

Zusammenfassung der Voraussetzungen zur anstandslosen Kostengutsprache durch die Krankenversicherung aus MiGeL und den revidierten Richtlinien der SGP vom 28.08.2006.

Therapieformen (Auszug aus der MiGeL, Einleitung, §5 Produktgruppe 14, Sauerstofftherapie)

Die Sauerstofftherapie wird als Kurzzeittherapie (vorübergehende oder terminale respiratorische Insuffizienz bei schweren Erkrankungen) oder als Langzeittherapie (bei chronischen Lungen-, bzw. Atemwegserkrankungen), eingesetzt. Für die Kurzzeittherapie können weiterhin auch Sauerstoff-Druckgasflaschen verwendet werden.

Abhängig vom Verbrauch, vom Anwendungszeitraum und vom Bedarf für die Mobilität ist jeweils das wirtschaftlichste System zu wählen.

Sauerstoff-Langzeittherapie:

Zur Erreichung der Therapieziele (Verminderung der pulmonal-arteriellen 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 Sauerstoff-Langzeittherapie setzt eine vorgängige korrekte Abklärung und Indikationsstellung durch spezialisierte Ärzte oder Ärztinnen voraus und bedarf einer Instruktion und nachfolgender Betreuung durch spezialisiertes Hilfspersonal.

Folgende Systeme sind für eine Sauerstoff-Langzeittherapie geeignet:

- Sauerstoffkonzentrator mit Druckgasflaschen als Notfallreserve und kleine Druckgasleichtflaschen für kurz dauernde Mobilität. Ein zusätzliches Sparventil (Sauerstoffabgabe nur bei Inspiration) ermöglicht eine bessere Ausnutzung des Sauerstoffvorrats und einen deutlich grösseren Aktionsradius.
- Flüssigsauerstoff-System mit stationärem Reservoir und tragbarem selbst wieder auffüllbarem Tochtergerät; indiziert nur bei regelmässiger täglicher Mobilität über mehrere Stunden ausser Haus.

Indikationen (Auszug aus den revidierten Richtlinien der SGP für die langfristige Sauerstoffheimtherapie vom 28.08.2006)

1. Patienten mit chronischer arterieller Hypoxämie infolge einer chronischen Lungenkrankheit im klinisch stabilisierten 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
 $\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg} / 7.3 \text{ kPa}$ mit dem Nachweis einer verbesserten Leistungstoleranz unter Sauerstoffatmung.

3.2 das zentrale Schlafapnoe-Syndrom (zB. Cheyne-Stokes Atmung) mit repetitiven Desaturationen als Alternative zur nicht-invasiven Beatmung

Voraussetzung für diese Indikationen sind jedoch geeignete Voruntersuchungen, um den Umfang der respiratorischen Funktionsstörungen und die pathogenetischen Ursachen zu dokumentieren: z.B. nächtliche Oxymetrie, Polysomnographie, Belastungsteste (Ergospirometrie).

Die kurzfristige oder bedarfsweise Sauerstofftherapie, z.B. als palliative Massnahme bei terminalen Erkrankungen gehört nicht in diese Indikationsliste und ist durch spezielle Verordnungen (vgl. Mittel- und Gegenständeliste MiGeL) geregelt.

Limitation bei der kontinuierlichen Sauerstoff-Langzeittherapie

Kostenübernahme nur auf vorgängige besondere Gutsprache des Krankenversicherers und mit ausdrücklicher Bewilligung des Vertrauensarztes oder der Vertrauensärztin.

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 bis 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 jünger als 7 Jahre 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 Neubearbeitung der Kostengutsprache nach einer solchen Ablehnung muss eine positive Stellungnahme des indikationsstellenden Arztes zur bisherigen Mitarbeit des Patienten vorliegen.