

# Die Abrechnung optimieren

*Welche Leistungen Hebammen anbieten, durchführen und abrechnen dürfen, legen Gebührenordnung und Verträge fest. Dazwischen lauern aber einige Fallstricke, je nachdem, ob sie mit gesetzlichen oder privaten Krankenkassen oder auch mit der betreuten Frau privat abrechnen. > Patricia Morgenthal*

**A**uch nach der jüngsten linearen Erhöhung der Hebammengebühren um zwölf Prozent mit Ausnahme der Vergütung für den Wochenbettbesuch, der um 15 Prozent erhöht wurde, müssen viele der Berufskolleginnen gut kalkulieren, damit am Ende des Monats noch ein Einkommen vom Umsatz übrigbleibt. Freiberufliche Hebammen, die entweder einem Hebammenberufsverband angehören oder selbst dem Vertrag nach § 134a SGB V beigetreten sind, berechnen die Gebühren für ihre Leistungen nach der Hebammen-Vergütungsvereinbarung gegenüber der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse der betreuten Frau. Bei privat Versicherten richten sich die Gebühren nach den Gebührenordnungen der jeweiligen Bundesländer. Soweit der Grundsatz.

## Keine Doppelabrechnungen

Darüber hinaus haben Hebammen aber noch weitere Möglichkeiten, für gute Arbeit rund um Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett eine angemessene Vergütung zu erhalten. Dabei müssen sie jedoch immer im Auge behalten, dass keine Doppelabrechnungen erfolgen. Es kann einerseits nicht für ein- und dieselbe Leistung gegenüber der Frau privat und andererseits gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet werden. Hier ist die Schwelle zum strafrechtlichen Betrug schnell überschritten. Bei den Krankenkassen gibt es dafür spezialisierte Abteilungen, die Meldungen oder Verdachtsmomenten gezielt nachgehen und diese an die Staatsanwaltschaft melden, die nicht selten auch Anklage erhebt. Die Aufsichtsbehörden reagieren auf fortwährenden Betrug zu Lasten der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten besonders empfindlich. Vereinzelt ist es deshalb nicht nur zu empfindlichen Geld-

strafen gekommen, sondern auch zum Entzug der Berufserlaubnis.

Wie kann eine freiberufliche Hebamme nun ohne einen Verstoß gegen das Strafgesetzbuch und im Einklang mit den Abrechnungsbestimmungen – ohne Überschreitung ihrer Kompetenzen – die Abrechnung optimieren?

Die Leistungen der Hebamme ergeben sich im Rahmen des ihr durch das Hebammen-gesetz übertragenen „Aufgabenvorbehalts“. Um abrechenbar zu sein, müssen diese als Gebührenposition in der Hebammen-Vergütungsvereinbarung vorgesehen sein. Das bedeutet: Leistungen, zu denen die Hebamme weder ausgebildet noch gesetzlich berechtigt ist, darf sie weder anbieten, noch durchführen und schon gar nicht berechnen. Eine Ausnahme stellen Notfälle dar. Also dürfen neben Hebammenleistungen erbrachte Leistungen aus dem Bereich der Heilkunde, wie sie allein ÄrztInnen oder HeilpraktikerInnen zu leisten befugt sind, von Hebammen grundsätzlich nicht durchgeführt und folglich auch nicht abgerechnet werden. Anders verhält es sich natürlich, wenn die Berufskollegin dafür eine entsprechende Ausbildung vorweisen kann.

Dies bedeutet, dass eine freiberufliche Hebamme über die Hebammenleistungen hinaus Leistungen anbieten und durchführen darf, wenn sie eine entsprechende berufliche Befähigung mitbringt. Diese muss auf einer Ausbildung und/oder Zulassung zu dieser Tätigkeit basieren. Dies trifft zum Beispiel auf Zusatzausbildungen als Heilpraktikerin, in Akupunktur oder Psycho- und Hypnotherapie zu.

## Einzelne Behandlungen abgrenzen

Um möglichen Problemen bei der Abrechnung vorzubeugen, sollten jedoch die unterschiedlichen Behandlungen

auch zeitlich abgegrenzt sein. Hebammen sollten vermeiden, im Rahmen eines halbstündigen Hausbesuchs sowohl eine Beratung nach der Hebammen-Vergütungsvereinbarung gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse zu berechnen und darüber hinaus für den gleichen Zeitraum auch eine Akupunkturbehandlung und eine Psycho- und Hypnotherapie. Wird beispielsweise die Akupunkturbehandlung im Anschluss an eine 20-minütige Beratungsleistung erbracht, muss sich dies auch in der Abrechnung widerspiegeln. Das bedeutet konkret, dass bei der Abrechnung zwingend nach den unterschiedlichen Leistungen unterschieden werden muss, also beispielsweise 20 Minuten für Beratung, 10 Minuten für Akupunktur. Übernimmt die gesetzliche Krankenkasse die zusätzliche, über

geren oder Wöchnerin kurz verlassen wird, um etwa die Parkscheibe weiter zu drehen, und danach der Hausbesuch fortgesetzt wird. In diesem überspitzten Beispiel wird man wohl nach objektiver Betrachtung nicht von zwei Besuchen ausgehen dürfen. Wird jedoch eine Hebamme wegen akut aufgetretener Beschwerden oder Beratungsbedarf, gleich ob in Schwangerschaft oder Wochenbett, nach dem ersten Besuch am gleichen Tag erneut von der betreuten Frau angefordert, ist es gerechtfertigt, einen zweiten Besuch am selben Tage durchzuführen, wenn dies auch die gebührenrechtlichen Vorschriften hergeben. Auf den zwischen den Besuchen liegenden Zeitraum dürfte es dann grundsätzlich nicht ankommen.

### Höhere Gebühren möglich?

Daran anknüpfend stellt sich bei längeren Hausbesuchen immer die Frage nach dem freien Aushandeln von kostendeckenden Honoraren. Dies gestaltet sich so, dass die Hebamme gegenüber der gesetzlichen Krankenkasse nach der Hebammen-Vergütungsvereinbarung abrechnet und darüber hinaus der betreuten Frau noch eine private Rechnung stellt. Im Kern geht es um die Frage, ob durch einen privatrechtlichen Vertrag zwischen gesetzlich versicherter Frau und Hebamme höhere Gebühren für Leistungen nach der Hebammen-Vergütungsvereinbarung vereinbart werden können. Dies dürfte in dieser Form unzulässig sein. Denn die gesetzlich Krankenversicherte nimmt die Leistung der freiberuflichen Hebamme im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung als sogenannte Sachleistung entgegen.

Kraft ihrer Mitgliedschaft hat die Versicherte einen eigenen Anspruch gegenüber ihrer Kasse, die Leistung zu fordern. Die Leistungserbringerin, nämlich die Hebamme, die über ihren jeweiligen Berufsverband oder durch einen eigenen Vertrag mit dem GKV-Spitzenverband ihrerseits dazu berechtigt ist, hat einen eigenen Anspruch gegenüber der jeweiligen Kasse, ihre Gebühren für ihr Tätigwerden zu fordern. In diesem

## Hintergrund

Freiberufliche Hebammen rechnen ihre Leistungen seit dem 1. August 2007 auf Grundlage des Vertrages über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V ab. Dieser Vertrag beinhaltet mehrere Anlagen. Eine der wichtigsten ist die Hebammen-Vergütungsvereinbarung mit einem nach Gebührenziffern aufgebauten Leistungsverzeichnis. Nach dem Gesetz schließt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen – kurz: GKV-Spitzenverband – „mit den für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen auf Bundesebene mit bindender Wirkung für die Krankenkassen **Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe**“. Vertraglich vereinbart sind hier auch „die abrechnungsfähigen Leistungen unter Einschluss einer Betriebskostenpauschale bei ambulanten Entbindungen in von Hebammen geleiteten Einrichtungen und der Anforderungen an die Qualität der Hebammenhilfe“. Außerdem legt der Vertrag „die Höhe der Vergütung und die Einzelheiten der Vergütungsabrechnung durch die Krankenkassen“ fest. Der GKV-Spitzenverband ist die Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland. Die vom GKV-Spitzenverband abgeschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen gelten für alle Krankenkassen, deren Landesverbände und damit praktisch für alle gesetzlich Versicherten.

Rahmen ergibt sich das rechtliche Verhältnis der Beteiligten untereinander.

Aus diesem Mehrparteienverhältnis ergibt sich, dass derartige freie Vereinbarungen nur Leistungen zum Regelungsinhalt haben können, die in der Hebammen-Vergütungsvereinbarung nicht vorgesehen sind. Es kann eben nicht eine Erhöhung des Honorars „durch die Hintertür“ geben. Als denkbare abrechenbare Leistungen wären demzufolge die Rufbereitschaftspauschale zu nennen oder auch die Teilnahme des Partners am Geburtsvorbereitungskurs,

die Hebammenleistung hinausgehende Leistung nicht, ist diese der Versicherungsnehmerin separat in Rechnung zu stellen. Letztere muss aber im Vorfeld umfangreich aufgeklärt werden.

Die Kreativität bei der Abrechnung darf nicht so weit gehen, dass ein längerer Hausbesuch auf der Abrechnung plötzlich zu zwei Besuchen mutiert. Beispielsweise so, dass nach einer halben Stunde die Wohnung der Schwan-

weil diese nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören.

Eine derartige Vereinbarung kann sich zwar auch auf Leistungen nach der Hebammen-Vergütungsvereinbarung beziehen. Dies geht aber nur insofern, als damit deren Anzahl gemeint ist. Das heißt: Es können natürlich mehr Beratungen oder Wochenbettbesuche privatschriftlich vereinbart und abgerechnet werden, die zahlenmäßig über die Hebammen-Vergütungsvereinbarung hinausgehen. Derartige Vereinbarungen können jedoch schnell zum Bumerang werden: Die Hebamme kann Gefahr laufen, dass ihr das Honorar entgeht, wenn die betreute Frau nicht vorab ausreichend aufgeklärt wurde, dass die gesetzliche Krankenkasse die über die kontingentierten Leistungen hinausgehenden Besuche nicht erstattet und sie diese selbst zahlen muss.

### Informationspflicht über Behandlungskosten

Der durch das neue Patientenrechtegesetz eingeführte § 630c Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) stellt nunmehr klar: „Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren. Weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.“

Vereinfacht kann man sagen, dass bei Zweifeln auf Seiten der Hebamme, dass die Krankenversicherung – ganz gleich, ob privat oder gesetzlich – eine Behandlung zahlt, sie die Pflicht hat, die betreute Frau darüber aufzuklären. Beispiel: Die betreute Frau wünscht mehr Wochenbettbesuche als nach der Hebammen-Vergütungsvereinbarung vorgesehen und es liegt keine ärztliche Anordnung für das Überschreiten der Kontingentierung vor. Dabei ist es unerheblich, ob die Frau die Kostenfrage von sich aus thematisiert oder nicht. Generell sollte die Hebamme auch dokumentieren, dass sie die Frau wirtschaftlich aufgeklärt hat. Am besten ist es, wenn die Aufklärung schriftlich erfolgt, beispielsweise durch ein Formular oder als Passus im schriftlichen Behandlungsvertrag, und die Frau dies mit ihrer Unterschrift bestätigt.

Privatversicherte können aufgrund des „Gesetzes zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften“ vor einer Behandlung von ihrem privaten Versicherungsunternehmen Auskunft darüber verlangen, in welchem Umfang Kosten erstattet werden. Dies gilt allerdings nur für Behandlungen, die 2.000 Euro überschreiten werden. Diese Summe ist bei einer umfassenden Betreuung von Schwangerschaft über Haus- oder Beleggeburt bis Wochenbett schnell erreicht. Wenn das Versicherungsunternehmen auf eine entsprechende Anfrage nicht binnen zwei Wochen (in dringenden Fällen) oder sonst nach vier Wochen reagiert, wird „bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet“, wie es im Gesetz heißt, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist. Das bedeutet, dass der Versicherer die Behandlungskosten übernehmen muss,

wenn ihm der Gegenbeweis nicht gelingt. Dies gilt übrigens auch für private Zusatzversicherungen von gesetzlich Versicherten. An dem Verhältnis zwischen Hebamme und betreuter Frau ändert sich jedoch nichts. Auch durch die neue gesetzliche Regelung ist die Privatversicherte weiterhin verpflichtet, die Rechnung der Hebamme zu begleichen.

### Eindeutige Vereinbarungen

Auf keinen Fall ist es vor dem Hintergrund des erwähnten Sachleistungsprinzips zulässig, bei schwierigen oder zeitlich umfangreichen Betreuungen ein Honorar quasi aufzuschlagen, was die gesetzlich Versicherte allein zu tragen hat. Eine Gebührenstruktur wie bei ZahnärztInnen, wonach, vereinfacht gesagt, nur bestimmte Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden und die PatientInnen einen „Eigenanteil“ zahlen, ist dem Vergütungssystem für Hebammenhilfe fremd.

Ist die Hebamme weder über einen der Berufsverbände, noch kraft eigenen Vertrags zur Abrechnung nach der Hebammen-Vergütungsvereinbarung berechtigt oder verpflichtet, sind die festgelegten Gebühren, soweit es gesetzlich Versicherte betrifft, ohne Belang. Dann dürfte eine Abrechnung auf der Basis kostendeckender und frei ausgehandelter Honorare möglich sein. Jedoch stellt sich die Frage, inwieweit sich Kassenversicherte darauf einlassen, da sie die Kosten dann vollends selbst zu tragen haben.

In diesen Fällen übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen nicht einmal die Gebühren in der Höhe, in welcher sie nach der Hebammen-Vergütungsvereinbarung angefallen wären. Mangels Vorliegen einer vertraglichen Beziehung zwischen Hebamme und Krankenkasse fehlt es für eine Erstattung an einer Rechtsgrundlage.

In jedem Falle müsste eine eindeutige Vereinbarung über die Höhe der frei ausgehandelten Vergütung getroffen werden. Sonst gilt nach dem BGB die „übliche Vergütung“. Dies lässt sich naturgemäß nur schlecht beziffern. Die jeweilige Hebamme wäre aber im Hinblick auf die Gebührenhöhe gut beraten, nicht über das Maß hinauszugehen, das ihr die jeweiligen Gebührenordnungen für Selbstzahlerinnen zugestehen.

Kurzum: Aus rechtlicher Sicht ist eine Abrechnung jenseits der Hebammen-Vergütungsvereinbarung möglich, wenn die Hebamme nicht der beim GKV-Spitzenverband geführten sogenannten „Vertragspartnerliste“ angehört und sie sich mit der betreuten Frau über das Honorar einig wird. Dies muss die Frau dann aber in voller Höhe selbst tragen.

### Mitgliedschaft im Berufsverband

Eher theoretisch ist die Frage, ob man einerseits Mitglied in einem Berufsverband sein kann, andererseits aber nicht verpflichtet sein will, ausschließlich nach der Hebammen-Vergütungsvereinbarung abzurechnen, sondern die Honorare frei aushandeln darf. Hier ist die Rechtslage eindeutig. § 4 des Vertrags lautet: „Dieser Vertrag entfaltet Rechtswirkung für freiberuflich tätige Hebammen, soweit sie einem der oben

genannten Berufsverbände angehören und die Satzung der Berufsverbände (...) der Hebammen eine Rechtswirkung dieses Vertrages für die angehörnden Hebammen vorsieht.“ Die entsprechende Regelung lautet beispielsweise in § 11 der Satzung des BfHD: „Die vom Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD) e.V. abgeschlossenen Verträge nach § 134 a Absatz 1 SGB V in der zurzeit gültigen Fassung haben Rechtswirkungen für die dem BfHD angehörnden Hebammen, soweit sie Vollmitglied nach § 5 Absatz 1 sind, sowie für die von ihnen geleiteten Einrichtungen.“ Durch

zu Betreuungen annimmt. Dabei sind Überschneidungen natürlich nicht zu vermeiden, wenn mehrere Frauen um einen Termin in Betreuung sind. Es muss jedoch sichergestellt sein, dass die Leistungen der Hebamme immer dem „üblichen Standard“ entsprechen.

Darüber hinaus dient die Bereitschaftspauschale dazu, Einschränkungen im Urlaubs- und Freizeitverhalten auszugleichen. Die einzelne Berufskollegin muss selbst entscheiden, welchen Betrag sie für angemessen hält, was sich in erster Linie auch nach dem üblicherweise bei ihr anfallenden Gebührenaufkom-

mes von Nordrhein-Westfalen: „Krankenhäusern und ihren Trägern ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten ein Entgelt oder andere Vorteile zu gewähren, zu versprechen, sich gewähren oder versprechen zu lassen.“

Dadurch oder durch die entsprechenden Regelungen in den ärztlichen Berufsordnungen soll sichergestellt werden, dass niedergelassene ÄrztInnen ihre PatientInnen nur nach qualitätsbezogenen Kriterien einem bestimmten Krankenhaus zuweisen. PatientInnen sollen dort behandelt werden, wo sie die für ihren Einzelfall qualitativ beste Versorgung bekommen. Adressat der Norm ist allein das jeweilige Krankenhaus oder dessen Träger, nicht etwa die einzelne Ärztin, Arzt oder sonstige Leistungserbringer. Bei der Frage, ob gegen das Zuweisungsverbot verstoßen wurde, ist immer zu berücksichtigen, dass nicht jede Kooperation, in deren Rahmen einem sonstigen Leistungserbringer ein Entgelt oder andere Vorteile gewährt werden, unzulässig ist. Zusammenarbeit zwischen Kliniken und sonstigen Leistungserbringern, die sinnvoll und deren Gegenleistung angemessen ist, dürfte grundsätzlich unbedenklich sein.

Wenn zum Beispiel geregelt wird, dass eine Beleghebamme für die Ausfüllung von statistischen Erhebungsbögen oder Verwaltungsaufgaben eine Pauschale erhält, dürfte dies insoweit nicht zu beanstanden sein, da dies eben nicht durch die gesetzlichen Krankenkassen vergütet wird.

Diese Problematik ist natürlich nicht nur für die Kooperation zwischen Beleghebammen und Kliniken relevant, sondern auch für die Zusammenarbeit zwischen freiberuflichen Hebammen und niedergelassenen GynäkologInnen. ●

#### Die Autorin

**Patricia Morgenthal** ist Rechtsanwältin mit eigener Kanzlei in Unna. Sie ist Justiziarin des Bundes freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD) e.V. und berät bundesweit darüber hinaus auch verbandsunabhängig.  
Kontakt:  
info@ra-morgenthal.de

## » Letztlich ist alles eine Frage der Vertragsfreiheit. «

diesen gegenseitigen Verweis in Vertrag und Satzungen ergibt sich, dass eine Mitgliedschaft, ohne an die vertraglichen Vorgaben der Abrechnung nach der Hebammen-Vergütungsvereinbarung gebunden zu sein, nicht möglich ist.

Durch die Bezugnahme auf die „Vollmitgliedschaft“ ist auch ausgeschlossen, dass man beispielsweise als passives oder förderndes Mitglied einen geringeren Beitrag zahlt, gleichzeitig aber mit allen Rechten gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen kann.

Gleichwohl muss es keine Zwangsmitgliedschaft in einem der Verbände geben, was dadurch sichergestellt ist, dass jede Hebamme auch einen eigenen Vertrag mit dem GKV-Spitzenverband zwecks Abrechnung abschließen kann. Wer weder in einem Berufsverband Mitglied sein will, noch dem Abrechnungsverfahren gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen beitreten will, dem ist dies ebenfalls unbenommen.

### Die Rufbereitschaftspauschale

Fragen gibt es immer wieder zur Rufbereitschaftspauschale. Soweit diese nicht wie von einigen gesetzlichen Krankenversicherungen kraft deren eigener Satzung zu einem Festhonorar erstattet werden, können sie frei ausgehandelt werden. Denn eine solche Gebühr ist nicht in der Hebammen-Vergütungsvereinbarung vorgesehen. Grundsätzlich ist es so, dass die Bereitschaftspauschale als Ausgleich dafür angesehen wird, dass die Hebamme sich in dem Zeitraum selbst bindet und keine weiteren Frauen mehr

richtet. Keinesfalls können jedoch Vorhaltekosten für ein Kraftfahrzeug, dessen Versicherung oder gar die eigene Berufshaftpflichtversicherung anteilmäßig mit der Rufbereitschaftspauschale verrechnet werden, da diese ohnehin entstehen würden und nicht die Rufbereitschaftspauschale Anlass für deren Entstehen ist.

### Vorsicht bei Zuweisungsprämien

Letztlich ist alles eine Frage der Vertragsfreiheit. Schwierig wird es erst dann, wenn die Bereitschaftspauschale der Höhe nach in einen Bereich entschwindet, der möglicherweise die durch die gesamte Geburt anlässlich von Schwangerschaft, Geburtshilfe und Wochenbett erwirtschafteten Gebühren erreicht oder gar übersteigt. Hier liegt die Annahme eines sittenwidrigen Rechtsgeschäfts, auch Wucher genannt, nicht fern, was einen solchen Vertrag ungültig macht. Letztlich ist dies eine Wertungsfrage, über die, sollte es damit befasst werden, ein Gericht entscheidet. Dabei kommt es ganz besonders auf die Umstände des Einzelfalles an, insbesondere auch die örtlichen und persönlichen wirtschaftlichen Verhältnisse der betreuten Frau, weshalb hier eine eindeutige Faustregel nicht gegeben werden kann.

Vorsicht ist übrigens auch bei Zuweisungsprämien als Aufstockung des Gebührevolumens angebracht (siehe auch DHZ 6/2013, Seite 66f.). Auch diese könnten schnell als unrechtmäßig angesehen werden. So heißt es beispielsweise in § 31a des Krankenhausgestaltungsgeset-