

Qualitäts- und Leistungskriterien für die ambulante Muskuloskeletale Rehabilitation

Gültigkeit ab: 17.11.2015

bis: unbefristet

Version 1.0d

Kriterium	KriteriumNr.	Zertifizierungsstelle	med. Fachexpertise	Erfüllt	Bemerkung
-----------	--------------	-----------------------	--------------------	---------	-----------

Voraussetzungen					
(a) Definition	Die muskuloskeletale Rehabilitation befasst sich mit Menschen mit teils chronischen, teils akuten ossären, artikulären, vertebralem und/oder Weichteil bezogenen teils entzündlichen, teils degenerativen, teils postoperativen sowie posttraumatischen muskuloskelettalen Beeinträchtigungen.				
(b) Ziele	Möglichst vollständige Wiedererlangung der ursprünglichen Funktionsfähigkeit sowie Erlernen eines ergonomisch günstigen Verhaltens und Prophylaxe.				
(c) Fachliche Voraussetzungen					
(1) Obligatorisch:					
- Facharzt / Fachärztin PMR oder Facharzt / Fachärztin Rheumatologie mit mindestens 2 Jahren Rehabilitationserfahrung oder Facharzt / Fachärztin Orthopädie mit mindestens 2 Jahren Rehabilitationserfahrung	a_M1		X	<input type="checkbox"/>	
- Physiotherapie und /oder Ergotherapie	a_M2		X	<input type="checkbox"/>	
(2) Vertraglich geregelter Zugang zu (mindestens 2 weitere):					
- Physiotherapie	a_M3	X		<input type="checkbox"/>	
- Ergotherapie	a_M4	X		<input type="checkbox"/>	
- Ergonomie	a_M5	X		<input type="checkbox"/>	
- Arbeitsintegration/Berufstherapie	a_M6	X		<input type="checkbox"/>	
- Orthopädietechnik	a_M7	X		<input type="checkbox"/>	
- Psychologie	a_M8	X		<input type="checkbox"/>	
- Ernährungsberatung	a_M9	X		<input type="checkbox"/>	
- Sozialarbeit	a_M10	X		<input type="checkbox"/>	
- Rehabilitationspflege (z. B. spezialisierte Spitex)	a_M11	X		<input type="checkbox"/>	

Qualitäts- und Leistungskriterien für die ambulante Muskuloskeletale Rehabilitation

Gültigkeit ab: 17.11.2015

bis: unbefristet

Version 1.0d

Kriterium	KriteriumNr.	Zertifizierungs- stelle	med. Fachex- perte	Erfüllt	Bemerkung
(d) Organisatorische Voraussetzungen					
- geregelter Informationsfluss	a_M12		X	<input type="checkbox"/>	
- minimal 10 Behandlungseinheiten pro Woche und Patient	a_M13		X	<input type="checkbox"/>	
- mindestens eine Teambesprechung pro Monat	a_M14		X	<input type="checkbox"/>	
(e) Qualitative Voraussetzungen					
- minimal 2 der jeweils genannten Assessments pro Patient und Phase (je ein generisches -g- und spezifisches -s-)	a_M15		X	<input type="checkbox"/>	
▪ FIM oder PPT 7 oder Health Assessment Questionnaire (HAQ) (g/s)	a_M16		X	<input type="checkbox"/>	
▪ Erweiterter Barthel Index (EBI) (g/s)	a_M17		X	<input type="checkbox"/>	
▪ Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ) (g/s)	a_M18		X	<input type="checkbox"/>	
▪ 6-Minuten-Gehtest (g/s)	a_M19		X	<input type="checkbox"/>	
▪ Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) (g)	a_M20		X	<input type="checkbox"/>	
▪ Basis EFL (g/s)	a_M21		X	<input type="checkbox"/>	