

# GEFÄSSMEDIZIN IN DER HAUSARZTPRAXIS

PAVK, Thrombose und Varikosis. Dies sind die häufigsten angiologischen Herausforderungen im hausärztlichen Alltag. Oft lassen sich dabei ohne nennenswerten apparativen Aufwand die richtigen **Weichen stellen**.



Den hausärztlichen Belangen in diesem Fachgebiet wurde bei der diesjährigen **Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Angiologie (DGA)** (7. - 10.9.2016 in Dresden) durch ein eigenes Symposium besonders Rechnung getragen.

**Dr. med. Peter Stiefelhagen, Hachenburg**

## Abrechnung nach EBM/GOÄ

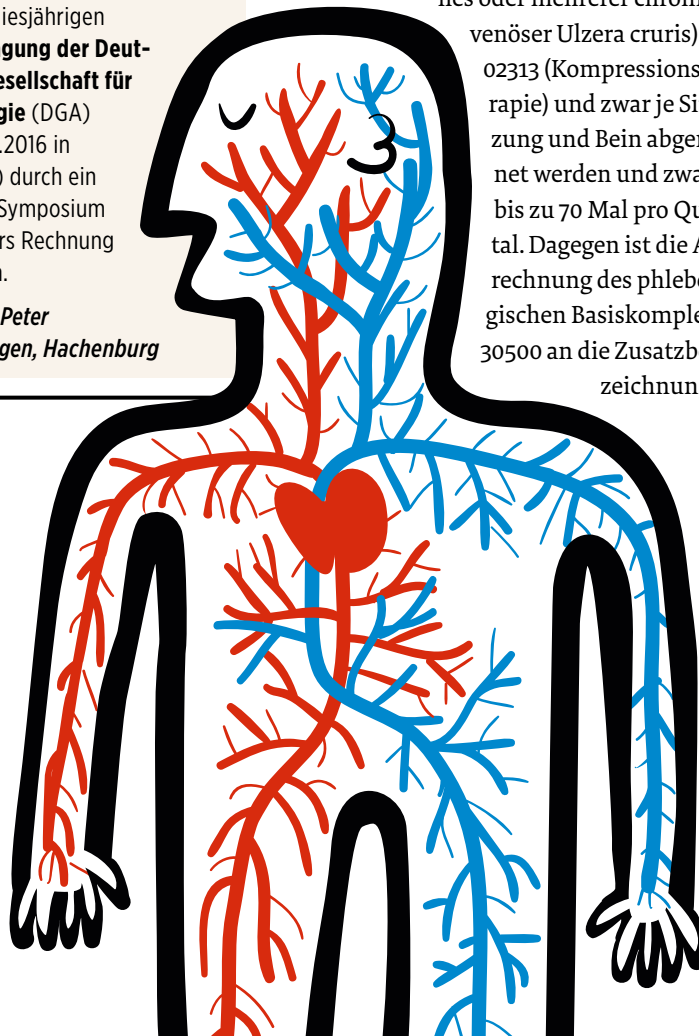
Bei der Abrechnung phlebologischer Leistungen nach EBM muss man solche ohne und solche mit einer spezifischen Genehmigung unterscheiden. Ohne Genehmigung können die Leistungen der Ziffern 02312 (Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulzera cruris) und 02313 (Kompressionstherapie) und zwar je Sitzung und Bein abgerechnet werden und zwar bis zu 70 Mal pro Quartal. Dagegen ist die Abrechnung des phlebologischen Basiskomplexes 30500 an die Zusatzbezeichnung

Phlebologie geknüpft. Das gilt auch für die Verödung von Varizen nach Ziffer 30501. Außerhalb der Zusatzbezeichnung können Ultraschall-Leistungen abgerechnet werden, aber nur dann, wenn eine entsprechende KV-Genehmigung vorliegt. Bei der GOÄ stehen abrechnungstechnisch zwar alle Türen offen sowohl bei diagnostischen als auch bei therapeutischen Leistungen. Doch im Bedarfsfall insbesondere wenn irgendwas passiert, muss der Arzt nachweisen, dass er über die notwendigen Kenntnisse bzw. die Fachkunde verfügt.

## Behandlung der Varikosis

Die klinische Einteilung der chronischen Veneninsuffizienz erfolgt nach der CEAP-Klassifikation:

- C0:** keine Erscheinung
- C1:** Besenreiser und retikuläre Varizen
- C2:** Varizen (> 3 mm)
- C3:** Ödem
- C4a:** Pigmentierung und Ekzem
- C4b:** Lipodermatosklerosis, Atrophie blanche
- C5:** abgeheiltes Ulkus
- C6:** offenes Ulkus



## NOTIZEN



Nach Anamnese und klinischer Untersuchung erfolgt im nächsten Schritt die duplexsonographische Untersuchung. Sie ist für die Therapieplanung unverzichtbar. Dabei geht es vorrangig um die Beurteilung der tiefen Beinvenen, nämlich, ob sie offen und suffizient sind und ob ein Reflux in die oberflächlichen Venen vorliegt. In den Stadien CO bis C3 steht die konservative Therapie im Vordergrund. Dazu gehören Kompressionsstrümpfe mit einem definierten Anlagedruck von ca. 20 – 30 mm Hg als unverzichtbare Basistherapie. Dabei ist jede Kompression besser als keine und medizinische Kompressionsstrümpfe sind besser als Verbände. Im Unterschied zu der medikamentösen Therapie ist bei den Kompressionsstrümpfen die Wirksamkeit bewiesen. Bei Gabe von Medikamenten sollte man den Patienten darauf hinweisen, dass die Wirkung erst nach zwei bis vier Wochen einsetzt. Die Therapie der Varikosis orientiert sich am klinischen Bild und dem Ergebnis der Duplexsonographie. Für die interventionelle Therapie stehen heute neben der Chirurgie (Crossektomie, Stripping, Phlebektomie) auch die chemische Ablation in Form einer Sklerotherapie und die endovenöse Katheterablation zur Verfügung. Letzteres kann thermisch mit Laser oder Radiofrequenzapplikation, mechano-chemisch mit Clarivein oder mit einem Venenkleber (Venaseal) erfolgen. Die Wahl des Verfahrens ist abhängig von der Größe und Lage der Krampfadern. Vergleichende Untersuchungen haben gezeigt, dass die thermische Ablation und die chirurgische Therapie bzgl. primärem und Langzeiterfolg durchaus vergleichbar sind, aber das endovenöse Verfahren sehr viel komplikationsärmer ist, d.h. Wundinfektionen traten um 70 Prozent seltener, Hämatome um 50 – 60 Prozent seltener auf und die Patienten konnten drei bis fünf Tage früher ihre normale Aktivität wieder aufnehmen.

### Eine „Beinsprechstunde“ lohnt sich!

90 Prozent aller Patienten in der Hausarztpraxis haben eine venöse Auffälligkeit bzw. ein Problem und 30 Prozent weisen sogar schwerwiegende Zeichen eines chronischen Venenleidens wie Krampfadern, Ödeme oder Ulzera cruris auf. Angesichts dieser Zahlen ist eine hausärztliche- phlebologische Behandlung sinnvoll und notwendig. Die phlebologische Spezialsprechstunde lohnt sich für den Hausarzt aus vielerlei Gründen:

- Hinzugewinnung einer Spezial-Gefäßkompetenz durch Mundpropaganda und digitales Marketing
- Erweiterung des diagnostischen und therapeutischen Spektrums mit minimalem finanziellem Aufwand
- Patientenbindung wegen Chronizität der Erkrankung und regelmäßiger Neuverordnung von Kompressionsstrümpfen
- kein wirtschaftliches Risiko bei Verordnung, da Hilfsmittel nicht budgetiert sind
- Steigerung von Wirtschaftlichkeit und Effizienz evtl. durch Phleboassistentin
- Aufbau einer Selbstzahlerspezialsprechstunde z. B. für Mikrosklerotherapie.

Kurzum, die phlebologische Spezialsprechstunde ist für den Hausarzt eine sinnvolle und in vielerlei Hinsicht lohnenswerte Herausforderung.

### PAVK-Diagnostik

Bei den atherothrombotischen Erkrankungen besteht eine Koinzidenz, d. h. bei der Mehrzahl der betroffenen Patienten ist mehr als eine Gefäßregion betroffen. Auch wenn die PAVK nur selten zum Tod führt, so ist sie doch eine wichtige Markerkrankung. So haben PAVK-Patienten ein vierfach erhöhtes Risiko für einen Myokardinfarkt und ein zwei- bis dreifach erhöhtes Risiko für einen Schlaganfall. Mit anderen Worten,

dem PAVK-Patienten droht Herz- und Hirninfarkt. Klagt ein Patient über Beschwerden, die i. S. einer Claudicatio intermittens an eine PAVK denken lassen, so sollte nach der körperlichen Untersuchung, genauer gesagt der Erfassung des Pulsstatus und der Gefäßauskultation zunächst mittels Blutdruckmessung der Knöchel-Arm-Druck-Quotient (Ankle-Brachial-Index = ABI) bestimmt werden. Ein ABI-Wert > 0,9 ist normal, ein Wert zwischen 0,75 und 0,9 spricht für eine leichte, zwischen 0,5 und 0,75 für eine mittelschwere und < 0,5 für eine schwere PAVK. Bei einem pathologischen Wert sollte anschließend eine Farbcodierte Duplex-Sonographie durchgeführt werden. Die primäre Durchführung einer bildgebenden Gefäßdarstellung mittels CT oder MRT ist nicht sinnvoll und sollte deshalb nicht veranlasst werden.

### Mythos Rotwein

Entfaltet Rotwein einen gefäßprotektiven Effekt und wenn ja, über welche Mechanismen? Epidemiologische Daten sprechen dafür, dass Rotweintrinker seltener einen Herzinfarkt erleiden. Ähnliches ist allerdings auch für den regelmäßigen Kirchgang am Sonntag und den regelmäßigen Verzehr von dunkler Schokolade nachgewiesen worden. Bisher gibt es keine allgemeingültige kausale Erklärung über die dafür beim Rotwein verantwortlichen Inhaltsstoffe. Entscheidend für die günstige Wirkung dieser Lebensgewohnheiten dürften die Motivation und die Persönlichkeit sein, Faktoren, die in den Studien jedoch ausgeblendet sind: Warum genießt wer welches Getränk in welcher Dosis? Welche innere Befriedigung wird z. B. durch einen Kirchgang erlebt? Dass Rotwein das Leben verlängert, bleibt somit ein Mythos, da alle Studien vermutlich nur Menschen mit einem geregelten und sozial eingebundenen Leben selektieren.