Checkliste für die Prüfung ambulanter geriatrischer 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 Mustertherapie-plänen	_____

Grundvoraussetzungen und Organisation

Rechtsform der Einrichtung: ☐ 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:
☐ Innere Medizin (Internist) mit fakultativer Weiterbildung „klinische Geriatrie“ **oder**
in Ausnahmefällen Facharzt für Neurologie oder Allgemeinmediziner **oder** Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, jeweils mit fakultativer Weiterbildung „klinische Geriatrie“ **und**
☐ mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung

2. Stellvertretender Arzt

Name:

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

Facharzt für:
☐ Innere Medizin (Internist) mit fakultativer Weiterbildung „klinische Geriatrie“ **oder**
in Ausnahmefällen Facharzt für Neurologie oder Allgemeinmediziner **oder** Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, jeweils mit fakultativer Weiterbildung „klinische Geriatrie“ **und**
☐ mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung

3. Weiterer Arzt

Name:

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

Facharzt für:
☐ Innere Medizin (Internist) mit fakultativer Weiterbildung „klinische Geriatrie“ **oder**
in Ausnahmefällen Facharzt für Neurologie oder Allgemeinmediziner **oder** Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, jeweils mit fakultativer Weiterbildung „klinische Geriatrie“ **und**
☐ mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung

Kooperation für weitere fachärztliche Kompetenz
☐ Facharzt für Orthopädie
☐ Facharzt für Urologie
☐ Facharzt für Neurologie
☐ Facharzt für Innere Medizin
☐ sonstige

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 _____

1. Ergotherapeut

Name: _____
in
☐ Vollzeit ☐ Teilzeit: Umfang Std./Wo. _____
☐ Arbeitsvertrag liegt vor ☐ Kooperationsvertrag Umfang Std./Woche _____
☐ Staatliche Anerkennung als Ergotherapeut seit _____
☐ mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Ergotherapeut in einer Rehabilitationseinrichtung _____

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 _____

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 orthopädischen oder rheumatologischen Rehabilitationseinrichtung _____

Folgende erfolgreich abgeschlossene Zusatzqualifikationen (§ 124 SGB V) sind erforderlich (Nachweis durch Abschlusszertifikate):
☐ Manuelle Lymphdrainage
☐ 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 orthopädischen oder rheumatologischen Rehabilitationseinrichtung _____

Folgende erfolgreich abgeschlossene Zusatzqualifikationen (§ 124 SGB V) sind erforderlich (Nachweis durch Abschlusszertifikate):
☐ Manuelle Lymphdrainage
☐ Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage (PNF, Bobath oder Vojta)

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 Rehabilitationseinrichtung _____

Logopäde/Sprachtherapeut

Name:
in
☐ Vollzeit
☐ Arbeitsvertrag liegt vor
☐ 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

☐ mind. 2 Jahre vollzeitige klinische Berufserfahrung als Logopäde in einer Rehabilitationseinrichtung _____

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

☐ Nachgewiesene Erfahrung in Diagnostik und Therapie von Kau- und Schluckstörungen

Klinischer Neuropsychologe

Name: _____
in

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit: Umfang Std./Wo. _____
☐ Arbeitsvertrag liegt vor ☐ Kooperationsvertrag Umfang Std./Wo._____
☐ Diplom als Psychologe seit _____ und
☐ Jeweils staatliche Anerkennung als Diplom-Psychologe oder Master of Science (M. Sc.) und ggf. psychotherapeutische Zusatzqualifikation 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.

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-Ökotrophologen

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 geriatrischen 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 geriatrischen Rehabilitation sind Räume mit ausreichender Grundfläche und sachgerechter Ausstattung vorzusehen, insbesondere

☐ Raum für ärztliche Untersuchung und fachärztliche rehabilitationsspezifische Funktionsdiagnostik
☐ Notfallzimmer
☐ Einzeltherapieräume
☐ Gruppentherapieräume, auch geeignet für Schulungen und Seminare
☐ Aufenthalts- und Ruheräume mit ausreichender Anzahl von Sitz- und Liegeplätzen
☐ Umkleideräume, 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 und sollen Orientierungshilfen bieten.

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. Je nach Schwerpunktbildung der Rehabilitationskonzepte verändern sich die Anforderungen an die Art und Anzahl der Apparate.

- ☐ 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:
- ☐ je nach Indikation Muskeltrainingsgeräte
- ☐ passive Bewegungsgeräte mit Spastikschaltung
- ☐ Balance-/Gleichgewichtsgeräte (z.B. Kreisel, instabile Flächen) Gehschulmöglichkeit auf unterschiedlichen Oberflächen
- ☐ Thermotherapie- (Kryo- und Wärmetherapie) Geräte
- ☐ Elektro- und Elektromechano-Therapiegeräte
- ☐ Geräte (z.B. Matten, Liegen, Stühle) für Entspannungsübungen oder für spastiksenkende Lagerung
- ☐ Materialien für Alltags- und Haushaltstraining
- ☐ Übungsbad
- ☐ Übungsküche
- ☐ 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)
- ☐ Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel zur Erprobung
- ☐ Artikulationsspiegel
- ☐ Sehtrainingstherapiemöglichkeiten
- ☐ Spiele und Spielmaterial
- ☐ Material zur Herstellung von Schienenmaterial oder Hilfen für den Alltag
- ☐ Werktische
- ☐ 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 Prüfmethoden, z.B. durch TÜV-Product-Service/ZAT Deutschland e. V., nachgewiesen.

Datum Unterschrift

Anlage 6

Personal nach Kapazität der ambulanten geriatrischen Einrichtung

	bis 10 Plätze	bis 20 Plätze
Ärzte:	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 ambulanten 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 ambulanten Einrichtung präsent und verfügbar sein.
Gesundheits- und Krankenpfleger	1 Vollzeit	2 Vollzeit
Ergotherapeut	mind. 30 Std./Wo.	1 Vollzeit plus mind. 19,25 Std./Wo.
Physiotherapeut / Krankengymnast	mind. 30 Std./Wo.	1 Vollzeit plus mind. 19,25 Std./Wo.
Masseur	mind. 10 Std./Wo.	mind. 19,25 Std./Wo.
Logopäde	mind. 13 Std./Wo.	mind. 26 Std./Wo.
Klinischer Neuropsychologe	mind. 7 Std./Wo.	mind. 14 Std./Wo.
Sozialarbeiter/ Sozial-pädagoge	mind. 6 Std./Wo.	mind. 12 Std./Wo.
Diätassistent/ Diplom-Ökotrophologe	mind. 4 Std./Wo**.**	mind. 8 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