

Strukturerhebung

**4000 - MVK - Modul muskuloskelettale/orthopädische/
rheumatologische Erkrankungen**

Version 5.0

Fragebogenstruktur

Medizinisch-technische Ausstattung	3
Therapeutische Behandlung, Schulung, Betreuung der Patientinnen und Patienten	3
Behandelbare Krankheitsbilder	3
Trainings- und Schulungsmaßnahmen	3
Ausfüllhinweise	4

Medizinisch-technische Ausstattung

Notwendige Kompetenzen zur Durchführung, Benutzung und Auswertung müssen vorhanden sein

1 Bildgebende Diagnostik (exklusive Sonographie / Dopplersonographie) [MA.II.1]* {1}	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ja, in Kooperation <input type="radio"/> nein
2 Extensionsbehandlung der Wirbelsäule, mechanisch [MA.II.2]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Therapeutische Behandlung, Schulung, Betreuung der Patientinnen und Patienten

Behandelbare Krankheitsbilder

3 Skoliose [MA.III.1]*	<input type="radio"/> ja, mit strukturiertem Behandlungskonzept <input type="radio"/> nein
4 Arthrose [MA.III.2]*	<input type="radio"/> ja, mit strukturiertem Behandlungskonzept <input type="radio"/> nein
5 Chronischer Schmerz [MA.III.3]*	<input type="radio"/> ja, mit strukturiertem Behandlungskonzept <input type="radio"/> nein
6 Myostatisch bzw. degenerativ bedingte Erkrankungen der Haltungs- und Bewegungsorgane [MA.III.4]*	<input type="radio"/> ja, mit strukturiertem Behandlungskonzept <input type="radio"/> nein
7 Rheumatologische Erkrankungen [MA.III.5]*	<input type="radio"/> ja, mit strukturiertem Behandlungskonzept <input type="radio"/> nein

Trainings- und Schulungsmaßnahmen

8 Manuelle Therapie der Extremitäten/Wirbelsäule [MA.III.6]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
9 Rückenschule [MA.III.7]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Ausfüllhinweise

Nr.	Hinweis
1	<p data-bbox="225 367 456 398">Definition Kooperation</p> <p data-bbox="225 405 1315 499">Bei Merkmalen, deren Vorhaltung oder Durchführung in Kooperation möglich ist, muss die Einrichtung eine Kooperationsvereinbarung, einen Kooperationsvertrag, eine Kooperationsbestätigung oder eine Kooperationsbescheinigung jeweils in schriftlicher Form mit der entsprechenden Einrichtung vorweisen können.</p> <p data-bbox="225 506 679 537">Dieser/diese muss folgende Inhalte umfassen:</p> <ul data-bbox="264 544 1198 669" style="list-style-type: none"><li data-bbox="264 544 667 575">• Leistung des Kooperationspartners<li data-bbox="264 575 722 607">• Erreichbarkeit des Kooperationspartners<li data-bbox="264 607 815 638">• Vertretungsregelungen beim Kooperationspartner<li data-bbox="264 638 1198 669">• Bedarfsgerechte Terminvergabe nach den Anforderungen der Patientinnen und Patienten