

Berichtsbogen

Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapeutische Praxis

Für das Zulassungsverfahren der ARGE Heilmittelzulassung Bayern

zum Zulassungsantrag vom ____

Datum der Praxiseröffnung ____

erstmaliger Antrag

Verlegung

Praxisübernahme von:

Einzelpraxis

Interdisziplinäre Praxis
mit _____

Praxisgemeinschaft
mit _____

Gemeinschaftspraxis
mit _____

Angaben zur PRAXIS

Institutionskennzeichen (1): _____

(Die nachfolgenden Angaben zur Praxis sind nach § 11 Abs. 8 zur Veröffentlichung vorgesehen)

(Name des Antragstellers, Rechtsform)

(Name der Praxis)

(Straße, Hausnummer, Etage)

(Postleitzahl, Ort)

(Tel./Fax)

(E-Mail - optional)

(Homepage – optional)

(Fachliche Leitung (2))

(Barrierefreiheit (ja/nein) – optional)

(rollstuhlgerechter Zugang (ja/nein) – optional)

Angaben bei einer Praxisverlegung Alte Praxisadresse

(neue Praxisanschrift bitte auf der 1. Seite eintragen)

Institutionskennzeichen (1): _____

Name des An-
tragstellers,
Rechtsform

Name der Praxis

in:

(Straße, Hausnummer, Etage)

(Postleitzahl, Ort)

Telefon/Fax

E-Mail:

Fachl. Leitung
(2)

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

	JA	NEIN
Die Praxis steht an mindestens 4 Tagen je Woche und für mindestens 24 Stunden je Woche für anspruchsberechtigte GKV-Versicherte zur Verfügung (3).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis ist öffentlich frei zugänglich (4). (D. h. die Praxis befindet sich nicht auf zugangsbeschränkten Gelände wie z. B. einem Kindergarten oder einer Schule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis ist von privaten Bereichen räumlich getrennt und auf die Abgabe von therapeutischen Leistungen aus den verschiedenen Tätigkeitsfeldern im Bereich der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie (z. B. Prävention, Therapie, Rehabilitation) ausgerichtet (4).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis verfügt neben dem Behandlungsraum über einen angemessenen Wartebereich und eine Toilette mit Handwaschmöglichkeit (4).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sofern während der Öffnungszeiten in der Praxis oder angrenzend an die Praxis weitere Leistungen aus den Bereichen Gesundheit, Bildung und Beratung außerhalb der im vorangehenden Absatz genannten Tätigkeitsfelder 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 (5).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis verfügt über einen Behandlungsraum mit einer Fläche von mindestens 20 qm.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für jeden zusätzlichen <u>gleichzeitig</u> tätigen Leistungserbringer ist ein zusätzlicher Behandlungsraum mit einer Fläche von mindestens 12 qm vorhanden (6).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die Behandlungsräume Durchgangsräume? (Unbeachtlich sind Durchgangsräume zu Räumen, die für den Praxisbetrieb während der Therapie nicht genutzt werden.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Deckenhöhe (lichte Höhe) der Behandlungsräume beträgt im Bereich der Mindestfläche 2,40 oder mehr Meter durchgehend mindestens 2,40 m lichte Höhe. Falls der Richtwert von 2,40 Meter unterschritten wird, bitte die lichte Höhe hier eintragen: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JA NEIN

Alle Räume sind angemessen be- und entlüftbar, und können beheizt und beleuchtet werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

3. Ausstattung für Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie

Der Einsatz von aktuellem, störungsspezifischem und altersadäquaten Diagnostik- und Therapiematerial ist gewährleistet (7).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

3.1 Pflichtausstattung (8)

JA NEIN

<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostikmaterial, wie z. B. störungsspezifische Screening- und (standardisierte) Diagnostikverfahren für alle zu behandelnden Störungsbilder, • Therapeutisches Material und therapeutische Hilfsmittel für alle zu behandelnden Störungsbilder, • Technische Vorrichtung zur Aufnahme und Wiedergabe von Stimme, Sprechen oder Sprache, • Aufbewahrungsmöglichkeiten für die Patientenakten und Praxisunterlagen, die geeignet sind, die gesetzlichen und vertraglichen Datenschutzanforderungen umzusetzen <p>sind vorhanden.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

3.2 Zusatzausstattung (9)

JA NEIN

<ul style="list-style-type: none"> • Tasteninstrument ist vorhanden. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Computer/Tablet für den therapeutischen Einsatz inklusive spezieller Software ist vorhanden. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Beschäftigung von Mitarbeitern (10)

JA NEIN

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

Bitte führen Sie die Qualifikation der Leistungserbringer, deren Vor- und Nachnamen, deren Initialen, sowie das Geburtsdatum, die vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit in Stunden und den Ort der schwerpunktmäßigen Tätigkeit (Praxis, Hausbesuch oder Behandlung in einer Einrichtung nach § 11 Absatz 2 der HeilM-RL bzw. § 9 Absatz 2 der HeilM-RL ZÄ (tagesstrukturierende Einrichtung) auf. Initialen sind eine mindestens 2-stellige Buchstabenkombination, die einem Leistungserbringer eindeutig zugeordnet sind, d. h., die Angabe identischer Initialen für Leistungserbringer derselben Praxis ist ausgeschlossen.

Vor- und Nachname	Initialen	Geburtsdatum	Durchschn. wöchentliche Arbeitszeit	Ort der schwerpunktmäßigen Tätigkeit

2. Erklärungen des Antragstellers

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

Änderungen in Bezug auf die tatsächlichen oder rechtlichen zulassungsbegründenden Verhältnisse sind vom zugelassenen Leistungserbringer unaufgefordert und wenn möglich mindestens 14 Kalendertage vor der Änderung gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Absatz 2 SGB V anzuzeigen (11).

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

_____, den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift des Antragstellers/der Antragsteller)

Bitte fügen Sie Ihrem Antrag die folgenden Unterlagen bei:

- a) Urkunde zur Führung der Berufsbezeichnung oder die Diplom-, Magister-, Bachelor- und/oder Masterurkunden inklusive Zeugnis und Leistungsübersicht, sowie Nachweise über geleistete Praktika, wenn diese für die Prüfung der Zulassungsfähigkeit relevant sind. Bei im Ausland erworbenen Berufs- oder akademischen Abschlüssen ist die Bescheinigung über die Anerkennung der zuständigen Anerkennungsstelle zur Führung der Berufsbezeichnung vorzulegen.
- b) Nachweis über das Eigentum bzw. das Recht an der Praxisnutzung (z. B. Bestätigung des Vermieters oder Mietvertrag), Raumskizze inkl. der Angabe der m²-Zahl und der Deckenhöhe je Raum,
- c) Soweit es sich um Personengesellschaften oder juristische Personen handelt: Auszug aus dem Handels-/Partnerschaftsregister, ggf. vergleichbare Nachweise.
- d) Anerkennniserklärung – Anlage 6

Die Fußnoten verweisen auf die Quellen im Vertrag und enthalten teilweise zusätzliche Erläuterungen

- (1) § 17 – Verwendung des Institutionskennzeichnens
- (2) § 3 – Grundsätze der Leistungserbringung – Abs. 2
Die Angabe der fachlichen Leitung ist keine Zulassungsvoraussetzung. Jedoch ist ein zugelassener Leistungserbringer, sofern es sich um eine juristische Person oder um eine rechtsfähige Personenvereinigung handelt verpflichtet, gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Abs. 2 SGB V einen angestellten Leistungserbringer als fachliche Leitung der Praxis zu benennen. Gleiches gilt für eine natürliche Person, die selbst nicht über die geforderte berufliche Qualifikation verfügt. Die fachliche Leitung der Praxis muss zu jeder Zeit gewährleistet sein. Unabhängig von der Rechtsform ist die fachliche Leitung auf 2 Standorte begrenzt, dies gilt auch für zugelassene Praxisinhaber. Die Aufteilung der fachlichen Leitung einer Praxis im Jobsharing-Verfahren ist auf 2 zulassungsfähige Leistungserbringer begrenzt. Die fachliche Leitung soll dabei möglichst gleichmäßig aufgeteilt werden.
- (3) § 12- Organisatorische Anforderungen an eine Heilmittelpraxis – Abs. 1
Dies gilt nicht bei vorübergehenden Praxisschließungen (z. B. aufgrund von Krankheit, Pflege- oder Elternzeit). Die regional zuständige Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Abs. 2 SGB V ist über die vorübergehende Praxisschließung zu informieren.
- (4) § 11 – Zulassung – Abs. 5

- (5) § 11 - Zulassung – Abs. 6
- (6) Anlage 5 – Zulassungsvoraussetzungen – Ziffer 2.1.2
Dies gilt nicht, wenn sich die Arbeitszeiten der Leistungserbringer in der Praxis nicht überschneiden. Bei der Ermittlung der Räumlichkeiten bei gleichzeitig tätigen Leistungserbringern ist die Art des Beschäftigungsverhältnisses unerheblich.
- (7) Anlage 5 – Zulassungsvoraussetzungen – Ziffer 3.
Das Material sollte mit den entsprechenden Leitlinien und den aktuellen wissenschaftlichen Standards abgeglichen und auf die individuellen Anforderungen des Patienten abgestimmt sein.
- (8) Anlage 5 – Zulassungsvoraussetzungen – Ziffer 3.1
- (9) Anlage 5 – Zulassungsvoraussetzungen – Ziffer 3.2
- (10) § 3 – Grundsätze der Leistungserbringung - Nr. 6
Die Angabe ist keine Zulassungsvoraussetzung. Allerdings ist der zugelassene Leistungserbringer verpflichtet, gegenüber der zuständigen Arbeitsgemeinschaft nach § 124 Abs. 2 SGB V mindestens einmal im Jahr, spätestens zum Ende eines Kalenderjahres, unaufgefordert die Angaben zu melden.
Verfügt der Antragsteller hingegen nicht selbst über die für die Leistungserbringung erforderliche Ausbildung sowie eine entsprechende zur Führung der Berufsbezeichnung berechtigende Erlaubnis oder einen vergleichbaren akademischen Abschluss, muss er vor der Zulassung nachweisen, dass die Behandlungen ausschließlich durch entsprechend qualifizierte Leistungserbringer durchgeführt werden (§ 11 Abs. 2).
- (11) § 11 – Zulassung – Abs. 4