

VERORDNUNGSFORMULAR

kontinuierliche

O₂-Langzeittherapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung
WiederholungsV

(von Liga auszufüllen)
MiGel KLV 7



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name / Vorname: «Patient_Name_Vorname»	Geschlecht: «Patient_Geschlecht»
Adresse: «Patient_Strasse»	Geburtsdatum: «Patient_Geburtsdatum»
PLZ / Ort: «Patient_PLZ» «Patient_Ortschaft»	Kt: «Patient_Kanton»
Telefon / Natel: «Patient_Tel_P» / «Patient_Natel»	Sozialversicherungs-Nr.: «Patient_AHV»
Beruf: «Patient_Beruf»	Krankheit/Unfall/IV: [*]
Versicherer: «Patient_Garant_HT»	Versicherten-Nr.: «Patient_VersicherteNummer»

B) Hauptdiagnose «DiagnoseCodeBezeichnung»

00 Obstruktive Lungenkrankheiten 01 chronische Bronchitis, Emphysem 02 Asthma	40 Vaskulär bedingte Erkrankungen (pulmonale Hypertension)
10 Restriktive Lungenkrankheiten (Fibrose, Pneumokoniose, Silikose, Post Tbc)	50 Kardiale Krankheiten (Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)
20 Respiratorische Schlafstörungen (OSA, CSA, gemischte Formen)	60 Andere Lungenkrankheiten (Krebs, CF, alveoläre Hypoventilation, Bronchodysplasie)
30 Neuromuskuläre Krankheiten	90 Andere: [*]

C) Obligatorische Untersuchungen ja nein Zeichen des chronischen Cor pulmonale

Lungenfunktion (in % Sollwert)	VK: _____ %	FEV1: _____ %		
Labor <input type="checkbox"/> in mm HG <input type="checkbox"/> in kPa	Hämoglobin: _____ g%	Hämatokrit: _____ %		
Arterielle Blutgase: (klinisch stabile Verhältnisse)	<u>Datum:</u>	<u>PaO₂:</u>	<u>PaCO₂:</u>	<u>SaO₂ %:</u>
(1) in Ruhe (ohne O ₂)	_____	_____	_____	_____
(2) in Ruhe (nach > 30 Minuten O ₂)	_____	_____	_____	_____
(3) unter standardisierter Belastung (ohne O ₂)	_____	_____	_____	_____
(4) unter standardisierter Belastung (mit O ₂) (3) und (4) obligatorisch für Flüssiggas-System	_____	_____	_____	_____

D) Verordnung Therapie-System Flüssiggas-System O₂-Konzentrator

Dauer: _____ Std. / Tag	O ₂ -Dosis Ruhe: _____ L/Min.	O ₂ -Dosis Belastung: _____ L/Min.
Mobilität: _____ Std. / Tag (ausserhalb der Wohnung)	Mobil mit: _____ Sparventil: _____	Begründung Sparventil bei Flüssiggas: _____
Verabreichung: _____	Bemerkung: _____	

E) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause (gemäss Zusatzvereinbarung Lungenliga/Versicherer vom 1.1.2015) ja nein

Richtwert in Minuten	<u>Erstes Jahr:</u>	<u>Folgejahr:</u>
(1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung	300 Minuten	150 Minuten
(2) Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate		
(3) Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen		

F) Verordnender Pneumologe

Verordnender Pneumologe: «Name_verordn_Arzt», «PLZ_Ort_verordn_Arzt» «Fax_verordn_Arzt»	Stempel / Unterschrift inkl. ZSR-Nummer:
Datum der Entlassung: _____	
Datum der Verordnung: _____	
Hausarzt: «Hausarzt»	
Pneumologe für Nachkontrollen: _____	

Verordnung senden an: «Mandant_Zeile1» «Mandant_Zeile2», «Mandant_Zeile3», «Mandant_Zeile4» (Fax Nr. «Mandant_Telefax»)

Kontinuierliche Sauerstoff-Langzeittherapie:

Zur Erreichung der Therapieziele (Verminderung der pulmonalarteriellen Hypertonie, Entlastung der Atemmuskulatur durch Rückgang des Atemminutenvolumens infolge des Sauerstoffs, Verbesserung der Sauerstoffversorgung der Organe, Verbesserung der allgemeinen Leistungsfähigkeit, verbesserte Lebenserwartung) ist eine Sauerstoffverabreichung von mindestens 16 Stunden täglich notwendig.

Eine Langzeit-Sauerstofftherapie setzt eine vorgängige korrekte Abklärung und Indikationsstellung durch spezialisierte Ärzte oder Ärztinnen voraus und bedarf einer Instruktion und nachfolgender Betreuung durch spezialisiertes Hilfspersonal.

Für die Sauerstofftherapie stehen verschiedene, im therapeutischen Nutzen ebenbürtige Systeme zur Verfügung. Abhängig vom Verbrauch, vom Anwendungszeitraum und vom Bedarf für die Mobilität ist jeweils das wirtschaftlichste System zu wählen

Eine Langzeit-Sauerstofftherapie mittels Druckgasflaschen ist obsolet und extrem unwirtschaftlich.

Gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (in der Fassung vom 28.08.2006) gelten insbesondere die nachfolgenden Indikationen:

1. Patienten mit chronischer arterieller Hypoxämie infolge einer chronischen Lungenkrankheit in klinisch stabilisiertem Zustand: $\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg} / 7.3 \text{ kPa}$.
Eine gleichzeitige Hyperkapnie stellt grundsätzlich keine Kontraindikation für eine Sauerstoffheimtherapie dar, sofern das Risiko einer sauerstoffinduzierten Atemdepression ausgeschlossen wurde.
2. Patienten mit sekundärer Polyglobulie und/oder Zeichen des chronischen Cor pulmonale, $\text{PaO}_2 55 - 60 \text{ mmHg} / 7.3 - 8.0 \text{ kPa}$
3. Patienten mit situativen, lang dauernden Hypoxämien:
 - 3.1. die vorwiegend belastungsinduzierte Hypoxämie, $\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg} / 7.3 \text{ kPa}$. bzw. O_2 -Sättigung $< 90 \%$ mit dem Nachweis einer verbesserten Leistungstoleranz unter Sauerstoffatmung
 - 3.2. das zentrale Schlafapnoe-Syndrom (z. B. Cheyne-Stokes Atmung) mit repetitiven Desaturationen als Alternative zur nichtinvasiven Beatmung

Limitationen für die kontinuierliche Sauerstoff-Langzeittherapie (gemäss MiGeL):

Vorliegen eines andauernden Sauerstoffmangels bei einer chronischen Lungen- bzw. Atemwegserkrankung mit gesicherter Diagnose. Grundlagen für die Verschreibung bilden die Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (in der Fassung vom 28.08.2006). Sie ist an folgende Voraussetzungen gebunden:

- Indikationsstellung und Verordnung durch einen Facharzt für Pneumologie.
- Vorliegen von Blutgasanalysen innerhalb der letzten 1-3 Monate vor Gesuchsstellung, vorgenommen in Ruhe unter klinisch stabilen Verhältnissen.
- Die Ergebnisse einer spirometrischen Lungenfunktionsprüfung aus dem letzten Monat vor Antragstellung liegen vor.
- bei Kindern < 7 Jahren ist die Lungenfunktionsprüfung fakultativ und die Blutgasanalysen können durch nicht-invasive Messmethoden ersetzt werden (z.B. transkutane Bestimmungen von O_2 und CO_2).
- Der maximale Bewilligungszeitraum beträgt 12 Monate.
- Für eine erneute Kostengutsprache sind Indikationen und Behandlungsvoraussetzungen wie bei der Ersten zu prüfen.
- Grund für eine Ablehnung der Bewilligung sind auch gewichtige Argumente, die für eine nicht zureichende Mitarbeit des Patienten sprechen. Bei einer Neubeantragung der Kostengutsprache nach einer solchen Ablehnung muss eine positive Stellungnahme des indikationsstellenden Arztes zur bisherigen Mitarbeit des Patienten vorliegen.

Zusätzlich für die Verordnung von Sauerstoff-Flüssiggas:

- Mobilität mit regelmässigem täglichem Aufenthalt von mehreren Stunden ausserhalb der Wohnung der versicherten Person
- Klinische Untersuchung, Sauerstoffmessungen unter standardisierter Belastung (Blutgasanalysen oder transkutane Oxymetrie) ohne und mit zusätzlicher Sauerstoffzufuhr aus dem letzten Monat vor Antragstellung und eine Beurteilung der Compliance (Therapietreue) liegen vor und belegen den hinreichenden Nutzen der zusätzlichen Sauerstoffzufuhr zur Erlangung der benötigten Mobilität
- Sind wegen Veränderungen der Situation die genannten Voraussetzungen der Mobilität nicht mehr gegeben, erlischt die Kostengutsprache für eine Flüssigsauerstoff-Therapie auch vor Ablauf des maximalen Bewilligungszeitraumes von 12 Monaten
- Die Therapie muss durch einen Vertrauensarzt der Versicherung bewilligt werden