

# Anlage 0.1 zum Vertrag nach § 134a SGB V – **Beitritts- und Änderungsformular**

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

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](mailto: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](mailto:mitgliederbetreuung@hebammenverband.de)

Post per Einwurfeinschreiben:  
 Deutscher Hebammenverband  
 Gartenstr. 26  
 76133 Karlsruhe

Ich bin **kein Mitglied im DHV und/ oder BfHD** bzw. habe meine Mitgliedschaft gekündigt 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](mailto: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 _ _ _ _ _		
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 Gebärden- 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 (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.
- Bei Beitritten über den GKV-Spitzenverband 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.

Unterbrechungen (mehr als drei Monate), das Ende einer Unterbrechung (bis maximal zwölf Monate) oder die Beendigung meiner freiberuflichen Tätigkeit, die rechtskräftige Entziehung meiner Berufserlaubnis sowie den Wechsel meines Verbands nach Block A teile ich ebenfalls (ggf. formlos) 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.**