

Anlage Duplexsonographische Qualitätssicherung und erkrankungsspezifische Dokumentation der Therapieindikation

Die Indikationsstellung im Rahmen einer VKZplus Therapie ist gemäß nachfolgenden Vorgaben vor Erbringung der Leistung zu dokumentieren. Sie wird bei den Vor-Ort-Audits an Hand der Originaldokumentationen überprüft

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
VSAP =	Vena saphena acc posterior

Die duplexsonographische Dokumentation der erkrankten Venen ist Voraussetzung der Diagnosesicherung und Sicherung der Therapieindikation und damit einer möglichen Qualitätskontrolle bei einem Audit. Die Dokumentation erfolgt mit Patientennamen und Geburtsdatum oder Patienten-ID auf den Bilddokumenten, einer ID, die sich auf der schriftlichen Beurteilung des Befundes dann eindeutig dem Patientennamen zuordnen lassen muss. Die Lokalisation der sonographischen Dokumentation muss eine klare anatomische Kennzeichnung enthalten, so dass die Bilddokumente eindeutig den obligaten und fakultativen Beschallungspunkten zugeordnet werden können.

Dokumentation der Therapieindikation

VSM

Obligat:

1. Krosse mit PW-Doppler in der Stammvene zur Refluxdokumentation
2. VSM an 3 cm mit PW-Doppler im Längs- oder Querschnitt zur Refluxdokumentation
3. Durchmesser VSM an 15cm im Querschnitt
4. VSM an 15cm mit PW-Doppler im Längs- oder Querschnitt zur Refluxdokumentation

Fakultativ:

- Durchmesser VSM an 3cm im Querschnitt
- VFC separat (kurz unterhalb der Einmündung Magna)
- VFS 20 cm distal separat

VSAA/P

Fakultativ/
Obligat bei
Hauptindikation: 1. Durchmesser der VSAA/P proximal
2. Krosse mit PW-Doppler in der VSAA zum Refluxnachweis oder
Abgang der VSAP aus der VSM zum Refluxnachweis

Fakultativ Durchmesser der VSAA/P distal
Durchmesser der VFC separat (unterhalb der Einmündung Magna)
Durchmesser der VFS 20 cm distal separat

VSP

Obligat: 1. Durchmesser VSP an 3 cm im Querschnitt
2. VSP an 3 cm mit PW-Dopplerreflux

Fakultativ: Durchmesser VSP im Querschnitt an 10 cm
VSP an 10 cm mit PW_Dopplerreflux
Durchmesser VPOP Segment P2 ohne Doppler und ohne Farbe
Durchmesser VFC separat (kurz unterhalb der Einmündung Magna)
Durchmesser der VFS 20 cm distal separat

Rezidivvarikose

Obligat: 1. Krossenstumpf mit PW-Doppler und Refluxdarstellung
2. Länge und der Durchmesser Krossenstumpf
3. Refluxdarstellung im Querschnitt der nach dem Crossenstumpf
folgenden Rezidivvarikose

Fakultativ: Durchmesser VFC separat
Durchmesser der VFS 20cm distal separat
Durchmesser der dem Krossenstumpf folgenden Rezidivvarikosis

Hinweise zu Dokumentation

1. Tiefe Beinvenen

Die Erfassung der Durchmesser der VFC, VFS und VPOP 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 20cm distal der Einmündung der V. fem. profunda dokumentiert werden.

2. Dokumentation des Crosserefluxes VSM

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

3. Durchmesser VSM

Der 1. proximale Durchmesser der VSM soll ca. 2 – 3 cm unterhalb der Leistenbeugefalte bestimmt werden. Die Messung soll im Querschnitt postvalvulär erfolgen. Ein zweiter distaler Messpunkt der VSM soll 10 – 15 cm unterhalb des ersten Messpunktes bestimmt und dokumentiert werden. Refluxdarstellung der VSM im Längs- oder 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. 2-3 cm unterhalb der Kniekehlenfalte bestimmt werden. Die Messung erfolgt im Querschnitt. Ein zweiter distaler Messpunkt der VSP soll 10 – 15 cm unterhalb der Kniekehlenfalte bestimmt und dokumentiert werden. Refluxdarstellung der VSP im Längs- oder Querschnitt mit PW-Doppler 2-3 cm und 10 – 15 cm unterhalb der Kniekehle bzw. am distalen Insuffizienzpunkt.

6. Insuffizienz der accessorischen Venen (VSAAP)

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

7. Rezidivvarikose

Bei Rezidivvarikose soll die Länge und der Querschnitt des Crossenstumpfes dokumentiert werden. Zusätzlich Maximaldurchmesser der nach dem Crossenstumpf folgenden Rezidivvarikose sowie Refluxdarstellung im Querschnitt. Außerdem Durchmesser und Refluxdarstellung einer eventuell vorhandenen Rest-VSM oder Rezidiv-VSM.

Es wird empfohlen, eine verbale Beschreibung der Länge der Insuffizienz im Befundbericht zu vermerken, besonders wichtig bei inkompletter Stammvarikose und Perforator als proximalem Insuffizienzpunkt.