

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

26. Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin

Definition	Die Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung und Behandlung reversibler Funktionsstörungen des Bewegungssystems einschließlich ihrer Wechselwirkung mit anderen Organsystemen mittels manueller Untersuchungs- und Behandlungstechniken.
Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO	<ul style="list-style-type: none"> - Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und zusätzlich - 320 Stunden Kurs-Weiterbildung gem. § 5 Abs. 10 in Manuelle Medizin, davon <ul style="list-style-type: none"> - 120 Stunden Grundkurs und anschließend - 200 Stunden Aufbaukurs

Übergangsbestimmung:

Kammermitglieder, die über die Anerkennung der Zusatzbezeichnung Chirotherapie verfügen, sind berechtigt, stattdessen die Bezeichnung Manuelle Medizin zu führen.

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Weiterbildungsinhalte der Zusatz-Weiterbildung

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
A. Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt C								
1. Übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin								
Indikation und Kontraindikation manualmedizinischer Maßnahmen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Stellenwert der manuellen Medizin in der ärztlichen Tätigkeit, z. B. in der Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Innere Medizin und Rheumatologie, Kinder- und Jugendmedizin, Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Sportmedizin				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Manuelle Medizin in Bezug auf Alter und Entwicklung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
2. Funktionelle Grundlagen								

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
Spezielle funktionelle Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie und Biomechanik des Halte- und Bewegungssystems unter manualmedizinischen Aspekten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Prinzipien des Tensegrity-Modells in der Medizin				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Topographische Beziehung peripherer Arterien, insbesondere der Vertebralarterien, und die Wirkung der Bewegung der beteiligten Strukturen auf diese Gefäße				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Spezielle Anatomie des autonomen Nervensystems und dessen Beziehung zu muskuloskelettalen Beschwerden				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Anatomische Varianten der neuralen und muskuloskelettalen Strukturen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Nozigenatoren und Neurophysiologie der Nozireaktion und Schmerzverarbeitung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
Grundlagen der Biomechanik und ihrer Anwendung auf das Bewegungssystem, insbesondere bezüglich der Gelenkbewegung und muskulären Kraftübertragung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
3. Diagnostische und therapeutische Grundlagen								
	Indikationsstellung, Einleitung und Therapiekontrolle physiotherapeutischer, physikalischer, ergotherapeutischer und logopädischer Therapiemaßnahmen sowie von Rehabilitationstraining					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interdisziplinäre Indikationsstellung zur weiterführenden Diagnostik einschließlich der Differentialindikation und Befundinterpretation bildgebender Verfahren unter Berücksichtigung der Strahlenhygiene					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risiken und Vorteile anderer relevanter Therapieverfahren im Vergleich zur Manuellen Medizin				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Psychosomatische Grundlagen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Biopsychosoziales Schmerzverständnis				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Placebo- und Noceboeffekte				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

_____ Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
Mechanismen der Chronifizierung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Beratung des Patienten über Erfolgsaussichten, Komplikationsmöglichkeiten und Kontraindikationen manualmedizinischer Maßnahmen					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Individuelle Erarbeitung von Selbstübungen mit dem Patienten im Rahmen der primären und sekundären Prävention					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Typische Krankheitsbilder in der Manuellen Medizin								
Störungen und Dysfunktionen der axialen und peripheren Strukturen, insbesondere von Schädel, kranio- zervikalem Übergang, der Wirbelsäulenabschnitte und deren Übergängen, Sakroiliakalgelenken, Beckengürtel und peripheren Gelenken				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Funktionelle Verkettungen innerhalb und zwischen den Strukturen des Bewegungsorgans				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Dysfunktion viszeraler Organe mit Bezug zu biomechanischen Störungen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
Viszero-somatische, somato-viszerale, psycho-somatische und somato- somatische Reaktionen				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
5. Spezielle manualmedizinische Diagnostik								
Grundlagen spezieller pädiatrischer Untersuchungstechniken und der Beurteilung des Entwicklungsstandes				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Manualmedizinische Untersuchung und Funktionsdiagnostik, insbesondere unter Einbeziehung orthopädischer und neurologischer Tests					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchführung orientierender und regionaler palpatorischer Untersuchungen der einzelnen Gewebeschichten zur Diagnose einer reversiblen Dysfunktion bzw. einer Kontraindikation unter Berücksichtigung der Schmerzprovokation, veränderter Sensorik und Gewebetextur, des Bewegungsausmaßes und der Charakteristika der Barriere am Bewegungsende					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spezielle manualmedizinische Dokumentation der Untersuchungsergebnisse					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten

Logbuch

Zusatz-Weiterbildung Manuelle Medizin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl	nachgewiesene Zahlen/ Richtzahl sofern gefordert	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	durchführen (unter Anleitung)	selbstverant- wortlich durchführen	nicht vermittelt
6. Spezielle manualmedizinische Therapie								
Grundlagen osteopathischer Verfahren zur Behandlung viszeraler Organe				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Grundlagen manualmedizinischer Behandlungstechniken bei Kindern				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	Mobilisationstechniken einschließlich spezieller Techniken der Inhibition oder Relaxation von Muskeln basierend auf postisometrischer Relaxation und reziproker Inhibition sowie Positionierungs-Techniken					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Segmentale Manipulation an Wirbelsäule und Extremitätengelenken					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Myofasziale Techniken					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Triggerpunkt-Behandlung					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Behandlungsstrategien für funktionelle Verkettungssyndrome					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungstechniken				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Datum/Unterschrift des/der WB-Ermächtigten