

Strukturerhebung

**4000 - MVK - Modul gastroenterologische
Erkrankungen/Stoffwechselerkrankungen/
endokrinologische 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 Orale Glucosetoleranztest [GA.II.1]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
2 Langzeit-EKG [GA.II.2]* {1}	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ja, in Kooperation <input type="radio"/> nein
3 Langzeit-Blutdruckmessgerät [GA.II.3]* {1}	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ja, in Kooperation <input type="radio"/> nein
4 Endoskopie [GA.II.4]* {1}	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> ja, in Kooperation <input type="radio"/> nein
5 Mobile Apnoediagnostik (Schlafapnoescreening) [GA.II.5]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Therapeutische Behandlung, Schulung, Betreuung der Patientinnen und Patienten

Behandelbare Krankheitsbilder

6 Stoffwechselstörungen [GA.III.1]*	<input type="radio"/> ja, mit strukturiertem Behandlungskonzept <input type="radio"/> nein
7 Diabetes mellitus [GA.III.2]*	<input type="radio"/> ja, mit strukturiertem Behandlungskonzept <input type="radio"/> nein
8 Morbus Crohn, Colitis ulcerosa [GA.III.3]*	<input type="radio"/> ja, mit strukturiertem Behandlungskonzept <input type="radio"/> nein
9 Adipositas [GA.III.4]*	<input type="radio"/> ja, mit strukturiertem Behandlungskonzept <input type="radio"/> nein

Trainings- und Schulungsmaßnahmen

10 Pulsoxymetrisch überwachte Ergometertherapie [GA.III.5]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
11 Strukturiertes Konzept zur Ernährungsumstellung/ Gewichtsreduktion [GA.III.6]*	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<i>wenn Frage 11 = 'ja'</i>	
11.1 wenn ja: (Mehrfachangaben möglich)*	<input type="checkbox"/> Patientenschulung <input type="checkbox"/> Vortrag

Ausfüllhinweise

Nr.	Hinweis
1	<p data-bbox="225 367 456 398">Definition Kooperation</p> <p data-bbox="225 405 1318 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