

PaKoDig

Anerkennung für Sparten Praxis OP / OP I gemäss TARMED

Selbstdenkularionsbogen für die Arztpraxis

A. Personalblatt

Namen / Vornamen (verantwortlicher Arzt):

Geburtsjahr:

Facharzttitel FMH:

Ihre EAN-Nummer: Ihre ZSR-Nummer:

Ihre FMH-Nummer (für FMH-Mitglieder):

Praxisadresse (Praxisstempel):

Telefon

Fax

E-Mail

Dem Rahmenvertrag FMH / santésuisse beigetreten (KVG) Ja Nein

Dem Rahmenvertrag FMH / MTK beigetreten (UVG) Ja Nein

Falls der OP durch weiter, bzw. aussenstehende Operateure mitbenutzt wird, bitte nachfolgend Namen und Spezialität angeben:

Namen / Vornamen:
 Facharzttitel FMH:
 EAN-Nummer: ZSR-Nummer: FMH-Nummer:

Namen / Vornamen:
 Facharzttitel FMH:
 EAN-Nummer: ZSR-Nummer: FMH-Nummer:

Namen / Vornamen:
 Facharzttitel FMH:
 EAN-Nummer: ZSR-Nummer: FMH-Nummer:

Namen / Vornamen:
 Facharzttitel FMH:
 EAN-Nummer: ZSR-Nummer: FMH-Nummer:

Namen / Vornamen:
 Facharzttitel FMH:
 EAN-Nummer: ZSR-Nummer: FMH-Nummer:

Mindestanforderungen = Musskriterien

Bei den zu aner kennenden Sparten Praxis-OP oder OP I handelt es sich um eine vom übrigen Praxisbetrieb abge sonderte Raumgruppe, die ausschliesslich für die Durchführung von TARMED Positionen mit Sparte OP I verwendet wird. Diese Raumgruppe muss die nachfolgenden Mindestanforderungskriterien erfüllen:

- Mindest-OP-Fläche (Netto-Nutzfläche): 13m² Praxis-OP; 30m² OP I
- Vorgescha lteter Vorbereitungsraum
- Instrumentenaufberei tungsraum bzw. –zone, inkl. Sterilisationsmöglichkeiten
- Ausreichende Infrastruktur, um postoperativen Komplikationen zu genügen
- O₂ im Praxis OP mindestens mobil vorhanden
- Mediengasversorgung im OP I: O₂, Druckluft und Narkosegasabsaugung fest,
Stickoxydul (N₂O) und Vakuum fest oder mobil
- Der Praxis-OP darf nicht als Sprechzimmer benutzt werden
- Fugenloser Bodenbelag, abwasch- und desinfizierbare Wand- und Bodenbeläge im OP
- OP-Bodenbelag antistatisch
- Dem Leistungsspektrum der Fachspezialität entsprechende Beleuchtung.
- Raumlufttechnische Anlage mit Spezial-Endfiltern für keimfreie Luftzuführung auf das Operationsfeld, soweit dies für die Durchführung des Eingriffs als Standard betrachtet wird
- OP Tisch, arbeitsergonomisch verstellbar (Trendelenburg, Höhe, usw.)
- Strahlenschutz soweit Röntgenaufnahmen und Durchleuchtung im OP vorgenommen werden
- Möglichkeit zur Überwachung chirurgischer Eingriffe durch geeignete bildgebende Verfahren

Bitte bei allen Kriterien die Antwort entweder mit J (Ja) oder N (Nein) markieren. Bei leeren Feldern wird keine Angabe erwartet, bzw. handelt es sich um keine notwendige Voraussetzung.

Bitte legen Sie den Unterlagen genaue Original-Pläne mit Massstab 1:50 (Ausgestellt von einem Architekten) bei. Die Pläne müssen den OP-Saal und die gesamte Praxis zeigen. Präzise Raumbezeichnungen und deren Masse inkl. Praxisbezeichnung müssen ersichtlich sein. Der Patientenweg muss darauf ersichtlich sein. Der Praxisinhaber muss die Pläne mit Datum und Unterschrift unterzeichnen. Gesuche mit unvollständigen Plänen oder Handskizzen werden zurückgewiesen.

Für die Prüfung des Gesuches beansprucht die TARMED-PaKoDig etwa 3 Monate Bearbeitungszeit.

B. Allg. Voraussetzung an die OP-Betriebsstelle

B1) (Hygiene-)technische Anforderungen

Spezifikationen	Praxis-OP		OP I	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Erfüllung der allg. Hygieneanforderungen ohne die Notwendigkeit einer Trennung zwischen aseptischer und septischer OP – Abteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfüllung der raumlufttechnischen Anforderungen gemäss „Richtlinien für Bau, Betrieb und Überwachung von raumlufttechnischen Anlagen in Spitälern“ (SKI – Schriftenreihe, Band 35, resp. Neufassung SKI RL 35 – 2000 Heiz- und raumlufttechnische Anlagen in Spitalbauten) für die Operationsabteilung			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfüllung der „Vorschriften für elektrische Anlagen in medizinisch genutzten Räumen“ (EIN/SVSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfüllung der SUVA – Richtlinie „Umgang mit Anästhesiegasen (MAK – Werte)“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B2) Bauliche Anforderungen

Spezifikationen	Praxis-OP		OP I	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Baulich festinstallierte Mediengasanschlüsse (O ₂ , Druckluft, Nark.-Gasentsorgung)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dem OP-Bereich vorgeschaltete, raumlufttechnische Kammerschleusen (Personal-, Patienten-, Ver- und Entsorgungsschleusen)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B2) Bauliche Anforderungen (Fortsetzung)

Spezifikationen	Praxis-OP		OP I	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Separate, direkt dem OP-Saal vorgeschaltete Waschzone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dem OP direkt vorgeschalteter Patientenvorbereitungsraum (z.B. für Narkoseeinleitung) mit den üblichen Einrichtungen und Mediengasversorgung. Sauerstoff, Druckluft, Vakuum und Narkosegas-Ver- und Entsorgung fest oder mobil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Dem OP direkt vorgeschalteter Patientenvorbereitungsraum (z.B. für Narkoseeinleitung) mit den üblichen Einrichtungen und Mediengasversorgung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sauerstoff, Druckluft und Narkosegasentsorgung fest ▪ N₂O und Vakuum fest oder mobil 			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instrumentenaufbereitungsraum, bzw. – zone, ink. Sterilisationsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evakuierung möglich mit Patienten auf Rollmaterial (Liftgrösse, Treppenhaus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Allg. Voraussetzung an den OP-Saal

C1) (Hygiene-)technische Anforderungen

Spezifikationen	Praxis-OP		OP I	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Dem Operationsgebiet entsprechende Einhaltung der Raumlufklasse II gemäss SKI-Richtlinie für Bau, Betrieb und Überwachung von raumluftechnischen Anlagen in Spitälern (SKI-Schriftenreihe, Band 35, resp. Neufassung SKI RL 35 - 2000 Heiz- und raumluftechnische Anlagen in Spitalbauten)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raumluftechnische Anlage mit Spezial-Endfiltern für keimfreie Luftzuführung mit dem notwendigen Luftvolumenstrom auf das entsprechende Operationsfeld, soweit dies für die Durchführung des Eingriffs allgemein als notwendig, bzw. als allgemeiner Standard betrachtet wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mediengasversorgung für Anästhesie im OP-Saal (Sauerstoff, Druckluft, Vakuum und Narkosegas-Ver- und Entsorgung: fest oder mobil)				
Sauerstoff (O ₂ mobil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Druckluft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vakuum (Saugleistung mobil: mind. 35l/min bei -0.8bar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Narkosegasabsaugung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Stickoxydul (N ₂ O mobil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mediengasversorgung für Anästhesie im OP-Saal (Sauerstoff, Druckluft und Narkosegasentsorgung: fest) (N ₂ O und Vakuum: fest oder mobil)				
Sauerstoff (O ₂) fest			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druckluft fest (Doppelanschluss pro Raum bei Vakuum mittels Venturiprinzip)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vakuum, fest oder mobil (Saugleistung mobil: mind. 35l/min bei -0.8bar)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Narkosegasabsaugung fest			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stickoxydul (N ₂ O) fest oder mobil			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2) Bauliche Anforderungen

Spezifikationen	Praxis-OP	OP I
Mindestfläche (Netto-Nutzfläche) des Operationssaals; Praxis OP: 13m ² ; OP I: 30m ²	_____ m ²	_____ m ²
Raum als Sprechzimmer benutzt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Fugenloser Bodenbelag, abwasch- und desinfizierbare Wand- und Bodenbeläge	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Möglichkeit der Totalräumung (ausser Deckenleuchte + OP-Tisch-Verankerung) zwecks Zwischendesinfektion		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

C3) Medizintechnik im OP-Saal

Spezifikationen	Praxis-OP	OP I
Schwenkbare und höhenverstellbare OP Deckenleuchte entsprechend den üblichen Anforderungen an die Fachspezialisten, bzw. adäquate Ausleuchtung des OP-Feldes	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
Schwenkbare und höhenverstellbare OP Deckenleuchte entsprechend den üblichen Anforderungen an die Fachspezialisten, bzw. adäquate Ausleuchtung des OP-Feldes; Beleuchtungsstärke mindestens 70'000 Lux		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Elektrisch oder hydraulisch verstellbarer OP-Tisch	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Anästhesiegerät mit Respirator (Vollnarkose, usw.)	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Allgemeines Patientenmonitoring nach den Empfehlungen der SGAR	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Instrumentarium zur Behebung intraoperativer Komplikationen und zur Reanimation	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Möglichkeit zur Überwachung chirurgischer Eingriffe durch geeignete bildgebende Verfahren.	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Möglichkeit zur Überwachung chirurgischer Eingriffe mittels BV/TV oder geeignete Bildgebende Verfahren		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

D. (Fach-)Personelle Voraussetzungen

Spezifikationen	Praxis-OP	OP I
Anzahl qualifiziertes OPS-Pflegepersonal (Instr. Sr. oder TOA, ohne Hilfspersonen, 100%-Stellen) pro OP-Saal im Durchschnitt	0.5: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	0.5 - 1: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

E. Allgemeine Angaben

Bau-Erstellungsjahr	
Inbetriebnahme (Monat und Jahr)	
Allfällige Totalsanierung	
Belegarztstätigkeit an einem Spital Falls Ja, Adresse des Spitals	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Die Selbstdeklaration hat den Status einer Urkunde. Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift, vollständige und wahrheitsgetreue Angaben gemacht zu haben

Ort / Datum :

Unterschrift des Inhabers :