

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="226 369 456 398">Definition Kooperation</p> <p data-bbox="226 407 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="226 508 679 537">Dieser/diese muss folgende Inhalte umfassen:</p> <ul data-bbox="268 546 1198 667" style="list-style-type: none"><li data-bbox="268 546 667 575">• Leistung des Kooperationspartners<li data-bbox="268 577 722 607">• Erreichbarkeit des Kooperationspartners<li data-bbox="268 609 815 638">• Vertretungsregelungen beim Kooperationspartner<li data-bbox="268 640 1198 667">• Bedarfsgerechte Terminvergabe nach den Anforderungen der Patientinnen und Patienten