

Versorgungsvertrag

**gem. § 24 Abs. 2 des Rahmenvertrages nach § 132a SGB V
für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V**

zwischen

der AOK Bayern - Die Gesundheitskasse,
dem BKK Landesverband Bayern,
der IKK classic,
der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
- SVLFG - als landwirtschaftliche Krankenkasse,
der KNAPPSCHAFT - Regionaldirektion München

und

den Ersatzkassen

Techniker Krankenkasse (TK)

BARMER

DAK-Gesundheit

Kaufmännische Krankenkasse - KKH

Handelskrankenkasse (hkk)

HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:
Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern

- einerseits -

und

«TrägerName»

«TrägerStrasse», «TrägerPLZ» «TrägerOrt»

als Träger für

«EinrName»

«EinrStrasse», «EinrPLZ» «EinrOrt»

- andererseits -

§ 1

Gegenstand des Vertrages

Der Leistungserbringer übernimmt nach Maßgabe dieses Vertrages und seiner Anlagen die Versorgung der Versicherten der vertragsschließenden Krankenkassen mit den Sachleistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.

Der Rahmenvertrag gem. § 132a Abs. 2 SGB V und die HKP-RL gem. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V finden Anwendung.

§ 2

Inhalt der häuslichen Krankenpflege

Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

§ 3

Allgemeine Bedingungen der häuslichen Krankenpflege

- (1) Die Krankenkasse übernimmt die von ihr aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung bewilligten Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Der Krankenkasse ist eine ordnungsgemäß ausgefüllte ärztliche Verordnung vorzulegen (vgl. § 2 Absätze 1+2 Rahmenvertrag gemäß § 132a Abs. 2 SGB V; § 6 Nr. 6 der HKP-Richtlinie).
Soweit die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen, werden die Leistungen von der Krankenkasse übernommen. Für die von der Krankenkasse genehmigten Leistungen dürfen Zuzahlungen von den Versicherten nicht gefordert oder angenommen werden. Die Zuzahlung nach § 37 Absatz 5 SGB V bleibt hiervon unberührt.
- (2) Die Vergütung wird in einer landeseinheitlichen Vereinbarung geregelt, die Gegenstand dieses Vertrages ist (Anlage 1 – Beitrittserklärung).
- (3) Der Leistungserbringer pflegt, versorgt und betreut die Versicherten, die seine Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.
- (4) Die Leistungen müssen wirksam und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Leistungen, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können Versicherte nicht beanspruchen, darf die Krankenkasse nicht bewilligen und darf der Leistungserbringer nicht zu Lasten der Krankenversicherung – z. B. durch Verordnungen von Ärzten – bewirken.

§ 4 Datenschutz

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten.
- (2) Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 32 EU- DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.
- (3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.
- (4) Die Versicherten- und Leistungsdaten der vertraglich erbrachten Pflegeleistungen dürfen nur im Rahmen der in § 104 SGB XI genannten Zwecke sowie für Zwecke der Statistik in dem zulässigen Rahmen nach § 109 SGB XI verarbeitet und genutzt werden.
- (5) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (6) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
- (7) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Patientin/des Patienten und dessen/deren Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst Bayern (MD Bayern) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

§ 5 Abrechnung

- (1) Die Abrechnung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege erfolgt in der Regel monatlich einmal und ist bei der Krankenkasse oder der von ihr benannten Abrechnungsstelle einzureichen.
- (2) Ein geeigneter Nachweis über den Umfang der erbrachten Leistungen ist vom Versicherten oder ggf. von einem Angehörigen durch Unterschrift zu bestätigen und der Abrechnung im Original beizufügen (siehe § 9 Abs. 2 Rahmenvertrag nach § 132a Abs. 2 SGB V).
- (3) Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt spätestens innerhalb von 21 Kalendertagen nach Eingang bei der Krankenkasse oder der von ihr benannten Abrechnungsstelle. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Frist dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (4) Forderungen gegenüber der Krankenkasse können ohne deren Zustimmung nicht an Dritte abgetreten werden.
- (5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, maschinenlesbar
 - a. in den Abrechnungsunterlagen die erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis einschließlich des Tages und des Beginns der Leistungserbringung aufzuzeichnen. Sofern im Rahmen eines Hausbesuches Leistungen nach diesem Vertrag im direkten Zusammenhang mit Leistungen nach § 36 SGB XI erbracht werden, ist der jeweilige Leistungsbeginn bzw. das Leistungsende der Einzelleistungen nicht einzeln auszuweisen.
 - b. in den Abrechnungen das bundeseinheitliche Kennzeichen gem. § 293 SGB V einzutragen sowie
 - c. die Versichertennummer des Hilfebedürftigen anzugeben und
 - d. die Verbandszugehörigkeit sowie den Leistungserbringergruppenschlüssel (LEGS)

anzugeben.

Die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen im Einvernehmen mit den Verbänden der Leistungserbringer festgelegten Verfahren über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen sowie die Einzelheiten des Datenträgeraustauschs sind Teil des Rahmenvertrages gem. § 132a SGB V (vgl. § 302 SGB V).

- (6) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen, insbesondere wenn die Abrechnungsunterlagen nicht maschinenlesbar sind, kann die Krankenkasse dem Leistungserbringer die Rechnungen zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben, vor allem dann, wenn für die Krankenkasse vermeidbare Mehrarbeit entstehen würde. In diesen Fällen tritt das Zahlungsziel nach § 9 Abs. 3 des Rahmenvertrages gemäß § 132a Abs. 2 SGB V mit Eingang der korrekten Abrechnung erneut in Kraft.

§ 6

Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, personelle Ausstattung

- (1) Die Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten Pflege sind Bestandteil des Vertrages und für den Leistungserbringer in der gültigen Fassung unmittelbar verbindlich. Der Informationsfluss zwischen den an der Pflege Beteiligten muss durch eine geeignete Pflegedokumentation gewährleistet sein. § 112 SGB XI ist zu beachten.
- (2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, vor der erstmaligen Aufnahme der Tätigkeit den „Gemeinsamen Strukturhebungsbogen“ vollständig ausgefüllt bei den Landesverbänden der Krankenkassen einzureichen.
- (3) Entsprechend des Rahmenvertrages gem. § 132a SGB V hat der Leistungserbringer neben einer verantwortlichen Pflegefachkraft und deren Vertretung ständig mindestens eine weitere sozialversicherungspflichtige geeignete Vollzeitkraft zu beschäftigen, so dass insgesamt rechnerisch mindestens 3 geeignete Pflegekräfte in Vollzeit durch den Leistungserbringer vorgehalten werden. Auf § 28 Abs. 1 des Rahmenvertrages gem. § 132a SGB V (Bestandschutzregelung) wird verwiesen.
- (4) Der Leistungserbringer ist gem. § 132a Abs. 2 S. 1 SGB V i.V.m. § 18 des Rahmenvertrages verpflichtet, Fortbildungen durchzuführen.

§ 7

Mitteilungspflicht

- (1) Der vor Abschluss dieses Vertrages vom Träger ausgefüllte Strukturhebungsbogen ist Grundlage dieses Vertrages.
- (2) Der Träger der Einrichtung ist verpflichtet, der ARGE die Erfüllung der zur Zulassung notwendigen Voraussetzungen nachzuweisen. Er hat hierzu nach einer begründeten Anforderung den von der ARGE zur Verfügung gestellten Strukturhebungsbogen vollständig auszufüllen und zurückzusenden.
- (3) Im Falle von Änderungen der im Strukturhebungsbogen gemachten Angaben gelten nachfolgende Regelungen der Absätze 4 - 6.
- (4) Eine schriftliche Mitteilung des Trägers an die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern (ARGE) ist in folgenden Fällen notwendig:
 - Wechsel der verantwortlichen Pflegefachkraft und/oder deren Vertretung
 - Änderungen der Geschäftsführung der Einrichtung
 - Änderung der Telefonnummer und Faxnummer / Emailadresse

Änderungen dieser Art führen nicht zu einer Vertragsanpassung. Die Anerkennung der neuen verantwortlichen Pflegefachkraft und deren Stellvertretung wird von der ARGE schriftlich bestätigt, sofern die Voraussetzungen vorliegen.

(5) Eine Änderungsvereinbarung zum bestehenden Vertrag ist bei Änderung der Adresse des Trägers und / oder der Einrichtung notwendig, sofern das Einzugsgebiet unverändert bleibt. In diesen Fällen erfolgt die Mitteilung des Trägers durch Übersendung eines gerafften Strukturbogens an die ARGE. Bei Vorliegen der strukturellen und personellen Voraussetzungen übersendet die ARGE die entsprechende Änderungsvereinbarung an den Träger der Einrichtung zur Unterschrift.

(6) Ein neuer Versorgungsvertrag ist erforderlich bei:

- Umzug der Einrichtung mit neuem Einzugsgebiet
- Wechsel des Trägers (Strukturhebungsbogen: Allgemeine Angaben)

In diesen Fällen erfolgt die Mitteilung des Trägers durch unverzügliche Übersendung eines neuen Strukturhebungsbogens an die ARGE. Bei Vorliegen der Voraussetzungen übersendet die ARGE den neuen Vertrag an den Träger der Einrichtung zur Unterschrift.

§ 8 Sicherstellung der Leistungen

Der Leistungserbringer hat durch organisatorische Maßnahmen die Erreichbarkeit sowie die Durchführung der häuslichen Krankenpflege bei Tag und Nacht sowie an Sonn- und Feiertagen zu gewährleisten.

§ 9 Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Leistungserbringer sind sich darin einig, dass Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf Landesebene gemeinsam zu erarbeiten sind.

§ 10 Grundsätze zur Festlegung des örtlichen regionalen Einzugsbereiches der Einrichtung

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen legen mit dem Träger der Einrichtung den örtlichen Einzugsbereich der Einrichtung fest, mit dem Ziel eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen.

(2) Der örtliche Einzugsbereich der Pflegeeinrichtung gilt für:
«Einzugsgebiet»

§ 11 Vertragsverstöße

- (1) Beachtet der Leistungserbringer seine gesetzlichen sowie die vertraglichen Pflichten aus diesem Vertrag nicht oder handelt er entgegen den vertraglichen Bestimmungen, so ist dieses Fehlverhalten abzumahnern. Etwaige Schadenersatzansprüche bleiben hiervon unberührt.

Gründe für eine Abmahnung können sein:

- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen soweit nicht Absatz 2 einschlägig ist
 - Verstoß gegen sich aus diesem Vertrag ergebende Mitteilungspflichten nach § 7 Abs. 4 erster Spiegelstrich, Abs. 5 und Abs. 6
 - Fehlende Mitwirkung bei der Qualitätsprüfung i.S.d. § 114a SGB XI
 - Verstoß gegen § 6 Abs. 3 dieses Vertrages
 - die Abrechnung von Pflegestunden zu Lasten der vertragsschließenden Krankenkassen, die mit der tatsächlich geleisteten Pflegezeit nicht übereinstimmen
- (2) Bei schweren Verstößen oder wiederholt gröblicher Verletzung der vertraglichen oder gesetzlichen Pflichten trotz erfolgloser Abmahnung können die Landesverbände der Krankenkassen in Bayern den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Grundsätzlich sind dem Träger der Einrichtung die Verstöße vorher schriftlich mitzuteilen und Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb von zwei Wochen zu geben. Die Anhörung entfällt gem. § 24 Abs.2 Nr. 2 SGB X bei Gefährdung von pflegebedürftigen Personen.

Als schwere Vertragsverstöße gelten insbesondere:

- Vorsätzliche Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen nach bereits erfolgter Abmahnung
- die vorsätzliche Abrechnung von Pflegestunden zu Lasten der vertragsschließenden Krankenkassen, die mit der tatsächlich geleisteten Pflegezeit nicht übereinstimmen
- bei Forderung bzw. Annahme von Zahlungen oder Zuzahlungen des Versicherten entgegen § 3 Abs. 1 Satz 4
- Annahme von Pflegeaufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung anderer geldwerter Vorteile
- Schädigung von Pflegebedürftigen infolge einer mindestens grobfahrlässigen Pflichtverletzung
- Verstoß gegen die sich aus diesem Vertrag ergebenden Mitteilungspflichten nach bereits erfolgter Abmahnung
- Fehlende Mitwirkung bei der Qualitätsprüfung i.S.d. § 114a SGB XI nach bereits erfolgter Abmahnung
- Entzug der Betriebserlaubnis oder Untersagung des Betriebs

- (3) Wurden Leistungen entgegen geltendem Recht bzw. vertraglichen Regelungen erbracht oder Leistungen ohne entsprechende Gegenleistungen mit der Krankenkasse abgerechnet, ist der Träger der Pflegeeinrichtung verpflichtet, den entstandenen Schaden zu ersetzen.

§ 12

Inkrafttreten und Kündigung des Vertrages

- (1) Der Vertrag tritt am **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende des Kalenderjahres gekündigt werden.
- (3) Hinsichtlich der Kündigung durch die Landesverbände der Krankenkassen wird zudem auf § 11 dieses Vertrages hingewiesen.
- (4) Der Vertrag endet abweichend von Abs. 2 und 3, wenn mit den Verbänden der Leistungserbringer ein neuer Rahmenvertrag abgeschlossen wurde. Die Vertragspartner sind sich einig, dass bei Vorliegen der Voraussetzungen im Falle eines Neuabschlusses eines Rahmenvertrages ein nahtloser Übergang in ein Vertragsverhältnis gewährleistet wird.

«TrägerName»
«TrägerStrasse»
«TrägerPLZ» «TrägerOrt»

handelnd für

«EinrName»
«EinrStrasse»
«EinrPLZ» «EinrOrt»

für:

- AOK Bayern – Die Gesundheitskasse
- BKK Landesverband Bayern
- KNAPPSCHAFT
Regionaldirektion München
- Funktioneller Landesverband der
Landwirtschaftlichen Krankenkassen
und Pflegekassen in Bayern (LdL/ LdLP)
- IKK classic
- Verband der Ersatzkassen e.V. -
Landesvertretung Bayern

_____, den _____
(Ort) (Datum)

Coburg, den 12.03.2026

(Unterschrift Träger)

(Melanie Mustermann)

für:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

München, den _____

(Der Leiter der vdek-Landesvertretung
Bayern)

Anlage:
Anlage 1

Beitrittserklärung (§ 3 Abs. 2)