

# Vereinbarung

## **zur besonderen Versorgung nach § 140a SGB V im Bereich der ambulanten Venentherapie (endovenöse Lasertherapie, Radiofrequenzablation)**

zwischen der

**Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)**  
Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

und der

**AOK Baden-Württemberg (AOK BW)**  
Presselstr. 19, 70191 Stuttgart

in der Fassung vom 1. Juli 2021

**Der Vertrag gilt ab 01.01.2024 auch für die AOK Hessen.**

- § 1 Ziel
- § 2 Versorgungsauftrag
- § 3 Teilnahme des Versicherten
- § 4 Teilnahme der Fachärzte
- § 5 Behandlungsablauf
- § 6 Vergütung
- § 7 Qualitätssicherung
- § 8 Qualitätssicherungskommission
- § 9 Abrechnungsprüfung
- § 10 Salvatorische Klausel
- § 11 Inkrafttreten, Kündigung

#### Anlagenverzeichnis

- Anlage 1 – Teilnahmevoraussetzungen Versicherte
- Anlage 2 – Organisatorische, technische und fachliche Voraussetzungen
- Anlage 3 – Duplexsonographische Qualitätssicherung und  
erkrankungsspezifische Dokumentation der Therapieindikation
- Anlage 4 – Versichertenteilnahmeerklärung
- Anlage 5 - Versichertenmerkblatt
- Anlage 6 – Arzteilnahmeerklärung

## **§ 1 Ziel**

Ziel des Vertrages ist es, den Versicherten der AOK Baden-Württemberg die Inanspruchnahme einer qualitätsgesicherten und wohnortnahen ambulanten Behandlung von Varizen zu ermöglichen und dadurch nicht notwendige stationäre Leistungen einzusparen.

## **§ 2 Versorgungsauftrag**

1. Gegenstand der Vereinbarung ist die ambulante Behandlung der Varizen eines Beines durch
  - endovenöse Lasertherapie oder
  - Radiofrequenzablation,sowie die Erbringung der dadurch erforderlichen eingriffsbedingten Nachbehandlungen.
2. Der Facharzt wählt anhand der Teilnahmevoraussetzungen nach Anlage 1 Versicherte aus.
3. Der Facharzt erbringt die obligatorischen Leistungen entsprechend § 5.

## **§ 3 Teilnahme des Versicherten**

1. Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der AOK Baden-Württemberg. Die Kriterien der Anlage 1 müssen erfüllt und dokumentiert sein.
2. Der Patient weist sein gültiges Versicherungsverhältnis durch Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte oder eines Anspruchsausweises nach. Liegt zum Zeitpunkt der Einschreibung kein Versicherungsverhältnis vor, kann dieser nicht an diesem Vertrag teilnehmen. Es besteht in diesem Fall kein Anspruch auf Erhalt der in diesem Vertrag vereinbarten Leistungen.
3. Die Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 4. Damit wird gleichzeitig die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung abgegeben und das Einverständnis erklärt, dass die Krankenunterlagen des Versicherten zum Zwecke der Abrechnungsprüfung und Qualitätssicherung der Versorgungsleistung durch die Vertragsparteien überprüft werden können.
4. Der teilnehmende Arzt ist verpflichtet, die Erklärung des Versicherten entgegenzunehmen und zu überprüfen, ob dieser die Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 Nr. 1 bis 3 dieses Vertrages erfüllt. Die Teilnahmeerklärung ist im Original an eine von der AOK BW noch zu benennende Adresse zu schicken.
5. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von zwei Wochen nach deren Abgabe und vor Durchführung der Behandlung ohne Angabe von Gründen in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der AOK BW widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK BW. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.
6. Die Teilnahme der Versicherten am Vertrag endet:

- mit dem Zugang der Widerrufserklärung oder der Kündigung bei der AOK BW,
- mit dem Wechsel der Krankenkasse,
- mit der Beendigung dieses Vertrages,
- grundsätzlich 12 Monaten nach Teilnahmebeginn und nachdem alle vertraglichen Leistungen nach § 2 erbracht wurden.

#### **§ 4 Teilnahme der Fachärzte**

1. Teilnahmeberechtigt sind zur vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg zugelassene/ermächtigte Fachärzte für Gefäßchirurgie, Fachärzte für Chirurgie und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Phlebologie. Voraussetzung zur Teilnahme ist zudem der Nachweis von 25 endovenösen Veneninterventionen innerhalb der letzten 12 Monate und eine Genehmigung nach § 115b SGB V.
2. Die Teilnahme setzt die Erfüllung der technischen, organisatorischen und fachlichen Voraussetzungen gemäß Anlage 2 voraus.
3. Ebenfalls teilnahmeberechtigt sind zugelassene Fachärzte für Anästhesiologie mit Vertragsarztsitz oder Nebenbetriebsstätte in Baden-Württemberg.
4. Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Ärzte beantragen die Teilnahme gegenüber der KVBW unter Verwendung von Anlage 6. Die KVBW erteilt bei Vorliegen der Voraussetzungen gem. Nr. 1 bis 3 eine Abrechnungsgenehmigung. Die Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag kann gegebenenfalls mit Auflagen und Nebenbestimmungen versehen und befristet werden.
5. Ärzte können die Teilnahme jederzeit schriftlich gegenüber der KVBW mit einer Kündigungsfrist von 6 Wochen zum Ende eines Quartals beenden.
6. Die Teilnahme des Arztes endet:
  - mit dem Ruhen oder dem Beenden der vertragsärztlichen Tätigkeit,
  - mit dem Ende dieser Vereinbarung,
  - mit dem Entzug der Abrechnungsgenehmigung entsprechend § 9 Nr. 6.
7. Die AOK und die KVBW können im Einvernehmen weitere Ärzte zulassen, welche nicht sämtliche Voraussetzung gemäß Nr. 1 und 2 erfüllen.

#### **§ 5 Behandlungsablauf**

1. Der Arzt klärt den Patienten über die Inanspruchnahme der vom Vertrag umfassten Leistungen sowie die Vor- und Nachteile einschließlich der möglichen Risiken und Komplikationen auf.
2. Der Arzt dokumentiert die Indikationsstellung gemäß den Dokumentationsvorgaben entsprechend Anlage 1 und 3 und führt den Eingriff unter Einhaltung der organisatorischen, technischen und fachlichen Voraussetzungen entsprechend Anlage 2 durch. Die Dokumentation entsprechend Anlage 3 ist an ein von der KVBW einzurichtendes zentrales Register zu übermitteln.

3. Die standardisierte fachärztliche postoperative Nachbetreuung ist durch den Arzt oder einen anderen Vertragsteilnehmer zu bestätigen.
4. Die Dokumentation in der Praxisdokumentation erfolgt entsprechend den berufs- und vertragsärztlichen Vorschriften.

## § 6 Vergütung

1. Die AOK BW vergütet die Leistung nach § 5 bis zum 25. Behandlungsfall mit 1.050,- Euro (GOP 99625). Die Behandlung beider Beine in einer Sitzung wird mit 1.800,- Euro vergütet (GOP 99626). Vom 26. bis zum 40. Behandlungsfall wird die Leistung mit 950,- Euro und die Behandlung beider Beine in einer Sitzung mit 1.600,- Euro vergütet. Ab dem 41. Behandlungsfall wird die Leistung mit 850,- Euro und die Behandlung beider Beine in einer Sitzung mit 1.400,- Euro vergütet.
2. Eine privatärztliche Abrechnung für Leistungen dieses Vertrages ist unzulässig.
3. Die Abrechnung der GOP 99625 ist im Krankheitsfall neben der GOP 99626 ausgeschlossen. Die Abrechnung der GOP 99626 ist im Krankheitsfall einmal, die Abrechnung der GOP 99625 im Krankheitsfall einmal je Bein möglich. Eine über die in Absatz 2 genannte Abrechnungshäufigkeit ist bei Vorliegen einer nachzuweisenden medizinischen Indikation nach vorheriger Genehmigung der Leistung durch die AOK Baden-Württemberg und die KVBW im Einzelfall zulässig. Mit der Vergütung nach Nr. 1 sind gegebenenfalls zusätzlich im Behandlungsfall erforderliche konventionelle varenchirurgische Verfahren (z. B. Stripping oder Exhairese) an den nach dieser Vereinbarung operierten Beinen abgegolten. Ebenfalls beinhaltet sind sämtliche Leistungen nach diesem Vertrag (inkl. der nicht als Sprechstundenbedarf vereinbarten Sachkosten und der Nachbehandlung innerhalb von vier Wochen) mit Ausnahme anästhesiologischer Leistungen abgegolten.
4. Eine vom Operateur durchgeführte, berufsrechtlich zulässige Anästhesie wird mit derzeit 40,27 Euro (GOP 99627, analog GOP 31800 EBM) je Bein vergütet. Die Abrechnung dieser Leistung ist ausgeschlossen, soweit für dieselbe Operation eine Anästhesie gem. Nr. 6 durch einen anderen Arzt abgerechnet wird.
5. Voraussetzung für die Abrechnung der Leistung gem. Nr. 1 und 4 ist die Indikationsstellung gem. § 5 Nr. 2 i.V.m. Anlage 3, sowie deren Dokumentation.
6. Eine nicht vom Operateur, sondern von Fachärzten für Anästhesiologie oder anderen zum Ansatz von Leistungen des Unterabschnitts 31.5.3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) berechtigten Ärzten durchgeführte

Plexusanästhesie und/oder Spinal- und/oder Periduralanästhesie und/oder Kombinationsnarkose mit Maske, Larynxmaske und/oder endotrachealer Intubation

wird mit derzeit 164,29 EUR vergütet (GOP 99627A, analog GOP 31823 EBM). Die Fortsetzung einer Anästhesie und/oder Narkose für jeweils vollendete 15 Minuten über die Schnitt-Naht-Zeit von 45 Minuten hinaus, wird bei Operationen an beiden Beinen mit einem Zuschlag von derzeit 30,47 EUR vergütet (GOP 99628, analog GOP 31828 EBM). Der Zuschlag ist bis zu 6-mal ansatzfähig.

Eine von diesem Arzt durchgeführte präanästhesiologische Untersuchung wird mit derzeit 19,07 EUR (GOP 99630, analog GOP 05310 EBM) vergütet.

Eine von diesem Arzt durchgeführte postoperative Überwachung wird mit derzeit 109,85 EUR (GOP 99629, analog GOP 31505 EBM) vergütet. Mit den genannten Gebührenordnungspositionen sind die Narkoseleistungen und die postoperative Überwachung abgegolten. Im Übrigen gelten die Abrechnungsregelungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes, insbesondere 31.4.1 und 31.5.3.

Die GOPs 99627 und 99627A können nicht innerhalb derselben Behandlung zusammen abgerechnet werden.

7. Die postoperative Überwachung (GOP 99629) kann auch vom Operateur erbracht und abgerechnet werden. Eine Abrechnung durch den Facharzt für Anästhesiologie ist in diesem Fall ausgeschlossen.
8. Die KVBW behält ihre Verwaltungskostenbeiträge und die landeseinheitliche Sicherstellungsumlage ein.
9. Die Vergütung gemäß Nr. 4 und 6 wird kontinuierlich gemäß den analogen Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes angepasst.
10. Das zentrale Register nach § 5 Nr. 2 soll bis 2019 umgesetzt werden. Bei Verzögerung der Umsetzung steht es der AOK BW frei, einen Abschlag zu erheben. Die Vertragspartner verständigen sich über die Höhe dieses Abschlags gesondert.

## **§ 7 Qualitätssicherung**

1. Die Dokumentation der Operation, ist im Rahmen von Stichprobenprüfungen auf Anforderung durch KVBW innerhalb einer Frist von sechs Wochen nach Zugang dort vorzulegen.
2. Anhand der angeforderten Unterlagen nach Nr. 1 und der im zentralen Register hinterlegten Dokumentationsunterlagen (Qualitätsprüfungen im Einzelfall, Stichproben) prüft die Qualitätssicherungskommission nach § 8 das Vorliegen der Voraussetzungen für die Teilnahme der Versicherten entsprechend § 3 und Anlage 1, die vollständige und vertragsgemäße Dokumentation der Indikation entsprechend Anlage 3 und die Vollständigkeit der Leistungserbringung.

## **§ 8 Qualitätssicherungskommission**

1. Die Vertragsparteien richten eine gemeinsame Qualitätssicherungskommission ein. Die Qualitätssicherungskommission besteht aus folgenden Mitgliedern:
  - AOK: Ein stimmberechtigtes Mitglied
  - KVBW: Ein stimmberechtigtes Mitglied
  - Zwei ärztliche Mitglieder ohne StimmrechtDie AOK und KVBW können Mitarbeiter ihrer Organisation und Sachverständige ohne Stimmrecht zuziehen. Die ärztlichen Mitglieder werden von der KVBW im Einvernehmen mit der AOK benannt.
2. Die Qualitätssicherungskommission nimmt folgende Aufgaben wahr:
  - Regelmäßige Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben gem. Anlagen 2 und 3 bei den durchführenden Vertragsärzten und Bewertung der Qualität,
  - Maßnahmen der Qualitätssicherung,
  - Beratung im Zusammenhang mit Vertragsmaßnahmen nach § 9,
  - Beratung der Indikationsstellungen gem. Anlage 3 anhand der ärztlichen Dokumentation.

Dabei notwendige Entscheidungen sollten grundsätzlich einvernehmlich erfolgen. Sofern eine einvernehmliche Entscheidung nicht möglich ist, entscheiden die Vertragsparteien.

3. Die Vertragsparteien tragen ihre jeweiligen Kosten selbst. Die Vergütung der ärztlichen Mitglieder der Qualitätssicherungskommission erfolgt in Höhe der jeweiligen Entschädigung für Mitglieder der Vertreterversammlung der KVBW. Die Kosten der ärztlichen Mitglieder der Qualitätssicherungskommission tragen die Vertragsparteien jeweils zur Hälfte.

## **§ 9 Abrechnungsprüfung und Vertragsmaßnahmen**

1. Die KVBW prüft gemäß § 45 Abs. 1 BMV-Ä, ob die Inhalte der Vereinbarung von den teilnehmenden Vertragsärzten erfüllt werden.
2. Die Vertragsparteien verständigen sich über eine Anzahl an jährlich zu prüfenden Fällen, einschließlich der Prüfung bei Auffälligkeit einzelner Ärzte.
3. Die KVBW fordert die Nachweise gem. § 7 an und legt diese der Qualitätssicherungskommission zur Bewertung vor.
4. Die Qualitätssicherungskommission entscheidet über folgende Maßnahmen:
  - Rüge des Arztes bei mangelhafter Dokumentation oder nicht-vertragsgemäßer Indikationsstellung
  - Aufforderung zur Stellungnahme
5. Die Qualitätssicherungskommission entscheidet nach Anhörung des betroffenen Arztes nach Durchführung der Maßnahmen gem. Nr. 4 über folgende Maßnahmen:
  - obligatorische Fallprüfungen der Arztpraxis für mind. zwei Folgequartale. (Über Art und Umfang der Prüfungsstichprobe je Arztpraxis verständigen sich die Vertragspartner.)
  - Nachträglich Streichung oder Kürzung der Vergütung bei wiederholt mangelhafter Dokumentation oder nicht-vertragsgemäßer Indikationsstellung in Abhängigkeit des Schweregrades der beanstandeten Fälle.
6. Die Qualitätssicherungskommission entscheidet bei wiederholten Verstößen gegen die vertraglichen Pflichten und nach Durchführung der Maßnahmen gem. Nr. 4 und 5 über folgende Maßnahmen:
  - Entzug der Abrechnungsgenehmigung

## **§ 10 Veröffentlichung und Übermittlung einer Liste der teilnehmenden Ärzte**

1. Die in der Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und der AOK Baden-Württemberg ausschließlich zur Durchführung dieser Vereinbarung verarbeitet.
2. Der Arzt erklärt sich gegenüber der KVBW mit der Veröffentlichung seiner Daten in der Arztsuche der KVBW unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) einverstanden.
3. Darüber hinaus erklärt sich der teilnehmende Arzt mit einer quartalsweisen Übermittlung seiner Daten durch die KVBW an die AOK Baden-Württemberg einverstanden. Es werden folgende Daten übermittelt: BSNR, LANR9, Anrede, Titel, Vor- und Nachname, Praxisbezeichnung und Praxisanschrift, Telefon- und Faxnummer, Landkreis, Facharztbezeichnung, Teilnahmebeginn.
4. Die erste Datenübermittlung erfolgt im 1. Quartal 2019. Die Daten werden elektronisch über eine sichere Datenverbindung übermittelt.
5. Die AOK Baden-Württemberg ist berechtigt, die Daten der teilnehmenden Ärzte zum Zweck der Information der Versicherten, der Ermittlung eines am Vertrag teilnehmenden Arztes sowie zum internen Vertragscontrolling zu verwenden.

6. Bei Kündigung, Widerruf der Teilnahme oder Teilnahmeende nach § 4 des Vertrags werden die aktuell vorliegenden Daten spätestens in dem auf das Wirksamwerden der Kündigung, des Widerrufs oder Teilnahmeendes folgenden Quartals von der AOK Baden-Württemberg gelöscht.

### **§ 11 Salvatorische Klausel**

1. Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen, bedürfen zu Ihrer Wirksamkeit der Schriftform.
2. Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder sollte der Vertrag unvollständig sein, so wird der Vertrag in seinem übrigen Inhalt davon nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt.
3. Soweit keine abweichenden Regelungen in diesem Vertrag getroffen wurden, gelten die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen.

### **§ 12 Inkrafttreten, Kündigung**

1. Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2018 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Quartals gekündigt werden. Eine Kündigung kann frühestens zum 31.12.2022 erfolgen.
2. Die Vereinbarung endet, wenn die vertragliche Leistung durch Gesetz, Verordnung oder eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen übernommen wird.
3. Das Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt.



## **Anlage 1**

### **Teilnahmevoraussetzungen Versicherte**

Folgende Kriterien müssen beim zu behandelnden Versicherten im Zeitpunkt der Erbringung der Venenbehandlung vorliegen:

- Indikation Stammveneninsuffizienz der Vena saphena magna im Stadium III oder IV nach Hach (unterer Insuffizienzpunkt von unterhalb des Kniegelenks bis zum Sprunggelenk gelegen) und/oder kombinierte Stammveneninsuffizienz der Vena saphena magna mit Beteiligung der Vena saphena accessoria anterior oder dorsalis funktionell einem SIII nach Hach entsprechend (Reflux bis unterhalb vom Kniegelenk) und/ oder Vena saphena parva SII nach Hach (Reflux bis Gastrocnemiuspunkt) mit Beschwerden entsprechend dem Schweregrad C3 und höher nach der UIP CEAP Klassifikation. Außerdem soll sonographisch am distalen Oberschenkel die V.saphena magna oder entsprechend die Vena saphena accessoria im Stehen einen Durchmesser  $\geq 5\text{mm}$  und die V.saphena parva an der mittleren Wade einen Durchmesser  $\geq 3\text{mm}$  aufweisen. Dies ist entsprechend Anlage 3 zu dokumentieren.
- Risikoklasse ASA I und II (nach Einteilung der American Society of Anaesthesiology)
- Die gesicherte Diagnose ist nach dem ICD-10-Diagnoseschlüssel (ICD-10-GM) in der gültigen Fassung endstellig anzugeben.
- Angabe ob es sich um die Behandlung eines Rezidivs handelt.

Folgende Kontraindikationen dürfen nicht vorliegen:

- Aszendierende Thrombophlebitis
- Akute tiefe Beinvenenthrombose
- Periphere AVK-Stadium IIb und höher
- Im Übrigen gelten bzgl. Kontraindikationen die Regelungen entsprechend den Leitlinien der jeweiligen Fachgruppen.

## **Anlage 2**

### **Organisatorische, technische und fachliche Voraussetzungen**

#### **Technische Voraussetzungen**

Folgende technische Voraussetzungen sind durch den Vertragsarzt bei Antragstellung nachzuweisen und während der gesamten Teilnahme am Vertrag aufrecht zu halten:

- Vorhalten und fundierte Kenntnisse in der Anwendung CE-zertifizierter Lasersysteme, Ultraschall-, Doppler- und Duplexgeräte
- oder Vorhalten und fundierte Kenntnisse in der Anwendung CE-zertifizierter Radiofrequenzsysteme, Ultraschall-, Doppler- und Duplexgeräte
- Vorhalten ergänzender venöser Diagnoseverfahren (Lichtreflexrheographie, Photo-Plethysmographie oder Venenverschluss-Plethysmographie)

#### **Fachliche Voraussetzungen**

Folgende fachliche Voraussetzungen sind durch den Vertragsarzt bei Antragstellung nachzuweisen und während der gesamten Teilnahme am Vertrag aufrecht zu halten:

- Facharzt für Gefäßchirurgie und/oder
- Facharzt für Chirurgie und/oder
- Arzt mit Zusatzbezeichnung Phlebologie
- Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung durch die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
- Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg zur Erbringung ambulanter Operationen nach § 115b SGB V
- Nachweis einer erfolgreichen Teilnahme an einem Laserschutz-Kurs, wenn eine endovenöse Lasertherapie erfolgt. Bei Durchführung einer Radio-Frequenzablation ist dieser Nachweis nicht notwendig.

Nachweis von 25 ambulanten endovenösen Varizeninterventionen innerhalb von 12 Monaten vor Antragstellung

#### **Organisatorische Voraussetzungen**

Die Voraussetzungen nach § 4 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren (§§ 4-6) vom 28.11.2011 (veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt 09.12.2011) sind einzuhalten.

## Anlage 3

### Duplexsonographische Qualitätssicherung und erkrankungsspezifische Dokumentation der Therapieindikation

Die Indikationsstellung gem. § 3 Nr. 1 ist gemäß nachfolgenden Vorgaben vor Erbringung der Leistung zu dokumentieren. Die Dokumentation ist Voraussetzung für die Abrechnung der Leistung und an das zentrale Register der KVBW zum Zwecke der Abrechnungsprüfung zu übersenden.

#### Abkürzungen

VSM	=	Vena saphena magna
VSP	=	Vena saphena parva
VFS	=	Vena femoralis superficialis
VFC	=	Vena femoralis communis
VPOP	=	Vena poplitea
VSAA	=	Vena saphena acc. anterior
VSAD	=	Vena saphena acc dorsalis

Die Duplexsonographische Dokumentation der erkrankten Venen stellt einen zentralen Punkt der Diagnosesicherung und Sicherung der Therapieindikation dar. Die Dokumentation erfolgt mit Patientennamen und Geburtsdatum oder Patienten-ID auf den Bilddokumenten, -ID, die sich auf der schriftlichen Beurteilung des Befundes dann eindeutig dem Patientennamen zuordnen lässt. Die Lokalisation der sonographischen Dokumentation muss eine klare anatomische Kennzeichnung enthalten, so dass die Bilddokumente eindeutig den obligaten und fakultativen Beschallungspunkten zugeordnet werden kann.

#### **Dokumentation der Therapieindikation**

##### VSM

Obligat: Crosse mit PW-Doppler in der Stammvene zur Refluxdokumentation  
Durchmesser VSM an 3cm im Querschnitt  
VSM an 3 cm mit PW-Doppler im Längsschnitt zur Refluxdokumentation  
Durchmesser VSM an 15cm im Querschnitt  
VSM an 15cm mit PW-Doppler im Längsschnitt zur Refluxdokumentation

Fakultativ: VFC separat (kurz unterhalb der Einmündung Magna)  
VFS 20 cm distal separat

##### VSAA/D

Fakultativ: Durchmesser der VSAA/D proximal und distal separat  
Crosse mit PW-Doppler in der VSAA zum Refluxnachweis oder Abgang der VSAD aus der VSM zum Refluxnachweis  
Durchmesser der VFC separat (unterhalb der Einmündung Magna)  
Durchmesser der VFS 20 cm distal separat

##### VSP

Obligat: Crosse mit PW- Doppler in der Stammvene  
Durchmesser VSP an 3cm ohne gleichzeitigen Doppler im Querschnitt  
VSP an 3cm mit PW-Dopplerreflux

Fakultativ: Durchmesser VSP im Querschnitt an 10cm ohne Doppler  
VSP an 10cm mit PW\_Dopplerreflux

Durchmesser VPOP ohne Doppler und ohne Farbe  
Durchmesser VFC separat (kurz unterhalb der Einmündung Magna)  
Durchmesser der VFS 20cm distal separat

## **Hinweise zu Dokumentation**

### **1. Tiefe Beinvenen**

Die Erfassung der Durchmesser der V. femoralis communis (VFC), und superficialis (VFS) soll im B-Mode im Querschnitt erfolgen. Der Durchmesser der VFC soll direkt unterhalb der Einmündung der VSM dokumentiert werden. Der Durchmesser der VFS soll distal der Einmündung der V. fem. profunda dokumentiert werden.

### **2. Dokumentation des Crosserefluxes VSM**

Der Reflux im sapheno-femorale Übergang soll im Querschnitt mit PW Doppler Mode mit eindeutiger Darstellung der Refluxdauer dokumentiert werden.

### **3. Durchmesser VSM**

Der 1. Proximale Durchmesser der VSM soll ca. 2 – 3cm unterhalb der Leistenbeugefalte bestimmt werden. Die Messung soll im Querschnitt postvalvulär erfolgen. Ein zweiter distaler Messpunkt der VSM soll 10 – 15cm unterhalb des ersten Messpunktes bestimmt und dokumentiert werden. Refluxdarstellung der VSM im Querschnitt mit PW-Doppler.

### **4. Dokumentation des Crossenrefluxes VSP**

Der Reflux über den sapheno – poplitealen Übergang soll im Querschnitt mit PW Doppler dokumentiert werden.

### **5. Durchmesser VSP**

Der 1. Proximale Durchmesser der VSP soll ca. 2-3cm unterhalb der Kniekehlenfalte bestimmt werden. Die Messung erfolgt im Querschnitt. Ein zweiter distaler Messpunkt der VSP soll 10 – 15cm unterhalb der Kniekehlenfalte bestimmt und dokumentiert werden. Refluxdarstellung der VSP im Querschnitt mit PW-Doppler 10 – 15cm unterhalb der Kniekehle bzw. am distalen Insuffizienzpunkt.

### **6. Insuffizienz der accessorischen Venen (VSAA/D)**

Häufig wird eine Crosseninsuffizienz der VSM sowie eine insuffiziente VSAA diagnostiziert. Die VSAA kann einen interfaszialen oder auch extrafaszialen Verlauf haben. Für den Fall eines interfaszialen Verlaufes sollen die Durchmesser erfasst und dokumentiert (prox./dist.) werden. Die Crosseninsuffizienz soll wie oben (Dokumentation Crosseninsuffizienz VSM) dokumentiert werden.

## **Anlage 4**

siehe gesondert veröffentlichtes Dokument

## **Anlage 5**

siehe gesondert veröffentlichtes Dokument

## **Anlage 6**

siehe gesondert veröffentlichtes Dokument