

VERORDNUNGSFORMULAR

kontinuierliche O₂-Langzeittherapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung ☐
Wiederholungs-VO ☒

MiGeL ☒



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname «PatientName» «PatientVorname»
Adresse «PatientAdresse»
PLZ/Ort «PatientPlz» «PatientOrt»
Telefon/Mobil «PatientTel» / «PatientMobil»
Beruf
Versicherer «Versicherer»
Kontaktperson

Geschlecht «PatientGeschlecht»
Geburtsdatum «PatientGeb»
Kanton «PatientKt»
Sozialversicherungs-Nr. «SozVersNr»
Krankheit/Unfall/IV «Caseid»
Versicherungs-Nr. «VersNr»
Kontaktperson Telefon

B) Diagnose Hauptdiagnose Code: «VOHa

Nebendiagnose Code: «VOSek

☐ palliative Situation

00 Obstruktive Lungenkrankheiten

01 chronische Bronchitis, Emphysem
02 Asthma

10 Restriktive Lungenkrankheiten

(Fibrose, Pneumokoniose, Silikose, Post Tbc)

20 Respiratorische Schlafstörungen

(OSA, CSA, gemischte Formen)

30 Neuromuskuläre Krankheiten

40 Vaskulär bedingte Erkrankungen

(pulmonale Hypertension)

50 Kardiale Krankheiten

(Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)

60 Andere Lungenkrankheiten

(Krebs, CF, alveoläre Hypoventilation, Bronchodysplasie)

90 Andere

C) Messwerte (ausser für Cluster Kopfschmerzen und Schlafapnoesyndrom)

Messungen unter klinisch stabile Verhältnisse	Datum:	SpO ₂ %:	PaO ₂ KPa:	PaCO ₂ KPa
1. In Ruhe ohne O ₂				
2. In Ruhe mit _____ l/min O ₂ nur bei Hyperkapnie ausfüllen				
3. Über Nacht ohne O ₂		SpO ₂ Mittelwert:		
		Test Art:	SpO ₂ Nadir:	Erbrachte Belastung:
4. Unter standardisierter Belastung (ohne O ₂)				
5. Unter standardisierter Belastung mit O ₂ (_____ l/min O ₂)				

D) Verordnung Therapie-System (füllen Sie bitte die Kostengutsprache auf Seite 2 aus) ☐ O₂-Konzentrator ☐ Flüssiggas-System

Dauer Ruhe _____ Std/Tag
Dauer Mobilität _____ Std/Tag
(mit O₂ mobil ausserhalb der Wohnung)

O₂-Dosis Ruhe _____ l/min
O₂-Dosis Nacht _____ l/min
O₂-Dosis Belastung _____ l/min

Datum Behandlungsbeginn:

Bemerkung:

Begründung für Flüssiggas-System _____

Begründung für mobiles System _____

E) Verordnung Beratung ambulant oder zu Hause

☐ Ja

☐ Nein

F) Verordnung/Unterschrift Ärztin oder Arzt (durch Ärztin/Arzt auszufüllen)

Verordnende/r Ärztin/Arzt

«VOarztName» «VOarztVorname»

Stempel/Unterschrift

Datum der Verordnung

«VODatum»

ZSR-Nummer: «VOZsr»

Antrag auf Kostengutsprache – Nur gültig mit Verordnung zusammen

Die aktuelle Version der MiGeL verlangt eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers für verschiedene Sauerstoffverabreichungssysteme, inklusive eines detaillierten Kostenvoranschlags. Um diese Kostengutsprache zu erhalten, wird der Verein Lunge Zürich die folgenden Informationen an die Krankenversicherung der Patientin oder des Patienten senden.

Die folgenden therapeutischen Systeme bedürfen einer Begründung, die unten anzugeben ist:

- Tragbares System für die Mobilität ausser Haus (tragbarer Konzentrator oder Flüssigsauerstoff)
 - ☐ Der Patient oder die Patientin bewegt sich ausserhalb des Hauses _____ mal pro Woche für _____ Stunden (im Durchschnitt)
 - ☐ Eine portable Sauerstofftherapie ist die einzige Möglichkeit, Bewegung ausserhalb des Hauses aufrechtzuerhalten, da die Toleranz gegen über dem Gehen ohne Sauerstoff aufgrund der schweren Hypoxämie zu stark herabgesetzt ist
 - ☐ Der Patient oder die Patientin hat eine so schwere Hypoxämie, dass es medizinisch unmöglich ist, das Haus ohne Sauerstoff zu verlassen (zum Beispiel zur Ärztin oder zum Arzt zu gehen).
 - ☐ Andere: _____
- Flüssigsauerstoff
 - ☐ Der Sauerstoffbedarf bei körperlicher Anstrengung ist höher als die einstellbare Stufe 6, was mit einem portablen Konzentrator nicht möglich ist.
 - ☐ Die Mobilität ausserhalb des Hauses ist grösser als die Reichweite der tragbaren Konzentratoren, d.h. etwa _____ h/Tag
 - ☐ Gepulster Sauerstoff reicht nicht aus, um die Sauerstoffversorgung unter Belastung sicherzustellen (z. B. Mundatmung unter Belastung oder zu hoher Sauerstoffbedarf). Die Verwendung eines portablen Konzentrators ist daher nicht möglich.
 - ☐ Andere: _____
- Konzentrator mit hohem Sauerstofffluss (> 6 L/min)
 - ☐ Der Sauerstoffbedarf in Ruhe beträgt > 6 Liter pro Minute
 - ☐ Der Sauerstoffbedarf bei körperlicher Anstrengung am Wohnort beträgt > 6 Liter pro Minute.
 - ☐ Der Sauerstoffbedarf während der Nacht beträgt > 6 Liter pro Minute
 - ☐ Andere: _____
- Kauf eines Konzentrators (Portable inklusiv)
 - ☐ Therapie, die für mehr als 6 Monate geplant ist (Die MiGeL empfiehlt einen Kauf ab einer Nutzung von 6 Monaten)
 - ☐ Andere: _____

Kommentar:

Wird aufgrund der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL) ausdrücklich eine Kostengutsprache verlangt, hat der Versicherer 10 Tage Zeit, diese der Patientin oder dem Patienten und der verordnenden Stelle zu erteilen. Sollte innerhalb von 10 Tagen keine Rückmeldung seitens des Versicherers erfolgen, gilt die Kostengutsprache als erteilt.

Bei den restlichen, obenstehend nicht aufgeführten Tarifpositionen, bei denen nicht ausdrücklich eine Kostengutsprache verlangt wird, ist eine ärztliche Verordnung ausreichend. Bei Vorliegen einer ärztlichen Verordnung gilt die Zahlungspflicht des Versicherers gemäss den geltenden Verträgen als gegeben

Datum

Unterschrift + Stempel Ärztin/Arzt

Verordnung senden an

Verein Lunge Zürich, The Circle 62, 8058 Zürich-Flughafen
Telefon: 044 268 20 00, Fax: 044 268 20 20, Mail: beratung@lunge-zuerich.ch

Auszüge aus der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL), die die Kriterien für die Vergütung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung im Krankheitsfall festlegt (Änderungen ab 01.04.2022).

Kontinuierliche Sauerstoff-Langzeittherapie

Zur Erreichung der Therapieziele (Verminderung der pulmonalarteriellen Hypertonie, verbesserte Lebenserwartung) ist eine Sauerstoffverabreichung, meist in kleiner Dosierung von mindestens 16 Stunden täglich notwendig.

Indikationsstellung

Die Sauerstoff-Therapie erfolgt gemäss aktuellen evidenzbasierten Behandlungsrichtlinien*. Grundvoraussetzung für die Kostenübernahme ist die Diagnose eines Cluster headache oder ein mit geeigneten Methoden nachgewiesener Sauerstoffmangel (altersadaptierte Werte).

Auswahl des Systems

Verschiedene Systeme oder Kombinationen können je nach individueller Situation (Indikation zur Sauerstofftherapie, tägliche Therapiedauer, Höhe des zusätzlichen Sauerstoffbedarfs unter Belastung, Wohnsituation, sich ändernde Mobilität ausserhalb der Wohnung) wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein.

Kostengutsprache

Zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Therapie ist in gewissen Situationen (z.B. vor Kauf teurer Systeme, vor Beginn einer Therapie mit Flüssigsauerstoff oder bei Kombinationen gewisser Systeme) eine vorgängige besondere Gutsprache des Versicherers einzuholen, der die Empfehlung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin berücksichtigt.

Bei Flüssigsauerstoff muss für die vor Therapiebeginn notwendige Kostengutsprache bereits ein Voranschlag für die geplante Versorgung (Sauerstoffbedarf, Anzahl und Grösse der Tanks, Lieferfrequenz) vorliegen, um die Wirtschaftlichkeit und Zweckmässigkeit der Versorgung gegenüber anderen Systemen vergleichen zu können.

Analog muss ein solcher Voranschlag für den Kauf von Sauerstoff-Konzentratoren vorliegen, welcher das für das gewählte Gerätemodell spezifische und erwartete Wechselintervall von Molekularsieb und allenfalls Akkus inklusive deren Preise darlegt.

Verbrauchsmaterial

Pro versicherte Person wird nur eine der Positionen Verbrauchsmaterial pro Jahr vergütet, unabhängig von der Anzahl verwendeter Sauerstoff-Systeme. Ein Wechsel der Pauschale im Jahresverlauf ist möglich z.B. bei entsprechender Therapieanpassung. Personen, welche die Position für Verbrauchsmaterial bei Sauerstoffbedarf unter Belastung ab 6l/min und höher nutzen, verwenden auch eine entsprechend leistungsfähige Sauerstoff-Quelle oder -System (Flüssiggas, Stationärer Konzentrator mit hohem Sauerstoff-Fluss).

ANMERKUNG VEREIN LUNGE ZÜRICH

* Die aktuellen Behandlungsrichtlinien sind die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (Version vom 28.08.2006), die unter anderem folgende Indikationen festhält:

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. Patientinnen und 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. Patientinnen und 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 nicht-invasiven Beatmung