

# Strukturerhebung

**4000 - MVK - Modul pneumologische/dermatologische  
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	5

## Medizinisch-technische Ausstattung

Notwendige Kompetenzen zur Durchführung, Benutzung und Auswertung müssen vorhanden sein

1 Allergologisches Testlabor [DA.II.1]* {1}	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ja, in Kooperation <input type="radio"/> nein
2 Allergologische Diagnostik aus dem Bereich der Dermatologie und Pneumologie (z.B. Hauttestung) [DA.II.2]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
3 Bildgebende Diagnostik (exklusive Sonographie / Dopplersonographie) [DA.II.3]* {2}	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ja, in Kooperation <input type="radio"/> nein
4 Ergometriemessplatz [DA.II.4]* {1}	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ja, in Kooperation <input type="radio"/> nein
5 Bodyplethysmographie [DA.II.5]* {1}	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ja, in Kooperation <input type="radio"/> nein
6 Bronchospasmodolyse-Testung [DA.II.6]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
7 Unspezifische bronchiale Provokationstests [DA.II.7]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
8 Peak-Flow-Protokollierung [DA.II.8]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
9 Inhalation, druckgetrieben (auch zur Ausleihe) [DA.II.9]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 9 = 'ja'</i>	
9.1 wenn ja: (Mehrfachangaben möglich)*	<input type="checkbox"/> mit Medikamentenzusatz <input type="checkbox"/> ohne Medikamentenzusatz
10 UVA-Strahler [DA.II.10]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
11 UVB-Strahler [DA.II.11]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
12 Teilbestrahlungseinheit [DA.II.12]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
13 Hyposensibilisierung [DA.II.13]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
14 Mobile Apnoediagnostik (Schlafapnoescreening) [DA.II.14]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

## Therapeutische Behandlung, Schulung, Betreuung der Patientinnen und Patienten

### Behandelbare Krankheitsbilder

15 Asthma bronchiale [DA.III.1]*	<input type="radio"/> ja, mit strukturiertem Behandlungskonzept <input type="radio"/> nein
16 Chronische und rezidivierende Bronchitis [DA.III.2]*	<input type="radio"/> ja, mit strukturiertem Behandlungskonzept <input type="radio"/> nein
17 Neurodermitis [DA.III.3]*	<input type="radio"/> ja, mit strukturiertem Behandlungskonzept <input type="radio"/> nein
18 Psoriasis [DA.III.4]*	<input type="radio"/> ja, mit strukturiertem Behandlungskonzept <input type="radio"/> nein

### Trainings- und Schulungsmaßnahmen

19 Schulung und Einleitung der Versorgung mit Hilfsmitteln [DA.III.5]* {3}	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 19 = 'ja'</i>	
19.1 wenn ja: (Mehrfachangaben möglich)*	<input type="checkbox"/> Patientenschulung <input type="checkbox"/> Vortrag
20 Pulsoxymetrisch überwachte Ergometertherapie [DA.III.6]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
21 Atemtherapie [DA.III.7]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
22 Inhalationstraining [DA.III.8]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

23 Asthasport (Intervalltraining, Aufwärmen, Selbstkontrolle) [DA.III.9]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
24 Derzeit gängige phototherapeutische Verfahren (z.B. UV-Therapie, PUVA-Therapie) [DA.III.10]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
25 Schulung bei chronisch entzündlichen Dermatosen [DA.III.11]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 25 = 'ja'</i>	
25.1 wenn ja: (Mehrfachangaben möglich)*	<input type="checkbox"/> Patientenschulung <input type="checkbox"/> Vortrag
26 Atemwegserkrankung: Bronchitis, COPD, Asthma [DA.III.12]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 26 = 'ja'</i>	
26.1 wenn ja: (Mehrfachangaben möglich)*	<input type="checkbox"/> Patientenschulung <input type="checkbox"/> Vortrag
27 Klimatherapie [DA.III.13]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

## Ausfüllhinweise

Nr.	Hinweis
1	<p><b>Definition Kooperation</b></p> <p>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>Dieser/diese muss folgende Inhalte umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Leistung des Kooperationspartners</li><li>• Erreichbarkeit des Kooperationspartners</li><li>• Vertretungsregelungen beim Kooperationspartner</li><li>• Bedarfsgerechte Terminvergabe nach den Anforderungen der Patientinnen und Patienten</li></ul>
2	<p>Auch in Kooperation, wenn in ca. 30 Minuten erreichbar</p> <p><b>Definition Kooperation</b></p> <p>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>Dieser/diese muss folgende Inhalte umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Leistung des Kooperationspartners</li><li>• Erreichbarkeit des Kooperationspartners</li><li>• Vertretungsregelungen beim Kooperationspartner</li><li>• Bedarfsgerechte Terminvergabe nach den Anforderungen der Patientinnen und Patienten</li></ul>
3	<p><b>Rehabilitandenschulung:</b> interaktive Gruppenveranstaltung mit vorliegendem standardisiertem schriftlichen Manual.</p>