

Rahmenvertrag

zwischen

der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. (DGUV), Berlin,

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

und

dem Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e. V. (BED), Mettlach

über die Versorgung mit Leistungen der Ergotherapie durch zugelassene
Praxisinhabende und deren Vergütung

vom 01.04.2023

in der Version vom 01.04.2024 (Ergänzung § 8 Abs. 1a)

Begriffsbestimmungen:

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

Leistungserbringende: Ergotherapeut/Ergotherapeutin, welche die ergotherapeutische Leistung erbringt; kann mit zugelassenem Praxisinhabenden identisch sein.

Verordnende: Zugelassene Durchgangsärzte (D-Ärzte oder D-Ärztinnen), vom D-Arzt oder der D-Ärztin hinzugezogene Ärzte, Handchirurgen nach § 37 Abs. 3 des Ärztevertrages sowie die Berufskrankheiten behandelnden Ärzte oder 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 Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten.

§ 2 Zulassung

(1) Selbständige Praxisinhabende der Ergotherapie sind für die Behandlung Unfallverletzter und Berufserkrankter zugelassen, wenn sie die Zulassungsvoraussetzungen nach diesem Paragraphen erfüllen.

(2) Die Zulassung richtet sich nach dem Vertrag Ergotherapie zwischen dem GKV-Spitzenverband und den maßgeblichen Verbänden der Ergotherapie gemäß § 125 SGB V vom 01.01.2022 und der dortigen Anlage „Zulassungsvoraussetzungen“ in der jeweils gültigen Fassung. Es müssen die 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 als Ergotherapeut/Ergotherapeutin 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 2 Jahren müssen mindestens 20 Unfallverletzte behandelt worden sein. Alternativ ist eine Bestätigung über eine sechsmonatige stationäre klinische Tätigkeit innerhalb der 2-jährigen Erfahrungszeit ausreichend.

Werden die Zusatzvoraussetzungen nur von einem oder einer in der Praxis regelmäßig tätigen freien Mitarbeitenden erfüllt, so darf die Behandlung nur von ihm oder ihr durchgeführt 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 Ergotherapeut/Ergotherapeutin mehr als acht Jahre unterbrochen wird.

(4) Ergotherapie-Praxen, die zum 01.10.2008 für die Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen waren, gelten ebenfalls nach dieser Vereinbarung als zugelassen. Absatz 5 gilt entsprechend.

(5) Die Praxen, die die Anforderungen nach Absatz 2 bis 4 erfüllen, gelten automatisch als zugelassen. Die Praxisinhabenden prüfen selbst, ob die Zulassungsvoraussetzungen erfüllt sind und bestätigen dies mit der Annahme der Verordnung und der Durchführung der Behandlung. Durch dieses konkludente Verhalten erfolgt die Anerkennung dieser Vereinbarung.

(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 zugelassenen Praxisinhabenden

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

Diese Feststellung kann unter anderem getroffen werden, wenn

1. die Zulassungsvoraussetzungen gemäß § 2 dieser Vereinbarung nicht oder nicht mehr vorliegen,
2. nicht erbrachte Leistungen abgerechnet wurden,
3. wiederholt und trotz Aufforderung zur Unterlassung gegen die Regelungen dieser Vereinbarung (§§ 4 - 11) verstoßen wurde.

Vor dem Ausspruch des Behandlungsverbotes ist der oder dem zugelassenen Praxisinhabenden rechtliches Gehör zu gewähren.

(2) Zugelassene Praxisinhabende verpflichten sich, bei personellen und sächlichen Veränderungen, durch die die Zulassungsvoraussetzungen nach § 2 Abs. 2 und 3 dieser Vereinbarung nicht mehr erfüllt sein könnten, unverzüglich zwecks Klärung mit dem für ihn oder sie zuständigen Landesverband der DGUV Kontakt aufzunehmen. 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) Zugelassene Praxisinhabende und Unfallversicherungsträger sind aufgrund Gesetzes verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen einzuhalten. Zugelassene 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 dem oder der Verordnenden und dem Unfallversicherungsträger, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.

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

§ 5 Haftung

Praxisinhabende haften im Rahmen dieses Vertrages für sich selbst sowie für ihre angestellten und freien Mitarbeitenden.

§ 6 Qualitätssicherung

(1) Zugelassene Praxisinhabende oder deren fachliche Leitung 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 Praxisinhabende sind verpflichtet, Qualitätssicherungsmaßnahmen durchzuführen.

§ 7 Durchführung der Behandlung

(1) Die ergotherapeutische Behandlung wird auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung erbracht, die gem. § 20 des Vertrags Ärzte/Unfallversicherungsträger zwischen DGUV/SVLFG und KBV (Ärztevertrag) von einem von den Unfallversicherungsträgern hierzu bevollmächtigten Verordnenden ausgestellt wurde, s. Begriffsbestimmung.

(2) Der Auftrag wird von der Ärztin oder dem 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 den Versicherten ist festzuhalten. 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.

Bei fehlender Bestätigung entfällt der Vergütungsanspruch und kann nur durch eine nachträgliche Bestätigung wiedererlangt werden.

(3) Mit der Behandlung ist grundsätzlich zum von der oder dem Verordnenden auf der Verordnung im Feld 8 angegebenen Datum zum Ergotherapiebeginn, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen, bei dringendem Behandlungsbedarf (entsprechend der Angabe auf der Verordnung) innerhalb von 7 Kalendertagen, nach diesem Datum zu beginnen. Für den Fall, dass der eingetragene Ergotherapiebeginn offensichtlich fehlerhaft (z. B. der Ergotherapiebeginn liegt vor dem Ausstellungsdatum) oder kein Datum angegeben ist, gelten obige Aussagen bezogen auf das Ausstellungsdatum.

Im begründeten Ausnahmefall kann zwischen der oder dem Verordnenden und der oder dem Leistungserbringenden ein späterer Behandlungsbeginn vereinbart werden, sofern das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin gesichert ist. Die einvernehmliche Änderung ist von der oder dem Leistungserbringenden auf der Vorderseite des Verordnungsblattes im Feld „8“ zu dokumentieren und mit Datumsangabe, dem Kürzel „LE“ (im Falle der Dokumentation durch den Leistungserbringer) 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/der 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 den verordnenden Ärztinnen und Ärzten und der oder dem Leistungserbringenden 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 verordnenden Arzt oder Ärztin bzw. vom Leistungserbringer auf der Vorderseite des Verordnungsblattes im Freitext-Feld „8“ zu dokumentieren und mit Datumsangabe, dem Kürzel „LE“ (im Falle der Dokumentation durch den Leistungserbringer) und einer Unterschrift zu versehen. Bei fehlender Dokumentation der erfolgten Abstimmung mit dem Arzt oder 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 ab Datum gemäß § 7 Abs. 4, danach neue Verordnung erforderlich) bedürfen der Kostenzusage des zuständigen Unfallversicherungsträgers in Textform. Diese ist vom Leistungserbringer oder vom Versicherten vor Leistungsbeginn beim zuständigen Unfallversicherungsträger einzuholen. Die Langzeitverordnung verliert ihre Gültigkeit, sobald an mehr als vier Kalenderwochen in Folge 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 beim Versicherten Änderungen eintreten, die sich auf dessen Rehabilitationsfähigkeit auswirken, darf der Unfallversicherungsträger jederzeit die Langzeitverordnung überprüfen, ändern und ggf. beenden. Hierüber informiert der UV-Träger den oder die zugelassene*n Praxisinhabende*n in Textform.

(6) Eine höhere Anzahl von Zeitintervallen pro Behandlungseinheit (als die Anzahl der Regel-Zeitintervalle) 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 der Ärztin oder dem Arzt erfolgen. Die einvernehmliche Änderung bzw. Ergänzung ist durch die oder den Leistungserbringenden auf der Vorderseite des Verordnungsvordrucks im Feld "6" mit Datumsangabe, dem Kürzel „LE“ (im Falle der Dokumentation durch den Leistungserbringer) und einer Unterschrift zu versehen. Bei fehlender Dokumentation der erfolgten Abstimmung mit dem Arzt oder der Ärztin entfällt 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 die verordnenden Ärzte und Ärztinnen und der Unfallversicherungsträger zu unterrichten. Bei nicht-medizinischen Gründen, die in der Person des Versicherten liegen, 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 die Ärztin oder den Arzt sowie an den Unfallversicherungsträger kann telefonisch oder in Textform erfolgen.

§ 8 Vergütung

(1) Ein Vergütungsanspruch besteht nur für die Leistungen, die von bevollmächtigten Ärzten und Ärztinnen 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 Vergütung für erbrachte Leistungen werden auf der Grundlage des zum 01.01.2024 geltenden Leistungs- und Gebührenverzeichnis (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) Mit den vereinbarten Gebühren sind auch die sächlichen Leistungen (Strom, Wasser, Verbrauchsmaterial usw.) abgegolten.

(3) Der Vergütungsanspruch besteht ausschließlich für die zugelassenen Praxisinhabenden, auch wenn die Leistungen von angestellten oder freien Mitarbeitenden erbracht worden sind.

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

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

- wenn ein Behandlungsauftrag auf dem dafür vorgesehenen Verordnungsblatt von einer oder einem Verordnenden erteilt wurde, der oder die nicht vom Träger der Unfallversicherung dazu bevollmächtigt wurde. Auf Vertrauensschutz kann sich der oder die Praxisinhabende nicht berufen, wenn er oder sie zum Zeitpunkt der Annahme der Verordnung wusste, dass der oder die Verordnende zur Verordnung nicht berechtigt war,
- wenn der oder die Verordnende 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 zweiten Seite der ärztlichen Verordnung ist die Entgegennahme der Leistungen durch Unterschrift des Versicherten zu bestätigen.

(3) Die Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für Unfallverletzte/Berufs erkrankte, 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 der oder 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 zugelassenen 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 BED kommunizieren und der wiederum seine Mitgliedsbetriebe rechtzeitig informieren kann.

(2) Wird die Zahlungspflicht vom UV-Träger nicht eingehalten, setzt die Geltendmachung eines eventuellen Verzugsschadens eine erfolglose Mahnung mit angemessener Fristsetzung (mindestens 2 Wochen) voraus. Für diese Mahnung dürfen lediglich die entstandenen Portokosten berechnet werden. Der Verzugsschaden kann pauschal in Höhe von 40 Euro geltend gemacht werden.

(3) Abs. 2 gilt nicht, wenn der UV-Träger 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 Leistungserbringern 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 über die Auslegung der Regelungen des Rahmenvertrages werden unverzüglich zwischen den Vertragsparteien geklärt.

§ 13 Inkrafttreten/Kündigung

Die Vereinbarung tritt am 01.04.2023 in Kraft.

Sie kann mit vierteljährlicher Frist zum Schluss eines jeden Kalenderhalbjahres, frühestens zum: 31.12.2024, gekündigt werden. Das Leistungs- und Gebührenverzeichnis (Anlage zu § 8 Abs. 1 Satz 2) kann gesondert mit vierteljährlicher Frist frühestens zum Ablauf der vereinbarten Gültigkeitsdauer 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. Leistungsbeschreibungen, Stand 01.04.2023
2. Leistungs- und Gebührenverzeichnis, Stand 01.10.2022 (Anlage zu § 8)
3. Formtext F 2402 „Verordnung von Leistungen zur Ergotherapie“, Stand 01.04.2023

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) e.V.

Berlin, den 25.4.24

[Signature]

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

Kassel, den 18.04.2024

[Signature]

Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland (BED) e.V.

Mettlach, den 25.04.2024

[Signature]
The logo of the Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland e.V. (BED) is visible, featuring the letters 'bed' in a stylized font within a circular emblem.