



Checkliste für Hebammen zur Beantragung des Haftpflichtkostenausgleichs

Der GKV-Spitzenverband erläutert nachfolgend die notwendigen Schritte zur Beantragung eines Haftpflichtkostenausgleichs, um eine zügige und reibungslose Antragsbearbeitung zu ermöglichen und gibt praktische Hinweise zur Einreichung der von Ihnen erforderlichen Unterlagen.

Bitte beachten Sie, dass der Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe nach § 134a SGB V die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten regelt. Die dazugehörige Anlage 1.4 – Haftpflichtausgleich kann demzufolge nur für Anträge von Hebammen greifen, die geburtshilfliche Leistungen für **gesetzlich Krankenversicherte** erbracht haben.

Bitte beachten Sie zusätzlich, dass Sie als Hebamme mit Wechselmöglichkeiten der Versicherungsart (Versicherung mit oder ohne geburtshilfliche Tätigkeiten) den Antrag **erst nach Abschluss des jeweiligen Halbjahres** (ab 01.01. bzw. 01.07.) stellen dürfen. Da ein Antrag **nur zweimal jährlich** gestellt werden soll, fassen Sie bitte stets mindestens zwei Quartale zusammen.

1. Antragsformular

Kontaktdaten und Ausgleichszeitraum/–zeiträume

Nach dem vollständigen Ausfüllen der Kontaktdaten in das jeweils aktuelle Formular (vgl. Internetseite vom GKV-Spitzenverband), geben Sie bitte an, für welche/n Ausgleichszeitraum/–räume (bitte inklusive Jahresangabe) Sie Ihren Antrag stellen wollen. Sollten Sie Anträge für mehrere Jahre einreichen wollen, ergänzen Sie bitte keine zusätzlichen Felder, sondern nutzen bei Bedarf weitere Antragsformulare, die Sie wiederum vollständig ausfüllen.

Wenn Sie eine Berufshaftpflicht-Versicherungspolice mit unterjähriger Wechselmöglichkeit der Versicherungsform (mit Geburtshilfe (bei DHV-Mitgliedern Form 1)/ohne Geburtshilfe (Form 2 o. a.)) abgeschlossen haben, ist in den einzelnen Quartalskästchen jeweils ein (X) und dahinter die entsprechende Jahresangabe einzutragen.

Voraussetzung hierfür ist, dass Sie

- mindestens eine geburtshilfliche Leistung im Quartal (ggf. im Einzelfall maximal eine abgesagte Geburt pro Versicherungsjahr, nachgewiesen durch den schriftlichen Behandlungsvertrag) nebst Nachweis der Erstattung durch die Krankenkasse
- und die Zahlung der Haftpflichtkosten entsprechend des aufgeführten Zeitraumes/der aufgeführten Zeiträume nachweisen können.

Wenn der Versicherungszeitraum von den vorgedruckten Quartalsgrenzen abweicht, tragen Sie den genauen Versicherungszeitraum gemäß Ihrer Versicherungspolice in die Zeile unterhalb der Quartalskästchen ein.

IK der Hebamme

Geben Sie bitte Ihr **persönliches IK** an, das Sie zum Zeitpunkt der geburtshilflichen Leistungserbringung verwendet haben und unter dem Sie in der Vertragspartnerliste Hebammen gelistet waren. Sollte sich Ihr IK zwischenzeitlich (z. B. aufgrund eines Umzugs in ein anderes Bundesland) geändert haben, geben Sie dieses bitte handschriftlich rechts neben dem früheren IK an.

Hinweis: Der GKV-Spitzenverband muss dabei die Daten, welche mit Ihrem aktuellen IK verknüpft sind und die uns von der ARGE IK geliefert werden, übernehmen. Eine Auszahlung an eine abweichende Kontoverbindung ist nicht möglich.

Tragen Sie abschließend das **aktuelle** Datum ein und unterzeichnen Sie das Antragsformular handschriftlich, nachdem Sie es noch einmal überprüft haben. Beachten Sie bitte, dass die Bearbeitung Ihres Antrags ein Ankreuzen **aller** Felder der Eidesstattlichen Erklärung voraussetzt.

2. Antragsunterlagen

Neben dem vollständig ausgefüllten Antragsformular senden Sie uns bitte folgende **Unterlagen** zu:

Nachweis einer Berufs-Haftpflichtversicherung (nicht der einer Berufs-Rechtsschutzversicherung) durch **Police sowie Zahlungsnachweis für den/die beantragten Ausgleichszeitraum/–zeiträume**



Hieraus muss ersichtlich sein:

- Versicherungszeitraum, Versicherungsunternehmen, Name der versicherten Hebamme, Deckungssumme, Prämienhöhe (nicht zutreffend für Hebammen mit einer DHV-Gruppenhaftpflichtversicherung) und ob es sich um eine Police mit oder ohne Vorschaden handelt,
- die von Ihnen getragenen Kosten für den tatsächlichen Versicherungszeitraum (zutreffend für Hebammen mit einer DHV-Gruppenhaftpflichtversicherung: Nachweis durch Rechnung und/oder Kontoauszug über die Abbuchung der Kosten, **bei dem nicht relevante Positionen zu schwärzen sind** o. ä.). Wenn Sie von der Möglichkeit des unterjährigen Wechsels der Police (mit und ohne Geburtshilfe) Gebrauch gemacht haben, legen Sie bitte detailliert Ihren Versicherungsverlauf anhand von Belegen (Policen und Rechnungen/Kontoauszügen) im beantragten Zeitraum dar.
- die von Ihnen getragenen Kosten für den tatsächlichen Versicherungszeitraum (zutreffend für Hebammen **ohne** unterjährige Wechselmöglichkeit der Versicherungsform: Nachweis durch Rechnung **und** Kontoauszug über die Abbuchung der Kosten, bei dem nicht relevante Positionen zu schwärzen sind o. ä.).

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.

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 behandelnden Hebamme,
- Name und/oder IK der Krankenkasse,
- Datum der Leistungserbringung der geburtshilflich relevanten Gebührenposition (s. o.),
- Angabe der relevanten geburtshilflichen Positionsnummer (s. o.) sowie der
- Gesamtbetrag der Rechnung.

Versichertennummer und Versichertenkontaktdaten sind zu schwärzen.

Im Einzelfall kann maximal eine **abgesagte Geburt** pro Jahr berücksichtigt werden. Wenn Sie von dieser Möglichkeit Gebrauch machen müssen, übersenden Sie uns bitte eine Kopie des schriftlichen Behandlungsvertrages, aus dem sämtliche folgende Angaben eindeutig hervorgehen:

- Vereinbarung, dass im konkreten Fall eine freiberufliche Geburtsleistung (im Sinne des § 4 Abs. 3 der Anlage 1.4 zum Hebammenhilfe-Vertrag) geplant war
- Hebamme, welche die geburtshilfliche Leistung erbringen sollte (z. B. anhand des IKs)
- **Krankenversichertennummer der Versicherten**
- Kostenträger (Krankenkassen-IK)
- Voraussichtlicher Entbindungstermin

Mit Ausnahme der Krankenversichertennummer sind die personenbezogenen Daten der Versicherten auf dem Behandlungsvertrag komplett zu schwärzen.

Nachweis über die Erstattung durch die Krankenkasse

Bitte übersenden Sie uns zudem den **Nachweis über die Rechnungsbegleichung durch die Krankenkasse**. Dies kann ein Kontoauszug (nicht relevante Positionen sind zu schwärzen), ein Zahlungsavis der Krankenkasse oder die Bestätigung Ihres Abrechnungszentrums sein. Die Zahlung muss der gestellten Rechnung eindeutig zuzuordnen sein. Dafür muss die Rechnungsnummer der in Rechnung gestellten geburtshilflichen Leistung auf dem Nachweis über den Zahlungseingang ersichtlich sein.

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. Daher bitten wir darum, auf jegliche Art von **Klammern, Mappen o. ä. zu verzichten und ausschließlich Unterlagen im DIN A4-Format zu nutzen**. Senden Sie **keine** Streifen, Kopien mit ausgeschnittenen Passagen o. ä.
- Achten Sie stets auf eine **eindeutige Lesbarkeit** aller Nachweise.
- Bitte legen Sie Ihrem Antrag **keine Qualitätsnachweise** bei. Der GKV-Spitzenverband überprüft die Qualitätsnachweise aller antragstellenden Hebammen einmal jährlich stichprobenartig.
- Bei Vorlage unvollständiger oder fehlerhafter Antragsunterlagen setzt der GKV-Spitzenverband eine **einmalige Nachfrist**. Übersenden Sie uns in diesem Fall **ausschließlich die angeforderten Unterlagen**.
- Bei **Nichteinhaltung** der Frist bzw. Nichtvorlage sämtlicher Unterlagen nach Fristablauf ist der GKV-Spitzenverband berechtigt, den Antrag der Hebamme **abzulehnen**.

GKV-Spitzenverband
Sicherstellungszuschlag
Reinhardtstr. 28
10117 Berlin

Musterantrag mit Anlagen

Nur vom GKV-SV zu füllen:

Antrag auf Zahlung eines Ausgleiches der Haftpflichtkostensteigerung nach § 134a SGB V

Je Versicherungsjahr dürfen höchstens 2 Anträge für vergangene Abrechnungszeiträume gestellt werden.
Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und unterschreiben es. Die erforderlichen Unterlagen sind bitte - ungeheftet und ohne Büroklammern - hintereinander beizufügen. Eine Empfangsbestätigung wird nicht versandt.

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

Für den Ausgleichszeitraum/die Ausgleichszeiträume von (bitte ankreuzen u. Jahreszahl angeben):

- 01.07. bis 30.09.20 xx 01.10. bis 31.12.20 xx
- 01.01. bis 31.03.20 -- 01.04. bis 30.06.20 --

- gesplittet
- 01
- 02

oder von: _____ bis: _____ (nur für Hebammen ohne Versicherungs-Wechselmöglichkeit)

Persönliches 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: 4 5 0123456

Erforderliche Nachweise zur Beantragung (vgl. § 4 der Anlage 1.4 des Vertrages)
Bitte nachfolgende Felder entsprechend ankreuzen und dazu Unterlagen beifügen.

Block 1

Berufshaftpflichtversicherung

- Berufshaftpflicht-Versicherungspolice habe ich beigelegt
Ersichtlich sein muss: Versicherungszeitraum, Versicherungsunternehmen, Prämienhöhe, Name des Versicherten, Deckungssumme, und ob es sich um eine Police mit oder ohne Vorschaden handelt
- und**
- Nachweis über die von mir getragenen Kosten für den tatsächlichen Versicherungszeitraum habe ich beigelegt (Nachweis über Rechnung und/oder Kontoauszug über die Abbuchung der Kosten, bei dem nicht relevante Positionen zu schwärzen sind o.ä.)
- ggf. Nachweis über Zuschuss zur Haftpflichtversicherung habe ich beigelegt

zusätzlich für Einzel-Versicherung (nicht DHV-Gruppenvertrag):

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) habe ich beigelegt
- Risikobeschreibungen und Besondere Bedingungen Haftpflichtversicherung für private Risiken (Privathaftpflicht) habe ich beigelegt
- Leistungskatalog für Hebammen, Allgemeine Vertragsinformation habe ich beigelegt
- ggf. Unterlagen zur Einzel-Versicherung sind unverändert und liegen Ihnen bereits vor

VERSICHERUNGSBESTÄTIGUNG

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

oder anderer Versicherung

Versichertes Mitglied

Maria Müstermann

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: <ul style="list-style-type: none">• Besondere Bedingungen zur Gruppenhaftpflichtversicherung 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: <ul style="list-style-type: none">8.000.000,- € für Personenschäden3.000.000,- € für Sachschäden5.000.000,- € für Umweltschäden250.000,- € 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: <ul style="list-style-type: none">- für das Abhandenkommen von Sachen der werdenden Mütter und Wöchnerinnen<ul style="list-style-type: none">35.000,- € je Versicherungsfall, begrenzt auf140.000,- € je Versicherungsjahr- für das Abhandenkommen von Schlüsseln<ul style="list-style-type: none">35.000,- € je Versicherungsfall, begrenzt auf140.000,- € je Versicherungsjahr- für Mietschäden an Gebäuden/Räumen<ul style="list-style-type: none">3.000.000,- € je Versicherungsfall, begrenzt auf8.000.000,- € je Versicherungsjahr- für die Beschädigung und das Abhandenkommen von fremden Sachen, an oder mit denen eine berufliche Tätigkeit ausgeübt wurde (Bearbeitungsschäden)<ul style="list-style-type: none">35.000,- € je Versicherungsfall, begrenzt auf140.000,- € je Versicherungsjahr
Ziffer 3	Der Versicherer leistet je Versicherungsfall höchstens bis zu dem 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 Höchsterstattung je Schadenersatz 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: DE 12345
SWIFT-BIC: XXXX
Mandatsreferenz: [REDACTED]
Gläubiger ID: [REDACTED]

Gruppen-Haftpflicht-Versicherung
Versicherungsscheinnummer: 1234
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 2080
USt-IdNr.: DE205828171

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

Maria Mustermann

Hebamme

Tel: 0171 xxx xxx

Rechnungssteller: IK [REDACTED]

behandelnde Hebamme: IK 450 123 456

Rechnung Nr: 2017123-K/123

Datum: xx.xx.20xx

Kassenadressen

[REDACTED]

Kostenträger:

Krankenkasse

IK / Name der Krankenkasse

Versicherte:

[REDACTED]

Kind:

Geburt: xx.xx.20xx

Dateiempfänger:

Belegempfänger:

Geburtshilfe

1700 2 Hebamme

12:00-16:00 8 x 30 min à 24,24 EUR

300,73 EUR

Gesamtbetrag:

357,68 EUR

Musterbank

Maria Mustermann
Mustermannstr. 1
12345 Musterstadt

B u. Tag	Wert	Wir haben für Sie gebucht	Belastung in EUR	Gutschrift in EUR
----------	------	---------------------------	------------------	-------------------

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

357,68

xx.xx. xx.xx.

Zahlungseingang
RE2017123 - Krankenkasse

[REDACTED]

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 (Name / IK)

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

Hebamme
Maria Mustermann
Mustermannstr. 1
12345 Musterstadt



Zahlungsavis 1234

Musterdorf, xx. November 20xx

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachstehende Posten werden am xx. November 20xx im Auftrag der *Name/OK d. KK* zur Zahlung angewiesen.

Belegart	Beleg-Nr	Vorgangs-Nr	Belegdatum	Betrag in EUR	Skontobetrag in EUR	Zahlungsbetrag in EUR
Rechnung	2017124-K/123	XXXXXXXXXX	XX.XX.XX	401,74	0,00	401,74

[Redacted area]