

# **Vertrag**

## **gemäß § 125 Abs. 2 SGB V über die Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen**

*zwischen*

dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e. V.

- handelnd für seine Mitglieder in den Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen -

- im Folgenden DVE genannt -

einerseits

*und*

dem IKK-Landesverband Nord,  
IKK-Landesverband Sachsen-Anhalt,

den IKK'n der Länder

Brandenburg und Berlin

Sachsen

Thüringen

- im Folgenden IKK'n genannt -

andererseits

**Leistungserbringergruppen-Schlüssel: 26 25 000**

## **Präambel**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der Heilmittelerbringer maßgeblichen Spitzenorganisationen haben auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V (Heilmittelrichtlinien/HMR) gemeinsame Rahmenempfehlungen gemäß § 125 Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln abgegeben.

Über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln sowie über die Preise und deren Abrechnung schließen die Landesverbände der Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern oder Verbänden der Leistungserbringer (Berufsverbänden) gemäß § 125 Abs. 2 SGB V.

Der DVE stellt sicher, dass die Inhalte des folgenden Vertrages zeitnah und umfassend seinen Mitgliedern übermittelt werden.

## **§ 1 Geltungsbereich**

Dieser Vertrag gilt:

- a) für die IKK'n;
- b) für Mitglieder des DVE, sofern sie die Anerkenniserklärung (Anlage 3) unterzeichnen und ihnen die Zulassung gemäß § 124 SGB V erteilt worden ist;
- c) für Leistungserbringer, die nicht Mitglied des DVE sind, sofern sie die Anerkenniserklärung (Anlage 3) unterzeichnen und ihnen die Zulassung gemäß § 124 SGB V erteilt worden ist.

## **§ 2 Gegenstand des Vertrages**

- (1) Dieser Vertrag regelt unter Berücksichtigung der jeweils geltenden Heilmittel-Richtlinien (HMR) gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V Einzelheiten der Versorgung mit ergotherapeutischen Leistungen für die Versicherten der IKK'n.
  - a) Rechte und Pflichten der Vertragspartner sowie die Folgen von Vertragsverstößen
  - b) Art und Umfang der Leistungen
  - c) Vergütung und Abrechnung der Leistungen

- (2) Die Einzelheiten richten sich nach den Anlagen 1 - 3

1. Leistungsbeschreibung
2. Vergütungsvereinbarung
3. Anerkenntniserklärung.

Die Anerkenntniserklärungen der nach § 124 SGB V bereits zugelassenen Mitgliedern des DVE werden den IKK'n seitens des DVE unterzeichnet zur Verfügung gestellt.

- (3) Die Anlagen 1 – 3 sind Bestandteile des Vertrages.
- (4) Die Durchführung einer Behandlung auf Grundlage dieses Vertrages darf nur von hierfür gemäß den Gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 124 Abs. 4 SGB V zur einheitlichen Anwendung der Zulassungsbedingungen nach § 124 Abs. 2 SGB V in der jeweils geltenden Fassung zugelassenen Leistungserbringern erfolgen.

### **§ 3**

#### **Art, Umfang und Abgabe von Leistungen**

- (1) Art und Umfang der Leistungen bestimmt der Vertragsarzt mit seiner Verordnung entsprechend den HMR. Zur Abgabe dieser Leistungen ist der Leistungserbringer im Rahmen der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) sowie der Zulassung nach § 124 SGB V berechtigt und verpflichtet. Grundsätzlich ist er an die vertragsärztliche Verordnung gebunden, es sei denn, eine einvernehmliche Änderung ist gemäß geltenden HMR möglich (Umwandlung der Gruppenbehandlung in Einzelbehandlung, Änderung der Frequenzen).\*
- (2) Sofern der Vertragsarzt keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht hat, soll die Behandlung innerhalb von 14 Tagen nach Ausstellung der Verordnung begonnen werden. Kann die Behandlung innerhalb dieses Zeitraums nicht aufgenommen werden, ist grundsätzlich eine Neuverordnung notwendig. Dies ist nicht der Fall, wenn im begründeten Ausnahmefall zwischen Vertragsarzt und Heilmittelerbringer eine abweichende Regelung getroffen wurde, die das Erreichen des angestrebten Therapieziels weiterhin sichert. Die einvernehmliche Änderung ist vom Heilmittelerbringer auf dem Verordnungsblatt zu begründen und zu dokumentieren.\*
- (3) Abs. 2 Satz 2 gilt analog, wenn die Behandlung länger als 14 Tage unterbrochen wird. Dies gilt nicht bei begründeten Ausnahmefällen wie: therapeutisch indizierte Behandlungsunterbrechung in Abstimmung mit dem verordnenden Arzt (T), Krankheit des Patienten/Therapeuten (K) und Ferien bzw. Urlaub des Patienten/Therapeuten (F), sofern das Therapieziel erreicht wird. Der zugelassene Leistungserbringer begründet die Überschreitung der Zeitintervalle mit den vorgenannten Buchstaben (T, F und K) unter Hinzufügung des Datums und der Unterschrift auf dem Verordnungsblatt.

\*Fußnote: Einvernehmliche Änderungen gemäß Abs. 1 und 2 sind durch den Therapeuten stets unten links auf der Rückseite der Verordnung anzugeben.

- (4) Die vertragsärztliche Verordnung ist nicht übertragbar. Sie gilt nur für die Person, für die sie ausgestellt ist.
- (5) Die vertragsärztliche Verordnung kann ausgeführt werden, wenn die für die Behandlung erforderlichen Informationen (Indikationsschlüssel, Diagnose, Leitsymptomatik, ggf. Therapieziel, Art des Heilmittels, Verordnungsmenge) enthalten sind. Zur Abgabe der Leistung ist der Leistungserbringer dann entsprechend der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) berechtigt und verpflichtet.
- (6) Der Leistungserbringer ist nicht berechtigt, vertragsärztliche Verordnungen zu ändern oder zu ergänzen. Abs. 1 und 2 bleiben davon unberührt.
- (7) Der vertragsärztlichen Verordnung liegt gemäß geltenden HMR ein definierter Regelfall zugrunde. Alle Verordnungen außerhalb des Regelfalls unterliegen der Genehmigungspflicht der Krankenkassen. Verzichtet eine Krankenkasse auf die Vorlage, informiert sie darüber schriftlich die Kassenärztlichen Vereinigungen und den DVE.
- (8) Die Durchführung der Behandlung ist unter Angabe der Maßnahme sowie des Datums am Tage der Leistungsabgabe durch den Versicherten oder eine legitimierte Person durch Unterschriftsleistung auf der Rückseite der vertragsärztlichen Verordnung einzeln zu bestätigen. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind nicht zulässig.
- (9) Es ist unzulässig, anstelle verordneter Leistungen andere Leistungen abzugeben. Nicht in Anspruch genommene Leistungen dürfen der IKK nicht, und vorzeitig beendete Behandlungen nur in dem tatsächlich erbrachten Umfang, in Rechnung gestellt werden.
- (10) Die Abgabe der Leistung hat nur an dem in der Zulassung nach § 124 SGB V genannten Praxissitz oder im Rahmen eines Hausbesuches aufgrund einer ärztlichen Verordnung zu erfolgen. Der Leistungserbringer darf die Behandlung eines Versicherten nur in begründeten Ausnahmefällen nach Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt ablehnen.
- (11) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, ärztlich verordnete Hausbesuche durchzuführen, sofern er der nächstgelegene zugelassene Leistungserbringer ist.
- (12) Wird im Verlauf der Behandlung das Therapieziel vor dem Ende der verordneten Therapiedauer erreicht, ist die Behandlung in Abstimmung mit dem Arzt zu beenden.
- (13) Am Ende einer Behandlungsserie (Verordnung) unterrichtet der Leistungserbringer auf Anforderung des Vertragsarztes schriftlich über den Stand der Therapie.

## **§ 4**

### **Wirtschaftlichkeit**

Die Leistungen sind gemäß § 12 SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Sie haben gemäß § 70 SGB V dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen.

Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen; dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die IKK nicht bewilligen.

## **§ 5**

### **Qualitätssicherung**

- (1) Der Heilmittelerbringer ist verpflichtet, sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen.
- (2) Die IKK kann Maßnahmen zur Prüfung der sich im Rahmen der Qualitätssicherung ergebenden Pflichten einleiten. Sie teilt den Leistungserbringern die Durchführung, den Gegenstand und den Umfang der Prüfung in Frist von 14 Tagen mit. Auf Wunsch des Zugelassenen ist dessen Berufsverband hinzuzuziehen. Soweit eine Praxisbegehung stattfindet, ist dem Prüfenden innerhalb der Praxiszeiten Zugang zur Praxis zu gewähren. Der Leistungserbringer hat die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen.
- (3) Über das Ergebnis der Prüfung ist ein schriftlicher Bericht zu erstellen. Soweit Beanstandungen festgestellt werden, entscheidet die IKK nach Anhörung des Leistungserbringers, welche Maßnahmen dieser zur Beseitigung der Defizite und innerhalb welcher Frist zu treffen hat. Kommt der Leistungserbringer dem nicht nach, verfährt die IKK gemäß §§ 11 und 12 dieses Vertrages.

### **Strukturqualität**

- (4) Die Strukturqualität beschreibt die Möglichkeit des Therapeuten, aufgrund seiner individuellen Qualifikation, im Rahmen seines Arbeitsfeldes und unter Berücksichtigung der vorhandenen Infrastruktur qualitativ hochwertige Therapieleistungen zu erbringen. Die Strukturqualität umfasst insbesondere die organisatorischen, personellen, räumlichen und sächlichen Voraussetzungen für das Therapiegeschehen.
- (5) Der zugelassene Leistungserbringer ist verpflichtet, Leistungen nach diesem Vertrag grundsätzlich selbst zu erbringen. Werden angestellte und freie Mitarbeiter beschäftigt, so dürfen Behandlungen nur durch Fachpersonal durchgeführt werden, das die Voraussetzung gemäß § 124 Abs. 2 Nr. 1 SGB V erfüllt.
- (6) Der Leistungserbringer und seine angestellten und freien Mitarbeiter bilden sich im Interesse der Qualitätssicherung regelmäßig, mindestens alle 2 Jahre beruflich fort. Der Nachweis hierüber ist auf Anforderung zu erbringen.

- (7) Der Zugelassene/fachliche Leiter hat ganztägig als Behandler in seiner Praxis zur Verfügung zu stehen und/oder die qualifizierte Durchführung der Behandlungen der Versicherten der IKK in seiner Praxis sicherzustellen. Hiervon ausgenommen sind Krankheit, Urlaub oder berufliche Fortbildung bis zur Dauer von acht Wochen.
- (8) Zulassungsrelevante Veränderungen sind unverzüglich mitzuteilen. Bei Veränderungen der angestellten und freien Mitarbeiter ist der Leistungserbringer verpflichtet, innerhalb von zwei Wochen diese der zulassenden Stelle zu melden sowie deren Qualifikation und wöchentliche Arbeitszeit nachzuweisen.

### **Prozessqualität**

- (9) Die Prozessqualität beschreibt die Güte der ablaufenden Therapieprozesse.
- (10) Zur Sicherung der Prozessqualität hat der Heilmittelerbringer insbesondere Folgendes zu gewährleisten:
- Kooperation zwischen Heilmittelerbringer und verordnendem Vertragsarzt;
  - Orientierung der Behandlung an der Indikation (bestehend aus Diagnose und Leitsymptomatik), am Therapieziel und der Belastbarkeit des Versicherten;
  - Anwendung des verordneten Heilmittels;
  - Behandlung gemäß der Leistungsbeschreibung (vgl. Anlage 1);
  - Dokumentation des Behandlungsverlaufs gemäß Anlage 1 Ziffer 8.
- (11) Der Heilmittelerbringer sollte entsprechend der therapeutischen Erfordernissen bereit sein,
- eine Abstimmung des Therapieplans mit anderen an der Behandlung Beteiligten herbeiführen,
  - Patienten und deren Angehörige im Einzelfall zu beraten und
  - sich z. B. an Case-Managements und an Qualitätszirkeln (insbesondere auch mit Ärzten) zu beteiligen.
- (12) Der Leistungserbringer hat für jeden behandelten Versicherten der IKK eine Verlaufsdokumentation gemäß Ziffer 8 der Leistungsbeschreibung (Anlage 1) zu führen und kontinuierlich je Behandlungseinheit fortzuschreiben. Diese ist 3 Jahre nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Behandlungsserie abgeschlossen ist, aufzubewahren. Der Leistungserbringer hat eine sichere Aufbewahrung zu gewährleisten.

### **Ergebnisqualität**

- (13) Ergebnisqualität ist als Zielerreichungsgrad durch Maßnahmen der Heilmittelbehandlung zu verstehen. Im Behandlungsverlauf ist das Ergebnis der Heilmittelbehandlung anhand der Therapieziele in Abgleich zu den verordneten und

durchgeführten Heilmittleistungen regelmäßig zu überprüfen. Zu vergleichen ist die Leitsymptomatik bei Beginn der Behandlungsserie mit dem tatsächlich erreichten Zustand am Ende der Behandlungsserie unter Berücksichtigung des Therapieziels gemäß der ärztlichen Verordnung sowie des Befindens und der Zufriedenheit des Versicherten.

## **§ 6 Vertretung**

- (1) Der Zugelassene/fachliche Leiter kann sich für die Dauer bis zu 6 Monaten bei Verhinderung durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung bzw. bei Schwangerschaft/Mutterschaft entsprechend der Dauer des gesetzlichen Erziehungsurlaubes vertreten lassen, wenn der Vertreter die Voraussetzungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 1 und 3 SGB V erfüllt und nachweist. Die IKK ist über die Vertretung zuvor schriftlich zu informieren.
- (2) Im Übrigen bedürfen Vertretungen für länger als sechs Monate der Genehmigung durch die zulassende Stelle und sind vom Leistungserbringer grundsätzlich sechs Wochen im Voraus zu beantragen. Abs. 1 gilt entsprechend.

## **§ 7 Wahl des Leistungserbringers / Werbung**

- (1) Der Versicherte kann unter den Leistungserbringern frei wählen und darf in seiner Wahl nicht beeinflusst werden.
- (2) Die IKK gibt ihren Versicherten die Anschriften der Leistungserbringer auf Anfrage oder in sonstiger geeigneter Weise bekannt.
- (3) Dem Leistungserbringer ist es nicht gestattet, mit der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen nach diesem Vertrag zu werben.
- (4) Eine Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und einem Vertragsarzt mit dem Ziel der Leistungsausweitung ist nicht zulässig.
- (5) Die Annahme von Aufträgen und deren Weitergabe durch den Leistungserbringer (Vermittlung) an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile sowie die Zahlung von Vergütungen oder Provisionen für Zuweisung von Versicherten ist unzulässig. Vermittlung im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Weitergabe von in eigenem Namen angenommenen Aufträgen an Dritte gegen Kostenerstattung.

## **§ 8**

### **Haftung**

- (1) Der zugelassene Leistungserbringer haftet für von Mitarbeitern erbrachte Leistungen in gleichem Umfang wie für seine eigenen Leistungen. Er hat sich regelmäßig den erforderlichen Überblick über den Praxisablauf zu verschaffen.
- (2) Er haftet im Rahmen der gesetzlichen Verpflichtungen für die Tätigkeit des Vertreters nach § 6 im gleichen Umfang wie für die eigene Tätigkeit.
- (3) Der Leistungserbringer hat für jeden Praxissitz eine ausreichende Betriebs- und Berufshaftpflichtversicherung für Personen-, Sach- und Vermögensschäden (Deckungssumme mindestens 1.500.000 Euro für Personenschäden) sowie gegebenenfalls zur Absicherung des Datenschutzrisikos abzuschließen und zu unterhalten. Im Schadensfall haftet der Leistungserbringer allein und stellt die jeweilige Krankenkasse von Haftungen frei. Das Bestehen der Versicherung ist der jeweiligen Krankenkasse auf Verlangen nachzuweisen

## **§ 9**

### **Datenschutz**

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen und unterliegt hinsichtlich der Person des Versicherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber dem behandelnden Vertragsarzt und der zuständigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind.
- (2) Der Leistungserbringer hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten.
- (3) Die §§ 35, 37 SGB I, § 284 SGB V sowie die §§ 67 bis 85 SGB X sind zu beachten.

## **§ 10**

### **Vergütung und Abrechnung von Leistungen**

- (1) Die Einzelheiten des Abrechnungsverfahrens sind in den Richtlinien nach §§ 302 und 303 SGB V in der jeweils gültigen Fassung geregelt.
- (2) Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich gemäß der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung einmal monatlich für alle im Vormonat abgeschlossenen Behandlungen und ist bis zum 15. des auf die letzte Behandlung folgenden Monats bei der IKK oder einer von ihr benannten Rechnungsprüfstelle einzureichen.
- (3) Die Bezahlung von auf maschinell verwertbaren Datenträgern eingereichten Rechnungen erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (maschinelle Abrechnungsdaten und rechnungsbe gründende Unterlagen).

Erfolgt die Abrechnung auf Papierabrechnungen, beträgt die Zahlungsfrist 28 Tage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen.

Die Frist gilt als gewahrt, wenn dem Geldinstitut der Überweisungsauftrag innerhalb dieser Frist erteilt wird.

- (4) Die Zahlung an zentrale Abrechnungsstellen hat befreiende Wirkung gegenüber dem Leistungserbringer und erfolgt unter Vorbehalt einer sachlichen und rechtlichen Prüfung.
- (5) Überträgt ein zugelassener Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat er die Krankenkasse, die die Zulassung erteilt hat, unverzüglich schriftlich zu informieren. Beginn und Ende der Abrechnung und der Name der beauftragten Abrechnungsstelle sind mitzuteilen. Eine Erklärung, dass die Zahlungen der Krankenkasse an die beauftragte Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung erfolgt, ist beizufügen. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, selbst dafür zu sorgen, dass mit dem der Krankenkasse mitgeteilten Ende der Abrechnung keine diesen Zeitpunkt überschreitende Inkassovollmacht oder Abtretungserklärung zugunsten der Krankenkasse gemeldeten Abrechnungsstelle mehr besteht. Die Abrechnungsstelle ist Erfüllungsgehilfe des Zugelassenen (§ 278 BGB).
- (6) Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Abs. 1 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) durch den Leistungserbringer auszuwählen.
- (7) Die erbrachten Leistungen werden nach der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung gemäß Anlage 2 vergütet. Die genannten Preise sind Höchstpreise.
- (8) Vom Versicherten sind mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung (§ 32 Abs. 2 SGB V) keine Zahlungen zu fordern.
- (9) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen informiert die Rechnungsprüfstelle den Leistungserbringer bzw. das entsprechende Abrechnungszentrum. Beanstandungen müssen innerhalb von 12 Monaten nach Rechnungseingang erhoben werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Leistungserbringers vor.
- (10) Der Leistungserbringer oder die beauftragte Abrechnungsstelle (Abs. 5) erhält bei Rechnungsberichtigungen eine schriftliche Mitteilung (Differenzprotokoll).
- (11) Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verjährt jeweils nach einem Jahr, gerechnet ab Datum des Abschlusses der Leistungserbringung, bezogen auf eine Verordnung. Der Erstattungsanspruch der IKK verjährt nach einem Jahr, gerechnet ab Posteingangsdatum der Rechnung.

Keine oder ungerechtfertigte Abrechnungen werden von dieser Frist nicht berührt.

## **§ 11 Vertragsverstöße**

- (1) Erfüllt ein zugelassener Vertragspartner die ihm obliegenden Pflichten nicht vertragsgemäß, so kann ihn die IKK schriftlich abmahnen; die IKK setzt eine Frist für die Beseitigung des Vertragsverstosses durch den Vertragspartner fest.
- (2) Bei schwerwiegenden oder wiederholten Vertragsverstößen kann die IKK nach erfolgter Anhörung unter Einbeziehung von Vertretern des betroffenen Berufsverbandes eine angemessene Vertragsstrafe bis zu 50.000 EURO festsetzen. Schwerwiegende Vertragsverstöße rechtfertigen auch den Zulassungsentzug. Unabhängig davon ist ein weiterer Schaden zu ersetzen. Weitere rechtliche Schritte (z. B. Strafanzeige) bleiben davon unberührt.

Zu den schwerwiegenden Vertragsverstößen zählen insbesondere:

- Nichterfüllung der sächlichen und/oder räumlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen
- Abrechnung nicht erbrachter Leistungen
- wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz (vgl. § 9)
- nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen
- Änderung der Verordnung ohne Abstimmung mit dem verordnenden Vertragsarzt
- Leistungsabgabe entgegen vertragsärztlicher Verordnung
- Manipulation von Abrechnungsdaten
- Zahlung von Vergütungen für die Zuweisung von vertragsärztlichen Verordnungen

## **§ 12 Vertragsausschuss**

Zur Klärung von Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen kann ein Vertragsausschuss gebildet werden. Dieser setzt sich paritätisch aus Vertretern der IKK und des DVE zusammen. Er ist auf Antrag eines Vertragspartners einzuberufen.

## **§ 13 Inkrafttreten**

Dieser Vertrag tritt am 01.09.2004 in Kraft und ersetzt die bisher auf Landesebene geschlossenen Verträge. Dieser Vertrag gilt vorbehaltlich der Nichtbeanstandung durch die zuständigen Aufsichtsbehörden nach § 71 Abs. 4 SGB V.

## **§ 14 Kündigung**

Dieser Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres, frühestens zum 31.12.2005 schriftlich gekündigt werden. Es gilt das Datum des Poststempels.

Die Kündigung durch eine Vertragspartei berührt die Weitergeltung des Vertrages zwischen den übrigen Vertragsparteien nicht.

Bis zum Inkrafttreten eines neuen Vertrages gelten die Regelungen des gekündigten Vertrages weiter.

Für die Vergütungsvereinbarung gelten gesonderte Kündigungsfristen, die als Anlage 2 Vergütungsvereinbarung im § 4 geregelt sind.

## **§ 15 Schriftform**

Sämtliche Vertragsanpassungen bzw. Vertragsänderungen bedürfen der Schriftform.

## **§ 16 Salvatorische Klausel**

Sollte eine der Bestimmungen dieses Vertrages rechtsunwirksam sein oder werden, so soll dadurch die Wirksamkeit des übrigen Vertrages nicht berührt werden. Dieser soll dann vielmehr so durchgeführt werden, dass er seinen Zweck bestmöglich erfüllt. Im Übrigen verpflichten sich die Vertragsparteien, rechtsunwirksame Bestimmungen durch im Ergebnis gleichwertige rechtlich zulässige Bestimmungen zu ersetzen.

Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Berlin, Dresden, Erfurt, Magdeburg, Schwerin, Karlsbad, den

i.A. Jace  
IKK Landesverband Nord

W. Schacke  
Deutscher Verband der  
Ergotherapeuten e. V.

i.A. Jüvel  
IKK Brandenburg und Berlin

[Signature]  
IKK Sachsen

H. W.  
IKK-Landesverband Sachsen-Anhalt

[Signature]  
IKK Thüringen