

30.04.04

G - Fz - K

**Verordnung
des Bundesministeriums für
Gesundheit und Soziale Sicherung**

Vierte Verordnung zur Änderung der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung

A. Problem und Ziel

Die Vergütungen für die Leistungen der freiberuflichen Hebammen im Rahmen der Hebammenhilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung sind seit dem 1. Juli 1999 nicht mehr angepasst worden. Zudem ist die Berechnung von Auslagen reformbedürftig. Mit der Verordnung sollen die Vergütungen an die wirtschaftliche Entwicklung angepasst und die Berechnung von Auslagen neu geregelt werden.

B. Lösung

Die Verordnung sieht zum 1. Juli 2004 eine lineare Erhöhung des Wegegeldes sowie sämtlicher Gebühren um durchschnittlich 6,5 v. H. vor.

Die Berechnung von Auslagenersatz wird für verwendete Materialien pauschaliert und für verwendete Arzneimittel präzisiert.

C. Alternativen

Keine

D. Finanzielle Auswirkungen

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

E. Sonstige Kosten

Die Verordnung führt in der gesetzlichen Krankenversicherung zu Mehraufwendungen für Hebammenhilfe von rd. 8,35 Mio. Euro im Jahr 2004 und jährlich rd. 16,7 Mio. Euro ab dem

Jahr 2005. Auswirkungen auf Einzelpreise sowie das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, werden sich durch die Verordnung nicht ergeben, da sich die Mehrausgaben der Krankenkassen für Hebammenhilfe, gemessen an dem Gesamtvolumen der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, in einer Größenordnung bewegen, die Beitragserhöhungen nicht erwarten lässt.

30.04.04

G - Fz - K

Verordnung

**des Bundesministeriums für
Gesundheit und Soziale Sicherung**

**Vierte Verordnung zur Änderung der Hebammenhilfe-Gebühren-
verordnung**

Der Chef des Bundeskanzleramtes

Berlin, den 29. April 2004

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Ministerpräsidenten
Dieter Althaus

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale
Sicherung zu erlassende

Vierte Verordnung zur Änderung der Hebammenhilfe-
Gebührenverordnung

mit Begründung und Vorblatt.

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

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Frank-Walter Steinmeier

**Vierte Verordnung zur Änderung der
Hebammenhilfe-Gebührenverordnung
Vom 2004**

Auf Grund des § 134 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I, S. 2477), dessen Absatz 1 zuletzt durch Artikel 204 Nr. 1 der Verordnung vom 25. November 2003 (BGBl. I S. 2304) geändert worden ist, verordnet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung nach Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Berufsorganisationen der Hebammen und Entbindungspfleger:

Artikel 1

Die Hebammenhilfe-Gebührenverordnung vom 28. Oktober 1986 (BGBl. I S. 1662), zuletzt geändert durch Verordnung vom 7. Oktober 1997 (BGBl. I S. 2397), wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt gefasst:

**„§ 3
Auslagen**

(1) Als Auslagen kann die Hebamme neben den für die einzelnen Leistungen vorgesehenen Gebühren nach Maßgabe der Absätze 2 bis 6 die ihr entstandenen Kosten der für die Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren, für die Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder Wehen, für die Hilfe bei einer Geburt, für die Überwachung des Wochenbettverlaufs sowie für die Unterstützung bei Stillschwierigkeiten notwendigen Materialien und apothekenpflichtigen Arzneimitteln berechnen, die mit ihrer Anwendung verbraucht sind oder zur weiteren Verwendung überlassen werden. Dabei ist auf wirtschaftliche Beschaffung zu achten. Lebensmittel sowie Diätetika nach § 1 des Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetzes sowie Kosmetika und Körperpflegeprodukte können nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden.

(2) Auslagen für mit der Anwendung verbrauchte oder zur weiteren Verwendung überlassene Materialien sind ausschließlich als Pauschalen ohne Einzelnachweis abzurechnen. Die Pauschalen betragen:

a) für jede einzelne Vorsorgeuntersuchung 2,50 Euro,

- b) für die Hilfe bei einer Geburt 31 Euro sowie für die Versorgung einer Naht bei Geburtsverletzungen zusätzlich 27,50 Euro sowie
- c) für die gesamte Zeit der Wochenbettbetreuung 24,50 Euro, wenn diese nicht mehr als vier Tage nach der Geburt übernommen wird; bei späterer Übernahme der Betreuung beträgt die Pauschale für die gesamte Zeit der Wochenbettbetreuung 13,30 Euro.

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

(4) Aus den Wirkstoffgruppen der

- a) Antidiarrhoika,
- b) Antiemetika,
- c) Antihypotonika,
- d) Dermatika - mit Ausnahme der zur Wundversorgung oder zur Entzündungsbehandlung zugelassenen und bei der Mutter und/oder bei dem Neugeborenen anwendbaren Dermatika -,
- e) Ophthalmika,
- f) Vitamin D - auch in Kombination mit Fluorsalzen -, sowie
- g) Vitamin K

darf jeweils nur ein Arzneimittel der kleinsten Packungsgröße berechnet werden.

Aus den Wirkstoffgruppen der

- a) Antimykotika,
- b) Carminativa und
- c) Galle- und Lebertherapeutika

darf jeweils nur ein Arzneimittel der kleinsten Packungsgröße berechnet werden, wenn zuvor allgemeine nicht medikamentöse Maßnahmen wie zum Beispiel diätetischer oder physikalischer Art ohne ausreichenden Erfolg angewandt wurden.

(5) Kosten für Arzneimittel, die

- a) nicht der Apothekenpflicht unterliegen,
- b) nach der Verordnung über verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht an Hebammen abgegeben werden dürfen,
- c) nach § 34 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung ausgeschlossen sind,
- d) nach § 34 Abs. 1 Satz 7 und Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ausgeschlossen sind oder
- e) im Rahmen nicht allgemein anerkannter Therapieverfahren eingesetzt werden, können nicht berechnet werden.

(6) Für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen der Phytotherapie, der Homöopathie sowie der anthroposophischen Medizin gelten die Absätze 3 bis 5 entsprechend. Arzneimittel, die der homöopathischen oder anthroposophischen Therapierichtung zugeordnet werden, können berechnet werden, wenn aus dem jeweiligen Arzneimittelbild Wirkungen und Anwendungen ableitbar sind, die in den Tätigkeitsbereich der Hebammenhilfe fallen.

(7) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hebammen regeln das Nähere über die Abrechnung nach den Absätzen 2 bis 6 in einer Vereinbarung.“

2. § 4 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„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 1,55 Euro, bei Nacht 2,20 Euro,
- 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 0,55 Euro, bei Nacht 0,75 Euro.“

3. § 5 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 8“ durch die Angabe „§ 291 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 3, 5 bis 7 sowie 9 und 10“ ersetzt.

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Bei der Abrechnung sind die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam erstellten Richtlinien nach § 302 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens zu beachten.“

c) Folgender Absatz 5 wird angefügt:

„(5) Jede Hebamme verwendet bei der Abrechnung mit den Krankenkassen das Kennzeichen nach § 293 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Rechnet eine Hebamme ihre Leistungen über eine zentrale Stelle ab, so ist in der Abrechnung neben dem Kennzeichen der abrechnenden Stelle das Kennzeichen der Hebamme anzugeben. Die unter dem Kennzeichen gespeicherten Angaben sind verbindlich für das Abrechnungsverfahren. Änderungen der unter dem Kennzeichen gespeicherten Daten sind der mit der Vergabe und Pflege des Kennzeichens beauftragten Stelle unverzüglich mitzuteilen.“

4. § 6 wird wie folgt gefasst:

„§ 6

Übergangsvorschrift

Diese Verordnung in der Fassung der Verordnung vom 2004 (BGBl. I S.) findet bei Geburten und Fehlgeburten nach dem 31. Mai 2004 mit der Maßgabe Anwendung, dass für die Vergütung sämtlicher Hilfeleistungen die Gebühren nach der vom 1. Juni 2004 an geltenden Fassung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung zu berechnen sind.“

5. Das Gebührenverzeichnis (Anlage zu § 2 Abs. 1) wird wie folgt gefasst:

„Anlage
(zu § 2 Abs. 1)

Gebührenverzeichnis

Nr.	Leistung	Gebühr in €
A. Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung		
1	Beratung der Schwangeren, auch fernmündlich	5,45
	<i>Die Gebühr nach Nummer 1 ist während der Schwangerschaft insgesamt höchstens zwölfmal berechnungsfähig. Sie ist an demselben Tag neben Leistungen nach den Nummern 2, 4, 5 und 8 nicht berechnungsfähig.</i>	
2	Vorsorgeuntersuchung der Schwangeren nach Maßgabe der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung	21,80
	<i>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 des Gemeinsamen Bundesausschusses in der jeweils geltenden Fassung.</i>	
	<i>Die Gebühr nach Nummer 2 ist berechnungsfähig</i>	
	<i>a) bei normalem Schwangerschaftsverlauf,</i>	
	<i>b) bei pathologischem Schwangerschaftsverlauf, wenn die Hebamme die Vorsorgeuntersuchung auf ärztliche Anordnung vornimmt oder wenn die Schwangere wegen des pathologischen Schwangerschaftsverlaufs ärztliche Betreuung trotz Empfehlung der Hebamme nicht in Anspruch nehmen möchte.</i>	
	<i>Die Vorsorgeuntersuchungen sollen im Abstand von vier Wochen stattfinden; in den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten sind je zwei Vorsorgeuntersuchungen angezeigt.</i>	

Nr.	Leistung	Gebühr in €
3	Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung, je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation im Mutterpass nach den Mutterschafts-Richtlinien und Befundübermittlung	5,45
	<i>Die Leistungen nach den Nummern 2 und 3 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits im Mutterpass dokumentiert sind.</i>	
4	Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen, für jede angefangene halbe Stunde	13,60
5	Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden oder bei Wehen bei Nacht, an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen, für jede angefangene halbe Stunde	16,90
	<i>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.</i>	
6	Kardiotokographische Überwachung bei Indikationen nach Maßgabe der Anlage 2 zu den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung einschließlich Dokumentation im Mutterpass nach den Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung	6,00
	<i>Die Gebühr für die Leistung nach Nummer 6 ist je Tag höchstens zweimal berechnungsfähig, es sei denn, dass weitere Überwachungen an einem Tag ärztlich angeordnet werden.</i>	
7	Geburtsvorbereitung bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Schwangere je Gruppe und höchstens 14 Stunden, für jede Schwangere je Unterrichtsstunde (60 Minuten)	5,45
8	Geburtsvorbereitung bei Einzelunterweisung auf ärztliche Anordnung, höchstens 14 Stunden, je Unterrichtsstunde (60 Minuten)	13,60
	<i>Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 7 und 8 umfassen insbesondere die Unterrichtung über den Schwangerschaftsverlauf, die psychische Vorbereitung auf Geburt und Wochenbett, gymnastische Übungen, Entspannungsübungen und Übungen der Atemtechnik.</i>	

Nr.	Leistung	Gebühr in €
B. Geburtshilfe		
9	Hilfe bei der Geburt eines Kindes in einem Krankenhaus	190,60
10	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer Einrichtung unter ärztlicher Leitung	190,60
11	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung	340,30
12	Hilfe bei einer Hausgeburt	408,40
13	Hilfe bei einer Fehlgeburt	89,80
<p><i>Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 9 bis 13 umfassen mit Ausnahme der gegebenenfalls gesondert berechnungsfähigen Leistung nach Nummer 14 die Hilfe für die Dauer von bis zu acht Stunden vor der Geburt des Kindes oder einer Fehlgeburt und die Hilfe für die Dauer von bis zu drei Stunden danach einschließlich aller damit verbundenen Leistungen und Dokumentationen. 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.</i></p>		
14	Versorgung eines Dammschnitts oder eines Dammrisses I. oder II. Grades	24,00
15	Zuschlag für Hilfe bei der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	54,50
16	Hilfe bei einer nicht vollendeten Geburt in einem Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung	98,00

Die Gebühr für die Leistung nach Nummer 16 umfasst die Hilfe für die Dauer von bis zu fünf Stunden vor Beendigung der Geburtshilfe einschließlich aller damit verbundenen Leistungen. Sie ist nur berechnungsfähig, wenn die Schwangere in ein anderes Krankenhaus verlegt wird und die Hebamme dort keine weitere Hilfe leistet.

Nr.	Leistung	Gebühr in €
17	Hilfe bei einer nicht vollendeten Hausgeburt oder einer nicht vollendeten außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung	136,10
	<i>Die Gebühr für die Leistung nach Nummer 17 umfasst die Hilfe für die Dauer von bis zu fünf Stunden vor Beendigung der Geburtshilfe einschließlich aller damit verbundenen Leistungen. Sie ist nur in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Hausgeburt oder einer außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung berechnungsfähig, wenn die Hebamme die vorher geplante und bereits begonnene Hausgeburt oder außerklinische Geburt aufgrund unvorhergesehener Umstände abbrechen muss und die Hebamme die Schwangere in ein Krankenhaus überweist oder begleitet und dort keine weitere Hilfe leistet.</i>	
18	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nummern 9 bis 13, 16 und 17 bei Hilfe bei Nacht, an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen Der Zuschlag beträgt 25 vom Hundert der jeweiligen Gebühr.	
	<i>Maßgebend für die Berechnungsfähigkeit des Zuschlags ist bei den Leistungen nach den Nummern 9 bis 12 der Zeitpunkt der Geburt, bei der Leistung nach Nummer 13 der Zeitpunkt der Fehlgeburt und bei den Leistungen nach den Nummern 16 und 17 der Zeitpunkt der Beendigung der Hilfe.</i>	
19	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme, für jede angefangene halbe Stunde	13,60
20	Hilfe bei einer außerklinischen Geburt oder Fehlgeburt durch eine zweite Hebamme bei Nacht, an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen, für jede angefangene halbe Stunde	16,90
	<i>Gebühren für Leistungen nach den Nummern 19 und 20 sind für eine Hilfeleistung der zweiten Hebamme von bis zu vier Stunden berechnungsfähig. Dies gilt entsprechend, wenn die Geburt oder Fehlgeburt nicht außerklinisch vollendet wird.</i>	
21	Perinatalerhebung bei einer außerklinischen Geburt nach vorgeschriebenem Formblatt einschließlich Versand- und Portokosten	5,45
	<i>Mit der Gebühr sind auch die Kosten für die Auswertung des Formblatts abgegolten.</i>	

C. Leistungen während des Wochenbetts

Allgemeine Bestimmungen

- a) *Die Leistungen nach den Nummern 22 bis 35 dienen der Überwachung des Wochenbettverlaufs und umfassen insbesondere die Beratung, Betreuung und/oder Versorgung von Mutter und Kind einschließlich aller damit verbundenen Leistungen mit Ausnahme der Leistungen nach den Nummern 36 und 37. Die Leistungen nach den Nummern 22 bis 33, 35 und 37 sind auch nach einer Fehlgeburt berechnungsfähig.*
- b) *In den ersten zehn Tagen nach der Geburt ist an demselben Tag jeweils ein Besuch nach den Nummern 22, 23, 27, 28, 30 oder 31 berechnungsfähig. Wird der erste Besuch bereits am Tage der Geburt ausgeführt, können weitere Besuche nach den Nummern 22, 23, 27, 28, 30 oder 31 nur für die folgenden neun Tage berechnet werden. Wird die Wochenbettbetreuung erst im Laufe der ersten zehn Tage nach der Geburt von einer anderen Hebamme übernommen, werden die Besuche bis zum zehnten Tag nach der Geburt vergütet. Bei fernmündlicher Beratung, die in den ersten zehn Tagen nach der Geburt einen Besuch nach den Nummern 22, 23, 27, 28, 30 oder 31 ersetzt, ist eine Gebühr analog Nummer 35 berechnungsfähig.*
- c) *In dem Zeitraum zwischen dem elften Tag nach der Geburt bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind insgesamt bis zu 16 Leistungen nach den Nummern 22, 23, 25 bis 33 oder 35 berechnungsfähig, weitere Besuche nach den Nummern 25, 26, 29, 32 oder 33 dabei jedoch nur nach Maßgabe der Allgemeinen Bestimmung nach Buchstabe d. Mehr als 16 Leistungen nach den Nummern 22, 23, 25 bis 33 oder 35 sind in diesem Zeitraum nur berechnungsfähig, soweit sie ärztlich angeordnet sind.*
- d) *Ein weiterer Besuch an demselben Tag ist berechnungsfähig*
 - aa) *nach ambulanter Entbindung in den ersten zehn Tagen nach der Geburt nach den Nummern 25 oder 26 sowie*
 - bb) *unabhängig von der Art der Entbindung nach den Nummern 25, 26, 29, 32 oder 33 während des gesamten Zeitraums bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bei Vorliegen insbesondere folgender Besuchsgründe: schwere Stillstörungen, verzögerte Rückbildung, nach Sekundärnaht oder Dammriss III. Grades, bei Beratung und Anleitung der Mutter zur Versorgung und Ernährung des Säuglings im Anschluss an dessen stationäre Behandlung oder nach ärztlicher Anordnung. Der Grund ist in der Rechnung anzugeben. Mehr als zwei Besuche an demselben Tag sind nur berechnungsfähig, wenn sie ärztlich angeordnet worden sind.*
- e) *Nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt sind Besuche nur auf ärztliche Anordnung bei pathologischem Wochenbettverlauf berechnungsfähig.*

Nr.	Leistung	Gebühr in €
22	Hausbesuch nach der Geburt	24,50
23	Hausbesuch nach der Geburt an Sonn- und Feiertagen	30,50
24	Zuschlag zu der Gebühr nach Nummer 22 oder 23 für den ersten Hausbesuch nach der Geburt	5,45
25	Weiterer Hausbesuch an demselben Tag	24,50
26	Weiterer Hausbesuch an demselben Sonn- oder Feiertag	30,50
27	Besuch im Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung nach der Geburt	9,30
28	Besuch im Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung nach der Geburt an Sonn- und Feiertagen	11,40
29	Weiterer Besuch im Krankenhaus oder in einer außerklinischen Einrichtung unter ärztlicher Leitung an demselben Tag	9,30
30	Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung nach der Geburt	19,10
31	Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung nach der Geburt an einem Sonn- oder Feiertag	24,00
32	Weiterer Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung an demselben Tag	19,10
33	Weiterer Besuch in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung an demselben Sonn- oder Feiertag	24,00
34	Zuschlag für einen Besuch nach der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern zu den Gebühren nach den Nummern 22, 23 und 25 bis 33, für das zweite und jedes weitere Kind, je Kind	8,20
35	Fernmündliche Beratung der Wöchnerin	4,90

Nr.	Leistung	Gebühr in €
36	Erstuntersuchung des Kindes einschließlich Eintragung der Befunde in das Untersuchungsheft für Kinder (U 1) nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung	7,10
37	Entnahme von Körpermaterial zur Durchführung notwendiger Laboruntersuchungen im Rahmen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) oder im Rahmen der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung, je Entnahme, einschließlich Veranlassung der Laboruntersuchung(en), Versand- und Portokosten, Dokumentation nach den vorgenannten Richtlinien und Befundübermittlung	5,45
	<i>Leistungen nach Nummer 37 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits im Mutterpass oder im Untersuchungsheft für Kinder dokumentiert sind.</i>	

D. Sonstige Leistungen

38	Wache auf ärztliche Anordnung, je angefangene Stunde	16,30
39	Wache auf ärztliche Anordnung bei Nacht, an Samstagen ab 12 Uhr sowie an Sonn- und Feiertagen, je angefangene Stunde	20,70
40	Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Teilnehmerinnen je Gruppe und höchstens zehn Stunden, für jede Teilnehmerin je Unterrichtsstunde (60 Minuten)	5,45
	<i>Die Leistung nach Nummer 40 ist nur berechnungsfähig, wenn die Rückbildungsgymnastik in den ersten vier Monaten nach der Geburt begonnen und bis zum Ende des neunten Monats nach der Geburt abgeschlossen wird.</i>	
41	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten	24,50
42	Fermündliche Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten	4,90

Die Gebühren nach den Nummern 41 und/oder 42 sind frühestens nach Ablauf von acht Wochen nach der Geburt bis zum Ende der Abstillphase berechnungsfähig. Sie sind jeweils höchstens zweimal in diesem Zeitraum berechnungsfähig.“

Artikel 2

Diese Verordnung tritt am 1. Juli 2004 in Kraft.

Der Bundesrat hat zugestimmt.

Begründung

A. Allgemeiner Teil

Durch die Verordnung werden die von den Krankenkassen den freiberuflich tätigen Hebammen für Hebammenhilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu zahlenden Vergütungen aufgrund der Ermächtigung des § 134 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) neu festgesetzt. Die Gebühren für Leistungen der Hebammenhilfe sind zuletzt durch die Dritte Verordnung zur Änderung der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung vom 7. Oktober 1997 in drei Stufen mit Wirkung zum 1. Oktober 1997, 1. Juli 1998 und 1. Juli 1999 angepasst worden. Dabei wurden die Vergütungen für eine Reihe deutlich unterbewerteter Leistungen (u.a. auch die Hilfeleistungen bei Geburten) aufgewertet und strukturelle Änderungen zur Verbesserung der Betreuungsintensität insbesondere der Vor- und Nachsorge (z. B. Ausweitung der abrechenbaren Leistungen für die nachgeburtliche Betreuung) vorgenommen. Nicht angehoben wurden die Wegegeldsätze, die seit 1. Juli 1994 unverändert gelten.

Das Ausgabenvolumen der GKV für Leistungen der Hebammenhilfe betrug im Jahre 2003 rd. 257 Mio. €; dies entspricht etwa 1,7 Promille der Gesamtausgaben der GKV.

Die Zahl freiberuflicher Hebammen (2002 rund 10.300) hat in den letzten Jahren stetig zugenommen. Dadurch konnten partielle Versorgungslücken insbesondere in der ambulanten Hebammenbetreuung zunehmend geschlossen werden. Insbesondere vor dem Hintergrund einer auch unter präventiven Gesichtspunkten wünschenswerten Verbesserung der Betreuungsintensität besteht jedoch nach wie vor weiterer Anpassungsbedarf sowohl hinsichtlich der Beseitigung struktureller Defizite in einigen Teilbereichen der Gebührenordnung als auch im Hinblick auf angemessene lineare Vergütungsanhebungen.

Bereits im Jahre 2002 wurden zur fachlichen Vorklärung des weiteren Anpassungsbedarfs mit den Berufsverbänden der Hebammen (Bund Deutscher Hebammen und Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen mehrere Beratungsrunden durchgeführt. Dabei bestand zwischen allen Beteiligten Einvernehmen, dass nach einer letztmaligen Novellierung der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung die Vergütungsfestsetzung - wie auch vom Bundesrat anlässlich seiner Zustimmung zur letzten Änderungsverordnung in einer Entschließung gefordert [vgl. hierzu Bundesrats-Drucksache 540/97 (Beschluss)] - künftig auf vertragliche Vergütungsvereinbarungen zwischen den Krankenkassenverbänden und den Berufsorganisationen der Hebammen umgestellt werden soll. An diesem Ziel wird weiterhin festgehalten.

Vor diesem Hintergrund beinhaltet die vorliegende Verordnung im Wesentlichen eine lineare Erhöhung der Gebühren und Wegegeldsätze um 6,5 v. H. zum 1. Juli 2004 als einen angemessenen Schritt. Nach dieser Anpassung ergibt sich als Richtwert für die Tätigkeit freiberuflicher Hebammen ein Stundenansatz von 27,20 Euro.

Darüber hinaus enthält die Verordnung eine Reihe von Detailänderungen zum Abrechnungsverfahren (insbesondere im Hinblick auf eine verstärkte Pauschalierung des Auslagenersatzes) sowie im Zuge der auf Euro umgestellten Gebührenbeträge eine durchgängige Neufestsetzung und Glättung der Beträge.

Unabhängig von der Gebührenanpassung durch die vorliegende Verordnung wird an der politischen Absicht festgehalten, in Anlehnung an die bisherigen Beratungen zur Vorbereitung dieser Verordnung zwei weitere Gebührenanpassungen durch verfahrensmäßig getrennte Verordnungen in den Jahren 2005 und 2006 vorzunehmen und für den Zeitraum ab 2007 durch gesetzliche Regelung noch in 2004 die Vergütungsfestsetzung in vertragliche Vergütungsvereinbarungen zu überführen.

Die Mehraufwendungen der Träger der GKV durch die Verordnung werden auf rd. 8,35 Mio. Euro im Jahr 2004 und rd. 16,7 Mio. Euro ab dem Jahr 2005 geschätzt.

Bund, Länder und Gemeinden werden durch die Verordnung nicht mit zusätzlichen Kosten belastet. Auswirkungen auf Einzelpreise sowie das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau, werden sich durch die Verordnung nicht ergeben, da sich die Mehrausgaben für Hebammenhilfe gemessen an dem Gesamtvolumen der Leistungsausgaben der GKV in einer Größenordnung bewegen, die Beitragserhöhungen nicht erwarten lässt. Kosten bei Wirtschaftsunternehmen entstehen durch die Verordnung nicht.

B. Einzelbegründung

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1 (§ 3 Auslagenersatz)

Die Vorschrift zum Auslagenersatz ist insgesamt neu gefasst. Neu ist, dass der Auslagenersatz für bestimmte Leistungskomplexe (Vorsorgeuntersuchungen, Geburtshilfeleistungen und Wochenbettbetreuung) zur Vereinfachung des Abrechnungsverfahrens pauschaliert wird (Absatz 2). Den Pauschalsätzen liegen Kalkulationen zugrunde, die von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der Spitzenverbände der Krankenkassen und den Berufsorganisationen der Hebammen erarbeitet wurden. Ferner wird die Berechnungsfähigkeit der Aufwendungen der Hebamme für verbrauchte oder zur Anwendung überlassene Arzneimittel aus Gründen der Abrechnungsklarheit erstmals differenziert geregelt und damit zugleich auf eine einheitliche Abrechnungsgrundlage gestellt. (Absätze 3 bis 6). Als spezielle Auslagenersatzregelungen stehen diese Vorschriften nicht in Konkurrenz zu den Regelungen der §§ 31 und 34 SGB V über die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln im Rahmen der Arzneimittelversorgung der GKV. Den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Hebammenverbänden obliegt es, zur näheren Ausgestaltung des Abrechnungsverfahrens zum Auslagenersatz Vereinbarungen zu treffen (Absatz 7).

Zu Nummer 2 (§ 4 Abs. 2 Satz 2 Wegegeld)

Das seit 1. Juli 1994 unveränderte Wegegeld wird unter Beibehaltung der bisherigen Systematik der Wegegeldberechnung (Pauschalabgeltung bei Entfernung bis 2 Kilometer und bei größerer Entfernung Abgeltung je zurückgelegtem Kilometer) um rd. 6,5 v. H. erhöht.

Zu Nummer 3 (§ 5 Abrechnung mit den Krankenkassen)

Zu Buchstabe a (Absatz 1)

Redaktionelle Anpassung an die aktuelle Fassung des § 291 Abs. 2 Satz 1 SGB V ohne inhaltliche Änderung des bisherigen Rechts.

Zu Buchstabe b (Absatz 3)

Die Vorschrift stellt klar, dass die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam nach § 302 Absatz 2 SGB V erstellten Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens bei der Abrechnung der Hebamme mit den Krankenkassen zu beachten sind.

Zu Buchstabe c (Absatz 5)

Die Vorschrift regelt entsprechend der bereits gängigen Anwendungspraxis die Verwendung des Institutionskennzeichens nach § 293 SGB V bei der Abrechnung von Leistungen mit den Krankenkassen.

Zu Nummer 4 (§ 6 Übergangsvorschrift)

Die Vorschrift enthält die aus Gründen der Einheitlichkeit der Leistungsabrechnung notwendige Übergangsregelung. Maßgeblicher Anknüpfungspunkt für die Anwendung der jeweiligen Fassung des Gebührenverzeichnisses bei der Abrechnung sämtlicher Hilfeleistungen eines Betreuungsfalles ist der Zeitpunkt der Geburt oder Fehlgeburt.

Zu Nummer 5 (Gebührenverzeichnis)

Von wenigen rein redaktionellen Änderungen abgesehen entsprechen die Leistungsbeschreibungen und Abrechnungsbestimmungen der seit dem 1. Juli 1999 geltenden Fassung des Gebührenverzeichnisses. Die auf Euro umgestellten Gebührenbeträge sind um durchschnittlich 6,5 v. H. angehoben.

Zu Artikel 2

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten der Verordnung.