

# Berichtsbogen – Ergotherapeutische Praxis

Für das Zulassungsverfahren der ARGE Heilmittelzulassung Mecklenburg-Vorpommern

Datum der Praxiseröffnung \_\_\_\_\_

erstmaliger Antrag

Verlegung

Praxisübernahme von: \_\_\_\_\_

Einzelpraxis

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

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

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

## Angaben zur PRAXIS

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

(Die nachfolgenden Angaben zur Praxis werden nach § 11 Abs. 11 veröffentlicht)

\_\_\_\_\_  
(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))

## 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

	JA	NEIN
Die Praxis ist mindestens an 3 Tagen je Woche und für mindestens 25 Stunden je Woche für anspruchsberechtigte 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)	<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?: _____  Sofern während der Öffnungszeiten in der Praxis oder angrenzend an die Praxis weitere Leistungen außerhalb der Tätigkeitsfelder der Ergotherapie 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 Ergotherapie zählen auch z. B. Prävention, Therapie, Rehabilitation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Praxis sowie im erforderlichen Umfang auch die Behandlungsräume sind barrierefrei zugänglich, d. h. bauliche und sonstige Anlagen sind für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar. Dies ist eine Empfehlung, aber keine notwendige Zulassungsvoraussetzung. Weitere detaillierte Empfehlungen sind in § 13 des Versorgungsvertrages aufgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 1.2 Räumliche Mindestvoraussetzungen

	JA	NEIN
Die Praxis verfügt über eine Therapiefläche von mindestens 20 qm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für jeden zusätzlich tätigen Leistungserbringer ist ein Therapieraum von mindestens 12 qm vorhanden. Dies gilt nicht, wenn sich in den Praxisräumen die Therapiezeiten der Leistungserbringer nicht überschneiden (in diesem Fall „JA“ ankreuzen). Vorhandene Behandlungsräume/ bzw. -bereiche: 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
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 Höhe der Therapieräume beträgt durchgehend mindestens 2,40m lichte Höhe. Alle Räume sind ausreichend be- und entlüftbar sowie angemessen beheizbar und beleuchtbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Arbeitsstättenverordnung und die landesrechtliche Bauordnung werden beachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 1.3 Grundausstattung (Pflichtausstattung)

	JA	NEIN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapiematte oder Liege</li> <li>• Arbeitstisch, adaptierbar</li> <li>• Arbeitsstuhl, adaptierbar</li> <li>• Tisch für Handwerk</li> <li>• Spiegel</li> <li>• Therapeutisches Material für alle Altersstufen</li> <li>• Material für Aktivitäten des täglichen Lebens oder zur Herstellung von Alltagshilfen</li> <li>• Therapiematerial für Wahrnehmungstraining</li> <li>• Psychomotorisches Übungsmaterial</li> <li>• Graphomotorisches Übungsmaterial</li> <li>• Werkzeug und Materialien für verschiedene Handwerkstechniken sind vorhanden.</li> </ul>	<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"/>

### 1.4 Optionale Zusatzausstattung

	JA	NEIN
Computerausstattung für therapeutischen Einsatz ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schienenmaterial nach Bedarf ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausstattung zur Durchführung von Assessment- und Screeningverfahren ist vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

### 1.5 Beschäftigung von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen

JA NEIN

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

Bitte führen Sie die Namen Ihrer therapeutisch tätigen Mitarbeiter\*innen nachstehend auf. Fügen Sie Ihrem Antrag außerdem eine Kopie der Berufsurkunde bei.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Berufsausbildung	Wöchentliche Arbeitszeit (Std.)

### 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 Aufteilung der fachlichen Leitung einer Praxis im Job-Sharing-Verfahren ist möglich und auf 2 Leistungserbringer begrenzt. 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, Vorname	Geburtsdatum	Berufsausbildung	Wöchentliche Arbeitszeit (Std.)

## 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)

## 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 ARGE Heilmittelzulassung Mecklenburg-Vorpommern. Mir ist bekannt, dass dann auch die erteilte Kassenzulassung endet.

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

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



**Bitte fügen Sie Ihrem Antrag die folgenden Unterlagen bei:**

(Beachten Sie bitte die Besonderheiten bei Verlegung und Verkauf - § 11 Abs. 7 des Versorgungsvertrags)

- a) Kopien der jeweiligen **Urkunde zur Führung der Berufsbezeichnung** oder die Diplom-, Bachelor- oder Masterurkunden. 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) **Nachweis über das Nutzungsrecht** an den Praxisräumen (Kopie Miet-, Pachtvertrag oder Eigentumsnachweis).
- e) Eine **Raumskizze** inkl. Der Angabe der m<sup>2</sup>-Zahl und der Deckenhöhe je Raum sowie Aufstellung der vorhandenen Geräte und Einrichtungsgegenstände.
- f) Soweit es sich um **Personengesellschaften und Juristische Personen**: Auszug aus dem Handels-/Partnerschaftsregister oder vergleichbare Nachweise<sup>(1)</sup>. Dies gilt nicht bei Praxisgemeinschaften mit mehreren Institutionskennzeichen.
- 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.