

Anlage 6 zum Vertrag nach § 134a SGB V Formularsammlung

Die in dieser Anlage geregelten Formulare gelten als verbindlich zu verwendende Dokumente. Sie enthalten das Datum, ab dem sie gültig sind und frühere Fassungen ersetzen. Veraltete Formulare sind ab Inkrafttreten einer neuen Fassung nicht mehr zu verwenden.

Formular 1: Beitritts- und Änderungsformular zum Vertrag nach § 134a SGB V

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beitrittserklärung | <input type="checkbox"/> Änderungsmitteilung |
|--|---|

Bitte füllen Sie das Formular – egal ob Beitrittserklärung oder Änderungsmitteilung – vollständig und gut lesbar aus und senden Sie es an den Verband nach Block A.

Block A: Beitritt zum Hebammenhilfe-Vertrag über einen Verband

Ein Beitritt zum Hebammenhilfe-Vertrag ist nur über **einen** der drei folgenden Verbände möglich. Wenn Sie sowohl Mitglied im Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands (BfHD) als auch im Deutschen Hebammenverband (DHV) sind, entscheiden Sie sich für einen der beiden Verbände, über den Sie beitreten. Der BfHD und der DHV übermitteln die Daten für die Vertragspartnerliste Hebammen einmal wöchentlich an den GKV-Spitzenverband, der diese an die Krankenkassen für die Abrechnung weitergibt. Der Verband, über den Sie dem Hebammenhilfe-Vertrag beitreten, verwaltet Ihre Daten. Adressdaten erhält der GKV-Spitzenverband über Ihr persönliches Institutionskennzeichen.

Ich bin **Mitglied im BfHD** und trete dem Hebammenhilfe-Vertrag über diesen Verband bei. Dieses Formular und die geforderten Nachweise sende ich per:

E-Mail: geschaeftsstelle@bfhd.de
 Fax: 069-79534972

Post per Einwurfeinschreiben:
 Bund freiberuflicher Hebammen
 Deutschlands
 Kasseler Str. 1a
 60486 Frankfurt

Ich bin **Mitglied im DHV** und trete dem Hebammenhilfe-Vertrag über diesen Verband bei. Dieses Formular und die geforderten Nachweise sende ich per:

E-Mail mit Betreff „VPL“:
mitgliederbetreuung@hebammenverband.de

Post per Einwurfeinschreiben:
 Deutscher Hebammenverband
 Gartenstr. 26
 76133 Karlsruhe

Ich bin **kein Mitglied im DHV und/ oder BfHD** und trete dem Hebammenhilfe-Vertrag über den **GKV-Spitzenverband** bei. Dieses Formular und die geforderten Nachweise sende ich per:

E-Mail ausschließlich im PDF-Format:
hebammen@gkv-spitzenverband.de

Post:
 GKV-Spitzenverband
 Abteilung Ambulante Versorgung
 Reinhardtstraße 28
 10117 Berlin

Block B: Verpflichtende Angaben für die Vertragspartnerliste Hebammen

| | | | |
|---|--|---------|--|
| Nachname | | Vorname | |
| Geburtsdatum _ . _ . _ . _ . _ . _ . | Persönliches Institutionskennzeichen 4 5 _ _ _ _ _ . _ . _ . | | |
| Telefonnummer | | | |
| E-Mail-Adresse (falls vorhanden) | | | |

| Außerklinische Leistungen | Schwangerenbetreuung | | Wochenbett-/ Stillbetreuung | | Geburtsvorbereitungskurse | | Rückbildungskurse | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | in Präsenz | digital | in Präsenz | digital | in Präsenz | digital | in Präsenz | digital |
| Leistungserbringung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Geburtshilfe | im häuslichen Umfeld | in Geburtshaus oder Praxis | als <u>Dienst-</u> Beleghebamme | als <u>Begleit-</u> Beleghebamme |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| Leistung immer in Präsenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|---|--|
| Zeitraum, in dem geburtshilfliche Leistungen erbracht werden und eine ausreichende Versicherung vorliegt | Geburtshilfe von _ . _ . _ . _ . _ . _ . | (falls bekannt) bis _ . _ . _ . _ . _ . _ . |
|--|---|--|

Block C: Verpflichtende Angaben zu weiteren IKs und angestellten Hebammen

Dieser Abschnitt wird nur dann ausgefüllt, wenn Sie Leistungen von einem zweiten Arbeitsort aus, über eine Hebammeninstitution (z.B. von Hebammen geleitete Einrichtungen (HgE - Geburtshäuser), Hebammenpraxen oder Hebammenteams) abrechnen wollen.

| | |
|--|--|
| 1. weiteres Institutionskennzeichen 4 5 _ _ _ _ _ _ _ _ | 2. weiteres Institutionskennzeichen 4 5 _ _ _ _ _ _ _ _ |
| 3. weiteres Institutionskennzeichen 4 5 _ _ _ _ _ _ _ _ | 4. weiteres Institutionskennzeichen 4 5 _ _ _ _ _ _ _ _ |

Falls Sie Hebammen angestellt haben, geben Sie deren Namen an. Sollten Sie mehr als drei Hebammen angestellt haben, teilen Sie deren Namen bitte auf einem gesonderten Beiblatt mit. Mit der Angabe von angestellten Hebammen bestätigen Sie, dass Sie Ihren Angestellten die Rechte und Pflichten aus dem Hebammenhilfe-Vertrag bekannt gegeben haben und deren Anwendung in geeigneter Weise sicherstellen. Es können ausschließlich Leistungen von angestellten Hebammen, die vor der Leistungserbringung angemeldet wurden, zur Abrechnung gebracht werden.

| | |
|------------------------------|---------|
| 1. angestellte Hebamme: Name | Vorname |
| 2. angestellte Hebamme: Name | Vorname |
| 3. angestellte Hebamme: Name | Vorname |

Block D: Freiwillige Angaben für die Hebammenliste im Internet

Die Umkreissuche der Hebammenliste greift auf Ihre Anschrift zu, die Sie in Ihrem persönlichen Institutionskennzeichen bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (ARGE IK) hinterlegt haben. Sollten Sie nicht in der Nähe dieser Adresse tätig sein, können Sie eine abweichende geographische Adresse (Tätigkeitsmittelpunkt) angeben. Sie werden dann ausschließlich im Umkreis dieser Adresse angezeigt:

| | |
|--|-----|
| Tätigkeitsmittelpunkt ausschließlich für die örtliche Zuordnung auf der Hebammenliste – nicht als Postanschrift! | |
| Straße | |
| PLZ | Ort |

Der GKV-Spitzenverband ist gesetzlich verpflichtet, eine Hebammenliste im Internet zu führen. Alle zur Leistungserbringung zugelassenen freiberuflichen Hebammen können dort von Versicherten im Rahmen einer Umkreissuche gefunden werden. In der Hebammenliste werden Name, Vorname, Telefonnummer, ggf. E-Mail-Adresse sowie das Leistungsspektrum angezeigt. Sie können darüber hinaus zusätzliche Angaben als Information für Versicherte hinterlegen. Mit der Eintragung freiwilliger Angaben stimmen Sie der Verwendung für die Hebammenliste zu. Diese Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen gegenüber dem Verband widerrufen werden, über den Sie nach Block A dem Hebammenhilfe-Vertrag beigetreten sind.

| |
|---|
| Webseite |
| Für die Betreuung von Versicherten ausreichende Gebärdens- bzw. Fremdsprachenkenntnisse (bitte aufzählen) |

Block E: Check-Liste

- Die Anmeldung meiner freiberuflichen Tätigkeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (in der Regel Gesundheitsamt) ist erfolgt.
- Die bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (ARGE IK) zu meinem persönlichen Institutionskennzeichen hinterlegten Daten (Name, Bankverbindung, Anschrift) sind aktuell.
- Ein Nachweis über eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung, die dem Leistungsspektrum unter Block B entspricht (mit oder ohne Geburtshilfe), ist beigefügt.
(Hinweis: Anträge auf eine Berufshaftpflichtversicherung sind als Nachweis nicht ausreichend.)
- Ein Nachweis über meine Berufserlaubnis als „Hebamme“ ist beigefügt.
- Nach Kündigung der Mitgliedschaft in einem Berufsverband: Die Kündigungsbestätigung des BfHD bzw. DHV ist beigefügt.

Block F: Erklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben. Die Inhalte des Hebammenhilfe-Vertrags und die sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten sind mir bekannt. Änderungen durch die Vertragspartner nach § 134a SGB V werden automatisch für mich rechtsverbindlich, ohne dass es meiner erneuten Zustimmung bedarf. Über Änderungen informiere ich mich regelmäßig in den Veröffentlichungen des Verbandes, über den ich nach Block A beitrete.

Mir ist bekannt, dass für den Beitritt zum Hebammenhilfe-Vertrag das Datum des Posteingangsstempels der notwendigen Unterlagen beim zuständigen Verband nach Block A gilt. Ein rückwirkender Beitritt ist ausgeschlossen. Fehlerhafte und unvollständige Unterlagen führen dazu, dass keine Eintragung in der Vertragspartnerliste Hebammen erfolgt und ich nicht mit den Gesetzlichen Krankenkassen abrechnen kann.

Ich versichere, dass ich alle Änderungen der obigen Daten unverzüglich dem Verband mitteile, über den ich dem Hebammenhilfe-Vertrag nach Block A beitrete. Bei Änderungen des Leistungsspektrums nach Block B füge ich den Nachweis einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung (mit oder ohne Geburtshilfe) bei. Probleme bei der Abrechnung oder der Beantragung eines Sicherstellungszuschlages aufgrund nicht, fehlerhaft oder verspätet gemeldeter Daten gehen zu meinen Lasten.

Unterbrechungen (mehr als drei Monate) oder die Beendigung meiner freiberuflichen Tätigkeit, die rechtskräftige Entziehung meiner Berufserlaubnis sowie den Wechsel meines Verbandes nach Block A teile ich ebenfalls unverzüglich dem Verband mit, über den ich dem Hebammenhilfe-Vertrag beigetreten bin.

| Ort | Datum | Unterschrift |
|-----|-------|--------------|
| | | |

Nach erfolgreicher Prüfung Ihrer Unterlagen erhalten Sie vom Verband, über den Sie dem Hebammenhilfe-Vertrag beitreten, ein Bestätigungsschreiben. Dieses enthält auch das Datum, ab dem der Beitritt bzw. die Datenänderung gültig ist und der Hebammenhilfe-Vertrag gemäß § 134a Abs. 2 SGB V für Sie Rechtswirkung hat.

Formular 2: Widerrufsformular zum Vertrag nach § 134a SGB V

Angaben zum zuständigen Verband

Der Widerruf des Beitritts zum Hebammenhilfe-Vertrag erfolgt ausschließlich gegenüber dem Verband, über den Sie ursprünglich beigetreten sind. Der Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. (BfHD) und der Deutsche Hebammenverband e.V. (DHV) übermitteln den Widerruf für die Vertragspartnerliste Hebammen automatisch an den GKV-Spitzenverband, der diese gesammelt an die Krankenkassen für die Abrechnung weitergibt.

Ich bin dem Hebammenhilfe-Vertrag über den **BfHD** beigetreten und sende dieses Formular per:

E-Mail: geschaeftsstelle@bfhd.de
Fax: 069-79534972

Post per Einwurfeinschreiben:
Bund freiberuflicher Hebammen
Deutschlands
Kasseler Str. 1a
60486 Frankfurt

Ich bin dem Hebammenhilfe-Vertrag über den **DHV** beigetreten und sende dieses Formular per:

E-Mail mit Betreff „VPL“:
mitgliederbetreuung@
hebammenverband.de

Post per Einwurfeinschreiben:
Deutscher Hebammenverband
Gartenstr. 26
76133 Karlsruhe

Ich bin dem Hebammenhilfe-Vertrag über den **GKV-Spitzenverband** beigetreten und sende dieses Formular per:

E-Mail ausschließlich im PDF-Format:
hebammen@gkv-spitzenverband.de

Post:
GKV-Spitzenverband
Abteilung Ambulante Versorgung
Bereich Hebammen
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Angaben zur Person

| | | | |
|-----------------|-------------------------|---------|--|
| Nachname | | Vorname | |
| Geburtsdatum | Institutionskennzeichen | | |
| __ . __ . __ __ | 4 5 _ _ _ _ _ | | |

Erklärung

Hiermit widerrufe ich meinen Beitritt zum Hebammenhilfe-Vertrag zum:

| |
|---------------------------|
| Letzter Tag der Tätigkeit |
| __ . __ . 2 0 _ _ |

Leistungen, die ich nach dem Widerruf erbringe, können nicht mehr mit den Gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden. Sollte ich erneut Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung erbringen wollen, erkläre ich vor der Leistungserbringung meinen erneuten Beitritt zum Hebammenhilfe-Vertrag. Ein rückwirkender erneuter Beitritt ist ausgeschlossen.

| | | |
|-----|-------|--------------|
| Ort | Datum | Unterschrift |
|-----|-------|--------------|

Formular 3.5 Versichertenbestätigung Beleghebamme

Rechnungsnummer

| | | |
|--------------------------------|-------------------|----------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname der Versicherten | | |
| | | geb. am: |
| Krankenkassen-IK | Versicherten-Nr. | |
| Errechneter Termin | Geburtsdatum Kind | |

| Name, Vorname der Hebamme | Heb-Nr. | IK |
|---------------------------|---------|----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Leistungen | | <input type="checkbox"/> als Begleit-Beleghebamme | | | | | | | | | | | *befristet bis 31.12.2027 | Begründung/Vermerk/Anordnung (bitte unten erläutern) | | | | | | | |
|---|-------|---|---------------------------------------|---|---------------------------------------|--------------------------------|---|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------|-------|---------------------------|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------------------|-------|
| Uhrzeit der Geburt: | | bei Mehrlingen weitere Uhrzeiten: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Lebendgeburt <input type="checkbox"/> nur Plazentageburt <input type="checkbox"/> Fehlgeburt <input type="checkbox"/> Totgeburt | | Hilfeleistung stationär Schwangerschaft | Überwachung stationär Schwangerschaft | Hilfeleistung zur Abklärung akuter Behandlungsbedarf* | Überwachung akuter Behandlungsbedarf* | Hilfeleistung Wehen und Geburt | 1:1-Betreuung 2 h vor bis 2 h nach Geburt | Überwachung Wehen und Geburt | Hilfeleistung durch 2. Hebamme | Hilfeleistung frühes Wochenbett | 107X5 | 108X5 | | | 109X5 | 110X5 | 201X5 | 203X5 | 205X5 | 208X5 | 302X5 |
| Heb-Nr. | Datum | Uhrzeit von | Uhrzeit bis | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | Unterschrift der Versicherten | X |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Begründungen und Vermerke
z.B. für 2. Hebamme

| | | | |
|--|--|---|--|
| Ärztliche Anordnung | | Die medizinisch notwendigen zusätzlichen Hilfeleistungen ordne ich aufgrund der von mir vorgenommenen Untersuchung an. Die Anordnung erfolgt vor der Erbringung der zusätzlichen Leistungen und beruht auf folgender Indikation/Diagnose: | Vor- und Nachname, Fachrichtung, Adresse, LANR, Betriebsstättennummer, IK des Krankenhauses, Datum, ärztliche Unterschrift |
| Bitte angeben, für wie viele Minuten je Tag und bis zu welchem Tag (Enddatum) eine zusätzliche Hilfeleistung medizinisch notwendig ist | <input type="checkbox"/> während der Schwangerschaft <input type="checkbox"/> bei Wehen und Geburt (postpartale Überwachung) <input type="checkbox"/> im frühen Wochenbett (maximal 30 Minuten je Tag) | | |
| zusätzliche Minuten je Tag | Enddatum der Anordnung | | |

Formular 4: Antrag auf Zahlung eines Ausgleiches der Haftpflichtkostensteigerung nach § 134a SGB V

Der Antrag kann maximal zweimal je Kalenderjahr gestellt werden. Bitte füllen Sie das Formular vollständig und gut lesbar aus und laden es mit den notwendigen Nachweisen als PDF-Dokument im Antragsportal des GKV-Spitzenverbands hoch: <https://antraege.gkv-spitzenverband.de/home>.

Persönliche Angaben zur antragsstellenden Hebamme

| | |
|--|--------------------------|
| Nachname | Vorname |
| Telefonnummer für Rückfragen | |
| <input type="checkbox"/> Ich habe geprüft, dass meine <u>aktuelle</u> Adresse und E-Mail-Adresse bei der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen für mein persönliches Institutionskennzeichen gemeldet sind und habe meine Daten gegebenenfalls aktualisiert. | |
| Verwendete Institutionskennzeichen müssen in der Vertragspartnerliste Hebammen hinterlegt (gewesen) sein. | |
| ① <u>Aktuelles</u> persönliches Institutionskennzeichen | 4 5 _ _ _ _ _ |
| Nur falls von ① abweichend: <u>Früheres</u> persönliches Institutionskennzeichen, über das die geburtshilflichen Leistungen abgerechnet wurden | 4 5 _ _ _ _ _ |
| Nur falls von ① abweichend: Anderes Institutionskennzeichen, auf das die Auszahlung erfolgen soll | 4 5 _ _ _ _ _ |
| <input type="checkbox"/> Ich stelle den Antrag nicht für mich, sondern für meine <u>angestellte</u> Hebamme. | |
| Nachname der Angestellten | Vorname der Angestellten |

Hinweise zur Informationspflicht des GKV-Spitzenverbandes bei der Erhebung von personenbezogenen Daten finden Sie unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/hebammen/23-03-03_Hebammen_Datenschutz_Haftpflichtkosten.pdf

Beantragte Ausgleichszeiträume

| | |
|--|--|
| Achtung: Ein Ausgleich der Haftpflichtkosten kann nur für bereits abgeschlossene Zeiträume beantragt werden. | |
| Beginn des beantragten Ausgleichszeitraums | Ende des beantragten Ausgleichszeitraums |
| _ _ . _ _ . 2 0 _ _ | _ _ . _ _ . 2 0 _ _ |

Angaben zur Höhe der individuell getragenen Haftpflichtversicherungskosten

- in den Versicherungskosten sind Zuschläge für Vorschäden enthalten
- in den Versicherungskosten sind Kosten für die Begleichung der Versicherungsprämie enthalten zum Beispiel Zuschläge für monatliche oder quartalsweise Ratenzahlung
- die Kosten oder ein Teil der Kosten wurde durch Dritte getragen zum Beispiel durch Kliniken, Geburtshaus, öffentlich-rechtliche Stelle oder sonstige Dritte

Beizufügende Unterlagen für die beantragten Ausgleichszeiträume

Versicherungsunterlagen

- Berufshaftpflicht-Versicherungspolice
ersichtlich müssen sein: Versicherungszeitraum, Versicherungsunternehmen, Prämienhöhe, Versicherungsnehmer, versicherte Person, versicherte Risiken der Tätigkeit als Hebamme mit Geburtshilfe und zugehörige Deckungssummen, Angabe, ob es sich um eine Police mit oder ohne Vorschaden handelt, und – soweit zutreffend – Gebühren für etwaige Ratenzahlungen und Zuschläge für unterjährige Zahlungsweisen der Haftpflichtversicherungsprämie
- Nachweis über die für den Antragszeitraum tatsächlich getragenen Kosten
zum Beispiel durch Kontoauszug über die Abbuchung der Kosten
- gegebenenfalls Nachweis über (Teil-)Zahlungen zur Haftpflichtversicherung durch Dritte
zum Beispiel durch Kliniken, Geburtshaus, öffentlich-rechtliche Stelle oder sonstige Dritte

Abrechnung geburtshilflicher Leistungen je Ausgleichszeitraum

- Rechnung über geburtshilfliche Leistung an eine gesetzliche Krankenkasse
ersichtlich müssen sein: Name und persönliches Institutionskennzeichen der Hebamme, Name oder Institutionskennzeichen der Krankenkasse, Datum der geburtshilflichen Leistungserbringung unter Angabe der relevanten Positionsnummer und Gesamtbetrag der Rechnung einschließlich der Rechnungsnummer; Achtung: Versichertendaten sind zu schwärzen
- Nachweis über Zahlungseingang von der Krankenkasse
zum Beispiel durch Kontoauszug oder Bestätigung des Zahlungseingangs des Abrechnungszentrums der Hebamme; ersichtlich müssen sein: Krankenkasse, Rechnungsnummer und der Gesamtbetrag der Zahlung
- gegebenenfalls Nachweis über eine abgesagte Geburt
maximal einmal pro Kalenderjahr durch Kopie des Behandlungsvertrages; ersichtlich müssen sein: Name oder persönliches Institutionskennzeichen der Hebamme, Name oder Institutionskennzeichen der Krankenkasse, Versichertennummer und errechneter Geburtstermin; Achtung: Versichertendaten sind zu schwärzen

Qualitätssicherung

- Nachweis über Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Anlage 3.4 zum Hebammenhilfevertrag für den Zeitraum bis 36 Monate nach Beginn der geburtshilflichen Tätigkeit zum Beispiel durch QM-Inhalte in Studium oder Ausbildung, Teilnahme an einer QM-Schulung oder Bescheinigung einer von Hebammen geleiteten Einrichtung für den Zeitraum ab 36 Monaten nach Beginn der geburtshilflichen Tätigkeit alle drei Jahre durch ein erfolgreich abgeschlossenes externes Audit
- oder: Nachweis über die Erfüllung der Qualitätsanforderungen liegt bereits vor
wenn der entsprechende Nachweis für den beantragten Zeitraum bereits aus einem früheren Antrag vorliegt, muss dieser nicht erneut eingereicht werden

| | |
|---|---|
| Gültigkeit des Qualitätsnachweises von 2 0 | Gültigkeit des Qualitätsnachweises bis 2 0 |
|---|---|

Erklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben. Ich bin damit einverstanden, dass meine Institutionskennzeichen an die Krankenkassen zur Prüfung meiner Angaben weitergegeben werden können. Spätere Änderungen wie einen Wechsel der Haftpflichtversicherungsform, die Ausübung eines Sonderkündigungsrechts oder spätere Zuschüsse Dritter zeige ich unverzüglich an. Mir ist bewusst, dass falsche Angaben einen Verstoß gegen den Hebammenhilfevertrag darstellen und auch strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können.

| | | |
|-----|-------|--------------|
| Ort | Datum | Unterschrift |
|-----|-------|--------------|

Formular 5: Auditbogen

Block A Ergebnis des internen Audits

(Selbstbewertung durch Hebamme, von jeder Hebamme einmal jährlich auszufüllen, für Hebamme mit Geburtshilfe im häuslichen Umfeld auch Zusatzfragen)

| | |
|-------------------------------------|---------------------|
| Nachname der Hebamme | Vorname der Hebamme |
| Straße | |
| Postleitzahl | Ort |
| Institutionskennzeichen der Hebamme | 4 5 _ _ _ _ _ |

Nachweis über die Einführung eines QM-Systems

Der Nachweis über die Einführung eines QM-Systems erfolgt über die Teilnahmebestätigung an einer Schulung oder die Bestätigung einer anderen Einrichtung. Der Nachweis ist in der Anlage beizufügen.

| | | |
|---|-----------------------|-----|
| Einführung eines QM-Systems durch Schulung | Datum | Ort |
| oder | | |
| Einführung eines QM-Systems durch Bestätigung von anderer Einrichtung | Name der Organisation | |

Prüfergebnis

| | | |
|--|--------------------------------------|--|
| Abweichungen und Hinweise aus vorherigem Audit wurden umgesetzt (bei Weiterführung des QM) | <input type="checkbox"/> ausreichend | <input type="checkbox"/> nicht ausreichend |
| Anzahl in Ordnung und Empfehlung | | |
| Anzahl Hinweis | | |
| Anzahl Abweichung | | |
| Gesamtanzahl (ohne NIL und ohne NZ) | | |

Wird ein Befund mit Abweichung erhoben oder sind die Hinweise aus dem vorherigen Audit nicht umgesetzt worden, darf der Auditbogen erst archiviert werden, wenn deren Behebung zeitnah mit den spezifischen Maßnahmen dokumentiert ist.

| | | |
|-----|-------|--------------------------|
| Ort | Datum | Unterschrift der Hebamme |
|-----|-------|--------------------------|

Block B Ergebnis eines externen Audits für Hebammen mit Geburtshilfe

(von der auditierenden Person auszufüllen)

| | |
|-------------------------------------|---------------------|
| Nachname der Hebamme | Vorname der Hebamme |
| Straße | |
| Postleitzahl | Ort |
| Institutionskennzeichen der Hebamme | 4 5 _ _ _ _ _ |

Angaben zur auditierenden Person

| | |
|---|---|
| Nachname der auditierenden Person | Vorname der auditierenden Person |
| Straße der auditierenden Person | |
| Postleitzahl | Ort der auditierenden Person |
| Datum der letzten Personenzertifizierung der auditierenden Person | (der jeweils aktuelle Nachweis muss dem GKV-Spitzenverband vorliegen) |

Angaben zum Audit

| | | |
|--|--|------|
| Datum des Audits | | |
| Uhrzeit des Audits | von | bis |
| Art des Audits | <input type="checkbox"/> Vor-Ort-Audit <input type="checkbox"/> Remote-Audit | |
| Datum und Name der auditierenden Person des vorherigen externen Audits | Datum | Name |

Prüfergebnis

| | | |
|---|--------------------------------------|--|
| Abweichungen und Hinweise aus vorherigem Audit wurden umgesetzt | <input type="checkbox"/> ausreichend | <input type="checkbox"/> nicht ausreichend |
| Anzahl in Ordnung und Empfehlung | | |
| Anzahl Hinweis | | |
| Anzahl Abweichung | | |
| Gesamtanzahl (ohne NIL und ohne NZ) | | |

Fazit zum Stand des Qualitätsmanagement-Systems

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Das Audit ist bestanden, es sind keine Korrekturen oder Korrekturmaßnahmen erforderlich. |
| <input type="checkbox"/> Das Audit gilt als bestanden, dennoch müssen Korrekturen und Korrekturmaßnahmen bis zum nächsten Audit erbracht werden. |
| <input type="checkbox"/> Das Audit gilt als noch bestanden, wenn Korrekturen und Korrekturmaßnahmen aus Spalte 4 unmittelbar erledigt wurden (Korrekturmaßnahmenplan ist beigefügt). |
| <input type="checkbox"/> Das Audit ist nicht bestanden, Korrekturen und Korrekturmaßnahmen müssen unverzüglich umgesetzt werden (Korrekturmaßnahmenplan ist beigefügt). |

Fälligkeit des nächsten externen Audits

| | |
|---|--|
| Datum, bis zu dem das nächste Audit erfolgen muss | |
|---|--|

| | | |
|-----|-------|--------------------------|
| Ort | Datum | Unterschrift der Hebamme |
|-----|-------|--------------------------|

| | | |
|-----|-------|---------------------------------------|
| Ort | Datum | Unterschrift der auditierenden Person |
|-----|-------|---------------------------------------|

Bewertung

in Ordnung:

Die Anforderungen sind erfüllt.

Empfehlung:

- a) Empfehlungen sind Verbesserungsmöglichkeiten innerhalb des QM-System, die mit Umsetzung entsprechender Maßnahmen zur Verbesserung des QM-Systems beitragen können.
- b) Empfehlungen können, müssen aber nicht umgesetzt werden.

Hinweis:

- a) Ein Hinweis ist ein Nichteinhalt der gesetzlichen und vertraglichen Qualitätskriterien, das nach vorliegenden Kenntnissen und Erfahrungen wahrscheinlich nicht zum Versagen des Systems oder zur fehlerhaften Erbringung einer Leistung führt. Beispiele: Überschreitung des Haltbarkeitsdatums einzelner Materialien, z.B. Handschuhe, QM-Dokumente sind nicht durchgängig gelenkt.
- b) Der Hinweis muss bis zum nächsten internen Audit abgearbeitet und dokumentiert werden. Nicht abgearbeitete Hinweise werden beim nächsten externen Audit als Abweichung gewertet.
- c) Eine Anzahl an Hinweisen kann ebenfalls kombiniert zu einem Versagen des Systems führen und in diesem Fall als Abweichung eingestuft werden.

Abweichung:

- a) Eine Abweichung führt zu einer fehlerhaften Erbringung einer Leistung, wobei der daraus resultierende Fehler wesentliche Auswirkungen nach sich ziehen kann und/ oder nach vorliegenden Kenntnissen und Erfahrungen wahrscheinlich zu einem Versagen des Systems oder zu einer wesentlichen Einschränkung von dessen Funktionsfähigkeit führen. Beispiele: Risikoauflklärung wird nicht durchgeführt; kein Notfallplan vorhanden.
- b) Eine Abweichung muss unverzüglich durch eine Korrektur behoben werden UND ein erneutes Auftreten durch eine Korrekturmaßnahme verhindert werden. Bei Abweichungen mit Gefährdung für Mutter und Kind ist ein unverzügliches Handeln der Hebamme zur Abstellung der Abweichung erforderlich.

Ergänzende Erläuterungen:

NIL: Nicht im Leistungsspektrum enthalten

NZ: Nicht zutreffend, nur mit Begründung (z.B. es gibt keine Qualitätssicherungsmaßnahmen wie Qualitätszirkel vor Ort, siehe auch Anmerkungen zu Frage 14)

Beschreibung des Arbeitsumfeldes und allgemeine Anmerkungen zu Änderungen in der Tätigkeit der Hebamme

Gibt es relevante Veränderungen für die Hebamme, die sich auf das QM-System auswirken (z.B. Wiedereintritt nach Krankheit oder längerer Auszeit, Wechsel von Zertifikat auf Auditnachweis o.ä.)

| Lfd. Nr. | Auditfragen | Ausführungen zu Regelungen und Handhabungen mit Querverweis zum Nachweisdokument („NIL“ oder „NZ“ hier mit Begründung einzutragen) | in Ordnung | Empfehlung | Hinweis | Abweichung | Kommentare zu Feststellungen, Beobachtungen, Abweichungen und Hinweise der auditierenden Person bei Hebamme mit Geburtshilfe, ansonsten von der Hebamme selbst |
|------------------------------------|--|--|------------|------------|---------|------------|--|
| Strukturdaten und Portfolio | | | | | | | |
| 1 | Ist meine Qualifikation als Hebamme nachgewiesen (Anerkennungsurkunde und sonstige Nachweise gemäß § 6 Anlage 3 gefordert)? | | | | | | |
| 2 | Habe ich ein Leitbild erstellt und aktualisiert? | | | | | | |
| 3 | Ist in meinem Portfolio mein aktuelles Leistungsspektrum abgebildet (einschließlich Angaben über Mitarbeit in Einrichtungen und ggf. Angaben zu von mir angestellten Hebammen sowie Kooperationspartnern, einschließlich Differenzierung digital und analog, aufsuchend und nicht aufsuchend erbrachter Leistungen sowie ggf. von Selbstlerneinheiten bei Kursen)? | | | | | | |
| 4 | Kläre ich die Versicherte ausreichend über die Möglichkeiten und Grenzen bei digitaler Leistungserbringung auf? | | | | | | |
| 5 | Habe ich eine angemessene Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen, die meinem Leistungsspektrum entspricht? | | | | | | |
| 6 | Ist mein Impfstatus auf dem aktuellen Stand (Infektionsschutzgesetz, RKI-Impflichten und -empfehlungen) | | | | | | |
| 7 | Informiere ich die Versicherte über mein Leistungsspektrum, meine praktischen Erfahrungen und über meine zusätzlichen Qualifikationen? | | | | | | |
| 8 | Schließe ich einen Behandlungsvertrag mit den zu betreuenden Frauen entsprechend meines Leistungsangebots ab? | | | | | | |

| Lfd. Nr. | Auditfragen | Ausführungen zu Regelungen und Handhabungen mit Querverweis zum Nachweisdokument („NIL“ oder „NZ“ hier mit Begründung einzutragen) | in Ordnung | Empfehlung | Hinweis | Abweichung | Kommentare zu Feststellungen, Beobachtungen, Abweichungen und Hinweise der auditierenden Person bei Hebamme mit Geburtshilfe, ansonsten von der Hebamme selbst |
|------------------------------|--|--|------------|------------|---------|------------|--|
| 9 | Kläre ich die Versicherte ausreichend über die Möglichkeiten und Grenzen bei digitaler Leistungserbringung auf? | | | | | | |
| 10 | Sind Änderungen hinsichtlich Namen, Adresse, IK, Versicherungswechsel und Leistungsangebot an Hebammenverband oder GKV-Spitzenverband – soweit zutreffend – jeweils zeitnah eingereicht worden? | | | | | | |
| 11 | Ist meine Erreichbarkeit geregelt (auch bei Geburten im häuslichen Umfeld)? | | | | | | |
| 12 | Ist die kontinuierliche Versorgung der Versicherten bei meinem Ausfall geregelt? | | | | | | |
| 13 | Informiere ich die Versicherten über die Regelungen zur Vertretung (auch bei Geburten im häuslichen Umfeld)? | | | | | | |
| 14 | Habe ich entsprechend meinem Leistungsspektrum mit den Kooperationspartnern (Kliniken, Labor, Apotheken, Transportdienste, Netzwerk Frühe Hilfen usw.) Absprachen und Kontaktaufnahmen vorgenommen und aktualisiere und pflege ich diese regelmäßig? | | | | | | |
| 15 | Nehme ich an Qualitätsicherungsmaßnahmen in der Region teil (z. B. Qualitätszirkel, Fallbesprechungen, runder Tisch, fachlicher Austausch)? | | | | | | |
| Rechtliche Grundlagen | | | | | | | |
| 16 | Informiere ich mich regelmäßig über gesetzliche und vertragliche Änderungen, behördliche Vorschriften, Leitlinien, Richtlinien und Empfehlungen? | | | | | | |

| Lfd. Nr. | Auditfragen | Ausführungen zu Regelungen und Handhabungen mit Querverweis zum Nachweisdokument („NIL“ oder „NZ“ hier mit Begründung einzutragen) | in Ordnung | Empfehlung | Hinweis | Abweichung | Kommentare zu Feststellungen, Beobachtungen, Abweichungen und Hinweise der auditierenden Person bei Hebamme mit Geburtshilfe, ansonsten von der Hebamme selbst |
|---------------------------------------|---|--|------------|------------|---------|------------|--|
| 17 | Finden Neuerungen in den für mich relevanten Vorschriften in meiner Arbeit Berücksichtigung? | | | | | | |
| 18 | Ist die Liste der für den Hebammenberuf relevanten Vorschriften (z.B. in Form von Internetlinks) aktuell? | | | | | | |
| Arbeitsmittel und -materialien | | | | | | | |
| 19 | Überprüfe und dokumentiere ich regelmäßig die Vollständigkeit und Haltbarkeit der entsprechend meines Leistungsspektrums vorzuhaltenden Medikamente und Verbrauchsmaterialien und tausche sie ggf. aus (inkl. Hebammentasche und Geburtenkoffer)? | | | | | | |
| 20 | Habe ich die vorgehaltenen Arzneimittel fachgerecht aufbewahrt (z.B. Kühlschrank, Temperaturkontrolle)? | | | | | | |
| 21 | Habe ich die kontinuierliche Verfügbarkeit von Arzneimitteln und Verbrauchsmaterialien organisiert (z.B. Einmalinstrumente)? | | | | | | |
| 22 | Setze ich die Hygienevorschriften um (Hygieneplan, z.B. Hygienefortbildungen)? | | | | | | |
| 23 | Erfolgt meine Desinfektion von Materialien, Instrumenten, Flächen und Händen nach den geltenden Hygienerichtlinien? | | | | | | |
| 24 | Sind meine vorhandenen Geräte nach den Vorschriften des Medizinproduktegesetzes, der Betreiberverordnung usw. in ordnungsgemäßem Zustand sowie regelmäßig gewartet und ist dieses entsprechend dokumentiert? | | | | | | |

| Lfd. Nr. | Auditfragen | Ausführungen zu Regelungen und Handhabungen mit Querverweis zum Nachweisdokument („NIL“ oder „NZ“ hier mit Begründung einzutragen) | in Ordnung | Empfehlung | Hinweis | Abweichung | Kommentare zu Feststellungen, Beobachtungen, Abweichungen und Hinweise der auditierenden Person bei Hebamme mit Geburtshilfe, ansonsten von der Hebamme selbst |
|-----------------------------------|--|--|------------|------------|---------|------------|--|
| 25 | Entspricht die technische Ausstattung und Voraussetzungen zur digitalen Übertragung bei Durchführung digitaler Leistungen den vertraglich geforderten Vorgaben? | | | | | | |
| Dokumente und Archivierung | | | | | | | |
| 26 | Erfülle ich für jede durchgeführte Leistung die vertraglich geforderten Dokumentationsvorgaben (z.B. Aufklärung und Einwilligungserklärung)? | | | | | | |
| 27 | Stelle ich sicher, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden (Erfassung, Verarbeitung und Löschung sowie Aufbewahrung der Versichertendokumentation, Weitergabe an Dritte sowie Veröffentlichungen usw.)? | | | | | | |
| Prozessdarstellung | | | | | | | |
| 28 | Habe ich die Prozesse zum Risiko- und Notfallmanagement entsprechend meines Leistungsspektrums dargestellt und aktualisiert (Notfall-Standards, Verlegungsmanagement, Notfallplan mit Telefonnummern und bei geburtsheilkundlichen Notfällen)? | | | | | | |
| 29 | Habe ich einen Notfallplan zur Einbeziehung einer Ärztin oder eines Arztes (z.B. aktuelle Telefonliste der geburtsheilkundlichen Krankenhäuser und Rettungsdienst)? | | | | | | |
| 30 | Habe ich die vertraglich geforderten Prozessbeschreibungen erstellt und aktualisiere diese regelmäßig (z.B. Kurskonzepte, Wochenbetverlauf, Verlegung und Weiterleitung, Geburt im häuslichen Umfeld)? | | | | | | |

| Lfd. Nr. | Auditfragen | Ausführungen zu Regelungen und Handhabungen mit Querverweis zum Nachweisdokument („NIL“ oder „NZ“ hier mit Begründung einzutragen) | in Ordnung | Empfehlung | Hinweis | Abweichung | Kommentare zu Feststellungen, Beobachtungen, Abweichungen und Hinweise der auditierenden Person bei Hebamme mit Geburtshilfe, ansonsten von der Hebamme selbst |
|--|---|--|------------|------------|---------|------------|--|
| Fort- und Weiterbildung | | | | | | | |
| 31 | Habe ich die erforderliche Anzahl von Fortbildungsstunden in den letzten drei Jahren absolviert (Angabe von Fortbildungsstunden)? | | | | | | |
| 32 | Habe ich die erforderliche Anzahl von Notfall-Fortbildungsstunden absolviert, besonders bei Geburten im häuslichen Umfeld (Angabe von Fortbildungsstunden)? | | | | | | |
| 33 | Habe ich die Fortbildungsnachweise in meinen Unterlagen gesammelt? | | | | | | |
| 34 | Bewerte ich die Fortbildungen und fließen die Erkenntnisse aus den Fortbildungen in meine Hebammentätigkeit ein? | | | | | | |
| 35 | Aktualisiere ich regelmäßig meine Fortbildungsübersicht? | | | | | | |
| Bewertung der Leistungserbringung | | | | | | | |
| 36 | Bewerte ich mich jährlich durch ein internes Audit? | | | | | | |
| 37 | Lasse ich mir ein Feedback von den betreuten Frauen geben? | | | | | | |
| 38 | Empfehlen mich die betreuten Frauen weiter oder kontaktieren mich bei der nächsten Schwangerschaft? | | | | | | |
| 39 | Erhalte und bewerte ich Rückmeldungen von anderen Leistungserbringern (Hebammen, Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser und andere)? | | | | | | |
| 40 | Führe ich ein Beschwerdemanagement durch? | | | | | | |

| Lfd. Nr. | Auditfragen | Ausführungen zu Regelungen und Handhabungen mit Querverweis zum Nachweisdokument („NIL“ oder „NZ“ hier mit Begründung einzutragen) | in Ordnung | Empfehlung | Hinweis | Abweichung | Kommentare zu Feststellungen, Beobachtungen, Abweichungen und Hinweise der auditierenden Person bei Hebamme mit Geburtshilfe, ansonsten von der Hebamme selbst |
|---|--|--|------------|------------|---------|------------|--|
| 41 | Findet regelmäßig eine Risikoanalyse (z.B. ausreichende Beachtung der Kriterien, Analyse der Fälle mit Verlegung im Notfall bei Geburten im häuslichen Umfeld) mit Ermittlung und Dokumentation potenzieller Fehlerursachen sowie einer entsprechenden Risikobewertung, statt, z.B. im Rahmen von Fallbesprechungen, Selbstreflexion und dem internen Audit? | | | | | | |
| 42 | Setze ich entsprechende Verbesserungsprozesse aus den Bewertungen der o.g. Fragen in diesem Kapitel um (Korrekturen und Maßnahmen)? | | | | | | |
| 43 | Setze ich Qualitätsziele für meine Arbeit fest und überprüfe ich diese regelmäßig (z.B. Jahresziele)? | | | | | | |
| Zusatzfragen bei geburtshilflicher Leistungserbringung | | | | | | | |
| 44 | Habe ich die Versicherte über die Kriterien für Geburten im häuslichen Umfeld aufgeklärt (Anlage 3.1)? | | | | | | |
| 45 | Kläre ich die Schwangere bei abgelehnter Hausgeburt über die Nicht-Durchführbarkeit einer ungeplanten Hausgeburt auf (außer bei Notfall)? | | | | | | |
| 46 | Habe ich mich vor Geburten im häuslichen Umfeld davon überzeugt, dass die erforderlichen Randbedingungen (z.B. Rettungszugang) gegeben sind? | | | | | | |
| 47 | Erfüllt meine Aufklärung zur Geburt alle gesetzlichen, vertraglichen und haftungsrechtlichen Anforderungen? | | | | | | |

| Lfd. Nr. | Auditfragen | Ausführungen zu Regelungen und Handhabungen mit Querverweis zum Nachweisdokument („NIL“ oder „NZ“ hier mit Begründung einzutragen) | in Ordnung | Empfehlung | Hinweis | Abweichung | Kommentare zu Feststellungen, Beobachtungen, Abweichungen und Hinweise der auditierenden Person bei Hebamme mit Geburtshilfe, ansonsten von der Hebamme selbst |
|----------|---|--|------------|------------|---------|------------|--|
| 48 | Lasse ich den betreuten Frauen zwischen Aufklärung, Unterzeichnung der Einwilligung und der Geburt eine angemessene Bedenkzeit? | | | | | | |
| 49 | Ist den Begleitpersonen der Notfallplan bei Geburten im häuslichen Umfeld bekannt und besprochen? | | | | | | |
| 50 | Ist die Geburtsdokumentation strukturiert und nachvollziehbar (in Anlehnung an die Inhalte eines Partogramms)? | | | | | | |
| 51 | Werden die Geburten mit den betreuten Frauen nachbesprochen und generiere ich aus dem Nachgespräch oder anderer Rückmeldeverfahren mit den Klientinnen Verbesserungspotentiale für meine Arbeit und setze diese um? | | | | | | |
| 52 | Stelle ich sicher, dass ich alle Geburten in meine Einzelstatistik bei QUAG e.V. einfließen lasse? | | | | | | |
| 53 | Sind die Ergebnisse hinsichtlich der Verlegungsquoten "in Ruhe" und "in Eile" im Vergleich zum Bundesdurchschnitt im Normbereich? | | | | | | |
| 54 | Evaluere ich die Ergebnisse meiner Einzelstatistik und identifiziere ich hieraus Verbesserungspotentiale? | | | | | | |

Formular 6: Einzelstatistik Geburten im häuslichen Umfeld

| | | |
|-------------------------------|-----|---------|
| Nachname, Vorname der Hebamme | PLZ | Wohnort |
|-------------------------------|-----|---------|

| Jahrgang | Anzahl | Anteil |
|---|--------|--------|
| Geburtenzahl gesamt | | |
| └ im häuslichen Umfeld beendet | | |
| └ └ postpartum verlegte Mutter | | |
| └ sub partu verlegt | | |
| └ └ Verlegung in Ruhe | | |
| └ └ Verlegung in Eile | | |
| Erstgebärende | | |
| Frauen mit Zustand nach Sectio (nach Katalog A) | | |
| └ Frauen mit direkt vorausgegangenem Entbindungsmodus Sectio | | |
| Geburten mit Befund nach Katalog C bei der Geburt im häuslichen Umfeld ¹ | | |
| Kind binnen 24 h in Kinderklinik verlegt nach Geburt im häuslichen Umfeld | | |
| Kind binnen 24 h in Kinderklinik verlegt nach Geburt im Krankenhaus | | |
| verstorbene Kinder ² | | |
| └ vor der Geburt | | |
| └ unter der Geburt | | |
| └ bis zum 7. Lebenstag nach der Geburt | | |
| └ mit Fehlbildungen, die in der Schwangerschaft diagnostiziert wurden | | |
| Mutter im Zusammenhang mit der Geburt verstorben | | |
| keine Geburtsverletzungen nach vaginaler Geburt ¹ | | |
| Dammriss III / IV nach vaginaler Geburt ¹ | | |
| Verweildauer der Hebamme postpartum länger als 3 h ¹ | | |
| zweite Hebamme hinzugezogen | | |
| Arzt hinzugezogen | | |

| | | |
|--|--|--|
| Hauptverlegungsgründe nach Katalog C der sup partu verlegten Frauen | | |
| └ | | |
| └ | | |
| └ | | |
| Hauptverlegungsgründe nach Katalog E der postpartum verlegten Frauen | | |
| └ | | |
| └ | | |
| └ | | |

Statistik – Endfassung automatisiert erstellt nach dem 01.05.JJJJ

¹ Bei der Angabe werden nur die Ergebnisse zu im häuslichen Umfeld vollendeten Geburten erfasst.

² Definition für verstorbene Kinder ist die perinatale Mortalität (vor Geburt, unter Geburt und bis 7. Lebenstag nach Geburt)