

Anhang A zu Anlage 1 des Vertrages nach § 134a SGB V:

Modalitäten zur Versichertenbestätigung

Modalitäten zur Versichertenbestätigung

1. Allgemeines

Im Folgenden werden die ab dem 01.06.08 gültigen Modalitäten zur Versichertenbestätigung gemäß § 6 Abs. 5 des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V i.V.m. § 4 Anlage 1 (Vergütungsvereinbarung) gemäß § 134a SGB V genannt.

2. Versichertenbestätigung

Für die Versichertenbestätigung gem. § 4 der Anlage 1 des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe sind der Abrechnung folgende Bestätigungen beizufügen:

Versichertenbestätigung A	„Kurse“
Versichertenbestätigung B	„Hebammenhilfe, Abrechnung über mehrere IK“
Versichertenbestätigung C	„Hebammenhilfe, Abrechnung über ein IK“

Die Versichertenbestätigungen werden als Muster auf der Homepage des DHV (www.hebammenverband.de), des BfHD (www.bfhd.de) und des GKV-Spitzenverbandes (www.gkv-spitzenverband.de) zur Verfügung gestellt sowie den Mitgliedern der Berufsverbände durch Rundbrief oder Zeitschrift bekannt gemacht.

Die Hebammen können sowohl die o. g. Versichertenbestätigungen verwenden als auch Bögen, die mindestens die Angaben der Versichertenbestätigungen gemäß der abgerechneten Leistungen enthalten.

Erfasst werden das Datum der Leistung, die Leistungsnummer und, falls für die Vergütung relevant, die Zeitangabe und/oder Dauer (von/bis) der Leistungserbringung.

Bei der Abrechnung der Leistungsnummer 0200 „Vorgespräch“ ist nur beim zweiten Vorgespräch bei geplanter außerklinischer Geburt der geplante Geburtsort auf dem Bogen anzugeben.

Die Unterschriftsleistung der Versicherten erfolgt spätestens am Tag nach der Leistungserbringung. In Belegkrankenhäusern ist die einmalige Unterschrift rückwirkend täglich für alle Leistungen eines Tages möglich. Am Tag der Entlassung muss die letzte von der Hebamme erbrachte Leistung quittiert werden.

3. Ausnahmen von der Quittierungspflicht

Von der Quittierungspflicht werden folgende Leistungsnummern ausgenommen:

0100; 0101 oder 0102	Beratung der Schwangeren, auch mittels Kommunikationsmedium,
2300, 2301 oder 2302	Beratung der Wöchnerin mittels Kommunikationsmedium,
2900	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten oder Ernährungsproblemen des Säuglings mittels Kommunikationsmedium sowie die Zuschläge
	Zwillinge (1500, 1501 oder 1502; 2200, 2201 oder 2202, 2820), 1.
	Hausbesuch (1900) und Naht (1400, 1401 oder 1402).

4. Verfahren bei fehlender Versichertenbestätigung

Liegen die Versichertenbestätigungen aus einem besonderen Grund nicht vor, so ist dies von der Hebamme zu begründen. Mögliche besondere Gründe können z.B. sein:

- Tod oder Bewusstlosigkeit der Frau
- Ungeplantes Verlassen des Krankenhauses vor Unterschriftsleistung (eilige Verlegung, Verlegung des Kindes bei Nacht, Frau fährt mit)
- Analphabetismus bzw. Verständigungsprobleme mit Verweigerung der Unterschriftsleistung

Ersatzweise kann auch die Unterschrift eines Angehörigen der Versicherten oder einer Ärztin/eines Arztes zur Quittierung eingeholt werden.

5. Verfahren in Hebammenteams

In Hebammenteams, in denen die Hebammen einzeln über ein eigenes IK abrechnen, ist entweder:

- 1) die „Versichertenbestätigung B“ für alle Hebammen des Teams gemeinsam zu verwenden oder
- 2) die Hebammen des Teams verwenden jeweils einzeln die „Versichertenbestätigung C“.

Hebammenteams, die über ein gemeinsames IK abrechnen, verwenden die „Versichertenbestätigung C“.

6. Versand der Versichertenbestätigung

Bei *Papierabrechnung* sind die Versichertenbestätigungen im Original der Rechnung beizulegen (ohne Begleitzettel).

Bei *elektronischer Abrechnung* sind die Versichertenbestätigungen bis auf Weiteres in Papierform an die von den Kassen benannten Annahmestellen zu versenden. Der Versichertenbestätigung ist ein Begleitzettel gemäß der Vorgabe der Krankenkasse beizufügen (www.datenaustausch.de).

Bei Quittierung der Leistungen in Teams auf einer Versichertenbestätigung, ist auch die Versendung von Kopien zulässig.

7. Dokumentation

Aus Datenschutzgründen ist die inhaltliche Dokumentation der Leistungen auf den Versichertenbestätigungen nicht zu führen.

Anhang B zu Anlage 1 des Vertrages nach § 134a SGB V:

Versichertenbestätigung A „Kurse“

**Versichertenbestätigung B „Hebammenhilfe,
Abrechnung über mehrere IK“**

**Versichertenbestätigung C „Hebammenhilfe,
Abrechnung über ein IK“**