(Version 1.4)

Spitzenverband

# Ausfüllhinweise des GKV-Spitzenverbandes zum Antragsformular

Der GKV-Spitzenverband erläutert nachfolgend die Felder des Antragsformulars nach Anlage 1.4, um einen zügigen und reibungslosen Ablauf zu ermöglichen.

**Liebe Hebamme,**
nach dem vollständigen Ausfüllen der Kontaktdaten geben Sie bitte an, für welche/n Ausgleichszeitraum/-räume (bitte inklusive Jahresangabe) Sie Ihren Antrag auf Zahlung eines Ausgleiches der Haftpflichtkostensteigerung stellen wollen.

Wenn Sie eine Berufshaftpflicht-Versicherungspolice mit unterjähriger Wechselmöglichkeit der Versicherungsform (mit Geburtshilfe/ohne Geburtshilfe) abgeschlossen haben bitten wir Sie, in den einzelnen Quartalskästchen jeweils ein (X) einzutragen, wenn Sie

- mindestens eine geburtshilfliche Leistung im Quartal und im Einzelfall auch maximal eine abgesagte Geburt pro Jahr (nachgewiesen durch den schriftlichen Behandlungsvertrag)
- und die Haftpflichtkosten entsprechend innerhalb des aufgeführten Zeitraumes/der aufgeführten Zeiträume nachweisen können.

Liegt der Versicherungsbeginn innerhalb eines Quartals (z. B. 25.07. oder 07.08.) ist hier - sofern die beiden oben genannten Voraussetzungen gegeben sind - und die geburtshilfliche Leistung nach dem Versicherungsbeginn erbracht wurde - in dem Quartal 01.07. bis 30.09. ein (X) einzutragen. Da die Regelungen zum Haftpflichtausgleich für geburtshilfliche Leistungen bereits ab dem 1. Juli 2015 gelten, sind im ersten aufgeführten Quartal (01.07. bis 30.09.2015) geburtshilfliche Leistungen zu berücksichtigen, sofern diese innerhalb dieses Quartals (somit auch vor dem Schiedsspruch am 25.09.2015) erbracht wurden.

Wenn Sie eine Berufshaftpflicht-Versicherungspolice ohne Versicherungs-Wechselmöglichkeit abgeschlossen haben, bitten wir Sie, den Versichertenzeitraum gemäß der Versicherungspolice anzugeben (XX.XX.20XX).

**IK der Hebamme:**
Hier bitten wir Sie um Angabe des aktuell gültigen persönlichen IK, hinter dem Ihre aktuellen Kontaktdaten und Ihre aktuelle Kontoverbindung hinterlegt sind und mit dem Sie in der Vertragspartnerliste Hebammen nach dem Vertrag nach § 134a Abs. 1 SGB V gelistet sind. Sofern Sie innerhalb des Antragszeitraums, z. B. wegen eines Umzugs, ein neues IK erhalten haben, ist neben dem aktuellen IK auch das vorherige IK anzugeben. Eine Überweisung ist ausschließlich auf die zu dem persönlichen IK hinterlegte Kontoverbindung möglich. Manuelle Änderungen zur IBAN können unsererseits nicht vorgenommen werden.

Bitte tragen Sie abschließend das Datum ein und unterzeichnen das Antragsformular, nachdem Sie es noch einmal überprüft und die eidesstattliche Erklärung gelesen haben, womit Sie die Richtigkeit der Angaben versichern.

**Qualitätsnachweis:**
Bitte betätigen Sie durch Ankreuzen (X) des Feldes, dass Sie die erforderlichen Qualitätsnachweise gemäß Anhang 3.b Nachweisverfahren zur Qualitätsvereinbarung (Anlage 3 des Vertrages nach § 134a SGB V) erbracht haben. Eine Beifügung von Unterlagen hierzu ist nicht notwendig.

Zudem senden Sie uns neben dem Antragsformular bitte folgende **Anlagen** zu:
**Nachweis Police einer Berufshaftpflichtversicherung** (NICHT von einer Berufsrechtsschutzversicherung):
Hieraus muss ersichtlich sein:

- Versicherungszeitraum, Versicherungsunternehmen, Prämienhöhe, Name des Versicherten, Deckungssumme, und ob es sich um eine Police mit oder ohne Vorschaden handelt.
- die von Ihnen getragenen Kosten für den tatsächlichen Versicherungszeitraum (Nachweis über Rechnung, Kontoauszug über die Abbuchung der Kosten, bei dem nicht relevante Positionen zu schwärzen sind o.ä.). Sofern Sie am Beginn des Versicherungsjahres/-halbjahres die ganz-/halbjährigen Versicherungskosten in Rechnung gestellt bekommen, dann aber doch von dem unterjährigen Wechsel der Police mit und ohne Geburtshilfe Gebrauch gemacht haben, benötigen wir selbstverständlich nicht nur den Nachweis über die in Rechnung gestellte Police, sondern den Nachweis über die tatsächlich getragenen Kosten am Ende eines Versicherungsjahres/-halbjahres - abhängig von der Anzahl der Formenwechsel. Selbstverständlich sind bei der Angabe der tatsächlichen Kosten, von dritter Seite getragene Beträge (z. B. durch Kliniken, Geburtshäuser, Kommunen) abzuziehen.

Sofern die o. g. Punkte in Ihren Unterlagen für Sie nicht erkenntlich sind, holen Sie sich bitte von Ihrer Versicherung eine entsprechende Bestätigung und legen diese den Versicherungsunterlagen bei.

**Weitere Nachweise Versicherungsunterlagen (gilt NICHT für DHV-Hebammen ab 01.07. 2015 bis auf weiteres):**

- Besondere Bedingungen zu den Versicherungen (auch Gruppen-Haftpflicht-Versicherungen) sowie der beantragten Versicherungsform
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB)
- Risikobeschreibungen und Besondere Bedingungen Haftpflichtversicherung für private Risiken sowie
- Leistungskatalog für Hebammen, Allgemeine Vertragsinformation

**Nachweis über abgerechnete geburtshilfliche Leistung/en:**

Nach Anlage 1.4 können für den Ausgleich der Haftpflichtkostensteigerung folgende geburtshilfliche Leistungen berücksichtigt werden:

- Beleggeburten im Krankenhaus (Positionsnummern 0901 und 0911),
- Beleggeburten in einer 1:1 Betreuung im Krankenhaus (Positionsnummern 0902 und 0911),
- Geburten in Arztpraxen (Positionsnummern 1000 und 1010),
- Geburten in einer von Hebammen geleiteten Einrichtung (Positionsnummern 1100 und 1110),
- Hausgeburt (Positionsnummern 1200 und 1210),
- Nicht vollendete Geburten (Positionsnummern 1600 und 1610),
- Geburten als zweite Hebamme (Positionsnummern 170X und 171X) oder
- (ggf. im Einzelfall maximal eine abgesagte Geburt p. a.)

Die Abrechnung ist jeweils über einen Rechnungsstellungsbeleg von Ihnen (oder von Ihrem Abrechnungszentrum) an die jeweilige Krankenkasse (oder deren Abrechnungszentrum) nachzuweisen.

Aus diesem Beleg müssen mindestens folgende Angaben für die jeweilige geburtshilfliche Leistung ersichtlich sein:

- Name und IK der Hebamme,
- IK der Krankenkasse,
- Versichertennummer und Versichertenkontaktdaten sind zu schwärzen,
- Datum der Leistungserbringung der geburtshilflich relevanten Gebührenposition/en,
- Angabe der relevanten geburtshilflichen Positionsnummer/n sowie der
- Gesamtbetrag der Rechnung

Es kann im Einzelfall maximal eine abgesagte Geburt pro Jahr berücksichtigt werden. Diese ist durch einen schriftlichen Behandlungsvertrag nachweisbar. Hierfür ist auf einer Kopie des Behandlungsvertrages das Krankenkassen-IK anzugeben. Die Versichertennummer und die Kontaktdaten der Versicherten sind komplett zu schwärzen.

Dem Antrag ist jeweils auch ein Nachweis über den Zahlungseingang von der Krankenkasse (bzw. von einem von ihr beauftragten Abrechnungszentrum) über die in dem Rechnungsstellungsbeleg aufgeführte geburtshilfliche Leistung beizufügen. Dies kann beispielsweise durch einen Kontoauszug (nicht relevante Positionen sind zu schwärzen) nachgewiesen werden oder auch durch eine Bestätigung des Eingangs der Zahlung durch ein von Ihnen beauftragtes Abrechnungszentrum. Die Rechnungsnummer der in Rechnung gestellten geburtshilflichen Leistung muss auf dem Nachweis über den Zahlungseingang ersichtlich ist.

Erläuterung: Nach Anlage 1.4 zum Vertrag nach § 134a SGB V i. d. Fassung des Schiedsspruches 2015 wird von der Hebamme ein Nachweis über die Erbringung und Abrechnung einer geburtshilflichen Leistung mit einer gesetzlichen Krankenkasse gefordert. Der Nachweis über die Rechnungstellung der Hebamme an die Krankenkasse reicht dafür nicht aus. Denn: Ein Nachweis über die Abrechnung einer geburtshilflichen Leistung kann sich immer nur – im Sinne des SGB V (§ 301 a SGB V) – auf den Abschluss des gesamten Abrechnungsvorganges beziehen. Dieser beginnt mit der Rechnungsstellung der Hebammen an die Krankenkasse und endet mit der Bezahlung der Rechnung an die Hebamme durch die Krankenkasse. Erforderlich ist demzufolge ein Nachweis über den Abschluss der Abrechnung. Daher ist der Zahlungsnachweis in der oben genannten Form über die von der Hebamme erbrachte/n geburtshilfliche/n Leistung/en vorzulegen.

**Ergänzende Hinweise:**

- Bitte beachten Sie, dass Ihre Antragsunterlagen hier eingescannt werden. In diesem Zusammenhang bitten wir darum, auf jegliche Art von Klammern, Mappen o.ä. zu verzichten und nur DIN-A-4-Unterlagen zu nutzen.
- Bitte legen Sie Ihrem Antrag KEINE Qualitätsnachweise bei. Der GKV-Spitzenverband überprüft die Qualitätsnachweise von 20 % aller antragstellenden Hebammen ab 2018 einmal jährlich stichprobenartig.
- Bei Vorlage unvollständiger oder fehlerhafter Antragsunterlagen setzt der GKV-Spitzenverband eine einmalige Nachfrist. Bei Nichteinhaltung der Frist bzw. Nichtvorlage sämtlicher Unterlagen nach Fristablauf ist der GKV-Spitzenverband berechtigt, den Antrag der Hebamme abzulehnen.
- Da eine Vielzahl von Anträgen täglich eingehen, wird eine gewisse Bearbeitungszeit im Einzelfall nicht zu vermeiden sein. Bitte sehen Sie deswegen von zwischenzeitlichen telefonischen Abfragen zum Stand der Bearbeitung ab. In dringenden Ausnahmefällen können Sie uns jedoch eine E-Mail senden an sizu@gkv-spitzenverband.de

Mustrantrag mit Anlagen

Anlage - Formular zur Anlage 1.4

GKV-Spitzenverband

Sicherstellungszuschlag

Reinhardtstr. 28

10117 Berlin

**Formular zur Anlage 1.4 des Vertrages nach § 1 34a SGB V für die Zahlung eines Ausgleiches der Haftpflichtkostensteigerung**

(Das Formular ist nur gültig bei vollständigen Angaben und Unterschrift. Eine Empfangsbestätigung wird nicht versandt.)

| | |
|---|---|
| Datum des Antrages: | xx.xx.20xx |
| Anrede: | Frau |
| Vor- und Nachname der Hebamme: | Maria Mustermann |
| Straße u. Hausnr.: | Mustermannstr. 1 |
| PLZ, Ort: | 12345 Musterstadt |
| E-Mail: | muster@mann.de |
| Tel.-Nr.: | 0171 xxx xxx |

**Für den Ausgleichszeitraum/die Ausgleichszeiträume von (bitte ankreuzen):**

☒ 01.07. bis 30.09.20xx ☒ 01.10. bis 31.12.20xx oder von: _____ bis: _____

☐ 01.01. bis 31.03. ☐ 01.04. bis 30.06. (nur für Hebammen **ohne** Versicherungs-Wechselmöglichkeit)

**IK der Hebamme** gemäß § 1 i.V.m. § 4 Abs. 2 der Anlage 1.4, über das im Ausgleichszeitraum geburtshilfliche Leistungen der Hebamme abgerechnet wurden:

IK: 450 123 456 (gültig von: _____ bis: _____

IK: _____ (gültig von: _____ bis: _____

☒ Die erforderlichen **Qualitätsnachweise** gemäß Anhang 3.b Nachweisverfahren zur Qualitätsvereinbarung (Anlage 3 des Vertrages nach § 134a SGB V) wurden erbracht.

Folgende Anlagen sind beigefügt:

- **Versicherungspolice:** Nachweis über Versicherungszeitraum, Versicherungsprämie und weitere Versicherungsbedingungen im Sinne von § 2 Abs. 4a der Anlage 1.4 im Ausgleichszeitraum, insbesondere
  - Besondere Bedingungen zu den Versicherungen (auch Gruppen-Haftpflicht-Versicherungen) sowie der beantragten Versicherungsform
  - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB)
  - Risikobeschreibungen und Besondere Bedingungen Haftpflichtversicherung für private Risiken sowie
  - Leistungskatalog für Hebammen, Allgemeine Vertragsinformation
- **Nachweis** über abgerechnete **geburtshilfliche Leistung/en** im o.g. Ausgleichszeitraum/-räumen (ggf. inkl. einer abgesagten Geburt, nachgewiesen durch schriftlichen Behandlungsvertrag)

**Eidesstattliche Erklärung:**

Ich versichere die Richtigkeit der o.g. Angaben. Ich bin damit einverstanden, dass mein IK an die Krankenkassen zur Prüfung meiner Angaben zu den abgerechneten geburtshilflichen Leistungen/dem Behandlungsvertrag weitergegeben werden kann.

Datum: xx.xx.20xx Unterschrift: Maria Mustermann

Deutscher
Hebammen
Verband

hevianna

VER | SICHER | UNGS
KAMMER
BAYERN

Ein Stück Sicherheit

# VERSICHERUNGSBESTÄTIGUNG

Zur Gruppenhaftpflichtversicherung des Deutschen Hebammenverband e. V. (DHV e. V.)
(gilt als Versicherungspolice)

oder anderer Versicherung

Versichertes Mitglied **Maria Mustermann**
Hebamme im Berliner Hebammenverband e. V. Geschäftsstelle

Haftpflicht Form 1 M.-Nr. 12345 Karlsruhe, xx. Juni 20xx

## Versicherungsbeginn und Laufzeit

Versicherungsbeginn xx.xx.20xx , 00:00 Uhr
Ablauf der Versicherung ist der xx.xx.20xx, 00:00 Uhr. Der Vertrag endet zu diesem Termin ohne dass es einer gesonderten Kündigung bedarf.

## Versicherungsumfang

Der Versicherungsschutz ist in nachfolgenden Bedingungen geregelt:
- Besondere Bedingungen zur Gruppenhaftpflicht-Versicherung des DHV e. V. sowie der beantragten Versicherungsform
- Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB)
- Risikobeschreibungen und Besonderen Bedingungen Haftpflichtversicherung für das Heilwesen Abschnitt K IV. und K VI. (RBHHeilw Stand 01.07.2014)
- Risikobeschreibungen und Besondere Bedingungen Haftpflichtversicherung für private Risiken Teil A, B, C und K, (RBHPrivat Stand 01.07.2015)
- Leistungskatalog für Hebammen, Stand 01.07.2016
- Allgemeine Vertragsinformation (§ 1 VVG-InfoV)

## Beitragszahlung

Der für den Versicherungsschutz erhobene Beitrag muss jeweils, nach gesonderter Aufforderung durch den DHV e. V., im Voraus für das Kalenderjahr entrichtet werden. Die Einzahlungsquittungen bzw. die Abbuchungsbelege gelten als Zahlungsnachweis und sind sorgfältig aufzubewahren (30 Jahre).

## Deckungssummen je Versicherungsfall / Jahresmaximierung / Kumulierung

Die in den Ziffern 1 und 2 genannten Deckungssummen und Maximierungen stehen je versicherte Hebamme zur Verfügung.

Ziffer 1 Die Deckungssumme beträgt je Versicherungsfall
6.000.000,- € für Personenschäden
3.000.000,- € für Sachschäden
5.000.000,- € für Umweltschäden
250.000,- € für Vermögensschäden
Die Gesamtleistung für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres beträgt das Doppelte - für Schäden durch Umwelteinwirkung das Einfache - dieser Deckungssummen.

Ziffer 2 Im Rahmen der gemäß Ziffer 1 genannten Sachschadendeckungssumme und Jahresmaximierung steht zur Verfügung:
- für das Abhandenkommen von Sachen der werdenden Mütter und Wöchnerinnen
35.000,- € je Versicherungsfall, begrenzt auf
140.000,- € je Versicherungsjahr
- für das Abhandenkommen von Schlüsseln
35.000,- € je Versicherungsfall, begrenzt auf
140.000,- € je Versicherungsjahr
- für Mietsachschäden an Gebäuden/Räumen
3.000.000,- € je Versicherungsfall, begrenzt auf
6.000.000,- € je Versicherungsjahr
- für die Beschädigung und das Abhandenkommen von fremden Sachen, an oder mit denen eine berufliche Tätigkeit ausgeübt wurde (Bearbeitungsschäden)
35.000,- € je Versicherungsfall, begrenzt auf
140.000,- € je Versicherungsjahr

Ziffer 3 Der Versicherer leistet je Versicherungsfall höchstens bis zu den in den Ziffern 1 und 2 genannten Summen, gleich, wie viele über diesen Vertrag versicherte Hebammen an diesem Versicherungsfall beteiligt sind bzw. aus Anlass dieses Versicherungsfalles auf Schadenersatz in Anspruch genommen werden.
Die Höchstersatzleistung je Schadenereignis für Personen-, Sach- und Vermögensschäden zusammen beträgt maximal 6.000.000,- €. Anderweitige bestehende Haftpflichtversicherungen für das Berufs- und Privathaftpflichtrisiko gehen dieser Versicherung vor.

Deutscher Hebammenverband eV Postfach 1724 D-76006 Karlsruhe

Frau Maria Mustermann
Mustermannstr. 1
12345 Musterstadt

Deutscher
**Hebammen**
Verband

oder anderer Versicherung

# RECHNUNG und Nachweis der Begleichung der Rechnung

Rechnung Mitgliedsbeitrag, Haftpflicht und Rechtsschutz

Bitte bei allen Rückfragen angeben!

| Rechnungsnummer | Rechnungsdatum | Kundennummer | Mitgliedsnummer |
|---|---|---|---|
| XXXXXX | xx.xx.20xx | 12345 | XXXXXX |

| Menge | Produkt/Leistung | Einzelpreis | MwSt. | Rabatt | Gesamt Brutto |
|---|---|---|---|---|---|
| 1,00 | Umlage Haftpflichtversicherung (Form 1) xx.xx.20xx - xx.xx.20x | 3.421,38 | 0 % | 0,00 | 3.421,38 |

| Gesamt netto | MwSt. 7 % | MwSt. 19 % | Gesamt brutto |
|---|---|---|---|
| 3.421,38 EUR | 0,00 EUR | 0,00 EUR | 3.421,38 EUR |

**Ihre Zahlungsweise: SEPA-Lastschriftverfahren**
Die Beträge buchen wir am xx.xx.20xx von folgender Bankverbindung ab:

Kontoinhaber: Maria Mustermann
IBAN: [redacted]
SWIFT-BIC: [redacted]
Mandatsreferenz: [redacted]
Gläubiger ID: [redacted]

**Gruppen-Haftpflicht-Versicherung**
**Versicherungsscheinnummer:** [redacted]
**Versicherer: Bayerischer Versicherungsverband**

**Bitte beachten Sie:**
Über den Deutschen Hebammenverband sind all jene Hebammen und Geburtshäuser versichert, die
- uns gegenüber in Textform erklärt haben, dass und in welcher Form sie den Versicherungsschutz des Verbandes wählen und
- sich mit den vom Verband erhobenen (anteiligen) Beiträgen für Versicherung nicht in Verzug befinden.

**Rücklastschriftgebühr**
Sollte bei Abbuchung das Konto nicht ausreichend gedeckt sein bzw. ein Widerruf Ihrerseits erfolgen, ist der Deutsche Hebammenverband e. V. berechtigt, Ihnen die angefallene Rücklastschriftgebühr in Höhe von 13,00 € in Rechnung zu stellen.



Deutscher
Hebammenverband e.V.
Gartenstraße 26
76133 Karlsruhe

T. 0721-98189-0
F. 0721-98189-20
info@hebammenverband.de
www.hebammenverband.de

Vereinsregister:
Amtsgericht Karlsruhe Nr 2060
USt-IdNr.: DE205828171

Sparkasse Karlsruhe-Ettlingen
IBAN: DE83 6605 0101 0009 8881 16
SWIFT-BIC: KARSDE66XXX

**Belegausdruck der digitalen Rechnung nach §301a SGB V** für the eigenen Unterlagen

**Maria Mustermann**
Hebamme
Tel: 0171 xxx xxx
**Rechnungsteller: IK [redacted]**
**behandelnde Hebamme: IK 450 123 456**

**Rechnung** Nr: 2017123-K/123
Datum: xx.xx.20xx

Kassenadressen

[redacted]

**Kostenträger:**
*Krankenkasse*

Versicherte:

[redacted]

Kind:

Geburt: xx.xx.20xx

**Datelempfänger:**

**Belegempfänger:**

***Geburtshilfe***

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1700 2.Hebamme | | | | |
| | 12:00-16:00 | 8 x 30 min à 24,24 EUR | 300,73 | EUR |

**Gesamtbetrag:** **357,68 EUR**

P15 44

Musterbank

Marie Mustermann
Mustermannstr. 1
12345 Musterstadt

| B u.Tag | Wert | Wir haben für Sie gebucht | Belastung in EUR | Gutschrift in EUR |
|---|---|---|---|---|
| [redacted] | | | | |
| xx.xx. | xx.xx. | Zahlungseingang<br>RE2017123 - Krankenkasse | | 357,68 |

**Belegausdruck der digitalen Rechnung nach §301a SGB V** für die eigenen Unterlagen

**Maria Mustermann**
Hebamme
Tel: 0171 xxx xxx
**Rechnungssteller**
**behandelnde Hebamme: IK 450 123 456**

**Rechnung** Nr: **2017124-K/123**
Datum: xx.xx.20xx

**Kostenträger:**
*Krankenkasse*

**Kind:**

Geburt: xx.xx.20xx

**Dateiempfänger:**

**Belegempfänger:**

***Geburtshilfe***
1710 2.Hebamme (Z)
06:00-10:00 8 x 30 min à 29,09 EUR xx.xx.20xx 300,72 EUR
***Materialpauschalen***

***Wegegeld***

**Gesamtbetrag:** **401,74 EUR**

P1851

Hebamme
Maria Mustermann
Mustermannstr. 1
12345 Musterstadt

[redacted]

[redacted]

**Zahlungsavis** [redacted]

Musterdorf, xx. November 20xx

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachstehende Posten werden am xx. November 20xx im Auftrag der [redacted] zur Zahlung angewiesen.

| Belegart | Beleg-Nr. | Vorgangs-Nr. | Belegdatum | Betrag in EUR | Skontobetrag in EUR | Zahlbetrag in EUR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Rechnung | 2017124-K/123 | xxxxxxxxxx | xx.xx.xx | 401,74 | 0,00 | 401,74 |

[redacted]