

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-718.9

Beatmungsentwöhnung [Weaning] bei maschineller Beatmung: Prolongierte Beatmungsentwöhnung auf spezialisierter nicht intensivmedizinischer Beatmungsentwöhnungs-Einheit (OPS-Version 2022)

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung / Einheit _____ / _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen/Verfahren und obligatorisch vorzuhaltende Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Vorhandensein einer auf die prolongierte Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisierten nicht intensivmedizinischen Beatmungsentwöhnungs-Einheit (mind. 6 Betten) mit auf die prolongierte Beatmungsentwöhnung spezialisiertem Team. Die spezialisierte Einheit kann Teil einer Station oder Abteilung sein oder als räumlich abgetrennte eigenständige Beatmungsentwöhnungs-Einheit (nicht intensivmedizinisch) betrieben werden:

Ja Nein

Beschreibung der spezialisierten Einheit (u. a. Anzahl Behandlungsplätze und Beatmungsplätze)

Die Behandlungsleitung erfolgt durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin oder einen Facharzt mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Erläuterung zur mindestens 3-jährigen Erfahrung

Die folgenden Ausstattungen zur Durchführung des Sekretmanagements sind in der Einheit vorhanden:

Möglichkeit zur Vernebelung von Medikamenten
(oszillierende und nicht oszillierende PEP-Systeme):

Ja

Nein

Erläuterung

Mechanischer Insufflator/Exsufflator:

Ja

Nein

Erläuterung

24-stündige Verfügbarkeit der Möglichkeit zur Bronchoskopie in der Einheit:

Ja

Nein

Erläuterung

Ärzte, die die Bronchoskopie durchführen können:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Tägliche Verfügbarkeit von Physiotherapie und/oder Atmungstherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Werktägliche Verfügbarkeit von:

Logopädie mit Dysphagietherapie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Psychotherapie und/oder (Neuro-)Psychologie:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Es besteht die Möglichkeit zur Durchführung eines Ethik-Fallgespräches:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____