

# Berichtsbogen

## Med. Badebetrieb/Massagepraxis

zum Zulassungsantrag vom \_\_\_\_\_

Datum der Praxiseröffnung \_\_\_\_\_

erstmaliger Antrag

Verlegung

Einzelpraxis

Interdisziplinäre Praxis  
mit \_\_\_\_\_

Praxisgemeinschaft  
mit \_\_\_\_\_

Gemeinschaftspraxis  
mit \_\_\_\_\_

## Angaben zur PRAXIS

Name, ggf.

Rechtsform: \_\_\_\_\_

in (Anschrift der Praxis): \_\_\_\_\_

(Straße, Hausnummer, Etage)

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

Tel./Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Fachl. Leiter

(z.B. bei jur. Person/interdisziplinären Praxen): \_\_\_\_\_

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

Bankverbindung: \_\_\_\_\_

(Name der Bank)

(BLZ)

(Kto.-Nr.)

Sind Sie Mitglied eines Berufsverbandes?

JA  NEIN

ggf. Name des Berufsverbandes: \_\_\_\_\_

# Angaben bei einer Praxisverlegung

## Alte Praxisadresse

(neue Praxisanschrift bitte auf der 1. Seite eintragen)

Name, ggf.

Rechtsform:

---

in:

---

(Straße, Hausnummer, Etage)

---

(Postleitzahl, Ort)

Tel./Fax:

---

E-Mail:

---

Fachl. Leiter

(bei jur. Person/interdisziplinären Praxen):

---

# 1 Praxisausstattung

Eine Zulassung ohne Praxisräume bzw. Praxisausstattung entspricht nicht den Anforderungen nach § 124 Abs. 2 Nr. 3 SGB V

## 1.1 Allgemeine Anforderungen

	JA	NEIN
Die Praxis ist in sich abgeschlossen und von anderen Praxen sowie privaten Wohn- und gewerblichen Bereichen räumlich getrennt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis sowie im erforderlichen Umfang auch die Behandlungsräume sind behindertengerecht zugänglich, um insbesondere Gehbehinderten und Behinderten im Rollstuhl einen Zugang ohne fremde Hilfe zu ermöglichen (vgl. Ziffer 1.1 der Anlage 2 zum Rahmenvertrag).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es einen Warteraum mit ausreichend Sitzgelegenheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine Toilette und ein Handwaschbecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein Verbandskasten für erste Hilfe ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wird eine entsprechende Patientendokumentation gemäß der Rahmenverträge im Bereich der physikalischen Therapie geführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soweit in der Praxis eingesetzte Geräte den Bestimmungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) unterliegen, entsprechen diese den Anforderungen des MPG in der jeweils gültigen Fassung. Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) sowie sonstige Sicherheitsvorschriften in der jeweils gültigen Fassung werden beachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 1.2 Räumliche Mindestvoraussetzungen

	JA	NEIN
Für eine Massagepraxis bzw. einen medizinischen Badetrieb ist eine Nutzfläche von mindestens 50 qm nachzuweisen. Die Nutzfläche beträgt: ___qm.		
Die Praxis muss einen Behandlungstrakt mit mindestens 4 Behandlungsräumen (Kabinen) umfassen. Die Größe der einzelnen Behandlungsräume (Kabinen) muss eine ordnungsgemäße Behandlung am Patienten gewährleisten; sie darf 6 qm nicht unterschreiten. Einer der Behandlungsräume (Kabinen) ist für die Abgabe von Übungsbehandlungen (Einzelbehandlung) einzurichten. Die Behandlungsräume müssen über feste Wände oder im Boden verankerte Stellwände verfügen. Es ist sicherzustellen, dass kein Einblick möglich ist. Im Zutrittsbereich des Behandlungsraums können Vorhänge verwendet werden, die (ab)waschbar sind. Durchgangsräume mit Zugang zu anderweitig nicht zugänglichen Bereichen der Praxis sind als Therapieraum nur zulässig, wenn sich dahinter kein weiterer Behandlungsbereich, keine anderen öffentlich zugänglichen Räume der Praxis (z. B. Empfangsbereich, Toilette, Wartebereich) oder keine für den Praxisbetrieb während der Therapie erforderlichen Räume befinden. Diese vorgenannten räumlichen Anforderungen werden erfüllt. Anzahl der vorhandenen Therapieräume und Angabe der Raumgröße:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Raum 1: ____qm	Raum 2: ____qm	Raum 3: ____qm		
Raum 4: ____qm	Raum 5: ____qm	Raum 6: ____qm		
(bitte vervollständigen und auf der beizufügenden Raumskizze einzeichnen)				

	JA	NEIN
<p>Die räumlichen Mindestvoraussetzungen sind auf den Zugelassenen und höchstens eine Vollzeit-Fachkraft ausgerichtet. Für jede zusätzliche gleichzeitig tätige Fachkraft sind mindestens zwei weitere Behandlungsräume (Kabinen), jeweils von mindestens 6 qm, erforderlich.</p> <p><i>Sind Mitarbeiter im Rahmen der Arbeitsteilung tätig (sog. Job-sharing) reicht es aus, wenn für die gleichzeitig tätigen Behandler (einschließlich Praxisinhaber) eigene, voneinander getrennte Therapieflächen nachgewiesen werden.</i></p> <p>Sind für die zeitgleiche Tätigkeit von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern die vertraglich geforderten zusätzlichen Behandlungsräume bzw. -flächen (mindestens 12 qm) vorhanden?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Die Höhe der Therapieräume beträgt durchgehend mindestens 2,50 m - lichte Höhe (übrige Nutzfläche mind. 2,40 m -lichte Höhe -). Alle Räume sind ausreichend be- und entlüftbar sowie angemessen beheizbar und beleuchtbar.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Es gibt trittsichere, fugenarme, leicht aufzuwischende und desinfizierbare Fußböden im Behandlungstrakt, rutschhemmenden Belag im Nassbereich sowie ausreichende Bodenentwässerung</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>In den Behandlungsräumen gibt es glatte und bis zu einer Höhe von mindestens 1,80 m abwaschfeste Wände. Der Nassbereich (med. Bäderabteilung) ist mindestens bis zu einer Höhe von 2,50 m gefliest. <i>(Ist keine med. Bäderabteilung vorhanden, bitten wir um einen entsprechenden schriftlichen Hinweis.)</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Es ist ein Handwaschbecken für den Behandler mit fließend kaltem und warmem Wasser im Behandlungstrakt vorhanden.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Es gibt eine Sitzgelegenheit und eine ausreichende Kleiderablage in den Behandlungsräumen (Kabinen)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Es 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. <i>(Sollen in der Praxis keine medizinischen Wärmepackungen abgegeben werden, bitten wir um einen entsprechenden schriftlichen Hinweis.)</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Es gibt einen Vorrats- und Abstellraum</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3 Grundausrüstung (Pflichtausstattung)

JA NEIN

Es gibt vier Behandlungsliegen in getrennten Behandlungsräumen; diese müssen von mindestens drei Seiten zugänglich sein; zusätzlich wird eine zusammenklappbare, transportable Behandlungsliege für Hausbesuche vorgehalten (vgl. Ziffer 1.3 zur Anlage 2 zum Rahmenvertrag). Für jede Behandlungsliege wird eine Nacken- und Knierolle vorgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt drei große Wärmebestrahlungsgeräte, eines dieser Geräte ist transportabel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Kurzzeituhr je Behandlungsraum (Kabine) ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist eine Notrufanlage in den Behandlungsräumen (Kabinen), in denen Leistungen abgegeben werden, die nicht die ständige Präsenz des Therapeuten erfordern, vorhanden. Die Notrufanlage gibt einen akustischen Signalton ab, der vom Behandler abzustellen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Geräte zur Durchführung von <b>Übungsbehandlungen</b> werden vorgehalten		
· Sprossenwand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Übungsgeräte (z.B. Gymnastikbänder, Gymnastikbälle, Keulen, Stäbe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Therapiematte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Gymnastikhocker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Spiegel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt eine Einrichtung zur Abgabe von <b>Wärmetherapie</b> :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Es ist ein VDE-geprüftes elektrisches Wärmegerät, das eine Desinfektion der Packungsmasse gewährleistet (bei Warmpackungen) oder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· VDE-geprüftes Spezialwärmungsgerät (bei Einweg-Naturmoorpackungen [ascend]) vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Laken, Tücher, Lagerungskissen, Polster und Decken in ausreichender Menge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.4 Zusatzausstattung

JA NEIN

Es wird <b>Unterwasserdruckstrahlmassage</b> durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Es wird eine Spezialwanne mit einem Fassungsvermögen von mindestens 600 l bis zum Überlauf, einer Aggregatleistung von mindestens 100 l/Min., einer Druck- und Temperaturmesseinrichtung und Haltegriffen für trittsicheren Einstieg der Patienten vorgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Die elektrischen Anlagen sind nach den Bestimmungen für das Einrichten elektrischer Anlagen in medizinisch genutzten Räumen installiert (VDE 0107).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Je Wanne zur Durchführung der Unterwasserdruckstrahlmassage gibt es einen Behandlungsraum von mindestens 10 qm; die Wanne ist von drei Seiten zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Es wird je Wanne eine Ruheliege vorgehalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es wird <b>Elektrotherapie</b> durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es werden Geräte zur Durchführung von Elektrobehandlungen (Mittel- und Niederfrequenzbereich, z.B. Reizstrom, Interferenzstrom, diadynamischer Strom) vorgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Praxis gibt es ein Bestandsverzeichnis und ein Medizinproduktebuch nach MPBetreibV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zur Abgabe <b>hydroelektrischer Vollbäder</b> wird eine Spezialwanne mit einem Fassungsvermögen von mindestens 600 l, 6 bis 9 stabilen und/oder beweglichen Elektroden, einer Einschalt-, Elektrodenwahl- und Stromausfallsperrung sowie eine Temperaturmesseinrichtung vorgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Die Spezialwanne ist einem Behandlungsraum von mindestens 10 qm und ist von drei Seiten zugänglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Es gibt je Wanne eine Ruheliege.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· In der Praxis gibt es ein Bestandsverzeichnis und ein Medizinproduktebuch nach MPBetreibV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist eine Anlage zur Abgabe von <b>Vierzellenbädern</b> vorhanden ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Es gibt eine spezielle Teilbadewanne mit stabilen oder beweglichen Elektroden mit Einschalt-, Elektrodenwahl- und Stromausfallsperrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· In der Praxis gibt es ein Bestandsverzeichnis und ein Medizinproduktebuch nach MPBetreibV.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es gibt technische Möglichkeiten für die Eisanwendung (Kryotherapie)

	JA	NEIN
Es wird <b>Chirogymnastik</b> abgegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es ist eine standfeste Spezialbehandlungs- liege mit den Konstruktionsmerkmalen der "Original-Chirogymnastik-Bank" vorhanden. Die Liege befindet sich in einem gesonderten Raum von mindestens 8 qm.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Liege ist von allen Seiten zugänglich.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es werden <b>Medizinische Bäder</b> abgegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine säurebeständige Wanne mit einem Mindestfassungsvermögen von 200 l wird vorgehalten. Die Wanne befindet sich in einem Behandlungsraum von mindestens 6 qm und ist von mindestens zwei Seiten zugänglich.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es gibt je Wanne eine Ruheliege</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es werden <b>Gashaltige Bäder</b> abgegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Für die Abgabe von Kohlensäurebädern werden ein Kohlensäureimprägnierapparat und/oder chemische Präparate vorgehalten.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Für die Abgabe von Sauerstoffbädern sind ein Verteilerrost für Sauerstoffbäder aus der Stahlflasche und/oder chemische Präparate vorhanden.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Für die Abgabe von Kohlendioxidgasbädern werden ein Kabinengehäuse oder eine spezielle Kohlendioxid-Gas-Badewanne, ein Dampfanschluss (oder ein Kleindampferzeuger), ein Gasmengenmessgerät und eine Absaugvorrichtung für die Gasabfüllung ins Freie vorgehalten.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für <b>Übungsbehandlungen im Wasser</b> ist		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• eine Schmetterlingsbadewanne für Einzelbehandlung und/oder</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ein Therapiebecken für Einzel- und Gruppenbehandlung (Wasser- oberfläche mindestens 12 qm, kleinste Seitenlänge mindestens 3,00 m, Wassertiefe nicht mehr als 1,35 m) vorhanden.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gibt es den Erfordernissen entsprechende Haltestange(n)?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gibt es eine trittsichere, gut begehbare Einsteigtreppe?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gibt es eine Patientenhebeeinrichtung?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ist eine Dusche vorhanden?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	JA	NEIN
<b>Inhalation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Für die Abgabe von Raum- oder Apparate-Inhalationen werden geeignete Sole- und Medikamentenvernebler vorgehalten.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Übungsbehandlungen in der Gruppe</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Für die Abgabe von Übungsbehandlungen in der Gruppe ist ein gesonderter entsprechend eingerichteter Raum von mindestens 15 qm Größe vorhanden.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommen auch <b>Kombinationsbadeanlagen</b> (mit Wanneneinsatz zur Anpassung an das erforderliche Fassungsvermögen) zum Einsatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtungen zur Abgabe von <b>Wärmetherapie</b> vorhanden: Bezeichnung: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untraschallwärmetherapiegerät mit einer Frequenz von 800 – 3000 kHz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 1.5 Sonstige Angaben

JA NEIN

Gehören zur Praxis externe Räume bzw. Einrichtungen? Wenn ja, welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

### 1.6 Beschäftigung von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen

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

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 den Rahmenverträgen fortlaufend unter Angabe und Vorlage der o. a. Punkte der vdek-Landesvertretung mitzuteilen.

Name

Qualifikation

Mitarbeiter-  
status

---



---



---

## 2. Erklärungen des Antragstellers

Ich/wir erkläre(n), dass die Angaben auf diesem Berichtsbogen den Tatsachen entsprechen. Über alle Änderungen werde(n) ich/wir die vdek-Landesvertretung, die die beantragte Zulassung erteilt hat, unverzüglich schriftlich informieren. Eine maßstabsgerechte Raumskizze ist beigefügt.

Ich/wir bin/sind darüber informiert, dass falsche oder unzutreffende Angaben den vdek berechtigen, die erteilte Zulassung gem. § 124 Abs. 1 SGB V auch im Namen der KNAPPSCHAFT und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Krankenkasse 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 \_\_\_\_\_

---

(Unterschrift des Antragstellers/der Antragsteller)

## **Bestätigung über die abgeschlossene Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung**

Ich/Wir erkläre/n, dass ich/wir zum Schutze meiner/unser Patienten eine Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung

bei der Versicherung: \_\_\_\_\_

mit der Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_ abgeschlossen habe/n.

Ich/Wir erkläre/n ausdrücklich, dass außer mir/uns auch die bei mir/uns tätigen Mitarbeiter und alle in meinem/unseren Besitz befindlichen med. Geräte der o. g. Versicherungsgesellschaft gemeldet wurden.

Neu hinzukommende Mitarbeiter und med. Geräte werde/n ich/wir sofort der Versicherungsgesellschaft melden.

Die abgeschlossenen Deckungssummen sind:

Für Personenschäden: \_\_\_\_\_ Euro

Für Sachschäden \_\_\_\_\_ Euro

Für Vermögensschäden \_\_\_\_\_ Euro

Ich/wir bin/sind darüber informiert, dass nach den Rahmenverträgen für die Dauer der Kassenzulassung der Abschluss einer Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung vorgeschrieben ist.

Die Beendigung bzw. Unterbrechung der Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung melde ich sofort der vdek-Landesvertretung. Mir ist bekannt, dass dann auch die erteilte Kassenzulassung endet.

## **Bestätigung über die Meldung bei der Berufsgenossenschaft**

Ich bestätige ebenfalls, dass ich meine Praxis bei der zuständigen Berufsgenossenschaft (BG für Gesundheitsdienst u. Wohlfahrtspflege (BGW), Pappelallee 35/37, 22089 Hamburg.) an bzw. umgemeldet habe.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Antragstellers/der Antragsteller)

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag die folgenden Unterlagen bei:

- Kopie der jeweiligen **Urkunde zur Führung der Berufsbezeichnung** sowie ggf. Kopien von abrechnungsrelevanten **Fortbildungszertifikaten** der fachlichen Leitung der Praxis.
- Eine Kopie des **Arbeitsvertrages** zwischen dem Praxisinhaber und der fachlichen Leitung.
- Die Vordrucke „**Anerkennungserklärung**“ und „**Berichtsbogen**“ senden Sie bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück. Bitte achten Sie darauf, dass alle Fragen vollständig beantwortet werden.
- Eine **Planskizze der Praxis**. Bitte geben Sie auf der Planskizze der Praxis an, wie groß die einzelnen Räume sind (Angabe Quadratmeterzahlen) und wofür die einzelnen Räume genutzt werden (z.B. Therapiebereich, Wartebereich, WC, etc.). Sollten sich in der Praxis Treppen oder Notausgänge befinden, so erläutern Sie bitte formlos, wie die Praxis an diesen Stellen abgetrennt wird, so dass nachvollziehbar wird, dass die Praxis in sich geschlossen ist.
- **Nachweis über das Nutzungsrecht** an den Praxisräumen (Kopie Miet-, Pachtvertrag oder Eigentumsnachweis).
- Eine **Kopie der Anmeldung der Tätigkeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde (Gesundheitsamt) und der Berufsgenossenschaft**.
- **Nachweis einer Berufs- und Betriebshaftpflichtversicherung** (inkl. Risikoort und Deckungssummen).
- Eine **Kopie des Gemeinschaftspraxisvertrages bzw. Praxisgemeinschaftsvertrages**, wenn es sich bei Ihrer Praxis um eine entsprechende Praxis handelt.
- Bestätigung der SVI für das **Institutionskennzeichen**