

## Anlage 1

### Versorgungsfeld vaskuläre Komplikationen: Periphere arterielle Verschlusskrankheit bei Hypertonie

#### Zusammenhang

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. Beim gleichzeitigen Vorliegen von Risikofaktoren wie Rauchen oder Diabetes steigt die Prävalenz bei über 50 jährigen Patienten sogar auf bis zu 29%.<sup>1</sup>

Das inhaltliche Vorgehen gemäß dieser Anlage soll die Empfehlungen des 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension (vgl. Kapitel 5.5.2.3 Ankle-brachial index) umsetzen.

#### Teilnahmevoraussetzung

Versicherte mit gesicherter Hypertoniediagnose ohne bekannte Diagnose I70.2-, die zum Zeitpunkt der Teilnahme das 50. Lebensjahr vollendet haben.

Ausgenommen sind Versicherte mit einem gleichzeitigen Diabetes mellitus. Um die hier beschriebene Leistung zu erhalten, sollen sie stattdessen an dem Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus teilnehmen.

Manifestiert sich während der Teilnahme an diesem Versorgungsfeld ein Diabetes mellitus neu, so soll die folgende Weiterbetreuung für dieses Feld fortan stattdessen in den inhaltsgleichen Modulen des Vertrages über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus stattfinden.

#### Umsetzungsinhalte „Versorgungsprogramm“

Ausgehend von der Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der pAVK<sup>2</sup> erfolgt eine **ausführliche Untersuchung** mit folgenden Inhalten:

- ausführliche Anamnese
- sorgfältige klinische Untersuchung mit besonderer Berücksichtigung der vaskulären Auskultations- und Palpationspunkte
- Ratschow-Lagerungsprobe, wenn **positiv** dann obligat **ABI** und/oder **Sono**
- Bildung des **Knöchel-Arm-Index (ABI)**:
  - Durchführung einer systolischen Blutdruckmessung an der Arteria brachialis beidseits mit anschließender Bildung des Mittelwerts (bei Druckunterschieden  $\geq 10$  mmHg Verwendung des höheren Drucks)
  - Messung des systolischen Druckwerts der Arteria tibialis posterior sowie der Arteria tibialis anterior mit der Doppler-Sonde oder Geräten zur semiautomatischen Blutdruckmessung an beiden Beinen
  - Berechnung des ABI für jede Seite (üblicherweise „höchster Knöchelarteriendruck geteilt durch mittleren Arterienendruck“; zusätzlich Berechnung anhand des niedrigsten Druckwerts)
  - Der ABI-Wert mit dem höchsten Knöchelarteriendruck stellt ein Maß für die periphere arterielle Durchblutung und die hämodynamische Relevanz dar, unter Verwendung des niedrigsten Fußarteriendrucks gelingt **der Nachweis oder Ausschluss einer**

<sup>1</sup> Deutsche Gesellschaft für Angiologie, Gesellschaft für Gefäßmedizin: Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK), Fassung vom 30.09.2015

<sup>2</sup> Deutsche Gesellschaft für Angiologie, Gesellschaft für Gefäßmedizin: Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK), Fassung vom 30.09.2015

**pAVK. Somit ist der niedrigste Verschlussdruckwert für die Diagnosestellung maßgebend.**

- **Ein Wert von < 0,9 gilt als beweisend für das Vorliegen einer pAVK**
- **dopplersonographische Messung** der arteriellen Verschlussdrucke der A. dorsalis pedis und der A. tibialis posterior und ggf. der A. fibularis am liegenden Patienten, nachdem dieser etwa 10 Minuten in liegender Position geruht hat. Auch möglich, wenn Ratschow-Lagerungsprobe negativ.
  - Ferner ist zu beachten: Bei Diabetikern kann der ABI in 10-30% wegen einer Mönckeberg-Mediasklerose nicht bestimmt werden (falsch hohe Werte > 1,5). Bei Unsicherheit sollte eine weitere Abklärung im Rahmen der angiologischen Regelversorgung veranlasst werden.
  - Falls vorhanden können alternativ 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.

Diese Maßnahmen dienen 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 daher über seine Risikosituation – insbesondere hinsichtlich kardiovaskulärer Folgeerkrankungen - umfassend aufzuklären.

In der Folge soll eine auf den individuellen Patienten und sein Komorbiditäts- und Risikoprofil angepasste Hypertonieeinstellung erfolgen. Mit dem Versicherten sollen Ziele bezüglich Lebensstil und Therapietreue vereinbart werden. Als wichtige Ziele sollten vereinbart werden:

- Gewichtsreduktion bei Übergewicht
- Nikotinkarenz bei Rauchern
- Motivation zu regelmäßigem Gehtraining – idealerweise in der Form von strukturierten Programmen

#### Teilnahmevoraussetzung „Weiterbetreuungsprogramm“

Versicherte mit gesicherter Hypertoniediagnose I10.-G, I11.-G, I12.-G oder I13.-G und gesicherter Diagnose I70.2-G, bei denen zuvor im Versorgungsprogramm dieses Moduls eine entsprechender Befund erstmalig festgestellt wurde.

#### Umsetzungsinhalte „Weiterbetreuungsprogramm“

Bei der anschließenden Weiterbetreuung wird der Verlauf der Erkrankung unter Einsatz geeigneter Untersuchungsmethoden kontrolliert. Dabei sollen mindestens die Untersuchungsinhalte des Versorgungsprogramms sowie ggf. bei entsprechendem Befund weitergehende Untersuchungen, evtl. durch Überweisung zu spezialisierten Fachgruppen, zur Anwendung kommen.

Das Einhalten von mit dem Versicherten vereinbarten Zielen hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue soll überprüft und die Ziele ggf. angepasst werden.

Ist eine Verschlechterung der hypertensiven pAVK eingetreten, erfolgt eine kritische Überprüfung der aktuellen Therapie der Hypertonieerkrankung und - sofern notwendig - Einleitung spezifischer therapeutischer Schritte abhängig vom Stadium der pAVK.