

Abschnitt E. PODOLOGISCHE THERAPIE

1. Ausbildung

1.1 Zulassungsfähige Berufsgruppen

Angehörige folgender Berufsgruppen können zur Abgabe von Podologischer Therapie zugelassen werden:

1.1.1 Podologen gemäß § 1 Satz 1 des Podologengesetzes

1.1.2 Staatlich geprüfte Podologen

gemäß § 15 Abs. 1 Privatschulgesetz Baden-Württemberg (PSchG) vom 1. Januar 1990 (GBl. S. 105), zuletzt geändert durch Gesetz zur Änderung des Privatschulgesetzes vom 13. November 1995 (GBl. S. 764), mit dem Abschlusszeugnis erteilte Berechtigung zur Führung der Berufsbezeichnung "Staatlich geprüfte Podologin"/"Staatlich geprüfter Podologe"

1.1.3 Staatlich geprüfte medizinische Fußpfleger

gemäß der bayerischen Schulordnung für die Berufsfachschulen für medizinische Fußpflege vom 23. April 1993 (GVBl. S. 317, berichtigt GVBl. 1993 S. 854), zuletzt geändert durch Verordnung vom 4. Juli 1997 (GVBl. S. 230), erteilte Berechtigung zur Führung der Bezeichnung "staatlich geprüfter medizinischer Fußpfleger/staatlich geprüfte medizinische Fußpflegerin"

1.1.4 Staatlich anerkannte medizinische Fußpfleger

gemäß des Runderlasses des Niedersächsischen Sozialministers über die staatliche Anerkennung von medizinischen Fußpflegern vom 21. Februar 1983 (Niedersächsisches Ministerialblatt S. 266) und des Runderlasses des Niedersächsischen Kultusministeriums über die Ausbildung und Prüfung an Berufsfachschulen – Medizinische Fußpflege – vom 10. November 1982 (Niedersächsisches Ministerialblatt S. 2195) erteilte staatliche Anerkennung als "Medizinischer Fußpfleger"

1.1.5 Staatlich anerkannte Podologen

gemäß des Schulgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt in der Fassung vom 27. August 1996 (GVBl. LSA S. 281), zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. Januar 1998 (GVBl. LSA S. 15), erteilte Berechtigung als "Staatlich anerkannte Podologin" oder "Staatlich anerkannter Podologe"

1.2 Nicht zulassungsfähige Berufsgruppen

Folgende Berufsgruppen erfüllen – ohne gleichzeitige Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Podologe – die Voraussetzungen für die Erteilung einer Zulassung insbesondere nicht:

1.2.1 Medizinische Fußpfleger mit der Bezeichnung Podologe, die nicht nach dem PodG ausgebildet und geprüft wurden

1.2.2 Orthopädieschuhmacher bzw. Orthopädieschuhmachermeister

1.2.3 Personen, die auf Grund einer Ausbildung nach dem Gesetz über die Ausübung der Berufe des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters und des Krankengymnasten in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 2124–7, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert gemäß Artikel 14 der Verordnung vom 26. Februar 1993 (BGBl. I S. 278), die Berufsbezeichnungen "Masseurin" oder "Masseur", "Masseurin und medizinische Bademeisterin" oder "Masseur und medizinischer Bademeister" führen dürfen

- 1.2.4 Kosmetiker
- 1.2.5 Altenpfleger
- 1.2.6 Krankenschwestern

2. Praxisausstattung

2.1 Räumliche Mindestvoraussetzungen

- 2.1.1 Die räumlichen Mindestvoraussetzungen sind auf den Zugelassenen ausgerichtet.
- 2.1.2 Die Praxis muss einen Behandlungsraum umfassen. Der Behandlungsraum ist so zu bemessen, dass dem Therapeuten auf der Fußseite des höhenverstellbaren Patientenstuhls ausreichend freie Bewegungsfläche mit einer Mindestdtiefe von 1 m zur Verfügung steht. Zusätzlich ist eine Sitzgelegenheit für den Therapeuten vorzuhalten.
- 2.1.3 Behandlungsräume dürfen keine Durchgangsräume sein, es sein denn, dahinter befinden sich ausschließlich Räume, die für den Praxisbetrieb während der Therapie nicht genutzt werden.
- 2.1.4 Die Raumhöhe der Behandlungsräume darf durchgehend 2,40 m – lichte Höhe – nicht unterschreiten. Alle Räume müssen angemessen be- und entlüftbar, beheizt und beleuchtet werden können.
- 2.1.5 In den Behandlungsräumen bedarf es trittsicherer (R9 oder höher), fugenarmer, leicht zu reinigender und zu desinfizierender Fußböden.
- 2.1.6 In den Behandlungsräumen glatte und bis zu einer Höhe von mindestens 1,80 m abwaschfeste Wände
- 2.1.7 In jedem Behandlungsraum muss die Möglichkeit zur Handdesinfektion bestehen.
- 2.1.8 Schrank zur Aufbewahrung der erforderlichen Materialien.
- 2.1.9 Einmalhandschuhe und Mundschutz in ausreichender Zahl.
- 2.1.10 Sitzgelegenheit und eine ausreichende Kleiderablage (zumindest Kleiderhaken) in den Behandlungsbereichen.
- 2.1.11 Behandlungsausstattung für den Hausbesuch
- 2.1.12 Hygienebereich: Sammelplatz getrennt von Behandlungs- und Wartebereich für im Zusammenhang mit der Therapie entstandenen Abfall und zur Aufbereitung gebräuchter Instrumente
- 2.1.13 Für jede zusätzliche gleichzeitig tätige Fachkraft ist ein weiterer Behandlungsraum erforderlich. Bei der Ermittlung der erforderlichen Therapiefläche sowie der Anzahl der weiteren Behandlungsräume bei gleichzeitig tätigen Fachkräften ist die Art des Beschäftigungsverhältnisses (abhängige Beschäftigung, freie Mitarbeit usw.) unerheblich.
- 2.1.14 Möglichkeit zur Fußwaschung

2.2 Grundausrüstung (Pflichtausstattung) je Behandlungsbereich

- 2.2.1 Fräsgerät mit Staubabsaugung oder Nasstechnik
- 2.2.2 höhenverstellbarer Patientenstuhl mit teilbaren und ausziehbaren Fußstützen
- 2.2.3 Leuchte mit Lupe oder Lupenbrille mit Beleuchtung
- 2.2.4 Behälter jeweils für Tupfer, Tamponade
- 2.2.5 fünf sterilisierbare Instrumentensätze (Medizinprodukte) bestehend mindestens aus Hautzange, Nagelzange, Skalpell, Sondierinstrument sowie Schleif- und Fräskörper
- 2.2.6 Entsorgungsbehälter

2.2.7 sterilisierbare Verbandschere

2.2.8 sterilisierbare Pinzette

2.3 Hygieneanforderungen

2.3.1 Sicherstellung der Sterilisation der Instrumentensätze durch einen Dampfsterilisator (Autoclav). Sofern die Sterilisation der Instrumentensätze nicht durch die Vorhaltung eines Dampfsterilisators (Autoclav) durch die Praxis selbst sichergestellt wird, muss diese einen Nachweis über einen gültigen Vertrag mit einer zentralen Aufbereitungsstelle mit Haftungshinweis vorlegen.

2.3.2 Die jeweils gültigen Hygieneanforderungen der Länder sind einzuhalten.

2.3.3 Vom gesamten Personal unterschriebener Hygieneplan, der die Maßnahmen zur, Reinigung, Desinfektion und Sterilisation sowie zur Ver- und Entsorgung festlegt; dies gilt insbesondere bezogen auf die hygienische Händedesinfektion und die Aufbereitung des Behandlungsraumes sowie der Instrumentenaufbereitung.

Anlage 1: Musterformular Ergänzende Angaben zum Zulassungsantrag für den Bereich der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Ergänzende Angaben zum Zulassungsantrag nach § 124 SGB V

zur Prüfung der fachlichen Qualifikation für Leistungserbringer im Bereich Stimm-, Sprech und Sprachtherapie. Sofern der vorgesehene Raum für Ihre Angaben im Vordruck nicht ausreicht, verwenden Sie bitte jeweils ein separates Blatt.

1. Persönliche Daten des Antragstellers

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Anschrift:

.....

Telefon (tagsüber):

2. Berufsausbildung

Studienfach

(bzw. -fächer):

1. Fachrichtung

2. Fachrichtung

Art des Abschlusses

.....

Datum des Abschlusses

.....

3. Berufliche Qualifikation vor Abschluss der Ausbildung:

Nachweis der theoretischen und praktischen Qualifikation vor Abschluss der Ausbildung. Auflistung der Störungsbilder und jeweils Angabe der Zahl der Übungen der praktischen Ausbildung zur Befunderhebung, Therapieplanung und Therapiedurchführung.

4. Berufliche Qualifikation nach Abschluss der Ausbildung:

Nachweis der extern supervidierten, praktischen Weiterqualifikation nach Abschluss der Ausbildung anhand, aufgestellt nach Störungsgebiet und durchgeführten Therapieeinheiten (vgl. Musterformular Anlage 2 der Zulassungsempfehlung)

5. Beantragte Teilgebiete

Der Zulassungsantrag umfasst folgende Teilgebiete (bitte ankreuzen):

- 1a. Sprachentwicklungsstörungen
- 1b. Störungen der Sprache bei hochgradiger Schwerhörigkeit oder Taubheit
- 2. Stottern und Poltern bei Erwachsenen (nach Vollendung des 16. Lebensjahres)
- 3a. Aphasie/Dysarthrie
- 3b. Schluckstörungen
- 4. Ursachen, Befunderhebung und Therapie von Stimmstörungen
- 5. LKG-Spalten

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

Anlage 2: Musterformular Angaben zur Supervision für den Bereich der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Angaben zur Supervision

1. Persönliche Daten des Supervisors

Name:
Vorname:
Geb.-Datum:
Berufsbezeichnung
Telefon (tagsüber):

2. Berufsausbildung des Supervisors

Ausbildung zum:
Bei Studium: Studienfach
1. Fachrichtung
2. Fachrichtung
Art, Ort und Datum des Ausbildungsabschlusses

3. Angaben zur beruflichen Tätigkeit des Supervisors

Art selbstständig angestellt freie Praxis Institution
Bei Institution:
Art der Einrichtung
Anschrift
Telefonnummer
Kassenzulassung seit:

4. Zeitraum der Supervision des Antragstellers

von:
bis:

5. Angaben zur Supervision

Zum Nachweis der Supervision sind Datum und Anzahl der Zeitstunden, je Störungsbild für jede mit dem Antragsteller durchgeführte Supervision in einer Anlage bzw. separaten Bescheinigung aufzuführen. Bei Gruppensupervision ist zudem die Gruppengröße, Name(n), Anschrift und Unterschrift des/der Gruppenteilnehmer(s) je Supervision anzugeben.

Ort, Datum

Unterschrift des Supervisors