

**Rahmenvertrag über die Versorgung mit Leistungen der  
Ergotherapie und deren Vergütung  
im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung  
vom 01.04.2024**

zwischen

der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung – DGUV e.V., Berlin

und

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau – SVLFG –  
als Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft – LBG, Kassel

mit

dem Deutschen Verband Ergotherapie e.V. – DVE, Karlsbad

**Begriffsbestimmungen:**

Zugelassene Praxisinhabende: Natürliche oder juristische Person oder Personenvereinigung, die die Kriterien für die Zulassung gemäß § 2 dieser Vereinbarung erfüllt

Leistungserbringende: Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen, welche die ergotherapeutische Leistung erbringen sowie zugelassene Praxisinhabende.

Verordnende: Zugelassene D-Ärzte/D-Ärztinnen, vom D-Arzt oder D-Ärztin hinzugezogene Ärzte/Ärztinnen, Handchirurgen sowie die Berufskrankheiten behandelnden Ärzte/Ärztinnen.

## **§ 1 Präambel**

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind nach den gesetzlichen Vorschriften verpflichtet, alle Maßnahmen zu treffen, durch die eine möglichst frühzeitig nach dem Versicherungsfall einsetzende und sachgemäße Heilbehandlung und, soweit erforderlich, eine besondere unfallmedizinische oder Berufskrankheiten-Behandlung gewährleistet wird, vgl. § 34 Absatz 1 SGB VII. Dazu gehört auch die Versorgung von Unfallverletzten/Berufserkrankten durch Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen.

## **§ 2 Zulassung**

(1) Selbständige Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen sowie verantwortliche fachliche Leitungen von ergotherapeutischen Einrichtungen sind für die Behandlung Unfallverletzter und Berufserkrankter zugelassen, wenn sie die Zulassungsvoraussetzungen nach Abs. 2 erfüllen und nach Abs. 3 als zugelassen gelten, und diesen Vertrag anerkennen.

(2) Die Zulassung richtet sich nach dem Rahmenvertrag Ergotherapie zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Verbänden der Ergotherapie vom 01.01.2022 und der dortigen Anlage „Zulassungsvoraussetzungen“ in der jeweils gültigen Fassung. Es müssen die Vorgaben der Voraussetzungen vorliegen, einer GKV-Zulassung bedarf es nicht.

(3) Zusätzlich müssen Praxisinhabende oder Mitarbeitende der Praxis oder in der Praxis regelmäßig tätige freie Mitarbeitende eine berufspraktische Erfahrungszeit von mindestens zwei Jahren in einer Teil- oder Vollzeittätigkeit nachweisen können. Erfahrungszeiten in einer geringfügigen Beschäftigung werden nicht angerechnet.

In der vorgeschriebenen berufspraktischen Erfahrungszeit von mindestens zwei Jahren als Ergotherapeut/Ergotherapeutin müssen mindestens 20 Unfallverletzte behandelt worden sein. Der Nachweis kann alternativ auch durch eine Bestätigung über eine sechsmonatige stationäre klinische Tätigkeit erbracht werden. Praxisinhabende erfüllen die Zusatzvoraussetzung auch, wenn sie zum Zeitpunkt des Therapiebeginns seit mindestens 5 Jahren eine Zulassung nach § 124 SGB V haben.

Berufspraktische Erfahrungszeiten verfallen, wenn die regelmäßige Berufstätigkeit als Therapeut/Therapeutin mehr als acht Jahre unterbrochen wird.

(4) Ergotherapie-Praxen, die zum 01.10.2008 für die Behandlung von Patienten/Patientinnen der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen waren, gelten auch nach dieser Vereinbarung als zugelassen.

(5) Die Praxen, die die Anforderungen nach den Absätzen 2 bis 4 erfüllen, gelten automatisch als zugelassen. Die Praxisinhabenden prüfen selbst, ob sie die Zulassungsvoraussetzungen erfüllen und bestätigen dies mit der Annahme der Verordnung und der Durchführung der Behandlung.

(6) In begründeten Fällen kann der jeweilige Landesverband oder einzelne Kostenträger Ausnahmen genehmigen.

### **§ 3 Rechte der Landesverbände der DGUV zur Prüfung und Beendigung der Zusammenarbeit mit Leistungserbringenden**

(1) Die Landesverbände der DGUV sind berechtigt, die Zulassungsvoraussetzungen der Leistungserbringenden zur Erbringung von Leistungen im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung zu überprüfen. Zu diesem Zweck können die Landesverbände der DGUV die zulassungsrelevanten/erforderlichen Unterlagen bei den zugelassenen Leistungserbringenden anfordern und in begründeten Fällen durch schriftliche Mitteilung feststellen, dass keine unfallversicherten Personen mehr bei dem Leistungserbringenden behandelt werden dürfen.

Diese Feststellung wird unter anderem getroffen, wenn

1. eine der Zulassungsvoraussetzungen (vgl. § 2 Abs. 2 und 3) nicht oder nicht mehr vorliegt,
2. eine Leistung ausgeführt wurde, für die die erforderliche Zusatzqualifikation nicht vorlag,
3. nicht erbrachte Leistungen abgerechnet wurden,
4. wiederholt und trotz Aufforderung zur Unterlassung gegen die vertraglichen Regelungen dieser Vereinbarung (§§ 4 - 11) verstoßen wurde.

Vor dem Ausspruch des Behandlungsverbots ist dem Leistungserbringenden rechtliches Gehör zu gewähren.

(2) Leistungserbringende verpflichten sich, bei personellen und sächlichen Veränderungen in den Praxen, durch die die Zulassungsvoraussetzungen nach § 2 Abs. 2 und 3 nicht mehr erfüllt sein könnten, unverzüglich eine Klärung durch den für sie zuständigen Landesverband der DGUV herbeizuführen. Beim Entzug der Kassenzulassung gemäß § 124 SGB V wird vom Nichtvorliegen der Zulassungsvoraussetzungen nach § 2 Abs. 2 und 3 ausgegangen, sodass ab diesem Zeitpunkt keine Behandlungen zu Lasten eines Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung mehr zulässig sind.

#### **§ 4 Datenschutz**

(1) Leistungserbringende und Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sind aufgrund Gesetzes verpflichtet, die gesetzlichen relevanten Datenschutzbestimmungen einzuhalten. Praxisinhabende sowie alle in ihrer Praxis tätigen Personen unterliegen hinsichtlich der personenbezogenen Daten der Unfallverletzten/Berufserkrankten und hinsichtlich deren Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt und dem Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.

(2) Praxisinhabende haben die in ihrem Betrieb tätigen Personen zur Beachtung der Datenschutzbestimmungen sowie der Einhaltung der Schweigepflicht anzuhalten.

#### **§ 5 Haftung**

Praxisinhabende haben für die in ihrem Betrieb tätigen Personen (einschließlich der freien Mitarbeitenden) in gleichem Umfang zu haften wie für sich selbst.

#### **§ 6 Qualitätssicherung**

(1) Zugelassene Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen haben sich im Interesse einer stets aktuellen fachlichen Qualifikation in den für die Behandlung von Unfallverletzten/Berufserkrankten relevanten Fachbereichen regelmäßig entsprechend den Fortbildungsverpflichtungen der GKV fortzubilden.

(2) Zugelassene Ergotherapeuten/Ergotherapeutinnen sind verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen und durchzuführen.

## **§ 7 Durchführung der Behandlung**

(1) Die ergotherapeutische Behandlung wird auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung erbracht, die gem. § 20 des Vertrages Ärzte/Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zwischen DGUV/SVLFG und KBV (Ärztevertrag) von einer/einem von den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung hierzu bevollmächtigten Ärztin/Arzt (Durchgangsarzt/Durchgangsarztin, vom D-Arzt oder D-Ärztin hinzugezogener Arzt/Ärztin, Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 des Ärztevertrages oder behandelnder Arzt/Ärztin bei Berufskrankheiten) ausgestellt wurde.

(2) Der Auftrag wird von der Ärztin oder vom Arzt schriftlich auf dem für die gesetzliche Unfallversicherung bestimmten Verordnungsblatt erteilt; es dürfen nur ärztlich verordnete Leistungen ausgeführt werden. Die in der Verordnung enthaltenen Vorgaben, insbesondere der Beginn der ergotherapeutischen Behandlung, die Behandlungsfrequenz, die Anzahl der Behandlungseinheiten pro Tag und die Zeitintervalle pro Behandlungseinheit sind unter Berücksichtigung der Regelungen der Absätze 3 bis 7 einzuhalten. Die übliche Bestätigung der Inanspruchnahme der Leistung durch die unfallversicherte Person ist festzuhalten. Anderenfalls besteht kein Anspruch auf Vergütung. Ist die oder der Versicherte aufgrund von in ihrer oder seiner Person liegenden Gründen nicht selbst in der Lage, den Empfang der Leistung mit einer eigenhändigen Unterschrift zu bestätigen, kann die Bestätigung durch eine gesetzliche Vertreterin oder einen gesetzlichen Vertreter oder durch eine Betreuungsperson mit Unterschrift auf der Rückseite des Verordnungsblattes erfolgen. Ein Hinweis, welche Person in diesen Fällen die Unterschrift geleistet hat, ist auf der Rückseite anzubringen. Als Betreuungsperson gilt beispielsweise auch das Pflegepersonal in Einrichtungen.

(3) Mit der Behandlung ist grundsätzlich zum von der oder dem Verordnenden auf der Verordnung angegebenen Datum zum Ergotherapiebeginn, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen, bei dringendem Behandlungsbedarf (entsprechend der Angabe auf der Verordnung) innerhalb von 7 Kalendertagen, zu beginnen. Für den Fall,

dass der eingetragene Ergotherapiebeginn offensichtlich fehlerhaft ist (z. B. der Ergotherapiebeginn liegt vor dem Ausstellungsdatum oder kein Datum angegeben ist), gilt das Datum der Ausstellung der Verordnung als Ergotherapiebeginn.

Im begründeten Ausnahmefall kann zwischen dem Verordnenden und dem Leistungserbringenden ein späterer Behandlungsbeginn vereinbart werden, sofern das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin gesichert ist. Die einvernehmliche Änderung ist von dem Leistungserbringenden auf der Vorderseite des Verordnungsblattes im Feld „8“ zu dokumentieren und mit Datumsangabe, dem Kürzel „LE“ (im Falle der Dokumentation durch den Leistungserbringenden) und einer Unterschrift zu versehen. Bei fehlender Dokumentation der erfolgten Abstimmung mit dem verordnenden Arzt oder Ärztin entfällt der Vergütungsanspruch, kann aber durch nachträgliche Dokumentation wiedererlangt werden.

(4) Die Behandlungsfrequenz und -menge ist entsprechend der Verordnung einzuhalten. Nach Ablauf von zwei Monaten nach dem vom Arzt oder der Ärztin auf der Verordnung unter Feld 8 angegebenen Datum zum Ergotherapiebeginn bzw. dem Verordnungsdatum (siehe Regelungen in Abs. 3) verliert die Verordnung ihre Gültigkeit und die Ausstellung einer neuen Verordnung durch den D-Arzt/D-Ärztin wird erforderlich. Unterbrechungen sind zulässig, sofern die behandlungsfreie Zeit deswegen nicht mehr als 14 Tage beträgt und das Therapieziel nicht gefährdet wird.

Wenn die auf der Verordnung angegebene Anzahl der Behandlungen nicht vor Ablauf der Gültigkeit der Verordnung erbracht werden kann, kann zwischen verordnendem/r Arzt oder Ärztin und Leistungserbringendem die Durchführung der noch offenen verordneten Behandlungen vereinbart werden, ohne dass eine erneute Verordnung ausgestellt werden muss, sofern das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin gesichert ist. Die einvernehmliche Änderung ist vom/von der verordnenden Arzt oder Ärztin bzw. vom Leistungserbringenden auf der Vorderseite des Verordnungsblattes im Freitext-Feld „8“ zu dokumentieren und mit Datumsangabe, dem Kürzel „LE“ (im Falle der Dokumentation durch den Leistungserbringenden) und einer Unterschrift zu versehen. Bei fehlender Dokumentation der erfolgten Abstimmung mit dem Arzt/Ärztin entfällt der Vergütungsanspruch für die nach Ablauf der Gültigkeit der Verordnung durchgeführten Behandlungen, kann aber durch nachträgliche Dokumentation wiedererlangt werden.

Die Vorgaben der Handlungsanleitung an die verordnenden Ärzte und Ärztinnen sind für die therapeutischen Leistungserbringenden nicht bindend.

(5) Langzeitverordnungen (Dauer 6 Monate, danach neue Verordnung erforderlich) bedürfen der Kostenzusage des zuständigen Unfallversicherungsträgers in Textform. Diese ist vom Leistungserbringenden oder von der/der Versicherten vor Leistungsbeginn beim zuständigen Unfallversicherungsträger einzuholen. Die Langzeitverordnung verliert ihre Gültigkeit, sobald an mehr als vier Kalenderwochen keine Therapie stattgefunden hat. Ausnahme: Im Falle einer stationären Rehabilitation, die länger als 21 Tage dauert, gilt die Verordnung fort, wenn die Behandlung innerhalb von 7 Tagen nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme fortgesetzt wird. Die Gültigkeit der Dauer der Langzeitverordnung wird durch keine der genannten Maßnahmen über den ursprünglichen Verordnungszeitraum von 6 Monaten verlängert. Sollten bei dem/der Versicherten Änderungen eintreten, die sich auf dessen Rehabilitationsfähigkeit auswirken, darf der Unfallversicherungsträger jederzeit die Langzeitverordnung überprüfen, ändern und ggf. beenden.

(6) Eine höhere Anzahl von Zeitintervallen pro Behandlungseinheit (als das Regel-Zeitintervall) bzw. eine höhere Anzahl von Behandlungseinheiten pro Tag (als eine Behandlungseinheit am Tag) kann nur erbracht werden, wenn sie ärztlich verordnet ist. Änderungen bzw. Ergänzungen können entweder arztseitig mit erneuter ärztlicher Unterschrift und Datumsangabe oder im Einvernehmen mit dem Arzt oder Ärztin erfolgen. Die einvernehmliche Änderung bzw. Ergänzung ist durch den Leistungserbringenden auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks im Feld "6" mit Datumsangabe, dem Kürzel „LE“ (im Falle der Dokumentation durch den Leistungserbringenden) und einer Unterschrift zu versehen. Bei fehlender Dokumentation der erfolgten Abstimmung mit dem Arzt oder der Ärztin entfällt insoweit der Vergütungsanspruch, kann aber durch nachträgliche Dokumentation wiedererlangt werden.

(7) Kann die Behandlung aus medizinischen Gründen nicht ordnungs-/vertragsgemäß ausgeführt werden, ist die Behandlung zu beenden. Hierüber sind unverzüglich der verordnende Arzt/die Ärztin und der Unfallversicherungsträger zu unterrichten. Bei Gründen, die in der Person des Versicherten liegen (z. B. wiederholtes unentschuldigtes Nichterscheinen zu den vereinbarten Terminen, Gefährdung des Rehabilitationsziels aufgrund fehlender Compliance), ist die Behandlung zu beenden und



der UV-Träger zu unterrichten. Darüber hinaus gehende persönliche Informationen des Versicherten müssen gegenüber dem Unfallversicherungsträger nicht kommuniziert werden, es reicht die Angabe, dass aus Gründen, die beim Unfallversicherten liegen, das Therapieziel nicht erreicht werden kann bzw. gefährdet ist. Die Rückmeldung an den Arzt sowie an den Unfallversicherungsträger kann telefonisch oder in Textform erfolgen.

### **§ 8 Vergütung**

(1) Ein Vergütungsanspruch besteht nur für die Leistungen, die von einer bevollmächtigten Ärztin oder einem bevollmächtigten Arzt schriftlich auf dem für die gesetzliche Unfallversicherung bestimmten Verordnungsblatt verordnet wurden (§ 7 Abs. 1). Die Vergütung für die erbrachten Leistungen richtet sich nach dem als Anlage beigefügten "Leistungs- und Gebührenverzeichnis". Die Gebühren beziehen sich jeweils auf ein Zeitintervall (= 15 Minuten), soweit nichts anderes bestimmt ist.

(1a) Die Vergütungen für erbrachte Leistungen werden auf der Grundlage des zum 01.01.2024 geltenden Leistungs- und Gebührenverzeichnisses (im Folgenden: Gebührenverzeichnis) automatisch an die zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Spitzenorganisationen im Heilmittelbereich der Ergotherapie gemäß § 125 SGB V vereinbarten oder von der Schiedsstelle festgesetzten Preise mit einem Aufschlag in Höhe von 7,6 % auf die im Gebührenverzeichnis enthaltenen Preise angepasst. Die Preisanpassung für die nicht in den GKV-Leistungen enthaltenen Positionsnummern erfolgt prozentual analog zur GKV-Preisanpassung.

Die Preisanpassung tritt am ersten Tag des auf die Bekanntgabe der Preise durch die Berufsverbände der Ergotherapie zweiten folgenden Monats in Kraft (Beispiel: Bekanntgabe der neuen GKV-Preise am 15.11.; Geltung für den Bereich der Gesetzlichen Unfallversicherung am 01.01.).

(2) Grundsätzlich werden nur die im Leistungs- und Gebührenverzeichnis vorgegebenen Zeitintervalle vergütet. Darüber hinaus gehende Zeitintervalle können nur dann vergütet werden, wenn sie von der oder dem Verordnenden unter Angabe der Leistungsziffer und Anzahl der Zeitintervalle gemäß § 7 Absatz 1 mit einer Begründung

verordnet worden oder im Einvernehmen mit der oder dem Verordnenden vom Leistungserbringenden unter Angabe der Leistungsziffer und Anzahl der Zeitintervalle gemäß § 7 Absatz 1 mit einer Begründung auf der Verordnung ergänzt worden sind. Dasselbe gilt für eine Abweichung vom Grundsatz, dass nur eine Behandlungseinheit täglich erbracht werden soll.

(3) Mit den vereinbarten Gebühren sind auch die sächlichen Leistungen (Strom, Wasser, Verbrauchsmaterial usw.) abgegolten.

(4) Der Vergütungsanspruch entsteht ausschließlich in der Person des Praxisinhabenden, auch wenn die Leistungen von angestellten oder freien Mitarbeitenden erbracht worden sind.

(5) Fehlen festgelegte Zulassungsvoraussetzungen (§ 2), besteht kein Vergütungsanspruch.

(6) Der Vergütungsanspruch der Praxisinhabenden besteht aus Gründen des Vertrauensschutzes auch dann,

- wenn ein Behandlungsauftrag auf dem dafür vorgesehenen Verordnungsblatt von einer Ärztin oder einem Arzt erteilt wurde, die oder der nicht vom Träger der gesetzlichen Unfallversicherung dazu bevollmächtigt wurde. Auf Vertrauensschutz können sich Praxisinhabende nicht berufen, wenn sie zum Zeitpunkt der Annahme der Verordnung wussten, dass die Ärztin oder der Arzt zur Verordnung nicht berechtigt war,
- wenn der verordnende Arzt oder Ärztin zu Unrecht die Zuständigkeit eines Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung angenommen hat.

## **§ 9 Rechnungslegung**

(1) Rechnungen über erbrachte Leistungen sind von Praxisinhabenden auszustellen. Einzel- wie auch Sammelabrechnungen sind möglich. Bei Langzeitverordnungen sind zudem Zwischenabrechnungen möglich.

(2) Den Rechnungen sind die ärztlichen Verordnungen (§ 7 Abs. 1) beizufügen (bei Zwischenabrechnungen Verordnungskopien). Auf der Rückseite der ärztlichen Verordnung ist die Entgegennahme der Leistungen durch Unterschrift des/der Versicherten zu bestätigen.

(3) Die Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für Unfallverletzte/Berufserkrankte, für die sie ausgestellt ist.

(4) Leistungserbringende, die umsatzsteuerpflichtig sind, können am Schluss der jeweiligen Rechnung die gesetzliche Umsatzsteuer berechnen.

(5) Sofern bei einer Praxisübernahme oder einer Praxisveräußerung oder bei einem Wechsel des zugelassenen Leistungserbringenden durch die Versicherte oder den Versicherten Leistungen einer Verordnung von 2 verschiedenen Praxen in Anspruch genommen wurden, ist die zweite Abrechnung mittels einer Verordnungskopie möglich. Dies ist auf den beiden Verordnungen (Original und Kopie) entsprechend zu dokumentieren. Die Bestätigung der Entgegennahme der Leistung muss auf der jeweils zur Abrechnung eingereichten Unterlage erfolgt sein. Bereits abgerechnete Leistungen sind auf der Verordnungskopie durch einen Vermerk kenntlich zu machen und können nicht erneut nach Beendigung der Behandlungsserie in Rechnung gestellt werden.

## **§ 10 Bezahlung**

(1) Die Rechnungen sind vom Träger der gesetzlichen Unfallversicherung unverzüglich, spätestens jedoch drei Wochen nach Eingang zu bezahlen. Kann die Frist nicht eingehalten werden, sind die Praxisinhabenden zu benachrichtigen.

Sollte der Unfallversicherungsträger Änderungen im Verfahren der Rechnungszahlungen vornehmen, informiert er hierüber die Spitzenverbände der DGUV/SVLFG, damit diese etwaige Abrechnungsschwierigkeiten an den DVE kommunizieren und der wiederum seine Mitgliedsbetriebe rechtzeitig informieren kann.

(2) Wird die Zahlungsfrist vom Träger der gesetzlichen Unfallversicherung nicht eingehalten, setzt die Geltendmachung eines eventuellen Verzugsschadens eine erfolg-

lose Mahnung mit angemessener Fristsetzung (2 Wochen) voraus. Für diese Mahnung dürfen lediglich die entstandenen Portokosten berechnet werden. Der Verzugschaden kann pauschal in Höhe von 40 € geltend gemacht werden.

(3) Absatz 2 gilt nicht, wenn der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung eine Beanstandung hat und diese dem Rechnungslegenden mitgeteilt hat.

(4) Die Bezahlung der Leistungen nach dieser Vereinbarung schließt die Geltendmachung von Forderungen gegen den Versicherten aus.

### **§ 11 Fristberechnung**

Die Berechnung etwaiger Fristen nach diesem Vertrag erfolgt nach den Auslegungsvorschriften der §§ 187 bis 193 BGB.

### **§ 12 Schlussbestimmungen**

(1) Der Vertrag geht vom Grundsatz vertrauensvoller Zusammenarbeit aus. Die Vertragspartner unterstützen sich gegenseitig bei der Erfüllung dieses Vertrages.

(2) Die Vertragspartner verpflichten sich, mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieser Vereinbarung Sorge zu tragen.

(3) Einzelfallfragen zu Abrechnungen oder Streitigkeiten aus dem Rahmenvertrag werden zunächst über die Landesverbände der DGUV zwischen den Leistungserbringenden und den Unfallversicherungsträgern geklärt. Die aktuellen Kontaktmöglichkeiten der Landesverbände finden sich hier <https://www.dguv.de/landesverbaende/de/wir-ueber-uns/aufgaben/index.jsp>

(4) Zweifelsfragen, die sich ergeben, werden unverzüglich zwischen dem regional zuständigen Landesverband der DGUV bzw. der SVLFG und dem DVE geklärt. Wird eine Verständigung nicht erzielt, sind die Vertragsparteien für eine Klärung zuständig.

### **§ 13 Inkrafttreten/Kündigung**

Die Vereinbarung tritt zum 01.04.2024 in Kraft.

Sie kann mit vierteljähriger Frist zum Schluss eines jeden Kalenderhalbjahres, frühestens zum 31.12.2025, gekündigt werden.

#### **§ 14 Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen des Vertrages nichtig sein bzw. durch gesetzliche Neuregelungen oder höchstrichterliche Rechtsprechung ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieser Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen. Die unwirksame Bestimmung ist durch eine Bestimmung zu ersetzen, die der angestrebten Regelung am nächsten kommt.

**Verbindliche Bestandteile dieser Vereinbarung sind:**

1. Leistungsbeschreibung, Stand 01.04.2023
2. Leistungs- und Gebührenverzeichnis (Anlage zu § 8)
3. Formtext F 2402 „Verordnung von Leistungen zur Ergotherapie“, Stand 01.04.2023

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) e.V.

Berlin, den 2.5.24

S. 2

Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als LBG

Kassel, den 23.04.24

i.A. Dore

Deutscher Verband Ergotherapie e. V. (DVE)

Karlsbad, den 04.04.2024

[Signature]