

## Checkliste für die Prüfung ambulanter neurologischer Einrichtungen

**Name der Einrichtung:**

**Anschrift:**

**Ansprechpartner(in):**

**Eigenes IK der amb.  
Reha-Einrichtung:**

**Telefon:**

**Fax:**

**E-Mail:**

**Anzahl der Plätze:**

**Beginn:**

**Eingangsvoraussetzungen**

medizinisch schlüssiges Konzept mit Mustertherapieplänen	
--	--

### Grundvoraussetzungen und Organisation

Rechtsform der Einrichtung: <input type="checkbox"/> Formblatt, letzte Seite dieser Anlage, liegt vor						
Öffnungszeiten:	Montag _____	Dienstag _____	Mittwoch _____	Donnerstag _____	Freitag _____	Samstag _____
Grundriss der Einrichtung:						
Arztdienstplan liegt vor: Der leitende Arzt oder sein benannter ständiger Vertreter müssen während der Öffnungszeiten der Einrichtung präsent und verfügbar sein.						

**Personelle Ausstattung****1. Leitender Arzt**

Name:

- Vollzeit                       Teilzeit, Umfang der Stunden  
 Arbeitsvertrag liegt vor                       Kooperationsvertrag  
 Approbationsurkunde seit

Facharzt für:

- Neurologie (mind. 1 Jahr Weiterbildung in der Psychiatrie) oder Nervenarzt/ Arzt für Neurologie und Psychiatrie mit zusätzlicher Qualifikation:  
 Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin oder zusätzlich Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin und  
 mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung.

**2. Stellvertretender Arzt**

Name:

- Vollzeit                       Teilzeit, Umfang der Stunden  
 Arbeitsvertrag liegt vor                       Kooperationsvertrag  
 Approbationsurkunde seit

Facharzt für:

- Neurologie (mind. 1 Jahr Weiterbildung in der Psychiatrie) oder Nervenarzt/ Arzt für Neurologie und Psychiatrie mit zusätzlicher Qualifikation:  
 Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin oder zusätzlich Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin und  
 mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung

**3. Weiterer Arzt**

Name:

- Vollzeit                       Teilzeit, Umfang der Stunden  
 Arbeitsvertrag liegt vor                       Kooperationsvertrag  
 Approbationsurkunde seit

Facharzt für:

- Neurologie (mind. 1 Jahr Weiterbildung in der Psychiatrie) oder Nervenarzt/ Arzt für Neurologie und Psychiatrie mit zusätzlicher Qualifikation:  
 Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin oder zusätzlich Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin und  
 mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung

**1. Leitender Physiotherapeut/Krankengymnast**

Name:

- Vollzeit  
 Arbeitsvertrag liegt vor  
 Jeweils staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/Krankengymnast oder Bachelor of Science (B. SC.) oder Bachelor of Arts (B. A.) oder Master of Science (M. Sc.) seit \_\_\_\_\_  
 mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Physiotherapeut/Krankengymnast oder B. Sc. oder B. A. oder M. Sc. in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung \_\_\_\_\_

Folgende erfolgreich abgeschlossene Zusatzqualifikationen (§ 124 SGB V) sind erforderlich (Nachweis durch Abschlusszertifikate):

- Manuelle Therapie (Extremitäten und Wirbelsäule)  
 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (PNF, Bobath oder Vojta)

**2. Stellvertretender Leiter Physiotherapeut/Krankengymnast**

Name:

- Vollzeit  
 Arbeitsvertrag liegt vor  
 Jeweils staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/Krankengymnast oder Bachelor of Science (B. SC.) oder Bachelor of Arts (B. A.) oder Master of Science (M. Sc.) seit \_\_\_\_\_  
 mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Physiotherapeut/Krankengymnast oder B. Sc. oder B. A. oder M. Sc. in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung \_\_\_\_\_

Folgende erfolgreich abgeschlossene Zusatzqualifikationen (§ 124 SGB V) sind erforderlich (Nachweis durch Abschlusszertifikate):

- Manuelle Therapie (Extremitäten und Wirbelsäule)  
 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (PNF, Bobath oder Vojta)

**3. Weiterer Krankengymnast**

Name:

in

- Vollzeit       Teilzeit: Umfang Std./Wo. \_\_\_\_\_  
 Arbeitsvertrag liegt vor  
 Jeweils staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/Krankengymnast oder Bachelor of Science (B. SC.) oder Bachelor of Arts (B. A.) oder Master of Science (M. Sc.) seit \_\_\_\_\_

Folgende erfolgreich abgeschlossene Zusatzqualifikationen (§ 124 SGB V) sind erforderlich (Nachweis durch Abschlusszertifikate):

- manuelle Therapie  
 Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (PNF, Bobath oder Vojta)

**1. Masseur und Medizinischer Bademeister**

Name:

in

- Vollzeit  
 Arbeitsvertrag liegt vor  
 Staatliche Anerkennung als Masseur und Medizinischer Bademeister seit \_\_\_\_\_  
 mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Masseur und Medizinischer Bademeister in einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung \_\_\_\_\_  
 Grundlagenkenntnisse in Bewegungslehre z. B. :  
 Sportphysiotherapie und funkt. Anatomie, typische Verletzungsmuster, Stützverbände (mind. 30 Unterrichtseinheiten)

**1. Ergotherapeut**

Name:

in

- Vollzeit       Teilzeit: Umfang Std./Wo. \_\_\_\_\_  
 Arbeitsvertrag liegt vor       Kooperationsvertrag Umfang Std./Woche \_\_\_\_\_  
 Jeweils staatliche Anerkennung als Ergotherapeut oder Bachelor of Science (B. Sc.) oder Master of Science (M. Sc.) seit \_\_\_\_\_  
 mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Ergotherapeut in einer Rehabilitationseinrichtung \_\_\_\_\_  
 Grundlagenkenntnisse in arbeitsrehabilitativen Maßnahmen, Ergonomie, Arbeitsplatzanpassung und

**2. Ergotherapeut**

Name: \_\_\_\_\_

in

- Vollzeit       Teilzeit: Umfang Std./Wo. \_\_\_\_\_  
 Arbeitsvertrag liegt vor       Kooperationsvertrag Umfang Std./Woche \_\_\_\_\_  
 Jeweils staatliche Anerkennung als Ergotherapeut oder Bachelor of Science (B. Sc.) oder Master of Science (M. Sc.) seit \_\_\_\_\_  
 mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Ergotherapeut in einer Rehabilitationseinrichtung \_\_\_\_\_  
 Grundlagenkenntnisse in medizinisch-beruflichen Rehabilitationsansätzen, Ergonomie, Arbeitsplatzanpassung

**1. Gesundheits- und Krankenpfleger**

Name:

in

- Vollzeit       Teilzeit: Umfang Std./Wo. \_\_\_\_\_  
 Arbeitsvertrag liegt vor       Kooperationsvertrag Umfang Std./Wo \_\_\_\_\_  
 Staatliche Anerkennung als Gesundheits- und Krankenpfleger (Krankenschwester, Krankenpfleger) seit \_\_\_\_\_  
 mind. 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung als Gesundheits- und Krankenpfleger in einer medizinischen Einrichtung \_\_\_\_\_

**2. Gesundheits- und Krankenpfleger**

Name:

in

- Vollzeit       Teilzeit: Umfang Std./Wo. \_\_\_\_\_  
 Arbeitsvertrag liegt vor       Kooperationsvertrag Umfang Std./Wo \_\_\_\_\_  
 Staatliche Anerkennung als Gesundheits- und Krankenpfleger (Krankenschwester, Krankenpfleger) seit \_\_\_\_\_  
 mind. 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung als Gesundheits- und Krankenpfleger in einer medizinischen Einrichtung \_\_\_\_\_

**Klinischer Neuropsychologe**

Name:

in

- Vollzeit       Teilzeit: Umfang Std./Wo. \_\_\_\_\_  
 Arbeitsvertrag liegt vor       Kooperationsvertrag Umfang Std./Wo. \_\_\_\_\_  
 Jeweils staatliche Anerkennung als Diplom-Psychologe oder Master of Science (M. Sc.) und ggf. psychotherapeutische Zusatzqualifikation seit \_\_\_\_\_  
 Anerkennung als klinischer Neuropsychologe durch Fachgesellschaften seit \_\_\_\_\_ und  
 Kenntnisse und Erfahrung im Bereich der klinischen Neuropsychologie durch mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung im Bereich der neurologischen Rehabilitation und Kenntnisse und Erfahrung in psychologischer und neuropsychologischer Diagnostik und Psychotherapie: \_\_\_\_\_  
 Erfahrungen in Entspannungstechniken (z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson)  
 Die Aufgaben der klinischen Neuropsychologie können auch durch einen Arzt mit Weiterbildung in Neuropsychologie übernommen werden, wenn er eine Anerkennung durch eine Fachgesellschaft nachweisen kann und in der Neurologie tätig war.

**Logopäde/Sprachtherapeut**

Name:

- Vollzeit       Teilzeit: Umfang Std./Wo. \_\_\_\_\_  
 Arbeitsvertrag liegt vor       Kooperationsvertrag Umfang Std./Woche \_\_\_\_\_  
 Jeweils staatliche Anerkennung als Logopäde/Sprachtherapeut/staatlich geprüfter Atem-, Sprech- und Stimmlehrer (Schule Schlaffhorst- Andersen) oder Bachelor of Science (B.Sc.) oder Bachelor of Arts (B.A.) seit \_\_\_\_\_ oder  
 Angehörige anderer Berufsgruppen, soweit diese die Zulassungsempfehlungen nach § 124 SGB V mindestens für das Teilgebiet Aphasie und Dysarthrie erfüllen.  
 und mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Logopäde oder Sprachtherapeut in der neurologischen Rehabilitationseinrichtung \_\_\_\_\_

**Sozialarbeiter/Sozialpädagoge**

Name:

in

- Vollzeit  Teilzeit: Umfang Std./Wo. \_\_\_\_\_
- Arbeitsvertrag liegt vor  Kooperationsvertrag Umfang Std./Wo. \_\_\_\_\_
- Jeweils staatliche Anerkennung als Diplom-Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge oder Master of Science (M. Sc.) oder Master of Arts (M. A.) oder Bachelor of Arts (B. A.) oder Bachelor of Science (B. Sc.) oder Bachelor of Education (B. Ed.) seit \_\_\_\_\_
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagoge in einer Rehabilitationseinrichtung \_\_\_\_\_

**Diätassistent/Diplom-Ökotrophologe**

Name:

in

- Vollzeit  Teilzeit: Umfang Std./Wo. \_\_\_\_\_
- Arbeitsvertrag liegt vor  Kooperationsvertrag Umfang Std./Wo. \_\_\_\_\_
- Jeweils staatliche Anerkennung als Diätassistent oder Diplom-Ökotrophologe oder Bachelor of Science (B. Sc.) oder Master of Science (M. Sc.) seit \_\_\_\_\_
- mind. 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung in Diät- und Ernährungsberatung \_\_\_\_\_

## Räumliche Ausstattung

### Allgemein:

Die räumliche Ausstattung der ambulanten Rehabilitationseinrichtung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen und wird durch

- Grundrisszeichnungen sowie durch
- Besichtigung nachgewiesen bzw. geprüft.

Für die speziellen Gegebenheiten der ambulanten Rehabilitation bei neurologischen Erkrankungen sind Räume mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung vorzusehen, insbesondere

- Parkplätze
- behindertengerechter Zugang

Die räumliche Ausstattung der ambulanten Rehabilitationseinrichtung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen. Für die speziellen Gegebenheiten der ambulanten neurologischen Rehabilitation sind Räume mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung vorzusehen, insbesondere

- Raum für ärztliche Untersuchung und fachärztliche rehabilitationspezifische Funktionsdiagnostik
- Notfallzimmer
- Einzeltherapieräume
- Gruppentherapieräume, auch geeignet für Schulungen und Seminare
- Aufenthalts- und Ruheräume mit ausreichender Anzahl von Sitz- und Liegeplätzen
- Umkleieräume, Wasch- bzw. Duschplätze und WC, davon in ausreichender Anzahl mit barrierefreier Gestaltung sowie abschließbare Schrankfächer für jeden Rehabilitanden
- Rezeption
- Raum für Patientenaufnahme, Kartei/Archiv, Verwaltung und sonstige Infrastruktur
- Wartebereich mit ausreichender Sitzgelegenheit
- Abstellraum, Geräteraum
- Personalaufenthaltsraum
- Personalumkleideraum mit Dusche, WC und abschließbarem Schrankraum

### Therapie

- Massagekabinen/Räume für Einzelkrankengymnastik - Anzahl \_\_\_\_\_
- krankengymnastische Therapiefläche mit der Möglichkeit der Gruppenbehandlung – Größe \_\_\_\_\_
- Therapiefläche für gerätetechnisch gestützte Krankengymnastik – Größe \_\_\_\_\_
- Therapieraum für Ergotherapie
- Therapieraum für Logopädie
- Therapieraum für (Neuro-)Psychologie
- Funktionsraum für Krankenpflege und Anpassung von Hilfsmittel durch Orthopädietechniker
- Therapieraum für Diätassistent und Sozialarbeiter
- Lehrküche

Die Räume müssen gem. DIN 18040-1:2010-10 (Barrierefreies Bauen - Planungsgrundlagen - Teil 1: Öffentlich zugängliche Gebäude) barrierefrei zugänglich sein.

Allen therapeutischen Professionen muss, außer der typischen Einrichtung und des berufsüblichen Arbeitsmaterials, die sich aus dem Rehabilitationskonzept ergebende räumliche und gerätetechnische Ausstattung zur Verfügung stehen.

**Apparative Ausstattung**

Die Geräte müssen in geeigneter Ausführung (sicherheitstechnische Standards, TÜV/S MedGV) vorhanden sein. Über die vorhandenen Geräte ist eine aktuelle Geräteliste zu führen.

- Therapieliegen (für Krankengymnastik/Physiotherapie, Ergotherapie und physikalische Therapie nutzbar, bei Bedarf höhenverstellbar)
- Arbeitstische, adaptierbar
- Arbeitsstühle, adaptierbar
- Bodenmatten
- Sprossenwand
- Gehbarren
- Spiegel (körperhoch für Physiotherapie und Ergotherapie)
- Laken, Tücher, Lagerungskissen, Polster und Decken
- Geräte für Therapie und Diagnostik in der Physiotherapie:
  - Muskeltrainingsgeräte
  - Geräte zur Muskelkraftmessung
  - passive Bewegungsgeräte mit Spastikschtaltung
  - Balance-/Gleichgewichtsgeräte (z.B. Kreisel, instabile Flächen)
- Thermo- (Kryo- und Wärmetherapie) Geräte
- Elektro- und Elektromechno-Therapiegeräte
- Geräte (z.B. Matten, Liegen, Stühle) für Entspannungsübungen oder für spastiksenkende Lagerung
- Diagnostik- und Therapiematerial für mental/kognitive, psychische und/oder cerebral bedingte Sprach- und Sprechstörungen (u.a. auch für computergestützte und apparative Diagnostik und Therapie)
- Werkzeug und Materialien für unterschiedliche funktionelle Therapien (z.B. für sensomotorische, mental/kognitive Therapie)
- Artikulationsspiegel
- Sehtrainingstherapiemöglichkeiten
- Spiele und Spielmaterial
- Material zur Herstellung von Schienenmaterial oder Hilfen für den Alltag
- Materialien für Alltags- und Haushaltstraining
- Werktsche
- Videoaufzeichnungs- und Wiedergabemöglichkeit
- Tonband/Kassettenrecorder.
- Projektionsmöglichkeiten

Der Zugang zu weiterführender Diagnostik muss jederzeit gewährleistet sein.

Isokinetische und auxotone und weitere Sequenztrainingsgeräte erfüllen sowohl die erforderlichen Gerätestandards (Anforderung der MedGV, Gruppe 3, gegebenenfalls TÜV oder Dekra) und zeichnen die Messungs- und Übungsabläufe auf. Die Gerätesicherheit und die medizinisch/therapeutische Eignung sind nach standardisierten Prüfmethode, z.B. durch TÜV-Product-Service/ZAT Deutschland e. V., nachgewiesen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



### Personal nach Kapazität der ambulanten neurologischen Einrichtung

	<b>bis 20 Plätze</b>	<b>bis 30 Plätze</b>
<b>Ärzte:</b>	Präsenz ärztlicher Leiter/Stellvertreter 19,25 Std./Wo. + 19,25 Std./Wo verfügbar für restliche Betriebszeiten Präsenz anderer Ärzte.  Der leitende Arzt oder sein benannter ständiger Vertreter müssen während der Öffnungszeiten der Einrichtung präsent und verfügbar sein.	Präsenz ärztlicher Leiter/Stellvertreter 19,25 Std./Wo. + 19,25 Std./Wo verfügbar für restliche Betriebszeiten Präsenz anderer Ärzte.  Der leitende Arzt oder sein benannter ständiger Vertreter müssen während der Öffnungszeiten der Einrichtung präsent und verfügbar sein.
<b>Physiotherapeut / Krankengymnast</b>	1,5 Vollzeit	2,5 Vollzeit
<b>Masseur</b>	mind. 19,25 Std./Wo.	mind. 29 Std./Wo
<b>Ergotherapeut</b>	1,5 Vollzeit	2,5 Vollzeit
<b>Diätassistent/ Diplom-Ökotrophologe</b>	mind. 8 Std./Wo.	mind. 12 Std./Wo
<b>Klinischer Psychologe</b>	mind. 26 Std./Wo.	1 Vollzeit
<b>Logopäde/ Sprachtherapeut</b>	mind. 26 Std./Wo.	1 Vollzeit
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger</b>	1,5 Vollzeit	2,5 Vollzeit
<b>Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge</b>	mind. 10 Std./Wo.	mind. 14 Std./Wo.

Bei höheren Platzzahlen sind die Personalschlüssel entsprechend der jeweils gültigen BAR-Rahmenempfehlung anzupassen.

**Zurück an**

die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern

---

---

---

**Name der Einrichtung:**

.....  
.....

**Anschrift:**

.....

IK-Nr.:

.....

Betriebsnummer:

.....

**Träger der Einrichtung:**

.....

Eingetragen am:

.....

Amtsgericht:

.....

HR-Nr.:

.....

**ggf. Name und Anschrift persönlich haftender Gesellschafter:**

.....

Eingetragen am:

.....

Amtsgericht:

.....

HR-Nr.:

.....

**Vertreten durch (Geschäftsführer):**

.....

Name und Anschrift:

.....

.....

.....

**Anlage:** Nachweise (Gewerbeanmeldung; beglaubigte Handelsregisterauszüge HRA/HRB)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift