

Anlage 6

zum Vertrag vom 27. Juni 2019 gemäß § 140a SGB V „Gesundheit PLUS“ – eine besondere ambulante ärztliche Versorgung für Versicherte mit Übergewicht und Adipositas – zwischen der KV RLP, der Techniker Krankenkasse und dem BKK Landesverband Mitte, Mainz

Versorgungsfeld „Vaskuläre Komplikationen“

Angiopathie bei Adipositas

Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) bezeichnet eine Einschränkung der Durchblutung der die Extremitäten versorgenden Arterien beziehungsweise seltener der Aorta.

Apparative Teilnahmevoraussetzungen für Ärzte

Zur Durchführung der Untersuchungen nach diesem Versorgungsfeld benötigt der teilnehmende Arzt folgende apparative Mindestausstattung:

- Doppler-Sonde oder Geräte zur (semi-)automatischen Blutdruckmessung beziehungsweise andere Pulssensoren, sofern diese für diesen Zweck validiert und bereits in epidemiologischen Studien erfolgreich eingesetzt wurden.
- Messgerät zur Durchführung der Blutdruckmessung am Bein/Fußknöchel

Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte

Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der teilnehmenden BKKn mit

- gesicherter Adipositas-Diagnose (E66.-)

oder

- einem BMI ab 25 (kg/m²) und einem auffälligen Fettverteilungsmuster (Taillenumfang ≥ 88 cm bei Frauen beziehungsweise ≥ 102 cm bei Männern) und damit ein erhöhtes Risiko für Folgeerkrankungen haben

und

- keine bekannte Diagnose I70.2- vorliegt.

a) Früherkennung

Es erfolgt eine dopplersonographische Messung der arteriellen Verschlussdrucke der A. dorsalis pedis und der A. tibialis posterior und gegebenenfalls der A. fibularis am liegenden Patienten mit anschließender Bildung des Knöchel-Arm-Index (ABI). Ein Wert von $< 0,9$ gilt als beweisend für das Vorliegen einer PAVK. Die ABI-Methode kann auch mit einem Taschendoppler durchgeführt werden.

Nachdem der Patient etwa 10 Minuten 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 wird mit der Doppler-Sonde (8.10 MHz) gemessen.

Neben der Doppler-Messung können auch Geräte zur (semi-)automatischen Blutdruckmessung beziehungsweise andere Pulssensoren verwendet werden, sofern sie für diesen Zweck validiert und bereits in epidemiologischen Studien erfolgreich eingesetzt wurden. Die Messung wird auch an der Arteria tibialis anterior durchgeführt (nicht an der Arteria dorsalis pedis) und der höhere Druck für das Bein wird notiert. Danach wird diese Messung am anderen Bein durchgeführt. Die Größe der Manschetten muss dem Arm und Beinumfang angepasst sein. Dabei wird der Druck nicht an der Doppler-Sonde gemessen, sondern vielmehr in Höhe der Blutdruckmanschette erfasst. Der ABI wird dann wie üblich für jede Seite berechnet als „höchster Knöchelarteriendruck geteilt durch mittleren Arterienendruck“. Da es sich um einen Quotienten handelt, hat der Wert keine Dimension beziehungsweise Maßeinheit.

Während 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 Fußarteriendrucks der Nachweis oder Ausschluss einer PAVK. Somit ist der niedrigste Verschlussdruckwert für die Diagnosestellung maßgebend.

Zum Screeningprogramm 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.

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. Die/der Versicherte ist über seine Risikosituation – insbesondere hinsichtlich kardiovaskulärer Folgeerkrankungen – umfassend aufzuklären.

Anschließend erfolgt eine auf den individuellen Patienten und sein Komorbiditäts- und Risikoprofil angepasste Einstellung. Mit dem Versicherten werden Ziele bezüglich Lebensstil und Therapietreue vereinbart.

Wichtige zu vereinbarende Ziele sind:

Gewichtsreduktion sowie die Nikotinkarenz bei Rauchern. Die/der Versicherte wird zu regelmäßigem Gehtraining – idealerweise in der Form von strukturierten Programmen – motiviert.

b) Weiterbetreuung

Bei der anschließenden Weiterbetreuung wird der Verlauf der Erkrankung unter Einsatz geeigneter Untersuchungsmethoden kontrolliert. Das Einhalten von mit der/dem Versicherten vereinbarten Zielen hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue wird überprüft und die Ziele gegebenenfalls angepasst. Hierbei wird die höchstmögliche Adhärenz angestrebt. Ist eine Verschlechterung der Angiopathie eingetreten, erfolgt eine kritische Überprüfung der aktuellen Therapie der Adipositas-Grunderkrankung und – sofern notwendig – Einleitung spezifischer therapeutischer Schritte abhängig vom Stadium der Angiopathie.