wegstrecken bis 25 km (einfache Fahrt) vergütet. Zudem sind in der Abrechnung zu begründende Ausnahmen für längere Wegstrecken bis 50 km (einfache Fahrt) bei der Betreuung einer Hausgeburt, für Vertretungsfälle oder wenn keine andere Hebamme verfügbar ist, vorgesehen. Es handelt sich um einen abgeschlossenen Katalog, sodass eindeutig feststeht, in welchen Fällen Wegegelder bis 25 km bzw. bis 50 km abgerechnet werden können.

Zudem wurde die Abrechnung des Wegegelds vereinfacht: Weggefallen ist neben den Pauschalen für Wege bis 2 km auch die Unterscheidung nach Fahrten zur Tag- oder Nachtzeit.

17. Wie kann die Versichertenbestätigung im PDF-Format unterzeichnet und mit der Abrechnung den Krankenkassen übermittelt werden?

Versichertenbestätigungen für Videobetreuungen können zukünftig auch digital als PDF geführt werden und eigenhändig (zum Beispiel auf einem Tablet oder einem Smartphone) durch die Versicherten abgezeichnet werden. Dadurch können Videobetreuungen nun auch – wie analoge Leistungen – im bekannten Verfahren bestätigt werden und nicht mehr über Kennzeichen „V“ oder E-Mail-Bestätigungen. Die als PDF geführten Versichertenbestätigungen können für die Abrechnung entweder als Ausdruck oder – sofern vorgesehen – im Imageverfahren nach § 4 Absatz 4 der Richtlinie nach § 302 SGB V übermittelt werden. Bei ausschließlich über Video-Geburtsvorbereitungs- und Rückbildungskursen ist die jeweils einmalige Signatur einer Versichertenbestätigung nach Abschluss der letzten Kurseinheit ausreichend.

18. 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		Die medizinisch notwendigen zusätzlichen Hilfeleistungen ordne ich aufgrund der von mir vorgenommenen Untersuchung an. Die Anordnung erfolgt vor der Erbringung der zusätzlichen Leistungen und beruht auf folgender Indikation/Diagnose:	Vor- und Nachname, Fachrichtung, Adresse, LANR, Betriebsstättennummer, IK des Krankenhauses, Datum, ärztliche Unterschrift
Bitte angeben, für wie viele Minuten je Tag und bis zu welchem Tag (Enddatum) eine zusätzliche Hilfeleistung medizinisch notwendig ist			
<input type="checkbox"/> während der Schwangerschaft <input checked="" type="checkbox"/> bei Wehen und Geburt (postpartale Überwachung) <input type="checkbox"/> im frühen Wochenbett (maximal 30 Minuten je Tag)		<i>atonische Nachblutung</i>	 <p>Dr. med. Monika Mustermann Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe LANR: 123456018 Klinik am Ostring Adebarallee 1 01234 Storchstadt BSNR: 987654321 IK: 269876543 01.04.2026</p>
zusätzliche Minuten je Tag	Enddatum der Anordnung		
150	01.04.2026		

19. Warum entfallen Basisdatenerhebung und allgemeines Vorgespräch?

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

20. 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.

21. 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, Hilfeleistung in der Schwangerschaft auf 90 Minuten pro Tag begrenzt.

22. 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 Stillverfahren, Brust-OP), kann eine „Individuelle Stillvorbereitung“ bis 45 Minuten erfolgen.

23. 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.

24. 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.

25. Was ist mit den Gebührenpositionen für CTG und Entnahme von Körpermaterial passiert?

Die Leistung „CTG“ oder „Entnahme von Körpermaterial“ wird über die Zeit abgerechnet. Die jeweilige Materialpauschale ist im Abschnitt „6. Material“ (Anlage 1.1) aufgenommen.

26. 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. Nach einer Fehlgeburt sind gestaffelte Hilfeleistungen im Wochenbett möglich.

27. Warum gibt es künftig eine neue Gebühr für frühe und späte Fehlgeburten bereits im Block 1 Schwangerschaft?

Die Gebührenpositionen zur Betreuung von frühen und späten Fehlgeburten wurden in den Block 1 des Abschnitts 2 der Anlage 1.1 verschoben, weil für diese Hilfeleistung eine Versicherung als „Hebamme (ohne Geburtshilfe)“ ausreichend ist. Die Gebührenpositionen 105XX und 106XX können daher auch von Hebammen abgerechnet werden, die keine Abrechnungsberechtigung mit Geburtshilfe in der Vertragspartnerliste Hebammen hinterlegt haben.

28. Welche Abrechnungsvoraussetzungen haben die GPOS 105XX und 106XX?

Spontane oder ärztlich induzierte Fehlgeburten 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.

29. Kann unter den GPOS 105XX und 106XX die Betreuung während Schwangerschaftsabbrüchen abgerechnet werden?

Nein, nach § 24b SGB V besteht kein Anspruch auf Hebammenhilfe während eines Schwangerschaftsabbruchs.

30. Was wird bei Betreuung nach vorzeitigem Blasensprung oder außerklinischer Einleitung abgerechnet, wenn die Hilfeleistung länger als 90 Minuten dauert (z.B. Überwachung Entzündungsparameter oder bei physikalischen Maßnahmen zur Wehenanregung)?

Hilfeleistungen in der Schwangerschaft (GPOS 101XX) können für Leistungen abgerechnet werden, die bis vor Beginn der Latenzphase erbracht werden. Ab dem Beginn der Latenzphase kann eine Hilfeleistung bei Wehen und einer Geburt (201XX) abgerechnet werden. Die Hebamme prüft, ob die Latenzphase bereits begonnen hat und nutzt entsprechend die GPOS 101XX oder 201XX.

31. 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.

32. 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).

33. 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.

34. 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.

35. 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.

36. Kann in der außerklinischen Geburtshilfe ein Hebammenwechsel stattfinden? Und was ist dann abzurechnen?

Ein Wechsel der Hebammen bei außerklinischer Geburtshilfe ist möglich. Jede Hebamme rechnet in der Zeit, in der sie die Gebärende betreut, eine „Hilfeleistung bei Wehen oder einer Geburt“ GPOS 201X1 bzw. 201X2 in Einheiten zu je 5 Minuten ab. Die Hebamme, die zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes Hilfe leistet, kann zudem die Grundpauschale 202X1 bzw. 201X2 abrechnen. Die Hebammen können intern klären, ob und wie sie die Grundpauschale aufteilen.

37. Braucht es in der außerklinischen Geburtshilfe eine Begründung für die zweite Hebamme?

Nein. Die Begründung für die zweite Hebamme wird nur im Krankenhaus benötigt.

38. 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 wird.

39. 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.

40. 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.

41. 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.

42. Kann bei einer Fehlgeburt eine 2. Hebamme abrechnet werden?

Eine zweite Hebamme kann nach GPOS 208XX bei außerklinischen Geburten sowie unter bestimmten Voraussetzungen bei Klinikgeburten hinzugezogen werden. Dies gilt nicht bei Fehlgeburten.

43. 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.

44. 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.

45. 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.

46. Wie ist die Regelung im Falle einer Totgeburt zu verstehen, dass Hilfeleistungen im frühen Wochenbett bis zum zehnten Lebenstag möglich sind?

Bei Geburten gibt es die Regelung, dass Hilfeleistungen im frühen Wochenbett bis zum zehnten Lebenstag möglich sind. Da es bei der Totgeburt keine Lebenstage des Kindes gibt, bezieht sich die Regelung auf den Tag der Totgeburt. Im Falle einer Totgeburt sind Leistungen des frühen Wochenbetts also bis zum zehnten (Lebens-)Tag = neunter Tag nach der Totgeburt möglich.

47. Gibt es bei Hilfeleistungen im Wochenbett einen Unterschied, wenn diese sich auf Adoption oder Adoptionspflege beziehen?

Die Begriffe „Adoption“ und „Adoptionspflege“ sind synonym zu verwenden. Es sind damit keine unterschiedlichen Regelungen verbunden.

48. Was bedeutet die Frist „bis zur zwölften Lebenswoche“ beim späten Wochenbett? Bis zu welchem Tag können Leistungen erbracht werden?

Ein Anspruch auf Wochenbettbetreuung besteht nach § 24d SGB V bis zum Ablauf von zwölf Wochen nach der Geburt.

49. Wie sind Hilfe bei Stillbeschwerden nach neun Monaten abrechenbar?

Die Abrechnung erfolgt wie bisher, nunmehr über die Gebührenposition 306XX.

50. 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.

51. 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.

52. Wie oft kann die Pauschale zur Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln (50400) abgerechnet werden?

Wie bisher kann die Pauschale einmalig für Hin- und Rückweg abgerechnet werden.

53. Gibt es Veränderungen bei den Materialpauschalen?

Aufgrund der Schaffung einer neuen Abrechnungsposition „Individuelle Stillvorbereitung“ ist es notwendig, eine einmalig abrechenbare Materialpauschale (insbesondere zur Kolostrumgewinnung) vorzusehen. Zusätzlich bestand der begründete Bedarf an Materialkosten für eine Abklärung eines Fruchtwasserblasensprungs vor oder unter der Geburt. Hierfür wurde somit ebenfalls eine neue einmalig abrechenbare Materialpauschale festgelegt.

Eine neue Materialpauschale für Fehlgeburten ist ebenfalls kalkuliert worden. Sie beträgt 50 % der bisherigen Geburtsmaterialpauschale inklusive medizinisch notwendiger anteilig berechneter Arzneimittelgaben wie Oxytocin. Diese Materialpauschale ist einmalig abrechenbar.

54. In Verbindung mit welchen Leistungen sind die Materialpauschalen 60400 (GDM-Screening), 60700 (Abklärung Blasensprung), 61100 (Pulsoxymetrie), 61400 (Neugeborenen-Screening), 61600 (Fäden ziehen Dammschnitt) und 61700 (Fäden und Klammern entfernen Sectionsschnitt) abrechenbar?

60400 (GDM-Screening) und 60700 (Abklärung Blasensprung): Die jeweilige Gebührenposition ist einmalig in der Schwangerschaft, entweder bei Hilfeleistung in der Schwangerschaft oder bei einer Vorsorgeuntersuchung abrechnungsfähig. Die Kosten für die damit verbundene Entnahme von Körpermaterial sind im GDM-Screening inkludiert.

61100 (Pulsoxymetrie): Die Gebührenposition ist einmalig im Zusammenhang mit einer Geburt oder im Wochenbett abrechnungsfähig.

61400 (Neugeborenen-Screening): Die Gebührenposition ist einmalig im frühen Wochenbett abrechnungsfähig.

61600 (Fäden ziehen Dammschnitt) und 61700 (Fäden und Klammern entfernen Sectionsschnitt): Die Gebührenposition ist einmalig im Wochenbett abrechnungsfähig.

55. Können Materialpauschalen auch als alleinige Leistung abgerechnet werden?

Materialpauschalen können nur in Verbindung mit der zugehörigen Leistung abgerechnet werden. Auch das Kreuz für das verbrauchte Material wird auf der Versichertenbestätigung in derselben Zeile wie die Leistung gesetzt.

56. Ist das Abrechnen der Materialpauschalen CTG und Entnahme von Körpermaterial (Frau) zweimal am Tag möglich?

Die Materialpauschalen sind an die Hilfeleistung in der Schwangerschaft gebunden. Die Hilfeleistung in der Schwangerschaft kann auf zwei Kontakte am Tag aufgeteilt werden, daher kann die Materialpauschale pro Hilfeleistung (Kontakt) abgerechnet werden, sofern dies medizinisch notwendig ist.

57. 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.

58. Sind Medikamente wie Oxytocin, Fenoterol, Vitamin K und Lidocain in den jeweiligen Pauschalen enthalten oder müssen diese extra abgerechnet werden?

Verschreibungspflichtige Medikamente sind in den Materialpauschalen prozentual eingepreist, um die Vorhaltekosten zu refinanzieren (Oxytocin, Fenoterol, und Vitamin K in der Geburtspauschale und Lidocain in der Nahtpauschale), genauso wie die Verdünnungsmittel (z. B. NaCL 0,9%, Ringerlösung)

Sie können somit nicht mehr – wie bisher - gesondert in Rechnung gestellt werden.

Nicht-verschreibungspflichtige Medikamente im Rahmen der Versorgung der Mutter werden nicht mehr erstattet und sind ggf. von der Versicherten selbst zu tragen. Die tatsächlich entstandenen Kosten für nicht-verschreibungspflichtige Medikamente im Rahmen der Erstversorgung des Kindes (zum Beispiel Mykoderm, Vitamin D, 2. und ggf. 3. Gabe Vitamin K) sind in der Abrechnung einzeln aufzulisten und werden der Hebamme in der kleinsten Packungsgröße erstattet. Alle weiteren Medikamente/Arzneimittel sind nicht mehr erstattungsfähig (zum Beispiel Homöopathie).

59. Wann werden die Materialpauschalen „Wochenbett lang“ und „Wochenbett kurz“ abgerechnet?

Wie im bisherigen Vertrag gibt es zwei verschiedene Materialpauschalen für die aufsuchende Wochenbettbetreuung. Es kann entweder eine „kurze“ oder eine „lange“ Pauschale abgerechnet werden, die dann das komplette Material der Wochenbettbetreuung abdeckt. Welche Pauschale abgerechnet wird, hängt vom Beginn der ersten aufsuchenden Wochenbettbetreuung ab. Beginnt die aufsuchende Wochenbettbetreuung nicht mehr als vier Tage nach der Geburt ist die „Materialpauschale Wochenbett lang“ abrechenbar (also die Gebührenposition 61200 in Verbindung mit 301X1 oder 304X1). Erfolgt die erste aufsuchende Wochenbettbetreuung erst später, ist die „Materialpauschale Wochenbett kurz“ abrechenbar (also die Gebührenposition 61300 in Verbindung mit 301X1, 303X1, 304X1 oder 305X1).

Definition der abrechenbaren Tage: In § 5 Absatz 3 Anlage 1.1 heißt es: „Das frühe Wochenbett im Sinne dieses Vertrages beginnt mit dem Tag der Geburt (1. Lebenstag) und endet am 10. Lebenstag.“

Somit ergibt sich folgendes Beispiel einer Geburt am 01.02.:

01.02. = 1. Tag (MP lang)

02.02. = 2. Tag = 1. Tag nach der Geburt (MP lang)

03.02. = 3. Tag = 2. Tag nach der Geburt (MP lang)

04.02. = 4. Tag = 3. Tag nach der Geburt (MP lang)

05.02. = 5. Tag = 4. Tag nach der Geburt (MP lang)

06.02. = 6. Tag = 5. Tag nach der Geburt (ab hier MP kurz)

60. Wie ist vorzugehen, wenn für eine Leistung eine Begründung gefordert wird?

Auf den Versichertenbestätigungen wurden neben den jeweiligen Leistungen eine Spalte und am Ende ein Feld aufgenommen, in dem Begründungen eingetragen werden können. Ist für eine Leistung eine Begründung vorgesehen, kann in der Versichertenbestätigung neben der Leistung ein Kreuz gesetzt und unten ein Text eingetragen werden.

In der Abrechnung ist die Begründung im TXT-Feld zu übermitteln. Dies gilt zum Beispiel für Leistungen wie „Überwachung bei Wehen und einer Geburt“ (205X5) bei wechselweiser Betreuung von bis zu drei Versicherten bis zu einer Stunde.

61. Muss bei jeder ärztlichen Anordnung im stationären Setting eine LANR (lebenslange Arztnummer), das IK und die Betriebsstättennummer des Krankenhauses angegeben werden?

Ja, die (L)ANR, das IK und die Betriebsstättennummer des Krankenhauses sind auch im stationären Bereich anzugeben. Alle in Krankenhäusern tätigen Ärzte führen eine (L)ANR

(§ 293 Absatz 7 SGB V). Eine Beantragung erfolgt über das Webportal www.krankenhausarzt Nummer.de. Zuvor ist eine einmalige Registrierung bei der jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaft erforderlich. Informationen wie das IK und die Betriebsstättennummer des Krankenhauses können auch vorgedruckt, mittels Aufkleber oder händisch eingetragen werden.

62. 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 Hebammenhilfevertrag **noch** und somit auch der Nachweis über den Hebammenverband.

63. 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 Hebammenhilfevertrag 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 Hebammenhilfevertrag ab dem 01.11.2025 benötigt.

64. 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.

65. „Technische Anlage zu den Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V“: Welches IK ist im Feld „Institutionskennzeichen der behandelnden Hebamme“ im Segment HEB des Abrechnungsdatensatzes anzugeben?

Anzugeben ist das persönliche IK der Hebamme, die die jeweilige Leistung erbracht hat. Es entspricht dem IK, das die Hebamme als „persönliches IK“ in der Vertragspartnerliste Hebammen hinterlegt hat. Nicht zu verwenden ist ein IK, das als „weiteres IK“ in der Vertragspartnerliste Hebammen hinterlegt wurde, zum Beispiel das IK eines Geburtshauses oder eines Hebammenteams. Ein „weiteres IK“ kann lediglich als „IK des Rechnungsstellers/Leistungserbringers“ im Segment FKT genutzt werden. Dies gilt auch für Material- und Betriebskostenpauschalen sowie Wegegelder, die zusammen mit der zugehörigen Hilfeleistung abgerechnet werden.

66. Wie sind Leistungen, die sich über den Übergang zu zuschlagspflichtigen Zeiten erstrecken, in der elektronischen Abrechnung zu übermitteln?

Die Hebamme trägt ihre Leistungserbringung durchgängig in die Versichertenbestätigung ein, auch wenn die Grenzen zu zuschlagsfähigen Zeiten während der Leistungserbringung überschritten werden. Eine Aufteilung in der Versichertenbestätigung erfolgt nur bei Überschreiten der Datumsgrenze.

Im Rechnungsdatensatz sind die zuschlagsfähigen und nicht-zuschlagsfähigen Zeiten voneinander getrennt anzugeben.

Beispiel: Die Betreuung findet von 18.00 bis 23.00 Uhr statt. Die Hebamme trägt die Hilfeleistung auf der Versichertenbestätigung von 18.00 bis 23.00 Uhr ein. In der digitalen Rechnung wird die Hilfeleistung automatisch gesplittet von 18.00 bis 21.00 Uhr und von 21.00 bis 23.00 Uhr aufgeführt.

67. Darf die Versichertenbestätigung die tatsächlichen Zeiten abbilden und vom elektronischen Datensatz der Rechnung abweichen?

Die Hebamme trägt auf der Versichertenbestätigung die tatsächliche Dauer der Hilfeleistung ein, auch wenn diese das jeweilige Kontingent überschreitet. Diese vollständige Zeitangabe wird ebenfalls im Rechnungsdatensatz übernommen (Felder „Uhrzeit“ und „Uhrzeit bis“). Im Feld „Anzahl/Menge“ des Datensatzes ist der Wert entsprechend dem maximal zulässigen Kontingent einzutragen.

68. Wie geht die Hebamme vor, wenn sie vor Absetzung durch die Krankenkasse eine Rechnungsposition falsch angegeben oder vergessen hat (korrekte Versichertenbestätigung, aber Fehler in der Rechnung)?

Sofern der Hebamme der Fehler unmittelbar nach der Rechnungsstellung, noch vor Absetzung durch die Krankenkasse auffällt, ist nur die Rechnung unter der entsprechenden Verschlüsselung (VKZ 2 = Nachberechnung) neu zu stellen. Das entsprechende Procedere ist in der jeweiligen Abrechnungssoftware der Hebamme hinterlegt.