

GKV-Spitzenverband  
Sicherstellungszuschlag  
Reinhardtstr. 28  
10117 Berlin

### Formular zur Anlage 1.4 des Vertrages nach § 134a 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: \_\_\_\_\_  
Anrede: \_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname der Hebamme: \_\_\_\_\_  
Straße u. Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

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

- 01.07. bis 30.09.     01.10. bis 31.12.    **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: \_\_\_\_\_ (gültig von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_)  
IK: \_\_\_\_\_ (gültig von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_)

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: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_



## 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 Sie Ihren Antrag auf Zahlung eines Ausgleiches der Haftpflichtkostensteigerung stellen wollen.

Wenn Sie eine Police 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 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 Police 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.

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.

Zudem senden Sie uns neben dem Antragsformular bitte folgende **Anlagen** zu:

### Nachweis Versicherungspolice:

Aus der Police inklusive sämtlicher Versicherungsunterlagen, 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

muss ersichtlich sein

- der Versicherungszeitraum und die Prämienhöhe,
- die von Ihnen getragenen Kosten für den tatsächlichen Versicherungszeitraum. 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.
- ob es sich um eine Police mit oder ohne Vorschaden handelt.

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

### 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 sowie die
- Angabe der relevanten geburtshilflichen Positionsnummer/n.

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 legen Sie Ihrem Antrag **KEINE Qualitätsnachweise** bei. Der GKV-Spitzenverband überprüft die Qualitätsnachweise von 20 % aller antragstellenden Hebammen 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 in der Anfangszeit mit einer Vielzahl von Anträgen zu rechnen ist, 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 steht Ihnen der GKV-Spitzenverband von Di. bis Fr. 10–12 Uhr u. Mo. und Do. 15–17 Uhr unter der Telefonnummer 030 206288–2199 zur Verfügung (alternativ E-Mail: [sizu@gkv-spitzenverband.de](mailto:sizu@gkv-spitzenverband.de))