

Anhang 1 – Versorgungsmodul vaskuläre Komplikationen: Periphere arterielle Verschlusskrankheit bei Hypertonie

Gemäß den „Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)“ (Fassung vom 30.09.2015) der Deutschen Gesellschaft für Angiologie – Gesellschaft für Gefäßmedizin e. V. bezeichnet die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) eine Einschränkung der Durchblutung der die Extremitäten versorgenden Arterien bzw. seltener der Aorta.

Zahlreiche epidemiologische Studien mit objektiven Untersuchungstechniken zeigen eine Gesamtprävalenz der pAVK von 3 – 10 %. Ab einem Alter von 70 Jahren steigt die Prävalenz auf 15 – 20 % an. Die Prävalenz der asymptomatischen pAVK kann in der Allgemeinbevölkerung nur mittels nicht-invasiver Untersuchungsmethoden eingeschätzt werden. Am häufigsten wurde die Messung des Knöchel-Arm-Index (engl. Ankle Brachial Index, ABI) mittels der nicht-invasiven Messung des Dopplerverschlussdrucks eingesetzt. Ein pathologischer ABI-Befund ist ein unabhängiger Indikator für kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität.

In der prospektiven, nicht-interventionellen bundesweiten German epidemiological trial on Ankle Brachial Index (*getABI-Studie*) hatten von 6.880 Patienten ab 65 Jahren jeder Fünfte (21,0 %) einen ABI < 0,9 oder eine manifeste pAVK.

1. „Screeningprogramm“

1.1 Teilnahmevoraussetzung „Screeningprogramm“

Versicherte mit gesicherter Hypertoniediagnose ohne bekannte Diagnose I70.2-, die zum Zeitpunkt der Teilnahme das 50. Lebensjahr vollendet haben. Als bekannt im Sinne dieser Vereinbarung gilt die Diagnose nur, wenn der teilnehmende Hausarzt diese selbst in den vorhergehenden vier Quartalen mindestens einmal verschlüsselt hat.

Ausgenommen sind Versicherte mit einem gleichzeitigen Diabetes mellitus. Um die hier beschriebene Leistung zu erhalten, ist stattdessen eine Leistungserbringung gemäß der Versorgungsmodule der Anlage 7 zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus vorzunehmen.

Manifestiert sich während der Teilnahme an diesem Versorgungsmodul ein Diabetes mellitus neu, so hat die folgende Weiterbetreuung für dieses Versorgungsmodul fortan stattdessen in den inhaltsgleichen Modulen der Anlage 7 zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus stattzufinden. Hierzu ist eine erneute Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten erforderlich.

1.2 Umsetzungsinhalte „Screeningprogramm“

- 1) Es erfolgt eine Messung der arteriellen Verschlussdrucke der Arteria dorsalis pedis und der Arteria tibialis posterior und ggf. der Arteria fibularis am liegenden Patienten mit anschließender Bildung des Knöchel-Arm-Index (ABI) durch Verwendung eines sog. Taschendopplers. Die Untersuchung erfolgt analog zu den „Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)“. Ein Wert von < 0,9 gilt demnach als beweisend für das Vorliegen einer pAVK.
- 2) Nachdem der Patient etwa 10 min in liegender Position geruht hat, werden zwei systolische Blutdruckmessungen durchgeführt, zunächst an der Arteria brachialis in üblicher Weise nach Riva-Rocci. Hierbei wird der Mittelwert der Messungen an beiden Armen verwendet (Ausnahme: bei Druckunterschieden ≥ 10 mmHg wird der höhere Druck verwendet). Da die Blutdruckmessung am Bein auskultatorisch nicht möglich ist, wird nun die etwa 10 – 12 cm breite Blutdruckmanschette über dem Knöchel aufgeblasen, und der systolische Druckwert an der Arteria tibialis posterior mit der Doppler-Sonde (8.10 MHz) gemessen.

- 3) Neben der Doppler-Messung können auch Geräte zur (semi)automatischen Blutdruckmessung bzw. andere Pulssensoren verwendet werden, sofern sie für diesen Zweck validiert und bereits in epidemiologischen Studien erfolgreich eingesetzt wurden.
- 4) Unsicherheit scheint bezüglich der Verwendung des höchsten oder niedrigsten Knöchelarteriendruckes für die Berechnung des ABI zu bestehen. Während in den meisten Studien der höchste Knöcheldruck Verwendung findet, konnte in einer aktuellen Studie für einen ABI < 0,9 durch das Hinzuziehen des niedrigsten Fußarteriendruckwertes die Sensitivität für das Erkennen einer relevanten arteriellen Verschlusskrankheit von 68 % auf 93 % bei einer vergleichbaren Spezifität von fast 100 % verbessert werden. (Schröder et al.: „A modified calculation of ankle-brachial pressure index is far more sensitive in the detection of peripheral arterial disease“ J Vasc Surg 2006; 44(3):531-6)
- 5) Während somit der ABI-Wert mit dem höchsten Knöchelarteriendruck ein Maß für die periphere arterielle Durchblutung und die hämodynamische Relevanz ist, gelingt durch die Verwendung des niedrigsten Fußarteriendruckes der Nachweis oder Ausschluss einer pAVK. Somit ist der niedrigste Verschlussdruckwert für die Diagnosestellung maßgebend.
- 6) Zum Untersuchungsprogramm gehören eine ausführliche Anamnese und die sorgfältige klinische Untersuchung mit besonderer Berücksichtigung der vaskulären Auskultations- und Palpationspunkte. Des Weiteren werden die Ratschow-Lagerungsprobe und der Kapillarpuls an den unteren Extremitäten geprüft.
- 7) Diese Maßnahme dient insbesondere der frühzeitigen Erkennung einer chronischen pAVK im asymptomatischen Stadium (pAVK I nach Fontaine, Rutherford 1). Das therapeutische Ziel besteht hier in der Risikoreduktion kardiovaskulärer Erkrankungen. Der Versicherte ist über seine Risikosituation – insbesondere hinsichtlich kardiovaskulärer Folgeerkrankungen – umfassend aufzuklären.
- 8) In der Folge soll eine auf den Patienten abgestimmte individuelle Optimierung der antihypertensiven Therapie erfolgen. Mit dem Versicherten sollen Ziele bezüglich Lebensstil und Therapietreue vereinbart werden. Als wichtige Ziele sollten vereinbart werden: Gewichtsreduktion bei Übergewicht sowie die Nikotinkarenz bei Rauchern. Der Versicherte soll zu regelmäßigem Gehtraining – idealerweise in der Form von strukturierten Programmen – motiviert werden.

2. „Weiterbetreuungsprogramm“

2.1 Teilnahmevoraussetzung „Weiterbetreuungsprogramm“

Versicherte mit gesicherter Hypertoniediagnose und gesicherter Diagnose I70.2, bei denen zuvor im Screeningprogramm ein entsprechender Befund erstmalig festgestellt wurde.

2.2 Umsetzungsinhalte „Weiterbetreuungsprogramm“

- 1) Bei der anschließenden Weiterbetreuung soll der Verlauf der Erkrankung unter Einsatz geeigneter Untersuchungsmethoden kontrolliert werden.
- 2) Das Einhalten von mit dem Versicherten vereinbarten Zielen hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue soll überprüft und die Ziele ggf. angepasst werden. Hierbei soll die höchstmögliche Adhärenz angestrebt werden.
- 3) Ist eine Verschlechterung der hypertensiven pAVK eingetreten, erfolgt eine kritische Überprüfung der aktuellen Therapie der Hypertonieerkrankung und – sofern notwendig – die Einleitung spezifischer therapeutischer Schritte abhängig vom Stadium der pAVK.

3. Abrechnung und Vergütung

- 1) Die Abr.-Nrn. 97760A und 97760G werden mit jeweils 20,00 Euro und die Abr.-Nr. 97761 mit 10,00 Euro vergütet. Eine Abrechnung der Abr.-Nrn. 97760A, 97760G und/oder 97761 im selben Behandlungsfall (BHF) ist ausgeschlossen.
- 2) Die Abr.-Nrn. 97760A oder 97760G können nur abgerechnet werden, wenn keine dieser Abr.-Nrn. in den letzten 3 Vorquartalen bei demselben Versicherten durch den einschreibenden Hausarzt abgerechnet wurde.
- 3) Die Abr.-Nr. 97761 kann nur abgerechnet werden, wenn in einem der vorhergehenden Quartale entweder die Abr.-Nr. 97760G oder 97761 abgerechnet wurde. Jede Abr.-Nr. kann nur einmal pro Quartal abgerechnet werden.
- 4) Eine Abrechnung der Abr.-Nrn. 99708, 97760A, 97760G sowie 97761 ist im selben Behandlungsfall neben den Leistungen der Anlage 7 einschließlich deren Anhänge (Abr.-Nrn. 99709, 97710A, 97710G, 97711, 97712, 97720A, 97720G, 97721, 97730A, 97730G, 97731, 97740A, 97740G, 97741, 97750A, 97750G, 97751, 97752) ausgeschlossen.

Abr.-Nr.	Leistung	ICD-Codes
97760A	Screeningprogramm ohne Befund	I10.- bis I13.-G
97760G	Screeningprogramm mit Befund	immer I70.2-G immer I10.- bis I13.-G
97761	Weiterbetreuungsprogramm	immer I70.2-G immer I10.- bis I13.-G

Screeningprogramm – Periphere arterielle Verschlusskrankheit bei Hypertonie		
Spezifische Voraussetzungen	gesicherte Hypertoniediagnose ohne bereits bekannte Atherosklerose (ICD I70.-)	
Leistungsinhalt	ABI-Methode, Anamnese und klinische Untersuchung (vaskuläre Auskultations- und Palpationspunkte etc.)	
Screening-Ergebnis	Ausschluss	Bestätigung
Ergänzender Leistungsinhalt		Patientenberatung nach Befundlage und ggf. Anpassung der Therapiestrategie
Kodierregel	Hypertoniediagnose I10.- bis I13.-G	Hypertoniediagnose (I10.- bis I13.- G) und pAVK (I70.2- G)
Abr.-Nr.	97760A	97760G
Abrechnungsregel	einmal je Quartal, darf nicht in den letzten drei Vorquartalen bei demselben Versicherten durch den einschreibenden Hausarzt durchgeführt und abgerechnet worden sein	einmalig
Vergütung	20,00 Euro	20,00 Euro

Weiterbetreuungsprogramm – Periphere arterielle Verschlusskrankheit bei Hypertonie	
Spezifische Voraussetzungen	positiver Screeningbefund (Bestätigung der Begleiterkrankung), gesicherte Hypertonie und pAVK (I10.- bis I13.-G und I70.2-)
Leistungsinhalt	Verlaufskontrolle, Patientenberatung nach Befundlage und ggf. Anpassung der Therapiestrategie
Kodierregel	Hypertoniediagnose (I10.- bis I13.- G) und pAVK (I70.2- G)
Abr.-Nr.	97761
Abrechnungsregel	einmal je Quartal, nur in den Folgequartalen der Abrechnung von 97760G
Vergütung	10,00 Euro