

## Phlebologische Krankheitsbilder werden unterschätzt

Venenerkrankungen der Beine sind von jeher ein verbreitetes Phänomen: Nach Angaben des Robert-Koch-Institutes von 2009 sind nur rund 10 Prozent der Deutschen frei von Auffälligkeiten, 59 Prozent dagegen zeigen zumindest Besenreiser oder Ähnliches. Schwerwiegendere Symptome eines chronischen Venenleidens wie Krampfadern, Ödeme oder offene Beine weisen die restlichen 30 Prozent auf.

Professor Dr. Markus Stücker ist als Geschäftsführender Direktor der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie an der Ruhr-Universität Bochum einer der besten Kenner des Krankheitsbildes. Im Gespräch mit ORTHOPÄDIE TECHNIK erläutert der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie (DGP) die aktuellen konservativen Therapieansätze.

*OT: Herr Professor Stücker, bei welchen Symptomen sprechen Mediziner von einer chronischen Venenerkrankung, wie differenzieren sie die Beschwerden, und welche Risikofaktoren begünstigen das Leiden?*

**Prof. Dr. Markus Stücker:** Chronische Venenerkrankungen kann man von den akuten Venenerkrankungen abgrenzen, also im Wesentlichen der Oberflächenthrombose und der Tiefenthrombose. Die chronische Form kommt

dagegen als Krampfaderleiden und postthrombotisches Syndrom vor – mit den daraus sich ergebenden klinischen Zeichen, also Schwellungen des Unterschenkels, Verfärbungen, also Hyperpigmentierungen, Ekzemen und Vernarbungen bis hin zum offenen Bein. Spezieller noch ist der Begriff der chronischen Veneninsuffizienz, der CVI, die den Zustand beschreibt, dass sich Folgeerscheinungen, also zumindest Schwellungen oder andere klinische Anzeichen wie Hautveränderungen, zeigen. Diese Unterscheidung ist deshalb sehr wichtig, weil es häufig Patienten gibt, die zwar Krampfadern haben – gerade bei Männern ist das oft so –, aber keine klinischen Zeichen aufweisen. Ein wesentlicher Risikofaktor für Venenleiden ist sicherlich die Veranlagung; eine genetische Disposition scheint sehr wichtig zu sein. Weitere Faktoren, die Thromboseneigungen begünstigen, sind Veränderungen im Blut, die Thrombophiliefaktoren, oder auch Tumorleiden. Die klassischen chronischen Venenerkrankungen werden begünstigt durch Übergewichtigkeit, Bewegungsmangel und neben weiteren Faktoren auch durch eine hohe Zahl von Schwangerschaften.

*OT: In welchem Stadium der Krankheit greift der Arzt auf konservative Therapien zurück, und wie spielen die verschiedenen Ansätze (chirurgische Eingriffe, physikalische, medikamentöse und Kompressionstherapie) dabei zusammen?*

**Prof. Dr. Markus Stücker:** Heute versucht man, einerseits eine möglichst ursächliche Therapie von Venenleiden, andererseits aber auch eine symptomlindernde Therapie durchzuführen. Im Idealfall geht beides zusammen. Zu den ursächlich angreifenden Therapien gehören insbesondere solche, die Krampfaderleiden ausschalten, also die klassischen Krampfaderoperationen, sowie die modernen endovenös-thermischen Verfahren und die endovenös-chemischen Verfahren, also die Verödungsbehandlung. In allen Stadien einsetzbar sind die nichtoperativen Techniken, zum Beispiel die Kompressionstherapie oder die Therapie mit als Tabletten einzunehmenden Venenmedikamenten. Häufig wird die Kompressionstherapie zur Optimierung der operativen bzw. invasiven Therapie unmittelbar nach dem Eingriff eingesetzt.

*OT: Auf der Jahrestagung der DGP Ende September haben Sie aktuelle vielversprechende Gesichtspunkte der Kompressionstherapie hervorgehoben – welche neuen Erkenntnisse gibt es dazu?*



Prof. Dr. Markus Stücker ist Präsident der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie.

**Prof. Dr. Markus Stücker:** Auch in neuen Studien hat sich gezeigt, dass sich eine erfolgreiche Therapie des Ulcus cruris venosum, also des chronischen Unterschenkelgeschwürs bedingt durch Venenleiden, optimal durch Kompressionsstrümpfe erreichen lässt. Kompressionsstrümpfe sind hier wirkungsvoller als Kompressionsverbände und sollten daher frühzeitig, sobald eine Entstauung des Beins eingetreten ist, angepasst werden. Ein zweiter wichtiger Punkt ist, dass man zeigen konnte, dass auch Kompressionsstrümpfe mit der Kompressionsklasse I einen relevanten Effekt haben –sowohl auf die Beschwerdelinderung insgesamt als auch darauf, Beschwerden nach invasiven Eingriffen zu minimieren, sodass nicht zwingend immer Kompressionsstrümpfe Klasse II erforderlich sind. Wir wissen ja, dass ganz überwiegend Klasse II verordnet und auch abgegeben wird. Ein wesentliches Problem bei den Patienten, gerade bei älteren Menschen, ist aber, dass diese die Kompressionsstrümpfe nicht mehr leicht anziehen können. Von daher ist es sinnvoll, die Kompressionsdrücke möglichst so gering zu halten, dass die Kompressionsstrümpfe zwar trotzdem noch effektiv sind, aber dann leichter angezogen werden können. Ganz wichtig zu wissen ist es daher, dass Kompressionsstrümpfe der Klasse I häufig ausreichende Effekte haben und man nicht immer auf solche der Klasse II zurückgreifen muss.

*OT: Welche neuen Therapieoptionen bei der Varikose konnten auf dem Kongress vorgestellt werden?*

**Prof. Dr. Markus Stücker:** Es zeigt sich, dass die thermisch-ablativen Verfahren, also Laser und Radiofrequenz, zu Recht einen zunehmenden Stellenwert in der Behandlung der Varikose haben. Diese Techniken kann man insbesondere dann einsetzen, wenn die Patienten in den ersten Tagen möglichst wenig Beschwerden haben und beruflich möglichst schnell und intensiv wieder einsteigen wollen. Auf der anderen Seite ist die klassische Krampfaderoperation nach neuen Studien mit 5-Jahres-Nachbeobachtungszeiten doch effektiver als die endovenösen Techniken. Offensichtlich führt die klassische Operation zu einer geringeren Rezidivrate nach Zeiträumen von 5 Jahren als die endovenös-thermischen Verfahren. Es stellt sich somit insgesamt heraus, dass es nicht *die* neue und vielversprechende Methode gibt, sondern dass die Kunst darin besteht, die zur Verfügung stehenden Methoden individuell optimal einzusetzen. Häufig ist es so, dass bei einem Patienten verschiedene Methoden kombiniert werden, um für die jeweiligen Venenabschnitte mit unterschiedlichen Dicken und Lokalisationen jeweils das optimale Verfahren einsetzen zu können.

*OT: Es hat den Anschein, dass weiterhin zahlreiche klinische Studien zur Kompressionstherapie erstellt werden. Was weiß man noch nicht über die Wirkweise der Druckverbände?*

**Prof. Dr. Markus Stücker:** Man weiß schon relativ viel über die Kompressionstherapie, und ihre Wirkung ist gut belegt. Aber für einen differenzierten Einsatz sind doch noch viele Fragen offen. Es ist zum Beispiel nicht ganz

klar, wie lange nach Operationen Kompressionsstrümpfe getragen werden müssen. Es ist nicht klar, wie hoch der Druck beim Einsatz nach Operationen oder zur Prophylaxe von Thrombosen oder eines postthrombotischen Syndroms wirklich sein muss. Ob wir also die Kompressionsklasse I oder III oder sogar IV benötigen, ist häufig noch nicht abschließend durch Studien geklärt. Was auch oft nicht klar ist, ist, wie lang ein Strumpf sein muss. Muss es ein AD-Strumpf, also ein Kniestrumpf, sein oder ist ein AG-Strumpf, also ein Strumpf bis zur Leiste, dem Kniestrumpf überlegen? In welchen Fällen ist die Kompressionsstrumpfhose tatsächlich erforderlich? Ein weiterer wichtiger Punkt ist der des Materials. Es gibt unterschiedliche Qualitäten. Jeder Kompressionsstrumpfhersteller hat eine ganze Bandbreite unterschiedlicher Strümpfe, die sich bei gleichem Ruhedruck unter anderem durch ihre Festigkeit unterscheiden. Wir müssen noch klären, wann man wirklich Strümpfe mit einer hohen Steifigkeit, einer hohen Stiffness, benötigt und wann Strümpfe mit einer niedrigeren Stiffness sinnvoll sind. Das liegt nicht zuletzt auch daran, dass die Kompressionsstrümpfe ja nach Klasse I bis Klasse IV eingeteilt sind, dass uns aber Herstellerangaben zur Steifigkeit, zur Stiffness, fehlen.

*OT: Diese sogenannte Steifigkeit oder Stiffness des Materials wird ja auch verstärkt diskutiert. Wie schätzen Sie die Aussagekraft dieses Kriteriums ein?*

**Prof. Dr. Markus Stücker:** Nach experimentellen Daten zur venösen Ejektionsfraktion, also der venösen Auswurfleistung, für die man verschiedene Kompressionsmedien untersucht hat, ist die Steifigkeit, also letztlich der Quotient aus Arbeitsdruck und Ruhedruck, ein ganz wichtiger Punkt. Bei konstantem Ruheanpressdruck haben wir mit zunehmender Steifigkeit eine verbesserte venöse Auswurfleistung. Das bedeutet: Ohne dass wir den Ruhedruck steigern müssen, wirkt das Kompressionsmittel in Bewegung besser, wenn wir die Steifigkeit erhöhen. Auf der anderen Seite ist es natürlich so: Je steifer ein Material ist, umso deutlicher weicht es von normalen Textilien, etwa von Feinstrumpfhosen, ab, sodass möglicherweise die Compliance der Patienten mit zunehmender Steifigkeit schlechter werden könnte, weil sich Patienten vielfach an diesen feinen Textilien, die sie sonst kennen, orientieren. Dazu gibt es aber auch noch keine ausreichenden Daten. Wir haben zwar vielversprechende experimentelle Untersuchungen, aber größere Studien an echten Patientenkollektiven stehen noch aus und werden hoffentlich in naher Zukunft kommen.

*OT: Laut der Bonner Venenstudie II von 2012 gab es eine eklatante Unterversorgung mit Kompressionstherapie – hat sich hier etwas zum Positiven gewandelt?*

**Prof. Dr. Markus Stücker:** Es ist sicherlich so, dass wesentlich mehr Patienten venös bedingte Beschwerden haben, als tatsächlich phlebologisch versorgt werden. Demnach könnten deutlich mehr Patienten von Kompressionsstrümpfen profitieren. Wahrscheinlich könnte, wenn die Versorgung optimiert würde, auch die Zahl von schwereren Folgeerkrankungen noch einmal deutlich minimiert werden. Ein wichtiger Punkt ist hierbei eine gewisse Unterschätzung phlebologischer Krankheitsbilder, sowohl durch die Patien-

ten als auch durch die Ärzte und durch andere aktive professionelle Berufsgruppen im Gesundheitswesen. Es gibt sehr schöne vergleichende Untersuchungen dazu, wie einerseits Herzinfarkt und Schlaganfall in den Köpfen der Bevölkerung und auch der Ärzteschaft präsent sind und andererseits beispielsweise die Thrombose nur halb so präsent im Bewusstsein ist, obwohl die Schwere ihrer Komplikationen wie etwa bei der Lungenembolie durchaus eine ähnliche Bedrohung darstellt wie ein Herzinfarkt oder ein Schlaganfall. Es gibt also noch Aufklärungsbedarf auf Patientenseite wie auf Seiten der unterschiedlichen Professionen.

*OT: Die 57. Jahrestagung der DPG in Bamberg war erstmals auch für nichtärztliche Teilnehmer geöffnet. Wo bedarf es noch einer engeren Verzahnung der ärztlichen Diagnostik und Therapieempfehlung mit der orthopädiotechnischen Versorgung?*

**Prof. Dr. Markus Stücker:** Tatsächlich ist es so, dass die Deutsche Gesellschaft für Phlebologie 2014 ihre Satzung geändert hat und dadurch jetzt auch nichtärztliche Personen Mitglied der DGP werden können. In der neuen AG Sanitätshaus kommt es zu einem regelmäßigen Austausch zwischen den Ärzten, Sanitätshausmitarbeitern und auch der Industrie. Hier kann man insbesondere über Fragen der Kompressionsversorgung diskutieren. Die Bonner Venenstudie hat beispielsweise den Hinweis gegeben, dass wahrscheinlich ein Versorgungsdefizit besteht, ansonsten wissen wir aber sehr wenig über Versorgungsdaten. Wir wissen nicht, für welche Indikationen die Strümpfe getragen werden, beispielsweise ob mehr Strümpfe nach operativen Eingriffen getragen werden oder ob es Strümpfe sind, die Symptome behandeln sollten. Wir wissen zwar, wie viele Strümpfe bundesweit abgegeben werden, wir wissen aber nicht, ob es mehr Frauen oder mehr Männer sind, die die Strümpfe tragen. Neben der Klärung offener wissenschaftlicher Fragen wird die AG Sanitätshaus daran arbeiten, in der Bevölkerung und bei den verschiedenen Professionen des Gesundheitswesens oder auch bei den Kostenträgern ein besseres Bewusstsein für phlebologische Krankheitsbilder zu schaffen. Es ist sinnvoll, gewisse Verfahrensweisen, die es häufig ja schon standardisiert gibt, noch mehr publik zu machen und eventuell in Abstimmung von Ärzteschaft und Sanitätshäusern noch weiter zu optimieren und zu präzisieren. Ich möchte alle Interessierten herzlich einladen, in dieser AG Sanitätshaus der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie aktiv mitzuarbeiten. Kontakt über [anja.pielhau@ukb.uni-bonn.de](mailto:anja.pielhau@ukb.uni-bonn.de).

*Die Fragen stellte Marcus Land.*

#### **Professor Dr. Markus Stücker**

Arzt für Dermatologie  
– Phlebologie, Allergologie, Dermatohistologie,  
medikamentöse Tumortherapie –

Leitender Arzt am Venenzentrum der Dermatologischen und Gefäßchirurgischen Kliniken im St.-Maria-Hilf-Krankenhaus Bochum