

■ **Verordnung aktuell**

Oktober 2007

Eine Information der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Verordnungsberatung@kvb.de

Tel. 0 18 05 / 90 92 90 – 30 *

Fax: 0 18 05 / 90 92 90 – 31 *

*14 Cent je Min. für Anrufe aus dem Festnetz /
abweichende Preise aus den Mobilfunknetzen

■ **Verordnung von Sauerstoffversorgungen**

Von den bayerischen Krankenkassen wurden wir gebeten, Sie über die Verordnungsmodalitäten für eine Sauerstoff-Langzeittherapie zu informieren.

Eine Sauerstoff-Langzeittherapie sollte laut Hilfsmittelverzeichnis - wenn alle konservativen Therapieverfahren ausgeschöpft sind - mindestens 12 – 16 Stunden pro Tag bei Patienten mit einem erheblichen chronischen Sauerstoffmangel im Blut (Hypoxämie, Sauerstoffpartialdruck $pO_2 < 55\text{mmHg} = 7,3\text{ kPa}$) und/oder Hyperkapnie (vermehrter Kohlendioxidgehalt im Blut) durchgeführt werden.

Die Einleitung einer Sauerstoff-Langzeittherapie soll nach den Richtlinien und den Leitlinien der deutschen Fachgesellschaften erfolgen. Auch eine gute Kooperation des Patienten ist für den Erfolg der Therapie unabdingbar. Gegebenenfalls muss die Kooperationsfähigkeit des Patienten mit CO-Hb-Spiegeln sowie Kotininkonzentration im Urin und Betriebsstundenkennzahl belegt werden.

Die Versorgung mit Flüssigsauerstoff sollten Sie auf mobile Patienten beschränken, die sich regelmäßig täglich außerhalb des Hauses bewegen sowie Patienten mit ausgeprägter Belastungshypoxämie (Diffusionsstörungen im Rahmen einer interstitiellen Lungenfibrose mit Ruhe-Normoxämie)

In diesem Zusammenhang ist es ausgesprochen wichtig, dass Sie alle individuellen Einzelangaben, die für die Sauerstoff-Langzeittherapie erforderlich sind, auf der Verordnung oder ggf. einem Extrablatt notieren. Wichtige Einzelangaben sind unter anderem

- die Diagnose (inkl. Ergebnisse der Blutgasanalyse) und
- Bezeichnung der Produktart („Sauerstoff-Therapiegerät, Anreicherung“ oder 14.24.04) und
- Hinweise, die eine funktionsgerechte Anfertigung, Zurichtung oder Abänderung durch den Lieferanten gewährleisten.

Weitere notwendige Angaben wurden vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) in einem Fragebogen zusammengefasst. Dieser Fragebogen – den wir Ihnen hier ebenfalls zur Verfügung stellen - soll Ihnen lediglich eine Hilfestellung sein.

Selbstverständlich haben Sie auch die Möglichkeit Ihre Angaben in einer anderen - von Ihnen bevorzugten Form - weiterzuleiten.

Ihre
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Sehr geehrte Frau Kollegin,
Sehr geehrter Herr Kollege,

Sie haben für Ihre Patientin/Ihren Patienten ein **Sauerstoff-Therapie-Gerät** verordnet.
Zur Begutachtung benötigen wir noch folgende Angaben:

Name.....Vorname.....geb.....

1. Diagnose(n):

2. Bisherige medikamentöse Therapie?

3. Therapiedauer (Std./Tag):

4. Sauerstoffbedarf in Ruhe (l/min):

" bei Belastung (l/min):

" im Schlaf (l/min):

5. Mobilität in der Wohnung nein ja Std/ Tag?

6. Mobilität außer Haus nein ja Std/ Tag?

7. Spontan- O₂ wiederholt unter 55 mmHg?

8. Pulmonale Hypertonie.....mmHg

9. PO₂- Anstieg auf.....mmHg unter.....l/min o₂ Testatmung

10. PCO₂- Anstieg auf maximal.....mmHg

11. Bemerkungen (Compliance, Nikotin etc.):