

05.09.86

AS - Fz - G

Verordnung

des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung

Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV)

A. Zielsetzung

Die Verordnung hat das Ziel, die Vergütungen der freiberuflichen Hebammen für Hebammenhilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung leistungsgerechter zu gestalten und die Hebammenhilfe nach dem heutigen Stand der Geburtsmedizin neu zu beschreiben.

B. Lösung

Die Verordnung löst die bisherige Hebammenhilfe-Gebührenverordnung aus dem Jahre 1960 ab und regelt die Inhalte der einzelnen Leistungen und deren Bewertung. Die allgemeinen Abrechnungsbestimmungen werden verständlicher und übersichtlicher gestaltet. Das Gebührenniveau wird deutlich angehoben.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Bund, Länder und Gemeinden werden durch die Verordnung nicht mit zusätzlichen Kosten belastet.

Bundesrat

Drucksache **399/86**

05.09.86

AS - Fz - G

Verordnung

des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung

Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV)

Der Chef
des Bundeskanzleramtes
121 (311) - 230 03 - He 18/86

Bonn, den 5. September 1986

An den
Herrn Präsidenten des Bundesrates

Hiermit übersende ich die vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zu erlassende

Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV)

mit Begründung, Vorblatt und einer Anlage.

Ich bitte, die Zustimmung des Bundesrates aufgrund des Artikels 80 Abs. 2 des Grundgesetzes herbeizuführen.

Schäuble
(Dr. Schäuble)

Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV)

Vom

Auf Grund des § 376 a Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, der zuletzt durch § 1 der Verordnung vom 27. September 1977 (BGBl. I S. 1869) geändert worden ist, wird nach Mitwirkung der Verbände der Krankenkassen, der Ersatzkassen und der Hebammen mit Zustimmung des Bundesrates verordnet:

§ 1

Anwendungsbereich

(1) Die Vergütungen für die Leistungen der freiberuflichen Hebammen im Rahmen der Hebammenhilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmen sich nach dieser Verordnung.

(2) Als Hebammen im Sinne dieser Verordnung gelten auch Entbindungspfleger.

§ 2

Vergütungen

(1) Als Vergütungen zahlen die Krankenkassen nach Maßgabe der Bestimmungen dieser Verordnung Gebühren für die im anliegenden Gebührenverzeichnis genannten Leistungen, Ersatz von Auslagen und Wegegeld.

(2) Als Nacht gilt die Zeit von 20 bis 8 Uhr.

§ 3

Auslagen

Als Auslagen kann die Hebamme neben den für die einzelnen Leistungen vorgesehenen Gebühren nur die ihr entstandenen Kosten der für die Hilfe bei einer Geburt und für die Überwachung des Wochenbettverlaufs notwendigen Materialien berechnen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind oder die der Wöchnerin zur weiteren Verwendung überlassen werden; dabei ist auf wirtschaftliche Beschaffung zu achten. Zwischen der Krankenkasse und der Hebamme kann eine Pauschalierung des Auslagenersatzes vereinbart werden.

§ 4

Wegegeld

(1) Die Hebamme erhält für jeden Besuch aus Anlaß einer abrechnungsfähigen Leistung Wegegeld; hierdurch sind auch Zeitversäumnisse abgegolten. Wege zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und einem Krankenhaus zur Ableistung eines Schichtdienstes sind nicht berechnungsfähig.

(2) Bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel werden als Wegegeld die Fahrkosten erstattet. In den übrigen Fällen beträgt das Wegegeld

- a) bei einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung 2,55 Deutsche Mark, bei Nacht 3,30 Deutsche Mark,
- b) bei einer Entfernung von mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung für jeden zurückgelegten Kilometer 0,85 Deutsche Mark, bei Nacht 1,10 Deutsche Mark.

(3) Hat eine andere als die nächstwohnende Hebamme Hilfe geleistet, so kann die Krankenkasse die Zahlung des dadurch entstehenden Mehrbetrages an Wegegeld ablehnen, wenn der Weg von der Stelle der Leistung zur Wohnung oder Praxis der anderen Hebamme mehr als 15 Kilometer länger ist als zur Wohnung oder Praxis der nächstwohnenden Hebamme. Dies gilt nicht, wenn das Wegegeld anfällt, weil mehrere Hebammen die Dienstleistungen in einem Krankenhaus nach einem vereinbarten Einsatzplan ausführen oder wenn die Zuziehung der anderen Hebamme nach der besonderen Lage des Falles aus anderen Gründen gerechtfertigt war.

(4) Besucht die Hebamme mehrere Frauen auf einem Weg, ist das Wegegeld insgesamt nur einmal und nur anteilig nach dem Verhältnis der zurückgelegten Gesamtstrecke zu der Zahl der besuchten Frauen zu berechnen.

§ 5

Abrechnung mit den Krankenkassen

(1) Die Hebamme soll ihre Rechnung innerhalb eines Monats nach der Entbindung bei der zuständigen Krankenkasse einreichen. Die Rechnung muß alle zur Prüfung des Anspruchs notwendigen Angaben, insbesondere die Personalien der betreuten Frau und die zur Feststellung des Versicherungsverhältnisses erforderlichen Angaben enthalten.

(2) In der Rechnung sind die berechneten Leistungen mit ihrem jeweiligen Datum und, soweit dies für die Höhe der Vergütung von Bedeutung ist, auch Zeit und Dauer der abgerechneten Leistungen anzugeben. Ist im Gebührenverzeichnis eine ärztliche Anordnung vorgeschrieben, so ist diese der Rechnung beizufügen.

(3) Zur Vereinfachung des Abrechnungsverfahrens können die Verbände der Krankenkassen und der Hebammen die Verwendung einheitlicher Abrechnungsformulare vereinbaren.

(4) Die Krankenkasse hat die Rechnung innerhalb von drei Wochen nach Rechnungseingang zu begleichen, soweit eine Leistungspflicht besteht. Wird die Rechnung beanstandet, hat die Krankenkasse der Hebamme innerhalb derselben Frist den Grund der Beanstandung mitzuteilen und, sofern sich die Beanstandung nur auf einen Teil der Rechnung erstreckt, den unstrittigen Rechnungsbetrag zu zahlen.

§ 6

Berlin-Klausel

Diese Verordnung gilt nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes in Verbindung mit Artikel 13 des Hinterbliebenenrenten- und Erziehungszeiten-Gesetzes auch im Land Berlin.

§ 7

Inkrafttreten, Außerkrafttreten

(1) Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1987 in Kraft. Sie findet bei Geburten und Fehlgeburten nach dem 31. Dezember 1986 für die Vergütung sämtlicher Hilfeleistungen Anwendung.

(2) Die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung vom 27. Dezember 1960 (Banz. Nr. 252 vom 30. Dezember 1960), zuletzt geändert durch Verordnung vom 24. Mai 1984 (BGBl. I S. 729), tritt vorbehaltlich Satz 2 mit Ablauf des 31. Dezember 1986 außer Kraft. Sie gilt weiter für die Vergütung der Hilfeleistungen bei Geburten und Fehlgeburten bis zum 31. Dezember 1986.

Gebührenverzeichnis

A. Leistungen der Mutterschaftsvorsorge
und Schwangerenbetreuung

Nr.	Leistung	Gebühr in DM
-----	----------	-----------------

- | | | |
|---|--|------|
| 1 | Beratung der Schwangeren, insbesondere über Lebens- und Ernährungsweise sowie Zweckmäßigkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Betreuung, auch fernmündlich | 8,50 |
|---|--|------|

Die Gebühr nach Nummer 1 ist während der Schwangerschaft insgesamt höchstens sechsmal, innerhalb eines Monats höchstens dreimal berechnungsfähig. Sie ist an einem Tag neben Leistungen nach den Nummern 3, 4, 5 und 8 nicht berechnungsfähig.

- | | | |
|---|---|-----|
| 2 | Schriftlicher Diätplan bei schweren Ernährungs- und Stoffwechselstörungen auf ärztliche Anordnung | 5,- |
|---|---|-----|

Die Vervollständigung vorgefertigter standardisierter Diätpläne ist nicht berechnungsfähig.

3 Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren

12,--

Die Vorsorgeuntersuchung umfaßt folgende Leistungen: Gewichtskontrolle, Blutdruckmessung, Urinuntersuchung auf Eiweiß und Zucker, Kontrolle des Standes der Gebärmutter, Feststellung der Lage, Stellung und Haltung des Kindes, Kontrolle der kindlichen Herztöne, allgemeine Beratung der Schwangeren, Dokumentation im Mutterpaß.

Die Gebühr nach Nummer 3 ist berechnungsfähig, wenn ein normaler Schwangerschaftsverlauf von einem Arzt festgestellt worden ist, wenn die Vorsorgeuntersuchung auf ärztliche Anordnung vorgenommen worden ist oder wenn die Schwangere einen Arzt trotz Empfehlung der Hebamme nicht aufsuchen möchte.

Die Vorsorgeuntersuchungen sollen im Abstand von vier Wochen stattfinden; in den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten sind je zwei Vorsorgeuntersuchungen angezeigt.

4 Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, für jede angefangene halbe Stunde

10,--

5 Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen bei Nacht, an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen, für jede angefangene halbe Stunde

15,--

Dauert die Leistung nach den Nummern 4 und 5 länger als drei Stunden, so ist die Notwendigkeit der über drei Stunden hinausgehenden Hilfe in der Rechnung zu begründen.

8

- 6 Kardiotokographische Überwachung bei Indikationen nach Maßgabe der Anlage 2 zu den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung 11,-

Die Gebühr nach Nummer 6 ist je Tag nur einmal berechnungsfähig, es sei denn, daß mehrere Überwachungen an einem Tag ärztlich angeordnet werden. Während der Dauer der kardiotokographischen Überwachung erbrachte sonstige Hilfeleistungen sind mit der Gebühr nach Nummer 6 abgegolten.

- 7 Geburtsvorbereitung bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Schwangere je Gruppe und höchstens 12 Stunden, für jede Schwangere je Unterrichtsstunde (60 Minuten) 9,-
- 8 Geburtsvorbereitung bei Einzelunterweisung auf ärztliche Anordnung, höchstens 12 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten) 18,-

Die Gebühr nach den Nummern 7 und 8 umfaßt die Unterrichtung über den Schwangerschaftsverlauf, die psychische Vorbereitung auf Geburt und Wochenbett, gymnastische Übungen, Entspannungsbungen und Übungen der Atemtechnik.

B. Geburtshilfe

- | | | |
|----|--|-------|
| 9 | Hilfe bei der Geburt eines Kindes im Krankenhaus oder in einer sonstigen Einrichtung | 230,- |
| 10 | Hilfe bei einer Hausgeburt | 245,- |
| 11 | Hilfe bei der Ausstoßung einer Fehlgeburt oder einer Blasenmole | 160,- |

Die Gebühren nach den Nummern 9 bis 11 umfassen die Hilfe für die Dauer bis zu zehn Stunden vor der Geburt des Kindes oder der Ausstoßung der Fehlgeburt oder Blasenmole und die Hilfe für die Dauer bis zu drei Stunden danach einschließlich aller damit verbundenen Leistungen und Dokumentation. Die jeweilige Gebühr steht der Hebamme auch dann zu, wenn sie erst nach der Geburt, jedoch vor Vollendung der Versorgung der Mutter und des Kindes Hilfe leisten konnte.

- | | | |
|----|---|-------|
| 12 | Zuschlag für Hilfe bei der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern | 40,- |
| 13 | Hilfe bei einer nicht vollendeten Hausgeburt | 190,- |

Die Gebühr nach Nummer 13 umfaßt die Hilfe für die Dauer bis zu sechs Stunden vor Beendigung der Geburtshilfe einschließlich aller damit verbundenen Leistungen. Sie ist nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Hausgeburt be-

rechnungsfähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene Hausgeburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abbrechen muß und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist oder begleitet und dort keine weitere Hilfe leistet.

- 14 Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einem Krankenhaus

120,-

Die Gebühr nach Nummer 14 umfaßt die Hilfe für die Dauer bis zu sechs Stunden vor Beendigung der Geburtshilfe einschließlich aller damit verbundenen Leistungen. Sie ist nur berechnungsfähig, wenn die Schwangere auf ärztliche Anordnung in ein anderes Krankenhaus verlegt wird und die Hebamme dort keine weitere Hilfe leistet.

C. Leistungen während des Wochenbetts

Allgemeine Bestimmungen

zu den Besuchen nach den Nummern 15 bis 20

- a) Die Besuche nach den Nummern 15 bis 20 dienen der Überwachung des Wochenbettverlaufs und umfassen insbesondere die Beratung, Betreuung und Versorgung von Mutter und Kind einschließlich aller damit verbundenen Leistungen.
- b) In den ersten zehn Tagen nach der Geburt sind zehn Besuche berechnungsfähig. Wird der erste Besuch bereits am Tage der Geburt ausgeführt, dürfen darüber hinaus Besuche nur für die fol-

genden neun Tage berechnet werden. Wird die Betreuung erst im Laufe der ersten zehn Tage von einer anderen Hebamme übernommen, so werden die Besuche bis zum 10. Tag nach dem Tag der Geburt vergütet.

- c) Ein weiterer Besuch an einem Tag innerhalb der ersten zehn Tage nach der Geburt und Besuche nach Ablauf von zehn Tagen nach der Geburt werden bei Vorliegen folgender Erschwernisse vergütet:

Bei verzögerter Abheilung des Nabels, schweren Stillstörungen, verzögerter Rückbildung, nach Sekundärnaht oder Dammriß III. Grades, bei Beratung und Anleitung der Mutter zur Versorgung und Ernährung des Säuglings nach der stationären Behandlung des kranken Säuglings oder in anderen Fällen auf ärztliche Anordnung. Der Erschwerungsgrund ist in der Rechnung anzugeben.

Nach Ablauf von zehn Tagen sind bis zu acht Besuche berechnungsfähig, jedoch höchstens bis zur Dauer von acht Wochen nach der Geburt; für Besuche auf ärztliche Anordnung gelten diese Einschränkungen nicht.

- | | |
|---|------|
| 15 Hausbesuch nach der Geburt, täglich einmal | 22,- |
| 16 Hausbesuch nach der Geburt an Sonn- und Feiertagen, täglich einmal | 30,- |
| 17 Weiterer Hausbesuch nach der Geburt innerhalb der ersten zehn Tage, täglich einmal | 12,- |

- | | |
|---|------|
| 18 Besuch im Krankenhaus nach der Geburt, täglich einmal | 13,- |
| 19 Besuch im Krankenhaus nach der Geburt an Sonn- und Feiertagen, täglich einmal | 17,- |
| 20 Weiterer Besuch im Krankenhaus nach der Geburt innerhalb der ersten zehn Tage, täglich einmal | 6,- |
| 21 Zuschlag für einen Besuch nach der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern zu den Gebühren nach den Nummern 15 bis 20 | 6,- |
| 22 Erstuntersuchung des Kindes einschließlich Eintragung der Befunde in das Untersuchungsheft für Kinder (U 1) nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung | 6,50 |
| 23 Blutentnahme am 5. Lebenstag zur TSH-Bestimmung sowie Veranlassung der Laboratoriumsuntersuchung, Dokumentation und Befundübermittlung einschließlich Portokosten nach den Kinder-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung | 6,50 |
| 24 Tagwache auf ärztliche Anordnung, je angefangene Stunde | 20,- |
| 25 Wache bei Nacht auf ärztliche Anordnung, an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen, je angefangene Stunde | 26,- |

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Rechtslage nach der bisherigen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung

Die freiberuflich tätigen Hebammen erhalten die Leistungen der Hebammenhilfe für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung und deren mitversicherte Familienangehörige vergütet nach der "Verordnung über die von den Krankenkassen den freiberuflich tätigen Hebammen für Hebammenhilfe zu zahlenden Gebühren (Hebammenhilfe-Gebührenverordnung - HebGebV)" vom 27. Dezember 1960 (BGBl. III 2124-2-2). Diese Verordnung wurde auf Grund des § 376 a der Reichsversicherungsordnung vom Bundesminister des Innern im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung als Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates erlassen. Sie ist seitdem elfmal geändert worden, zuletzt durch die elfte Änderungsverordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vom 24. Mai 1984 (BGBl. I S. 729) mit Wirkung vom 1. Juli 1984. Für die Festsetzung der Gebühren im Rahmen der Hebammenhilfe der gesetzlichen Krankenversicherung ist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung seit 1977 zuständig.

Die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung gilt für zur Zeit etwa 1.800 freiberufliche Hebammen, von denen etwa 1.400 als Beleghebammen arbeiten. Die Zahl der freiberuflichen Hebammen steigt wieder, nachdem sie 1981 ihren bisher tiefsten Stand erreicht hatte. Da der Bedarf insbesondere in der Schwangerenbetreuung und in der Nachsorge von den ausschließlich freiberuflich tätigen Hebammen gegenwärtig noch nicht voll abgedeckt werden kann, erbringen

auch einige hundert angestellte Hebammen in Nebentätigkeit Leistungen, die sie nach der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung abrechnen. Von den im Jahre 1985 statistisch erfaßten 588.569 Geburten entfielen schätzungsweise 100.000 auf freiberufliche Hebammen. Zu Hausgeburten, deren Zahl insgesamt bei etwa 7.000 liegen dürfte, werden nahezu ausschließlich freiberufliche Hebammen hinzugezogen.

Alle Krankenkassen einschließlich der Ersatzkassen zahlen die Gebühren für Hebammenhilfe einheitlich nach der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung.

II. Notwendigkeit der Novellierung der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung

1. Bundeseinheitliche Regelung

Auf Grund der Ermächtigungsvorschrift des § 376 a der Reichsversicherungsordnung ist eine bundeseinheitliche Verordnung über die Vergütungen für Hebammenhilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig.

2. Entwicklung der Geburtsmedizin und Hebammenhilfe

Trotz elfmaliger Änderung der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung von 1960 ist die Entwicklung in der Geburtsmedizin und Hebammenhilfe der letzten 25 Jahre bei den Leistungsbeschreibungen nicht ausreichend nachvollzogen worden. Deshalb ist eine grundlegende Überarbeitung und Anpassung der Leistungen der Hebammenhilfe notwendig geworden. Der Stellenwert der Hebammenhilfe in der Schwangerenbetreuung, der Geburtshilfe und im Wochenbett ist zwar im allgemeinen Bewußtsein stark hinter die ärztliche Betreuung zurückgetreten, was am Rückgang der Zahl der freiberuflichen Hebammen,

aber auch daran liegen mag, daß die angestellte Hebamme heute das Berufsbild der Hebammen im öffentlichen Bewußtsein prägt. Die wesentliche Bedeutung der Tätigkeit freiberuflicher Hebammen vor allem bei normal verlaufenden Schwangerschaften und Geburten hat sich dadurch aber nicht geändert. Dies kommt auch in der gegenüber früher erheblich verbesserten und seit 1983 auf drei Jahre verlängerten Ausbildung zum Ausdruck. In der heutigen Ausbildung wird der Umgang mit der Technik ebenso vermittelt wie das Wissen über eine gezielte Geburtsvorbereitung und die Abschätzung von Risiken. Alle diese Fähigkeiten können - zusammen mit der besonderen menschlichen Zuwendung, auf die der Beruf der Hebamme ausgerichtet ist - für eine verbesserte Versorgung von schwangeren Frauen, Müttern und Säuglingen und für eine weitere Senkung der Sterblichkeitsrate in diesem Bereich eingesetzt werden.

3. Neue Rechtsgrundlagen durch das Hebammengesetz von 1985

Am 1. Juli 1985 ist das Hebammengesetz vom 4. Juni 1985 (BGBl. I. S. 902) in Kraft getreten, das neue Grundlagen für das Berufsrecht der Hebammen geschaffen hat. Danach sind die Leistungen der Geburtshilfe und der Überwachung des Wochenbettverlaufs den Hebammen und Entbindungspflegern neben den Ärzten vorbehalten und die Ausbildungsziele für die Befähigung zur Betreuung von der Schwangerschaft bis zum Wochenbett neu festgelegt worden. Die Regelungen haben insofern Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung, als sie grundsätzlich von einem partnerschaftlichen Verhältnis zwischen Ärzten und Hebammen ausgehen, das in der bisherigen Gebührenverordnung kaum Niederschlag gefunden hatte.

Schließlich sind die Länder infolge der neuen Bundesgesetzgebung gehalten, die herkömmlichen Dienstordnungen für Hebammen, Verordnungen über Wochenbettpackungen und ähnliche Bestimmungen daraufhin zu prüfen, inwieweit sie außer Kraft gesetzt oder durch andere Regelungen ersetzt werden sollen. Die bisherige Gebührenverordnung nimmt auf veraltete Bestimmungen, die in Zukunft keinen Bestand mehr haben werden, an verschiedenen Stellen Bezug.

4. Bewertung der Leistungen

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat in seinem Erfahrungsbericht zur Hebammenhilfe-Gebührenverordnung im Jahre 1985 festgestellt, daß auch das Gefüge der Leistungsbewertungen korrekturbedürftig ist. Vor allem bei den Leistungen zur Schwangerenbetreuung waren Unterbewertungen ermittelt worden. Beim Bewertungsniveau ist zu berücksichtigen, daß die Hebammen mit dreijähriger (statt früher zweijähriger) Ausbildung bereits tätig sind und freiberufliche Hebammen heute mit hohen Kosten einschließlich der aus der Sozialversicherungspflicht erwachsenden Beitragsbelastung mit Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteilen rechnen müssen. Auch der traditionell als bescheiden geltende Berufsstand der Hebammen muß mit den erbrachten und für die Versicherten notwendigen Leistungen eine angemessene Vergütung erzielen können.

5. Überholte Form und Systematik

Schließlich ist die bisherige Gebührenverordnung durch die zahlreichen Änderungen für die praktische Anwendung zunehmend unübersichtlich geworden. Infolge der unklaren Systematik ist es auch verstärkt zu rechtlichen Streitigkeiten gekommen, die bei einer Neufassung vermieden werden sollen.

III. Zum Inhalt der neuen Gebührenverordnung

Da die Reichsversicherungsordnung zum Inhalt der Hebammenhilfe keine Vorgaben enthält, muß die Gebührenverordnung die einzelnen Leistungen, auf die Versicherte und mitversicherte Familienangehörige Anspruch haben, festlegen, beschreiben und bewerten. Es kann auf eine lange Tradition von Gebührenverordnungen zurückgegriffen werden, in denen die Leistungen den jeweils als notwendig erkannten Inhalten der Hebammenhilfe entsprechend ausgestaltet worden sind. Neben Erkenntnissen der neueren Geburtsmedizin sind für die Neuordnung Beratungsunterlagen verwertet worden, die in einer vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung berufenen Arbeitsgruppe aus Hebammen und Mitarbeitern von Krankenkassen Ende 1985/Anfang 1986 zusammengestellt worden sind.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat sich bei der Ausgestaltung des Anspruchs auf Hebammenhilfe von den allgemeinen Grundsätzen leiten lassen, die auch für die übrigen Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung gelten. Danach haben Versicherte Anspruch auf eine notwendige Leistung, die ausreichend und zweckmäßig sein soll. Für die Krankenkassen ist wichtig, daß die Leistungen wirtschaftlich erbracht werden. Den freiberuflichen Hebammen, die diese Leistungen erbringen, steht wiederum eine angemessene Vergütung zu. Diese Grundsätze gelten nicht nur für die Ausgestaltung der Gebührenverordnung durch den Verordnungsgeber; sie sind in Zweifelsfällen auch bei der Auslegung der Vorschriften der Gebührenverordnung anzuwenden.

Mit den drei Tätigkeitsbereichen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung, der Geburtshilfe und der Nachsorge während des Wochenbettes wird der Inhalt der Hebammenhilfe

- allgemein beschrieben. In der neuen Gebührenverordnung werden diese drei Bereiche konkret ausgefüllt und abschließend geregelt. Es bedarf vor allem in der ambulanten Versorgung immer noch besonderer Anstrengungen zur Verbesserung
- der Schwangerenbetreuung, der Schwangerenvorsorge, der
 - Vorsorge für Säuglinge und Kleinkinder sowie der Nachsorge
 - für Mütter nach der Entbindung.

IV. Finanzielle Auswirkungen, Kosten

Für die vorgelegte Umstrukturierung der Gebühren sind rd. 6 Mio. DM Mehrkosten jährlich notwendig. Die Gebühren waren zuletzt zum 1. Juli 1984 angehoben worden. Die Anpassung des Wegegeldes, das seit 1. Januar 1982 unverändert geblieben ist, erfordert weitere 4,2 Mio DM. Die Ausgaben für Hebammenhilfe betrugen im Jahre 1985 rund 55,5 Mio DM.

Eine deutliche Anhebung der Vergütungen der freiberuflichen Hebammen ist notwendig, weil die Leistungen der Hebammenhilfe teilweise krass unterbewertet und eine Berücksichtigung der Zeitversäumnisse bei der Höhe des Wegegeldes seit Jahren überfällig sind. Die schlechte Einkommenslage hatte u.a. Anfang der achtziger Jahre zum tiefsten Stand der Zahl der freiberuflichen Hebammen geführt. Einer solchen gesundheits- und familienpolitisch bedenklichen Entwicklung soll durch eine leistungsgerechtere Vergütung entgegengesteuert werden.

Gemessen an dem Gesamtvolumen der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung bewegen sich die Mehrausgaben für Hebammenhilfe in einer Größenordnung, die Beitragssatzerhöhungen nicht erwarten läßt. Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau werden sich durch die Verordnung daher nicht ergeben.

Bund, Länder und Gemeinden werden durch die Neuregelung nicht mit zusätzlichen Kosten belastet.

B. Einzelbegründung

Zu § 1 Anwendungsbereich

Abs. 1 Die Gebührenverordnung regelt die Vergütungen der freiberuflichen Hebammen für Leistungen der Hebammenhilfe im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie kommt daher in sämtlichen Fällen zur Anwendung, in denen Hebammenhilfe als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung durch freiberufliche Hebammen erbracht wird und bestimmt den Vergütungsanspruch der Hebamme gegenüber dem leistungspflichtigen Träger der Krankenversicherung.

Die Verordnung erfaßt nicht die Vergütung angestellter Hebammen für ihre Diensttätigkeit. Sie findet auch keine Anwendung gegenüber Privatpatientinnen; für diesen Personenkreis ergibt sich die Höhe der Vergütung aus landesrechtlichen Verordnungen über die Gebühren für die Leistungen der Hebammen gegenüber Selbstzahlern.

Abs. 2 stellt klar, daß die Verordnung auch für Entbindungspfleger gilt. Gegenwärtig kommt dieser Vorschrift keine praktische Bedeutung zu, weil es noch keine freiberuflichen Entbindungspfleger gibt.

Zu § 2 Vergütungen

Abs. 1 enthält die abschließende Aufzählung der einzelnen Vergütungsarten. Neben Gebühren für die im Gebührenverzeichnis genannten Leistungen kann die Hebamme nur Ersatz von Auslagen nach Maßgabe der Vorschriften des § 3 sowie Wegegeld nach § 4 berechnen. Sonstige Kosten der Berufsausübung, insbesondere Praxiskosten, sind mit diesen Vergütungen abgegolten und können daher nicht gesondert berechnet werden. Darüber hinaus stellt die Vorschrift klar, daß die Vergütungsfordernungen der Hebammen unmittelbar gegenüber den Krankenkassen entstehen. Krankenkassen sind sämtliche Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, die Hebammenhilfe zu gewähren haben, also auch die Ersatzkassen. Umfang und Höhe des Vergütungsanspruchs der Hebammen ergeben sich unmittelbar aus den Bestimmungen dieser Verordnung, zu der auch das Gebührenverzeichnis gehört. Insofern konkretisiert die Verordnung den Leistungsrahmen der Hebammenhilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Abs. 2 Die Definition der Nacht ist notwendig für Leistungen, für die nach dem Gebührenverzeichnis die Erbringung bei Nacht ausdrücklich zu einer höheren Gebühr führt, und für die Abrechnung des Wegegeldes.

Zu § 3 Auslagen

Grundsätzlich sind mit den für die einzelnen Leistungen vorgesehenen Gebühren auch die der Hebamme durch ihre Tätigkeit entstehenden Kosten abgegolten. Eine Ausnahme besteht nur für die in § 3 abschließend genannten Kosten der Hebamme, die diese als Auslagen gesondert berechnen kann. Die Vorschrift trägt dem Umstand Rechnung, daß die Hebamme Materialien, die bei der Hilfe bei einer Geburt und bei der Überwachung des

Wochenbettverlaufs regelmäßig oder nach den besonderen Umständen des einzelnen Falles benötigt werden, bereithalten muß. Zu dem Katalog der üblicherweise bereitzuhaltenden Materialien gehören u.a. Krankenunterlagen, Einmalhandschuhe, Kanülen, Spritzen, Einmalkatheter, Klistiere, Absauger, Kompressen, Zellstoffwatte, Nabelklemmen, Desinfektionsmittel sowie Öle, Essenzen und Salben. Diese Materialien sind als Sachleistung der Krankenkassen gegenüber den Wöchnerinnen Bestandteil der Hebammenhilfe. Den praktischen Bedürfnissen der Hebammenhilfe entsprechend wurden diese Materialien jedoch herkömmlich unmittelbar den Hebammen zur Verfügung gestellt. Allerdings hat sich die nach geltendem Recht vorgesehene Gewährung dieser Sachleistung in Form genormter Wochenbettpackungen als zu starr erwiesen. Zum einen ist die genormte Zusammensetzung der Wochenbettpackungen veraltet, weil die hierzu erlassenen Bestimmungen der Länder seit teilweise mehr als 20 Jahren nicht mehr aktualisiert worden sind. Zum anderen trägt die bis ins Detail vorgegebene Normierung des Inhalts der Wochenbettpackung nicht dem Bedürfnis der Hebammen Rechnung, die benötigten Materialien entsprechend den jeweils angewandten Methoden und den unterschiedlichen Erfahrungen individuell und eigenverantwortlich zusammenstellen zu können. Dies hat dazu geführt, daß sich die Hebammen bei ihrer Tätigkeit vielfach nicht mehr genormter Wochenbettpackungen bedienen. Die Krankenkassen haben auf diese Entwicklung angemessen und flexibel reagiert und sind teilweise dazu übergegangen, den Hebammen die Aufwendungen für selbst zusammengestellte Wochenbettpackungen zu erstatten. Diese Verfahrensweise hat sich auch unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit als vorteilhaft erwiesen, weil die Krankenkassen dabei im Gegensatz zu den bei normierten Wochenbettpackungen entstehenden Kosten nur noch mit den Kosten für die tatsächlich eingesetzten Materialien belastet werden.

§ 3 trägt dieser Entwicklung Rechnung. Die Hebamme soll künftig die notwendigen Materialien für die Hilfe bei einer Geburt

und die Überwachung des Wochenbettverlaufs selbst zusammenstellen und beschaffen können. Es wird ausdrücklich klargestellt, daß die Hebamme bei der Beschaffung der notwendigen Materialien wirtschaftlich vorgehen muß. Stehen ihr mehrere Beschaffungsmöglichkeiten zur Auswahl, wird sie im Rahmen des Zumutbaren die kostengünstigere Möglichkeit wählen müssen (z.B. Ausnutzung von Mengenrabatten, Einkauf im Großhandel).

Für die Berechnung des Auslagenersatzes sieht § 3 zwei Möglichkeiten vor: Die Hebamme kann im Rahmen des nach Satz 1 zulässigen Umfangs der Berechnung von Auslagenersatz die ihr im konkreten Einzelfall tatsächlich entstandenen Kosten berechnen. Ist jedoch zwischen Krankenkasse und Hebamme nach Satz 2 eine Pauschalierung des Auslagenersatzes vereinbart, kann nur der für den jeweiligen Zweck vereinbarte Pauschalbetrag in Rechnung gestellt werden. Vereinbarungen können auch zwischen Verbänden der Krankenkassen und der Hebammen getroffen werden.

Zu § 4 Wegegeld

Die Vorschriften über Wegegeld knüpfen im wesentlichen an die Systematik der geltenden Wegegeldregelungen an.

Abs. 1 Der Hebamme steht Wegegeld für jeden Besuch zu, der aus Anlaß einer nach dieser Verordnung abrechnungsfähigen Leistung ausgeführt wird. Unter Besuch ist dabei nicht nur der Hausbesuch gemeint; vielmehr ist nach dem herkömmlichen Verständnis als Besuch jedes Aufsuchen einer Schwangeren oder Wöchnerin zum Zwecke einer Hilfeleistung an einem Ort außerhalb der Wohnung der Hebamme oder einer zur Ausübung ihres Berufes regelmäßig aufgesuchten Stelle zu verstehen. Wege zwischen Wohnung und Praxis der Hebamme können deshalb ebensowenig berechnet werden wie der Weg

zu einem Krankenhaus zur Ableistung eines Schichtdienstes. Aus dem gleichen Grund ist auch der Weg zu einer Stelle, an der die Hebamme Geburtsvorbereitungskurse abhält, nicht berechnungsfähig.

Mit dem Wegegeld werden nicht nur Fahrtkosten, sondern auch der Zeitaufwand für das Zurücklegen des Weges abgegolten. Aus der Klarstellung in Satz 1 folgt auch, daß bei Leistungen, deren Vergütung sich nach der dafür aufgewandten Zeit richtet (z.B. Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden nach den Nummern 4 und 5 des Gebührenverzeichnisses), die für den Hin- und Rückweg benötigte Zeit nicht zur Dauer der Hilfeleistung gehört. Eine entsprechende Klarstellung, wie sie § 4 Abs. 1 letzter Satz der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung in der bis zum 31. Dezember 1986 geltenden Fassung vorsieht, ist durch die ausdrückliche Regelung in Satz 1 entbehrlich geworden.

Abs. 2 Im Gegensatz zu der geltenden Regelung wird nach Satz 1 auch die Fahrtkostenerstattung, die der Hebamme bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel zusteht, als Wegegeld bezeichnet. Eine inhaltliche Änderung ist damit nicht verbunden.

In den übrigen Fällen erhält die Hebamme wie bisher Wegegeld nach festen Pauschsätzen. Dabei ist unerheblich, wie die Hebamme den Besuchsweg zurücklegt.

Die gegenüber der geltenden Regelung angehobenen Pauschsätze setzen sich aus einer Kilometerpauschale, mit der die Fahrtkosten abgedeckt werden, und einem Anteil für Zeitaufwand zusammen. Als Kilometerpauschale ist einheitlich ein Betrag von 0,40 DM angesetzt worden, während der Anteil für den Zeitaufwand am

Tage mit 0,45 DM pro Kilometer und bei Nacht mit 0,70 DM bewertet ist. Die Erhöhung des sich daraus ergebenden Pauschbetrages pro Einzelkilometer auf 0,85 DM am Tage und auf 1,10 DM bei Nacht trägt insbesondere dem Umstand Rechnung, daß der auf den Zeitaufwand entfallende Anteil nach den derzeit geltenden Sätzen infolge der allgemeinen Lohn- und Gehaltsentwicklung keinen angemessenen Ausgleich mehr darstellt. Zu berücksichtigen ist auch, daß die Hebamme mit diesen Sätzen ggf. auch höhere Kosten abzudecken hat, wenn sie in Notfällen z.B. nachts oder bei Glatteis ein Taxi benutzen muß.

Die Berechnung des Wegegeldes folgt im wesentlichen der bisher üblichen Systematik. Bei Wegstrecken im Nahbereich bis zu einer Entfernung von nicht mehr als zwei Kilometern zwischen der Wohnung oder Praxis der Hebamme und der Stelle der Leistung erhält die Hebamme unabhängig von der tatsächlich zurückgelegten Kilometerzahl pauchal 2,55 DM, bei Nacht 3,30 DM. Dabei sind bei Besuchen innerhalb des Nahbereichs durchschnittlich drei Kilometer angesetzt. Durch diese Pauschalierung soll eine allzu kleinliche und aufwendige Kilometerabrechnung vermieden werden. Der Pauschbetrag für über diesen Nahbereich hinausführende Wegstrecken stellt nicht mehr auf Doppelkilometer, sondern auf zurückgelegte Einzelkilometer ab. Diese Umstellung verbessert die Transparenz der Abrechnung und erleichtert diese insbesondere im Hinblick auf die für die anteilige Wegegeldberechnung beim Besuch mehrerer Frauen auf einem Weg nach Absatz 4 getroffene Neuregelung.

Abs. 3 erweitert die für die Wegegeldberechnung maßgebliche Toleranzgrenze, innerhalb der auch eine andere als

die nächstwohnende Hebamme in Anspruch genommen werden kann, von 10 auf 15 Kilometer. Die Voraussetzungen, unter denen auch über diese Toleranzgrenze hinaus die Leistungen einer entfernter wohnenden Hebamme im Rahmen der Hebammenhilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen werden können, sind in Satz 2 abschließend aufgeführt. Nach der besonderen Lage des Falles ist die Zuziehung einer weiter entfernt wohnenden Hebamme insbesondere bei einer geplanten Hausgeburt einschließlich Vor- und Nachsorge gerechtfertigt, solange nur verhältnismäßig wenige Hebammen Hausgeburten durchführen. Der gegenüber der entsprechenden Regelung des § 5 Abs. 2 Satz 2 der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung in der bis zum 31. Dezember 1986 geltenden Fassung geänderte Wortlaut der Vorschrift bedeutet keine inhaltliche Änderung dieser Voraussetzungen, sondern bezweckt lediglich eine Straffung des Verordnungstextes.

- Abs. 4 Die Vorschriften lösen die in § 5 Abs. 3 der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung in der bis zum 31. Dezember 1986 geltenden Fassung getroffenen Regelungen ab. Künftig darf unabhängig davon, ob die Hebamme auf einem Weg mehrere Frauen an verschiedenen Stellen oder in demselben Haus oder in einem Krankenhaus besucht, das Wegegeld insgesamt nur einmal und nur anteilig berechnet werden. Der Hebamme steht Wegegeld für die zurückgelegte Gesamtstrecke zu. Aus der Zahl der besuchten Frauen ergibt sich der auf jede Frau entfallende Anteil an dem Gesamtbetrag des Wegegeldes. Die Regelung nimmt es dabei aus Gründen der Abrechnungsvereinfachung in Kauf, daß der für die einzelnen besuchten Frauen jeweils zurückgelegte Weg unterschiedlich lang sein kann. Vor- und Nachteile, die sich daraus im Einzelfall für die einzelnen Kranken-

kassen ergeben, können vernachlässigt werden, da sie sich im Laufe der Zeit ausgleichen werden.

Zu § 5 Abrechnung mit den Krankenkassen

Die Vorschriften regeln das Abrechnungsverfahren mit den Krankenkassen. Wie schon die entsprechenden Vorschriften in § 7 der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung in der bis zum 31. Dezember 1986 geltenden Fassung sollen sie eine zeitnahe Abrechnung der Vergütungen der Hebamme fördern. Im Zuge der allgemeinen Forderung nach mehr Transparenz über die Kosten im Gesundheitswesen enthalten die Vorschriften erstmals aber auch konkrete Vorgaben für die inhaltliche Ausgestaltung der Rechnung. Bei künftigen Änderungen der Verordnung wird zu prüfen sein, ob diese Vorschriften eine ausreichende Transparenz bewirken oder ob weitergehende Regelungen notwendig sind.

Abs. 1 Die Vorschriften sollen eine zügige Abrechnung durch die Krankenkassen ermöglichen. Es liegt dabei im Interesse der Hebamme, die Rechnung mit den für die Prüfung ihres Anspruchs erforderlichen Angaben einzureichen, z.B. mit der Angabe des Versicherten.

Abs. 2 Die Neuregelungen verbessern die Abrechnungstransparenz durch inhaltliche Mindestvorgaben für die Abrechnung der einzelnen Leistungen. Leistungen, bei deren Abrechnung die Zeit ihrer Erbringung anzugeben ist, sind sämtliche Leistungen, die bei Nacht oder an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen höher vergütet werden. Bei den Gebührenpositionen der Nummern 4, 5, 24 und 25 des Gebührenverzeichnisses ist die für die Höhe der Vergütung maßgebliche Dauer dieser Leistungen zweckmäßigerweise durch Angabe der Uhrzeiten anzugeben. Bei einigen Leistungen sind ärztliche Anordnungen Voraussetzung für deren Abrechnen-

barkeit. In diesen Fällen ist die schriftliche Anordnung des Arztes der Rechnung beizufügen.

Auch aus Abrechnungsbestimmungen des Gebührenverzeichnisses können sich besondere Begründungserfordernisse für die Rechnung ergeben. So ist z.B. nach den Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts C, Buchstabe c) Satz 2 bei Besuchen, die nur bei Vorliegen bestimmter Erschwernisse vergütet werden, der Erschwernisgrund in der Rechnung anzugeben.

Abs. 4 regelt die Leistungspflicht der Krankenkasse. Diese hat die Rechnung innerhalb von drei Wochen nach Rechnungseingang zu begleichen, sofern kein Beanstandungsgrund vorliegt. Die bisherige Zwei-Wochen-Frist hat sich teilweise als zu kurz erwiesen. Im Gegensatz zu der bisherigen Regelung, die im Falle einer Beanstandung eine Abschlagszahlung vorsieht, muß die Krankenkasse künftig den von der Beanstandung nicht erfaßten Teil der Rechnung innerhalb der Drei-Wochen-Frist bezahlen. Die Vorschrift stellt zudem klar, daß die Krankenkasse der Hebamme den Grund der Beanstandung mitzuteilen hat, damit die Hebamme Gelegenheit hat, die Beanstandung ggf. auszuräumen.

Zu § 6 Berlin-Klausel

Die Vorschrift enthält die übliche Berlin-Klausel.

Zu § 7 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Abs. 1 bestimmt den Zeitpunkt des Inkrafttretens. Aus Gründen der Einheitlichkeit der Abrechnung stellt Satz 2 als maßgeblichen Anknüpfungspunkt für die Anwendung des alten oder neuen Rechts auf den Zeitpunkt der Geburt oder Fehlgeburt ab.

399/86

Abs. 2 bestimmt in Satz 1 das Außerkrafttreten der bisherigen Gebührenverordnung. Satz 2 enthält die für die Abwicklung noch nicht abgeschlossener Abrechnungsfälle notwendige Übergangsregelung.

Zum Gebührenverzeichnis

Das Gebührenverzeichnis enthält die Zusammenstellung der Leistungen der Hebammenhilfe und der Gebührensätze, die den Krankenkassen von den freiberuflichen Hebammen nach § 2 Abs. 1 der Verordnung in Rechnung gestellt werden können.

Die abrechenbaren Leistungen sind in drei Abschnitte eingeteilt. Je einem Abschnitt werden die Leistungen während der Schwangerschaft, die Leistungen der Geburtshilfe und die Leistungen nach der Entbindung zugeordnet.

Gegenüber dem bisherigen Umfang ist die Zahl der Leistungen im neuen Gebührenverzeichnis nur unwesentlich erhöht worden. Eine stärkere Auffächerung in Einzelleistungen wurde vermieden, so daß zum Teil vielfältige Verrichtungen in einer Leistung zusammengefaßt worden sind wie z.B. in der "Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen" oder in der Komplexgebühr der Geburtshilfe, mit der alle Verrichtungen bis zu 13 Stunden abgegolten sind. Leistungen wie Injektionen, Blutentnahmen aus der Vene, Kapillarblutentnahmen oder auch Bescheinigungen für die Krankenkasse sind abgegolten mit den Gebühren für die allgemeiner gefaßten Leistungen, bei denen sie anfallen. Auch die Hilfe bei Nacht ist nicht bei allen Leistungsarten in einer höheren Gebühr ausdrücklich berücksichtigt worden, sondern teilweise wie bei der Geburtshilfe als erschwerender Umstand nur mittelbar in die mischkalkulierte Bewertung der Gebühr eingegangen.

Zu Abschnitt A "Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangeren-
betreuung"

Nummer 1

Die Beratung wird inhaltlich umschrieben und ist jetzt sechsmal (bisher dreimal) während der Schwangerschaft bzw. bis zu dreimal in einem Monat abrechenbar. Damit soll dem erheblich gestiegenen Beratungsbedarf der heutigen Generation werdender Mütter Rechnung getragen werden. Es wird klargestellt, daß auch eine fernmündliche Beratung berechnet werden kann. Neben den ausdrücklich genannten Leistungen der Nummern 3, 4, 5 und 8 wird eine Beratung an demselben Tag nicht vergütet, weil die Hebamme auch bei diesen Leistungen beratend tätig wird und dies bei Beschreibung und Bewertung berücksichtigt ist.

Nummer 2

Die Gebühr ist neu. Die ihr entsprechende Leistung wird gegenwärtig von den Hebammen bereits erbracht, aber nicht vergütet. Nach Ausbildung und Aufgabe ist die Hebamme in der Lage, einen Diätplan zu erstellen, so daß eine Vergütung gerechtfertigt ist. Erforderlich ist eine ärztliche Anordnung. Außerdem muß der Diätplan individuell erstellt sein. Standardpläne werden nicht vergütet.

Nummer 3

Der hier beschriebene Inhalt der Vorsorgeuntersuchung geht auf eine traditionell ureigene Aufgabe der Hebammen zurück, die auch in früheren Gebührenverordnungen kontinuierlich enthalten war. Bei der jetzigen Regelung sind drei Fallgestaltungen unterschieden:

- a) Die Hebamme stellt anhand des Mutterpasses fest, daß der Arzt keine Risikoschwangerschaft dokumentiert, sondern einen normalen Schwangerschaftsverlauf vorgefunden hat. In solchen Fällen kann die Hebamme die nächstfälligen Vorsorgeuntersuchungen durchführen, falls die Schwangere sie aufsucht.

- b) Der Arzt ordnet nach Abschnitt A Nr. 6 der Mutterschafts-Richtlinien Untersuchungen durch die Hebamme an. Auch in diesen Fällen kann die Hebamme nach Nummer 3 abrechnen, wobei sich die ärztliche Anordnung auf mehrere Untersuchungen beziehen kann.
- c) Aus besonderen Gründen ist eine Frau nicht bereit, einen Arzt wegen der Vorsorgeuntersuchungen aufzusuchen. Die Hebamme sollte in solchen Fällen zwar alles tun, um die Frau zum Arztbesuch zu motivieren; sie muß aber, wenn sie die Frau nicht überzeugen kann, die Untersuchung nach Nummer 3 durchführen können, um eventuelle Nachteile von Mutter und Kind abzuwenden.

Aus den Abrechnungsbestimmungen der Nummer 3 wird jetzt deutlich, daß die von Hebammen durchgeführten Untersuchungen sich in das Konzept der vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen nach § 368 p Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung beschlossenen Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) einfügen müssen. Grundsätzlich kann nur die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Hebammen zu den mit den Mutterschafts-Richtlinien gesundheitlich angestrebten Ergebnissen führen. Die Pflicht der Hebamme, jede Untersuchung im Mutterpaß zu dokumentieren, dient ebenfalls der Einbindung dieser Leistungen in das Gesamtprogramm der Mutterschaftsvorsorge. Außerdem ist mit den Hinweisen im letzten Absatz der Nummer 3 über die zeitlichen Abstände der Untersuchungen an die Mutterschafts-Richtlinien angeknüpft worden (vgl. Richtlinien, Abschnitt A Nr. 4). Mit der sowohl den Ärzten als auch den Hebammen vorgeschriebenen Dokumentation über Leistungen im Mutterpaß sollen doppelte Untersuchungen und Abrechnungen vermieden werden.

Nummern 4 und 5

Die Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen kann die verschiedensten Leistungen umfassen und - je nach den Umständen - eine kürzere, aber auch sehr viel längere Zeit in An-

spruch nehmen. Um die unterschiedlich langen Zeiten berücksichtigen zu können, wird die Leistung für angefangene halbe Stunden vergütet. Dauert die Leistung länger als drei Stunden, ist künftig eine Begründung in der Rechnung anzugeben. Die Begründung muß sich lediglich auf die über drei Stunden hinausgehende Zeit beziehen. Die Leistung nach den Nummern 4 und 5 umfaßt z.B. die Überwachung von medikamentös eingestellten Patientinnen, die Betreuung bei Vorwehen oder vorzeitigem Blasensprung, bei Blutungen in der Schwangerschaft, die Unterstützung der Spontandrehung bei Beckenendlage durch Atmung, Entspannungstechniken und Lagerung, die psychische Betreuung bei Risikoschwangerschaft, Mehrlingschwangerschaft, Zustand nach totem oder geschädigtem Kind in der Anamnese.

Nummer 6

Die Gebühr nach Nummer 6 für die kardiokographische Überwachung entspricht der bisherigen Regelung, ist allerdings nicht mehr ausschließlich an die ärztliche Anordnung gebunden. Die ärztliche Anordnung wird gefordert, wenn an demselben Tag mehrere Überwachungen notwendig sind und nach Nummer 6 abgerechnet werden sollen. Werden während der Zeitdauer der kardiokographischen Überwachung sonstige Hilfeleistungen oder Beratungsleistungen erbracht, so sind diese mit der Gebühr nach Nummer 6 abgegolten. Die kardiokographische Überwachung ist insbesondere nicht als Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen abrechenbar. Die Gebühr nach Nummer 6 ist neben den Leistungen für die Hilfe bei der Geburt nicht berechnungsfähig.

Nummern 7 und 8

Die beiden Gebühren für die Geburtsvorbereitung entsprechen im wesentlichen der bisherigen Regelung; neu ist die inhaltliche Beschreibung der Leistungen, in der die besondere Aufgabe der Hebamme bei der Geburtsvorbereitung deutlich gemacht und von den Angeboten anderer Berufsgruppen unterschieden wird. Von der

ärztlichen Anordnung kann bei Nummer 7 abgesehen werden, weil die Geburtsvorbereitung in Gruppen in der Regel gesundheitlich erwünscht ist und die Hebammen seit langem in ihrer Ausbildung die fachlichen Kenntnisse vermittelt bekommen, die sie für die eigenverantwortliche Zulassung der Schwangeren zur Geburtsvorbereitung und für die Durchführung benötigen. Im übrigen haben die Krankenkassen in einigen Regionen auch bisher schon trotz der gegenteiligen Regelung auf die ärztliche Anordnung verzichtet, weil das Beschaffen der Anordnung vielfach mit hohem Verwaltungsaufwand verbunden war und die Geburtsvorbereitung letztlich in allen Fällen vergütet werden mußte.

Zu Abschnitt B "Geburtshilfe"

Nummern 9 und 10

Die Gebühren für die Geburtshilfe nach den Nummern 9 und 10 unterscheiden zwischen der Hilfe bei einer Geburt im Krankenhaus oder in einer sonstigen Einrichtung und der Hilfe bei einer Hausgeburt. Mit einer höheren Gebühr für die Hausgeburt werden die besondere Verantwortung der Hebamme und die Schwierigkeiten in der häuslichen Umgebung berücksichtigt. Entbindungen in einer Arztpraxis oder in einem Entbindungsheim werden der Leistung nach Nummer 9 zugerechnet.

Mit der Entbindungsgebühr wird die Leistung bis zu einer Dauer von zehn Stunden vor der Geburt und drei Stunden nach der Geburt des Kindes abgegolten. Leistet die Hebamme länger als zehn Stunden vor der Geburt Hilfe, so ist die Mehrleistung nach den Nummern 4 oder 5 zu vergüten. Für die sogenannte Nachgeburtsperiode muß aufgrund der berufsrechtlichen Verpflichtungen der Hebammen eine Mindestzeit von 2 1/2 bis 3 Stunden angesetzt werden. Sie umfaßt sämtliche aus Anlaß der Geburt notwendigen Verrichtungen der Hebamme einschließlich der Versorgung von Mutter und Kind. Dementsprechend wird in Anknüpfung an die bisher in § 2 Abs. 2 Satz 1

der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung getroffene Regelung klar-
gestellt, daß der Hebamme die Entbindungsgebühr auch dann zusteht,
wenn sie erst nach der Geburt, jedoch vor Vollendung der Versorgung
von Mutter und Kind Hilfe leisten konnte. Trifft die Hebamme
erst zu einem späteren Zeitpunkt ein, kann sie bei Vorliegen
entsprechender Voraussetzungen nur einen Besuch nach den Nummern
15, 16, 18 oder 19 berechnen. Schließlich wird klargestellt,
daß zu den mit der Entbindungsgebühr abgegoltenen Leistungen
auch die notwendige Dokumentation gehört.

Die Gebühr für die Hilfe bei der Geburt ist eine Komplexgebühr,
in der vielfältige Schwierigkeitsgrade und Erschwernisse sowie
die besonderen Anforderungen bei Nacht und an Sonn- und Feier-
tagen zusammengefaßt wurden. Dies ist bei der Neubewertung der
Leistung berücksichtigt worden.

Nummer 11

Diese Gebühr ist dem bisherigen Recht entnommen. Die Abrechnungs-
bestimmungen zu den Gebühren nach den Nummern 9 und 10 sollen
auch für die Gebühr nach der Nummer 11 gelten.

Nummer 12

Bei der Entbindung von Zwillingen (und mehr Kindern) wurden bisher
schon höhere Entbindungsgebühren gezahlt. Nunmehr wird in solchen
Fällen ein Zuschlag zur Entbindungsgebühr gezahlt. Die Gebühr
hat für freiberufliche Hebammen keine große Bedeutung, da Mehr-
lingsgeburten in der Regel in größeren Kliniken durchgeführt
werden.

Nummer 13

Die Gebühr für die Hilfe bei einer nicht vollendeten Hausgeburt
ist neu beschrieben, mit einer verkürzten Zeitdauer versehen und
deshalb abgewertet worden. Sie kann nur berechnet werden, wenn
von vornherein eine Hausgeburt beabsichtigt und von der Hebamme

planmäßig vorbereitet worden ist. Diese Gebühr kann deshalb in der Regel, nur bei Hebammen anfallen, die regelmäßig Hausgeburten durchführen.

Hilft die Hebamme einer Frau zu Hause unmittelbar vor einer Einweisung in ein Krankenhaus, gegebenenfalls in Verbindung mit einer Beratung über den richtigen Zeitpunkt der Einweisung, ohne daß an eine Hausgeburt gedacht war, so kann die Nummer 13 nicht abgerechnet werden. Es kommt dann allenfalls eine Beratung oder eine Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen in Betracht, falls die Voraussetzungen für diese Leistungen vorliegen.

Nummer 14

Bei der Gebühr nach Nummer 14 handelt es sich um eine der Nummer 13 vergleichbare Gebühr. Sie wird gezahlt, wenn eine bereits begonnene Geburt im Krankenhaus wegen eintretender Komplikationen auf ärztliche Anordnung abgebrochen werden muß und die Hebamme - wegen der Verlegung der Schwangeren in ein anderes Krankenhaus - nicht weiter tätig wird.

Zu Abschnitt C "Leistungen während des Wochenbetts"

Zu den Allgemeinen Bestimmungen

für die Besuche zur Überwachung des Wochenbettverlaufs

Zu Buchstabe a)

Der sogenannte Wochenbesuch ist die traditionell bedeutsamste Leistung der Hebamme in der Zeit nach der Entbindung. Nach dem geltenden Hebammengesetz ist die Überwachung des Wochenbettverlaufs neben der Geburtshilfe als vorbehaltene Tätigkeit der Hebamme geregelt worden. Die im Besuch zusammengefaßten Leistungen sind vielfältigster Art je nach den im Einzelfall vorgefundenen Schwierigkeiten. Eine Zeitdauer unter 30 Minuten dürfte die Aus-

399/86

nahme sein, aber auch eine Dauer von mehr als 60 Minuten ist im allgemeinen nicht erforderlich. Zur Versorgung und Betreuung von Mutter und Kind gehören z.B. die regelmäßige Kontrolle von Blutdruck, Temperatur, Puls, Gewicht, die Überwachung des Allgemeinbefindens, Beratung in Fragen der Ernährung und Stillhilfen, Behebung von Trinkschwierigkeiten und Anleitung bei Sondenernährung, das Baden des Kindes bzw. die sonst notwendigen Anleitungen zur Pflege und Hygiene während des Wochenbetts, die Anleitung der Mutter zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Schutzimpfungen, um nur eine Auswahl von Beispielen zu nennen.

Beratungen - ob persönlich oder fernmündlich - sind während des Wochenbettverlaufs nicht gesondert berechnungsfähig, sondern mit den Besuchen abgegolten, auch wenn sie nicht im zeitlichen Zusammenhang mit dem Besuch durchgeführt werden.

Zu Buchstabe b)

Unabhängig von der Verweildauer von Mutter und Kind im Krankenhaus sind in der Regel zehn Besuche nach der Geburt als gesundheitlich notwendig und zweckmäßig anzusehen, für die es keiner besonderen Begründung im Einzelfall bedarf. Die bei der heutigen Generation der Mütter größere Unerfahrenheit im Umgang mit Mutterschaft und mit Säuglingen macht diese Basisbetreuung immer noch erforderlich; eine Verkürzung wäre eine gesundheitspolitisch nicht vertretbare Qualitätsverschlechterung.

Die Krankenkassen vergüten im Regelfall zehn Besuche ohne Begründung, wobei der erste Besuch je nach Uhrzeit der Entbindung und je nach Notwendigkeit noch am Tag der Entbindung oder erst am darauffolgenden Tag auszuführen ist. Lediglich dann, wenn die Überwachung des Wochenbettverlaufs in der Hand mehrerer Hebammen liegt, können insgesamt elf Besuche anfallen, die nicht begründet werden müssen. Die Hebamme, die erst im Laufe der zehn Tage nach der Entbindung die Betreuung übernimmt, soll keine Nachforschungen darüber anstellen müssen, an welchem Tag mit den Besuchen begonnen wurde.

Zu Buchstabe c)

Weitere Besuche innerhalb der ersten zehn Tage des Wochenbetts können jedoch nur bei Vorliegen der besonders aufgeführten Erschwernisse berechnet werden, die in der Rechnung angegeben werden müssen. Gleiches gilt, wenn nach Ablauf von 10 Tagen noch Besuche notwendig werden. Die Zahl der möglichen Besuche nach dem zehnten Tag werden auf insgesamt acht begrenzt, weil diese Anzahl aufgrund bisheriger Erfahrung in der Regel ausreicht. Die Begrenzung des Zeitraums auf bis zu acht Wochen ist in Anlehnung an die Regelungen der Mutterschafts-Richtlinien gewählt worden. Bei ärztlicher Anordnung gelten die Einschränkungen der Anzahl der Besuche und der Acht-Wochen-Frist nicht.

Nummern 15, 16 und 17

Mit diesen Nummern werden die Hausbesuche, die nach den allgemeinen Bestimmungen abgerechnet werden können, beschrieben und unterschiedlich bewertet.

Nummern 18, 19 und 20

Nach diesen Nummern sind - unter Beachtung der allgemeinen Bestimmungen - die Besuche im Krankenhaus abzurechnen.

Nummer 21

Bei dieser neuen Gebühr handelt es sich um einen Zuschlag zu den Besuchsgebühren. Mit dem Zuschlag soll vor allem der ungleich höhere Zeitaufwand der Hebamme bei der Versorgung von Zwillingen und mehr Kindern honoriert werden.

Nummer 22

Die Erstuntersuchung des Kindes (U 1) wird schon bisher regelmäßig von Hebammen durchgeführt. Die Leistung entspricht dem geltenden Recht und soll auch weiterhin vergütet werden.

Nummer 23

Diese Gebühr ist neu. Es handelt sich um die Blutentnahme am 5. Lebenstag zur TSH-Bestimmung im Rahmen der Neugeborenen-Basisuntersuchung (U 2) nach den vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen nach § 181 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung beschlossenen Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien). Mit der Aufnahme dieser Leistung in das Gebührenverzeichnis wird der gegenwärtig schon vielfach geübten Praxis Rechnung getragen, daß Hebammen diese Leistung vor allem an Sonn- und Feiertagen an Stelle des Arztes erbringen. Die Veranlassung der Untersuchung im Labor, Dokumentation und Befundübermittlung sind unverzichtbarer Bestandteil dieser Leistung. Die Portokosten sind mit der Gebühr abgegolten.

Nummern 24 und 25

Die beiden Gebühren waren auch bisher schon vorgesehen. Eine ärztliche Anordnung wird vorgeschrieben, weil eine Tag- oder Nachtwache nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen notwendig ist und der Arzt ohnehin bei solchen Fällen hinzugezogen werden muß. Die mit dem Risiko verbundene Verantwortung rechtfertigt eine angemessene Anhebung der Gebühr.

Bundesrat

Drucksache 399/86 (Beschluß)

17.10.86

Beschluß

des Bundesrates

zur

Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV)

Der Bundesrat hat in seiner 569. Sitzung am 17. Oktober 1986 beschlossen, der Verordnung gemäß Artikel 80 Abs. 2 des Grundgesetzes zuzustimmen.