

Checkliste für die Prüfung ambulanter kardiologischer 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

In der ärztlichen Leitung muss mindestens ein Kardiologe beschäftigt sein.

1. Leitender Arzt

Name:

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

Facharzt für:

- Kardiologie **und**
 Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin oder zusätzlich Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin **und**
 mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in einer ambulanten oder stationären kardiologischen Rehabilitationseinrichtung.

2. Stellvertretender Arzt

Name:

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

Facharzt für:

- Kardiologie **und**
 Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin oder zusätzlich Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin **und**
 mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in einer ambulanten oder stationären kardiologischen Rehabilitationseinrichtung.

3. Weiterer Arzt

Name:

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

Facharzt für:

- Kardiologie **und**
 Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen oder Sozialmedizin oder zusätzlich Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin **und**
 mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung in einer ambulanten oder stationären kardiologischen 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 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 orthopädischen oder rheumatologischen 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. Diplom-Sportlehrer

Name: _____

in

- Vollzeit
- Arbeitsvertrag liegt vor
- Jeweils staatliche Anerkennung als Diplom-Sportlehrer oder Diplom-Sportwissenschaftler oder Bachelor of Science (B. Sc.) oder Master of Science (M. Sc.) mit indikationsspezifischer bewegungstherapeutischer Ausrichtung (z. B. Fachrichtung Rehabilitation oder Zusatzqualifikation Bewegungs-/Sporttherapie) seit _____
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Sportlehrer in einer Rehabilitationseinrichtung mit spezieller Erfahrung im Umgang mit medizinischer Trainingstherapie _____

Sportwissenschaftliche Ausbildungen im oben genannten Sinne ohne medizinische Fachausbildung Rehabilitation oder Zusatzqualifikation Bewegungs-/Sporttherapie, wie z. B. Magister, Lehramt, bedürfen einer 600 Stunden umfassenden Zusatzausbildung in Anlehnung an das Curriculum des Deutschen Verbandes für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS). Dabei handelt es sich um die Ausbildungsbestandteile

1. Grundlagen der Sporttherapie (ca. 300 UE) und
2. Sporttherapie/Orthopädie oder Sporttherapie/Orthopädie/Traumatologie (ca. 300 UE).

Klinischer Psychologe

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 _____
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Psychologe in einer Rehabilitationseinrichtung _____
- Zusatzqualifikation in Entspannungstechniken (z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson)

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 _____

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 _____

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 _____

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

- Ein unterteilbarer Multifunktionsraum oder je ein Einzelraum für die Bewegungstherapie (fahrradergometrisches Training)
- Ein Seminarraum mit audiovisuellen Medien
- Ein Raum für Einzelberatung
- Ein Raum für Funktionsdiagnostik/Notfallversorgung
- Umkleieräume, Wasch- bzw. Duschplätze, davon in ausreichender Anzahl mit barrierefreier Gestaltung sowie abschließbare Schrankfächer für jeden Rehabilitanden
- Toiletten für Damen und Herren
- Lehrküche (auch extern, bei guter Erreichbarkeit und organisatorischer Gewährleistung)
- Personalaufenthaltsraum
- Sekretariat
- Patientenannahme, Archiv
- Untersuchungszimmer
- Ruhe-/Liegerraum
- Speiseraum für gesundheitsorientierte Mahlzeit

- externe Bewegungsmöglichkeiten durch Einbeziehung von Freigelände (wünschenswert)

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 berufstüblichen 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 und indikationsbezogenen Rehabilitationskonzepten verändern sich die Anforderungen an die Art und Anzahl der Apparate.

Medizinische Geräte:

- Ruhe-EKG, Belastungs-EKG
- Langzeit-EKG
- Fahrradergometer mit EKG-Monitoring
- Langzeit-Blutdruckmessung
- Echokardiographie mit Farbdoppler
- Spirometrie
- Laborscreening
- Sonographie des Abdomen und der großen Gefäße
- für physikalische Therapie (bei entsprechender Indikation)
- für Notfälle (Notfallkoffer, Defibrillator, Sauerstoffflasche).

Der Zugang zu weiterführender Diagnostik muss jederzeit gewährleistet sein.

Trainings- und Sportgeräte:

- Fahrradergometerplätze mit üblicher Ausstattung (drehzahlunabhängige Fahrradergometer mit EKG-Überwachung)
- Kleingeräte für die Gestaltung eines angepassten bewegungstherapeutischen Angebots, z.B. Liegematten, Bälle, Bänder, Seile, bewegungstherapeutische Spielgeräte.

Die Gerätesicherheit und die medizinisch/therapeutische Eignung sind nach standardisierten Prüfmethode, z.B. durch TÜV-Product-Service/ZAT Deutschland e. V., nachgewiesen.

Die Räume müssen gem. DIN 18024 Teil II (Bauliche Maßnahmen für behinderte und alte Menschen im öffentlichen Bereich – Planungsgrundlagen öffentlicher zugänglicher Gebäude) barrierefrei zugänglich sein.

 Datum

 Unterschrift

Personal nach Kapazität der ambulanten kardiologischen Einrichtung

	bis 10 Plätze	bis 20 Plätze
Ärzte:	<p>Präsenz ärztlicher Leiter/Stellvertreter 19,25 Std./Wo. + 19,25 Std./Wo verfügbar für restliche Betriebszeiten Präsenz anderer Ärzte.</p> <p>Der leitende Arzt oder sein benannter ständiger Vertreter müssen während der Öffnungszeiten der ambulanten Einrichtung präsent und verfügbar sein.</p>	<p>Präsenz ärztlicher Leiter/Stellvertreter 19,25 Std./Wo. + 19,25 Std./Wo verfügbar für restliche Betriebszeiten Präsenz anderer Ärzte.</p> <p>Der leitende Arzt oder sein benannter ständiger Vertreter müssen während der Öffnungszeiten der ambulanten Einrichtung präsent und verfügbar sein.</p>
Physiotherapeut / Krankengymnast	mind. 26 Std./Wo.	1 Vollzeit plus mind. 13 Std./Wo.
Sportlehrer	mind. 26 Std./Wo.	1 Vollzeit plus mind. 13 Std./Wo.
Klinischer Psychologe	mind. 10 Std./Wo.	mind. 19,25 Std./Wo
Diätassistent/ Diplom-Ökotrophologe	mind. 5 Std./Wo.	mind. 10 Std./Wo.
Gesundheits- und Krankenpfleger	mind. 19,25 Std./Wo.	1 Vollzeit
Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge	mind. 5 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