

# Berichtsbogen – Physiotherapeutische Praxis, Medizinischer Badebetrieb, Massagepraxis

Für das Zulassungsverfahren der ARGE Heilmittelzulassung \_\_\_\_ vom \_\_\_\_

Datum der Praxiseröffnung \_\_\_\_\_

- |                                                       |                                                             |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> erstmaliger Antrag           | <input type="checkbox"/> Verlegung                          |
| <input type="checkbox"/> Praxisübernahme von: _____   |                                                             |
| <input type="checkbox"/> Einzelpraxis                 | <input type="checkbox"/> Interdisziplinäre Praxis mit _____ |
| <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft mit _____ | <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis mit _____      |

## Angaben zur PRAXIS

Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

(Die nachfolgenden Angaben zur Praxis sind – sofern nicht anders gekennzeichnet – nach § 11 Abs. 8 zur Veröffentlichung vorgesehen)

\_\_\_\_\_  
(Name des Antragstellers, Rechtsform – diese Angabe wird nicht veröffentlicht)

\_\_\_\_\_  
(Name der Praxis)

\_\_\_\_\_  
(Straße, Hausnummer, Etage)

\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl, Ort)

\_\_\_\_\_  
(Tel./Fax)

\_\_\_\_\_  
(E-Mail – optional)

\_\_\_\_\_  
(Homepage – optional)

---

(Fachliche Leitung – siehe § 3 Abs. 2 des Vertrages; diese Angabe wird nicht veröffentlicht)

---

(Barrierefreiheit (ja/nein) – optional)

---

(rollstuhlgerechter Zugang (ja/nein) – optional)

# Angaben bei einer Praxisverlegung

## Bisherige Praxisadresse

(neue Praxisanschrift bitte auf der 1. Seite eintragen)

Institutionskennzeichen: _____
--------------------------------

---

(Name des Antragstellers, Rechtsform)

---

(Name der Praxis)

---

(Straße, Hausnummer, Etage)

---

(Postleitzahl, Ort)

---

(Tel./Fax)

---

(E-Mail – optional)

---

(Fachliche Leitung)

# 1 Praxisausstattung

Das Vorhalten einer Praxis bzw. einer Praxisausstattung, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung ermöglicht, ist eine Zulassungsvoraussetzung nach § 124 Abs. 1 Nr.2 SGB V

## 1.1 Allgemeine Anforderungen

Die Praxis ist an mindestens 3 Tagen je Woche und für mindestens 25 Stunden je Woche für GKV-Versicherte geöffnet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis ist öffentlich frei zugänglich. (D. h. die Praxis befindet sich nicht auf zugangsbeschränktem Gelände wie z. B. einem Kindergarten oder einer Schule). Es müssen auch keine anderen gewerblichen oder privaten Flächen durchquert werden, um die Behandlungsräume zu erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis ist von privaten Bereichen räumlich getrennt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden in der Praxis andere Leistungen angeboten? Wenn ja, welche?: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern während der Öffnungszeiten in der Praxis oder angrenzend an die Praxis weitere Leistungen außerhalb der Tätigkeitsfelder der Physiotherapie angeboten werden, ist neben einer ungestörten Heilmittelabgabe gewährleistet, dass die oder der Versicherte die Leistungen erhält, ohne dafür die für diese weiteren Leistungen separat vorzuhaltenden Räume oder Bereiche betreten zu müssen? Zum Tätigkeitsbereich der Physiotherapie zählen auch z. B. Prävention, Therapie, Rehabilitation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 1.2 Räumliche Mindestvoraussetzungen

Die räumlichen Mindestvoraussetzungen gelten für alle physiotherapeutischen Praxen (einschließlich Praxen für Massage sowie medizinische Badebetriebe), es sei denn aus dem Nachfolgenden ergeben sich abweichende Anforderungen.

Die Praxis hat insgesamt eine Therapiefläche von mindestens 23 qm. Sie verfügt über mindestens einen Behandlungsbereich mit einer Therapiefläche von mindestens 15 qm und mindestens einen Behandlungsbereich mit mindestens 8 qm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Praxis sind ausschließlich Masseur und medizinische Bademeister tätig.  In diesem Fall ist ein separater Arbeitsbereich mit der entsprechenden Einrichtung für die Aufbereitung von medizinischen Wärmepackungen vorzuhalten. Soweit wiederverwendbare medizinische Wärmepackungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
eingesetzt werden, ist ein zusätzliches Waschbecken mit fließend kaltem und warmem Wasser zu installieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die Behandlungsräume oder -bereiche Durchgangsräume? Hinweis: Durchgangsräume/-bereiche zu Räumen/Bereichen, die für den Praxisbetrieb während der Therapie nicht genutzt werden, sind hiervon losgelöst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für jeden zusätzlichen <u>gleichzeitig</u> tätigen Therapeuten ist mindestens ein weiterer Behandlungsbereich von 8 qm vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Höhe der Behandlungsräume/-bereiche beträgt durchgehend mindestens 2,40 m – lichte Höhe. Alle Behandlungsräume/-bereiche sind ausreichend be- und entlüftbar sowie angemessen beheizbar und beleuchtbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Fußböden in den Behandlungsräumen bzw. -bereichen sind trittsicher, fugenarm, leicht zu reinigen und zu desinfizieren. Im Nassbereich (Therapiebereich) ist rutschhemmender Belag sowie ausreichende Bodenentwässerung gewährleistet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Nassbereich (Therapiebereich) ist mindestens bis zu einer Höhe von 2,40 m gefliest oder mit einer wasserfesten Wandverkleidung versehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In jedem Behandlungsraum bzw. -bereich ist die Möglichkeit zur Handdesinfektion gegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird gerätegestützte Krankengymnastik angeboten, ist innerhalb der Praxis ein zusätzlicher Behandlungsbereich von mindestens 30 qm vorhanden. Werden neben der Gerätemindestausstattung (siehe unter 1.4) weitere Geräte vorgehalten, erhöht sich der zusammenhängende Platzbedarf jeweils um 4 qm je Gerät. Zusätzlich ist zwischen den Geräten ein Sicherheitsabstand von grundsätzlich 1 Meter erforderlich. Diese Voraussetzungen sind erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Wärmepackungen abgegeben und ist ein separater Arbeitsbereich mit der entsprechenden Einrichtung für die Aufbereitung von medizinischen Wärmepackungen vorhanden? Soweit wiederverwendbare medizinische Wärmepackungen eingesetzt werden, ist ein zusätzliches Waschbecken mit fließend kaltem und warmem Wasser installiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **1.3 Pflichtausstattung**

Es gibt zwei höhenverstellbare Behandlungsliegen. Für jede Behandlungsliege ist geeignetes Lagerungsmaterial (z. B. eine Nacken- und Knierolle) vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	--------------------------

	JA	NEIN
Geräte zur Durchführung von Übungsbehandlungen/Krankengymnastik sind vorhanden. Die Ausstattung der Therapiegeräte ist so gestaltet, dass die qualitative Versorgung der Patientinnen oder Patienten durch das Vorhalten geeigneter Therapiegeräte gesichert ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist eine ausreichende Anzahl an Kurzzeituhren für die Behandlungsräume bzw. -bereiche vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist eine Notrufanlage in den Behandlungsräumen bzw. -bereichen, in denen Leistungen abgegeben werden, die nicht die ständige Präsenz des Therapeuten erfordern, vorhanden. Die Notrufanlage gibt einen akustischen Signalton ab, der nur vom Behandler abgestellt werden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technische Möglichkeiten für die Eisanwendung (Kryotherapie) sind vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laken, Tücher und geeignetes Lagerungsmaterial (z.B. Lagerungskissen, Polster und Decken) sind in ausreichender Menge vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Gerät zur Abgabe von Wärmetherapiebehandlungen gemäß Leistungsbeschreibung ist vorhanden. Davon ist mindestens ein Gerät zur Abgabe von strahlender Wärme (z. B. Infrarot) vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ausstattung für im Hausbesuch tätige Leistungserbringer:</b>  Die geeignete und notwendige Ausstattung zur Abgabe von Leistungen im Rahmen des Hausbesuches ist vorhanden und wird von den Therapeuten mit sich geführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	JA	NEIN
Wanne ist ein Behandlungsraum vorhanden. Der Raum ist so groß, dass die Wanne von 3 Seiten zugänglich ist und auf jeder dieser Seiten eine ausreichend freie Bewegungsfläche (Mindesttiefe 1 m) hat. Je Wanne ist eine Ruheliege vorhanden.		
Vierzellenbäder werden abgegeben. Es sind spezielle Teilbadewannen mit stabilen oder beweglichen Elektroden mit Einschalt-, Elektrodenwahl- und Stromausfallsperre vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirogymnastik wird angeboten. Eine standfeste Spezialbehandlungs- liege mit den Konstruktionsmerkmalen der „Original-Chirogymnastik- Bank“ ist vorhanden. Ein gesonderter Behandlungsbereich, in dem rund um die Liege eine ausreichend freie Bewegungsfläche (Mindesttiefe 1 m) zur Verfügung steht, ist vorhanden. Die Liege ist von allen Seiten frei zu- gänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Bäder werden angeboten. Es ist eine säurebeständige Wanne mit einem Mindest Fassungsvermögen von 200 l vorhanden. Je Wanne ist ein Behandlungsraum vorhanden, der so groß ist, dass die Wanne von 2 Seiten zugänglich ist und auf jeder dieser Seiten eine aus- reichend freie Bewegungsfläche mit einer Mindesttiefe von 1 m zur Ver- fügung steht. Je Wanne ist eine Ruheliege vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gashaltige Bäder werden angeboten:  a) Für die Abgabe von Kohlensäurebädern sind ein Kohlensäure- reimprägnierapparat und/oder chemische Präparate vorhanden.  b) Für die Abgabe von Sauerstoffbädern ist ein Verteilerrost für Sauerstoffbäder aus der Stahlflasche und/oder chemische Präpa- rate vorhanden.  c) Für die Abgabe von Kohlensäuredioxidgasbädern ist ein Kabinen- gehäuse oder eine spezielle Kohlendioxid-Gas-Badewanne, ein Dampfanschluss (oder ein Kleindampferzeuger), ein Gasmengen- Messgerät und eine Absaugvorrichtung für die Gasabführung ins Freie vorhanden.	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
Übungsbehandlungen im Wasser werden angeboten.  Für die Abgabe von Einzelbehandlung ist eine Schmetterlingswanne oder/und ein Therapiebecken für Einzel- und Gruppenbehandlung (Was- seroberfläche mindestens 12 m <sup>2</sup> , kleinste Seitenlänge mindestens 3,00 m, Wassertiefe nicht mehr als 1,35 m) vorhanden. Dazu sind Hal- testange(n) und eine trittsichere, gut begehbare Einsteigertreppe sowie ggf. eine Hebevorrichtung für Patientinnen und Patienten vorhanden. Zu- sätzlich ist eine Dusche vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalationen werden angeboten und die für die Abgabe von Raum- oder Apparat einhalationen geeigneten Sole- und Medikamentenver- nebler vorgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	JA	NEIN
Krankengymnastik im Wasser wird angeboten:		
a) Schmetterlingswanne für Einzelbehandlung vorhanden und/oder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Therapiebecken für Einzel- und Gruppenbehandlung (Wasseroberfläche mind. 12 qm, kleinste Seitenlänge mind. 3 m, Wassertiefe nicht mehr als 1,35 m),	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Den Erfordernissen entsprechende Haltestange(n),	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Einsteigtreppe (Trittsicher, gut begehbar),	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ggf. Hebeeinrichtung für Patientinnen und Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
und eine Dusche sind vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtung zur Abgabe von Wärmetherapie wird vorgehalten: Wärmeträger, Naturmoor-Packungen, Fango, Peloid-/Paraffinbad, Ultraschallwärmetherapiegerät mit einer Frequenz von 1000 -3000 kHz wird vorgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerät zur Durchführung von Traktionsbehandlungen (Extensionen) für die Hals- und Lendenwirbelsäule wird vorgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 1.5 Beschäftigung von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen

Werden Mitarbeiter beschäftigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele? _____		

Bitte führen Sie die Namen Ihrer Mitarbeiter nachstehend auf und benennen Sie die Art des Mitarbeiterstatus (geringfügig angestellt, fest angestellt, freie Mitarbeiter). Fügen Sie Ihrem Antrag außerdem eine Kopie der Berufsurkunde bei. Veränderungen des Mitarbeiterbestandes sind gemäß des Versorgungsvertrages fortlaufend unter Angabe und Vorlage der o. a. Punkte der zuständigen Arbeitsgemeinschaft Heilmittelzulassung mitzuteilen.

Name	Geburtsdatum	Durchschn. wöchentl. Arbeitszeit	Ort der schwerpunktmäßigen Tätigkeit



## Fachliche Leitung

Handelt es sich bei der zuzulassenden Praxis um eine juristische Person oder eine rechtsfähige oder nicht rechtsfähige Personenvereinigung, muss für die fachliche Leitung der Praxis ein angestellter Leistungserbringer gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Abs. 2 SGB V benannt werden. Gleiches gilt für eine natürliche Person, die die Qualifikation gemäß Anlage 5 des Versorgungsvertrages erfüllt, in der Praxis aber selbst nicht tätig wird oder die Qualifikation gemäß der benannten Anlage 5 selbst nicht erfüllt. Die fachliche Leitung der Praxis muss gewährleistet sein – § 3 Abs. 2 des Versorgungsvertrages. Neben einer Kopie der Berufsurkunde ist eine Kopie des Arbeitsvertrages einzureichen. Der Wechsel der fachlichen Leitung ist der zuständigen Arbeitsgemeinschaft unverzüglich zusammen mit den einzureichenden vorgenannten Unterlagen anzuzeigen.

## Fachliche Leitung

Name	Geburtsdatum	Durchschn. wöchentl. Arbeitszeit

## 2. Erklärungen des Antragstellers

Ich/wir erkläre(n), dass die Angaben auf diesem Berichtsbogen den Tatsachen entsprechen.

Änderungen in Bezug auf die tatsächlichen oder rechtlichen zulassungsbegründenden Verhältnisse sind vom zugelassenen Leistungserbringer bzw. der Einrichtung nach § 124 Absatz 5 SGB V unaufgefordert und möglichst mindestens 14 Kalendertage vor der Änderung gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V anzuzeigen.

Ich/wir bin/sind darüber informiert, dass falsche oder unzutreffende Angaben die ARGE Heilmittelzulassung \_\_\_\_\_ berechtigt, die erteilte Zulassung zu überprüfen und ggf. zu widerrufen.

Die Bestimmungen der §§ 45 Abs. 2 SGB X und 47 Abs. 1 SGB X sind mir/uns bekannt.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

-----  
(Unterschrift des Antragstellers/der Antragsteller)

**Bitte fügen Sie Ihrem Antrag die folgenden Unterlagen bei:  
(Beachten Sie bitte die Besonderheiten bei Verlegung und Verkauf)**

- a) Kopien der jeweiligen **Urkunde zur Führung der Berufsbezeichnung<sup>(1)</sup>**. Bei im Ausland erworbenen Berufs- oder akademischen Abschlüssen ist die Bescheinigung über die Anerkennung der zuständigen Anerkennungsstelle zur Führung der Berufsbezeichnung vorzulegen.
- b) Kopie des Arbeitsvertrages der angestellten fachlichen Leitung, soweit diese gewährleistet sein muss.
- c) Die vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Vordrucke „**Anerkenniserklärung**“ und „**Berichtsbogen**“.
- d) Eine **Planskizze der Praxis**. Bitte geben Sie auf der Planskizze der Praxis die Fläche der einzelnen Räume/Bereiche in Quadratmetern sowie die Deckenhöhe an und wofür die einzelnen Räume/Bereiche genutzt werden (z. B. Behandlungsraum, Wartebereich etc.) Aus der Skizze muss die Aufstellung der vorhandenen Geräte und Einrichtungsgegenstände ersichtlich sein.
- e) **Nachweis über das Nutzungsrecht** an den Praxisräumen (Kopie Miet-, Pachtvertrag oder Eigentumsnachweis).
- f) Soweit es sich um **Personengesellschaften und Juristische Personen**: Auszug aus dem Handels-/Partnerschaftsregister oder vergleichbare Nachweise<sup>(1)</sup>.
- g) Bestätigung der ARGE IK, Sankt Augustin für das **Institutionskennzeichen** (Bei Verlegung bitte die ARGE IK informieren).

<sup>(1)</sup> Bei einer Praxisverlegung ist der erneute Nachweis nicht erforderlich.