



HERS- Die Hebammenabrechnung

Ingenieurbüro Volker Krause
Rinckweg 13a,
35619 Braunfels
Tel.: 06442/962535
Internet: www.braunfels-software.de

Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV)

Geltung ab 01.01.1987
zuletzt geändert durch Art. 7 Abs. 5 Satz 2 G v. 15.12.2004 I 3429

Eingangsformel

Auf Grund des § 376a 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 in der für den jeweiligen Abrechnungszeitraum bestimmten Fassung des Gebührenverzeichnisses (Anlage) genannten Leistungen, Ersatz von Auslagen und Wegegeld.

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

§ 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 zur Unterstützung bei Stillschwierigkeiten notwendigen Materialien und apothekenpflichtigen Arzneimittel 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 Materialbedarf 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.

§ 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 Fahrtkosten 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 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) Hat eine andere als die nächstwohnende Hebamme Hilfe geleistet, so kann die Krankenkasse die Zahlung des dadurch entstehenden Mehrbetrags an Wegegeld ablehnen, wenn der Weg von der Stelle der Leistung zur Wohnung oder Praxis der anderen Hebamme mehr als 20 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 Angaben nach § 291 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 3, 5 bis 7 sowie 9 und 10 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch 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) 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.

(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.

(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.

§ 6 Übergangsvorschrift

Diese Verordnung in der Fassung der Verordnung vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1731) findet bei Geburten und Fehlgeburten vom Inkrafttreten dieser Verordnung an mit der Maßgabe Anwendung, dass für die Vergütung sämtlicher Hilfeleistungen die Gebühren nach der vom Inkrafttreten dieser Verordnung an geltenden Fassung des Gebührenverzeichnisses dieser Verordnung zu berechnen sind.

§ 7 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1987 in Kraft.

Anlage (zu § 2 Abs. 1) Gebührenverzeichnis

(BGBl. I 2004, 1733 - 1736)

Nr.	Leistung	Gebühr in €
A.	Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung	
1	Beratung der Schwangeren, auch fernmündlich 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.	5,45
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 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. Die Gebühr nach Nummer 2 ist berechnungsfähig a) bei normalem Schwangerschaftsverlauf, 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. Die Vorsorgeuntersuchungen sollen im Abstand von vier Wochen stattfinden; in den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten sind je zwei Vorsorgeuntersuchungen angezeigt.	21,80

	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-	
3	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 Die Leistungen nach den Nummern 2 und 3 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits im Mutterpass dokumentiert sind.	5,45
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 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.	16,90
	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-	
6	Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung einschließlich Dokumentation im Mutterpass nach den Mutterschafts-Richtlinien in der jeweils geltenden Fassung 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.	6,00
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) Die Gebühren für die Leistungen nach den Nummern 7 und 8 umfassen insbesondere die Unterweisung über den Schwangerschaftsverlauf, die psychische Vorbereitung auf Geburt und Wochenbett, gymnastische Übungen, Entspannungsübungen und Übungen der Atemtechnik.	13,60
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 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.	89,80
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 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. Hilfe bei einer nicht vollendeten Hausgeburt oder einer nicht vollendeten außerklinischen Geburt in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung 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	98,00
17	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.	136,10

	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. Maßgebend für die Berechnungsfähigkeit des Zuschlags ist bei den Leistungen	
18	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.	
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	
	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.	16,90
21	Perinatalerhebung bei einer außerklinischen Geburt nach vorgeschriebenem Formblatt einschließlich Versand- und Portokosten Mit der Gebühr sind auch die Kosten für die Auswertung des Formblatts abgegolten.	5,45

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

	Zuschlag für einen Besuch nach der Geburt von Zwillingen und mehr Kindern zu den	
34	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
	Erstuntersuchung des Kindes- einschließlich Eintragung der Befunde in das Untersu-	
	chungsheft für Kinder (U 1) nach den Richtlinien des Gemeinsamen	
36	Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) in der jeweils geltenden Fassung	7,10
	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	
37	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
	Leistungen nach Nummer 37 sind nur berechnungsfähig, soweit sie nicht bereits im Mutterpass oder im Untersuchungsheft für Kinder dokumentiert sind.	
D. Sonstige Leistungen		
38	Wache auf ärztliche Anordnung, je angefangene Stunde	16,30
	Wache auf ärztliche Anordnung bei Nacht, an Samstagen ab 12 Uhr sowie an	
39	Sonn- und Feiertagen, je angefangene Stunde	20,70
	Rückbildungsgymnastik bei Unterweisung in der Gruppe, bis zu zehn Teilnehmerinnen je Gruppe und höchstens zehn Stunden, für jede Teilnehmerin je Unterrichtsstunde (60 Minuten)	
40	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.	5,45
41	Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten	24,50

42	<p>Fernmündliche Beratung der Mutter bei Stillschwierigkeiten 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.</p>	4,90
----	---	------