

Checkliste für die Prüfung mobiler geriatrischer Einrichtungen

Name der Einrichtung: _____

Anschrift: _____

Ansprechpartner(in): _____

Eigenes IK der mobilen 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:

- 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 _____
 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 _____

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)

Logopäde

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 abgeschlossenen Zusatzqualifikationen (§ 124 SGB V) sind erforderlich (Nachweis durch Abschlusszertifikate):

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

Klinischer Psychologe/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 _____
- Kenntnisse und Erfahrung im Bereich der klinischen Psychologie/Neuropsychologie durch mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung im Bereich der geriatrischen Rehabilitation und Kenntnisse und Erfahrung in psychologischer und/oder neuropsychologischer Diagnostik und Psychotherapie: _____
 Erfahrungen in Entspannungstechniken (z.B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson)
 Die Aufgaben der klinischen Psychologie/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/Geriatrie 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 ~~und~~ 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 mobilen geriatrischen Rehabilitationseinrichtung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen und wird durch

- Grundrisszeichnungen sowie durch
 Besichtigung nachgewiesen bzw. geprüft.

Anlage 6

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

- Arztraum
- Büroräume
- Team- und Besprechungsraum
- Sekretariat
- Abstellraum, Geräteraum
- Personalumkleideraum mit Dusche, WC und abschließbarem Schrankraum

Apparative Ausstattung

Größere Apparate und Geräte können in der mobilen geriatrischen Rehabilitation oft nur eingeschränkt eingesetzt werden. Das gewohnte oder ständige Wohnumfeld bietet jedoch vielfältige Möglichkeiten, dies zu kompensieren.

Die transportablen 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.

Im Rehabilitationskonzept sind die für die einzelnen Therapien (z.B. Physiotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, Neuropsychologie, Ergotherapie) entsprechend verwendeten Untersuchungs-, Test- und Therapiemethoden einschließlich der hierfür erforderlichen technischen Ausstattung zu benennen.

Dazu können u.a. zählen:

- transportable Therapieliegen (für Maßnahmen der physikalischen Therapie und Ergotherapie nutzbar),
- Bodenmatten,
- transportable Gehbarren,
- Spiegel (körperhoch für Maßnahmen der physikalischen Therapie und Ergotherapie)
- Laken, Tücher, Lagerungskissen, Polster und Decken,
- Geräte für Therapie und Diagnostik in der physikalischen Therapie,
- transportable Trainingsgeräte (z.B. Therabänder, Hanteln, Bälle, Expander),
- Balance-/Gleichgewichtsgeräte (z.B. Kreisel, instabile Flächen); Gehschulmöglichkeit auf unterschiedlichen Oberflächen,
- Thermo- (Kryo-, Wärmetherapie) Geräte,
- Elektro- und Elektromechano-Therapiegeräte,
- Materialien für Alltags- und Haushaltstraining,
- Diagnostik- und Therapiematerial für mental/kognitive, psychische und/oder zerebral bedingte Sprach- und Sprechstörungen (u.a. auch für computergestützte und apparative Diagnostik und Therapie),
- Werkzeug und Materialien für unterschiedliche 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,
- Videoaufzeichnungs- und Wiedergabemöglichkeit,
- Projektionsmöglichkeiten,
- Tonband/Kassettenrecorder,
- Notfallkoffer,
- Mobiltelefone,
- Telefon/Telefax/Computer in der Einrichtung,
- Pkws einschließlich Beförderungsmöglichkeiten für Hilfs- und Therapiemittel.

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 mobilen 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 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 verfügbar sein.
Gesundheits- und Krankenpfleger	1 Vollzeit	2 Vollzeit
Ergotherapeut	mind. 30 Std./Wo.	1 Vollzeit plus mind. 19,25 Std./Wo.
Physiotherapeut / Krankengymnast	1 Vollzeit	2 Vollzeit
Logopäde	mind. 13 Std./Wo.	mind. 26 Std./Wo.
Klinischer Psychologe/ Neuropsychologe	mind. 7 Std./Wo.	mind. 14 Std./Wo.
Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge	mind. 10 Std./Wo.	mind. 20 Std./Wo.
Diätassistent/ Diplom-Oecotrophologe	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