

## Kooperationsmöglichkeiten zwischen Allgemein- und Gefäßmedizinern Hausärzte bei Venenerkrankungen als Lotsen mit ins Boot holen

Laut der Bonner Venenstudie (1) weist rund ein Drittel der erwachsenen deutschen Bevölkerung venöse Veränderungen wie Varizen, damit verbundene Ödeme oder Hautveränderungen oder gar ein venöses Ulkus auf. Damit die Erkrankungen sich nicht verschlechtern, sollten sie abgeklärt und gegebenenfalls auch therapiert werden. Da es in Deutschland aber nicht genug Gefäßmediziner gibt, um ein Drittel der Bevölkerung fachgerecht zu untersuchen, könnten Hausärzte in das phlebologische Screening eingebunden werden. Bei einem Round-Table-Gespräch im Viavital Verlag, Köln, im November diskutierte eine Expertengruppe von Gefäß- und Allgemeinmedizinern über Kooperationsmöglichkeiten.

In Deutschland leiden 17 % der Erwachsenen (13 Mio.) unter einer chronischen venösen Insuffizienz im Stadium C3 bis C6 nach der CEAP-Klassifikation (1) (Tab. 1). Bei weiteren 14 % (12 Mio.) liegt eine Varikose ohne Zeichen einer venösen Insuffizienz vor (C2) (1). Mit zunehmendem Alter weisen immer mehr Menschen venöse Erkrankungen auf, sodass bei einer alternden Bevölkerung mit einer Zunahme an Venenpatienten zu rechnen ist. „Es sind nicht genug Gefäßspezialisten da, um alle Patienten flächendeckend zu versorgen“, betonte *Prof. Dr. med. Eberhard Rabe* von der Klinik und Poliklinik für Dermatologie der Universität Bonn.

Stadium	Veränderungen
C0	keine sichtbaren Zeichen einer Venenerkrankung
C1	Besenreiser, Teleangiektasien oder retikuläre Venen
C2	Varikose ohne klinische Zeichen einer CVI
C3	Varikose mit Ödem
C4	Varikose mit trophischen Hautveränderungen
C5	Varikose mit abgeheiltem Ulkus
C6	Varikose mit floridem Ulkus

Tab. 1: CEAP-Stadien zur Einteilung für den Schweregrad einer chronischen venösen Insuffizienz (CVI) (C = Klinischer Befund, E = Ätiologie, A = anatomische Lokalisation, P = Pathophysiologie).



Abb. 1: Bei einem Round-Table-Gespräch diskutierten die Experten über Kooperationsmöglichkeiten zwischen Allgemein- und Gefäßmedizinern: Prof. Stücker, Dr. Dr. Schlüter, Prof. Kröger, Prof. Dissemond, K. Protz, PD Dr. Reich-Schupke, Prof. E. Rabe, K. Breitenborn (Viavital Verlag) (v.l.).

Laut *Prof. Dr. med. Markus Stücker* vom Venenzentrum der Dermatologischen und Gefäßchirurgischen Kliniken der Ruhr-Universität Bochum gibt es insgesamt 4934 Gefäßmediziner in Deutschland, davon nur 2483 Phlebologen (plus 1673 Gefäßchirurgen und 778 Angiologen) (Stand 31.12.2015 (2)) (Tab. 2). Bei über 74 Mio. Menschen, welche zumindest Veränderungen im Stadium C1 der CEAP-Klassifikation aufweisen (1), kämen rund 15.000 Patienten auf einen Gefäßmediziner, wohl zu viele, um die wirkliche behandlungsbedürftigen Patienten detektieren zu können. Seiner Meinung nach werde die Anzahl der Phlebologen auch in Zukunft nicht zunehmen, wohingegen aufgrund



Prof. M. Stücker



FOTOS: S. REICH-SCHUPKE, DIE CHRONISCHE VENÖSE INSUFFIZIENZ, IN: E. RABE, M. STÜCKER (HRSG.), PHLEBOLOGISCHER BILDATLAS, VIAVITAL



Kerstin Protz

der älter werdenden Bevölkerung mit einer Zunahme an Venenpatienten zu rechnen ist. „Es stellt sich deshalb die Frage, ob alle Venenpatienten ausreichend behandelt werden“, gab er zu Bedenken. Dem stehen in Deutschland 43.569 Hausärzte (Allgemeinmediziner, prakt. Ärzte und hausärztlich tätige Internisten) (2) gegenüber. Prof. Stücker stellte deshalb zur Diskussion, inwieweit auch

Hausärzte in das Screening der Patienten mit Venenveränderungen eingebunden werden könnten.

Auch Kerstin Protz, Projektmanagerin Wundforschung vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, kritisierte, dass selbst viele Patienten mit einem Ulcus cruris venosum nicht richtig behandelt seien. „Eine Untersuchung der Barmer-GEK an Versicherten mit venösen Ulzera hat ergeben, dass nur rund 40 % der Betroffenen eine Kompressionstherapie erhalten“, betonte sie (3).

## Risikopatienten identifizieren

Prof. Dr. med. Knut Kröger von der Klinik für Gefäßmedizin am Helios Klinikum Krefeld wies darauf hin, dass die 25 Millionen Menschen in Deutschland, die manifest

venenkrank sind, gefährdet seien, eine Verschlechterung ihrer Erkrankung zu erleiden. Da es zu wenige Gefäßmediziner gäbe, war auch er der Meinung, dass der Hausarzt als Lotse mit ins Boot geholt werden und ein Venen-Screening anbieten solle, um die Risikopatienten zu identifizieren, die einer Therapie bedürfen.

Aus diesem Grund stellte Prof. Rabe ein Venen-Screening-Tool für Allgemeinmediziner vor, das fast fertig entwickelt sei und auf den Bonner Venentagen im Februar 2017 präsentiert werden solle. Es bestehe aus einer zweiseitigen bebilderten Checkliste, mit der der Hausarzt typische Beschwerden beim Patient abfragen könne und dann mittels eines Algorithmus erfahre, ob er den Patienten selbst zum Beispiel mit Kompressionstherapie behandeln könne oder ihn lieber zum Gefäßmediziner überweisen solle.

Prof. Stücker schlug vor, den Bogen nach der Fertigstellung durch die Expertengruppe mit dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie abzustimmen und dann andere Fachgesellschaften und Berufsverbände mit einzubeziehen, insbesondere den Deutschen Hausärzteverband sowie zum Beispiel auch den Berufsverband der Phlebologen und die Deutsche Gesellschaft für Angiologie.

Laut Prof. Rabe sei nach der Fertigstellung ein Probelauf bzw. eine Pilotstudie notwendig, in der der Screening-Bogen in einigen Hausarztpraxen



Prof. E. Rabe

Mediziner	Anzahl
Phlebologen	2483
Gefäßchirurgen	1673 (Facharzt und SP)
Angiologen	778 (Facharzt und SP)
Summe Gefäßmediziner	4934
Allgemeinmediziner (Facharzt und prakt. Arzt und internistischer Hausarzt)	43.569

Tab. 2: Anzahl von Gefäß und Allgemeinmediziner (Stand 31.12.2015 (2)).





Abb. 2: Die klinischen Stadien der CEAP-Klassifikation im Überblick. Von links nach rechts:

- C1: Besenreiser und retikuläre Varizen
- C2: sichtbare Varizen
- C3: Einschnürung des Strumpfbundes als Zeichen des Ödems (hier kombiniert mit Hyperpigmentierungen)
- C4: Hautveränderungen: Hyperpigmentierungen, Atrophie blanche
- C5: abgeheiltes Ulcus cruris
- C6: florides Ulcus cruris

VERLAG, KÖLN 2015



Dr. Dr. P. Schlüter

ausprobiert und die Patienten anschließend von einem Phlebologen nachuntersucht werden sollten.

### Venen-Screening als IGeL

*Dr. Dr. med. Peter Schlüter*, Allgemeinmediziner aus Hemsbach, begrüßte das Screening-Tool, fragte aber, wann es angewandt und wie die Durchführung honoriert werden solle. Im Rahmen des Gesundheitschecks sei es für den Hausarzt nicht rentabel,

sodass es als IGeL angeboten werden müsse, solange der Patient keine Beschwerden aufweise. „Ein Screening auf arterielle Erkrankungen existiert bereits als IGeL. Gut wäre zum Beispiel, beide Gefäßuntersuchungen zu kombinieren“, schlug der Hausarzt vor. Gut fände er zuvor eine Fortbildung zum phlebologischen Screening.

Im Wartezimmer, so *Prof. Stücker*, könne mit einem Poster auf den Venencheck als IGeL aufmerksam gemacht werden unter dem Motto: „Falls Sie Venenveränderungen haben, kann Ihnen schon jetzt wirkungsvoll geholfen und schweren Erkrankungen wie zum Beispiel venösen Geschwüren vorgebeugt werden“.

*Prof. Dr. med. Joachim Dissemond* von der Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie am Universitätsklinikum Essen bekräftigte, dass dem Hausarzt – auch wenn der Patient mit Beschwerden käme und auf GKV-Kosten untersucht werde – mit dem Venen-Screening-Bogen eine standardisierte Diagnosehilfe zur Verfügung stünde. Ebenso könne der Bogen bei einer späteren Überprüfung der Heil- und Hilfsmittelverordnungen zur Rechtfertigung bei

der Verordnung von Kompressionsstrümpfen dienen. Er schlug vor, zusätzlich eine Produktauswahlhilfe für Kompressionsmittel für Hausärzte zu entwickeln.

### Qualifizierte klinische Untersuchung

„Bei dem Screening-Bogen handelt es sich um eine qualifizierte klinische Untersuchung nach standardisierten Gesichtspunkten“, betonte auch *Prof. Rabe*. Er riet, die Auswertung des Screening-Bogens mit drei Ampelfarben zu versehen, die mit einem einfachen Handlungsalgorithmus verbunden seien:

- Grün = gesund, keine Therapie notwendig.
- Gelb (z.B. abends schwere Beine bei Stehverflern oder geringe, nicht operationsbedürftige Varikose) = Kompressionstherapie durch Hausarzt mit medizinischen Kompressionsstrümpfen der Kompressionsklasse 1 oder Information über Venenmedikamente. Kontrolle nach drei Monaten, ob Therapie hilft. Wenn nicht, Überweisung zum Gefäßmediziner.
- Rot = Überweisung zum Gefäßmediziner.



Prof. J. Dissemond

### Befragung zur Kompressionstherapie

Anschließend stellte *PD Dr. Stefanie Reich-Schupke*, Stiftungsprofessur Phlebologie vom Venenzentrum der Dermatologischen und Gefäßchirurgischen Kliniken der Universität Bochum, die Abschlussergebnisse der Befragung zum Thema Kompressionstherapie vor, die sie von Mai bis Oktober 2016 zusammen mit *Kerstin Protz* durchgeführt hatte. Hierbei wurden 74 Ärzte und 254 medizinische Fachkräfte (Pflegepersonal, Therapeuten und medizinisches Hilfspersonal) auf zwölf verschiedenen Veranstaltungen (Wundkongresse, Phlebologenkongresse/-fachtagungen, Fort-

bildungen zur Wundbehandlung etc.) befragt. Bei den medizinischen Fachkräften handelte es sich meist um Gesundheits- und Kranken- bzw. Altenpflegefachkräfte aus Klinik, ambulanter Pflege sowie Altenheim oder auch medizinische Fachangestellte, die als Zusatzqualifikation größtenteils den Wundexperten ICW aufwiesen. Befragte Ärzte waren in der Regel Chirurgen oder Gefäßchirurgen, aber auch Allgemeinmediziner, Internisten oder Dermatologen, vorwiegend mit der Zusatzqualifikation Curriculum Lymphologie DGL oder der Zusatzbezeichnung Phlebologie.

## Moderne Kompressionsmittel oft unbekannt



PD Dr. S. Reich-Schupke

Die Kompressionsanwendungen pro Quartal waren sehr unterschiedlich, im Mittel wurden knapp 60 Patienten versorgt. Als Indikationen wurden am häufigsten venöse Ulzera genannt, seltener Ödeme, Krampfadernerleiden oder ein Lymph-/Lipödem. Dabei verwendete Kompressionsmaterialien waren vorwiegend Kurzzugbinden mit oder ohne Polster sowie medizinische Kompressionsstrümpfe. „Trotz zahlreicher Zusatzqualifikationen bei Ärzten und Pflegefachkräften waren vielen Befragten moderne Kompressionsmittel wie Mehrkomponentenverbände, Ulkus-Kompressionsstrümpfe oder adaptive Systeme nicht bekannt“, betonte PD Dr. Reich-Schupke. Über An- und Ausziehhilfen, so die Expertin, seien eher Ärzte informiert als Pflegefachkräfte.

Obwohl die Befragung offenbarte, dass das Wissen über Kompressionstherapie meist unzureichend war, fühlten sich viele der Teilnehmer gut über das Thema aufgeklärt. An einer Kompressionsschulung hatten viele der Befragten teilgenommen. „Es zeigte sich eine Divergenz zwischen Erfahrungsempfinden und Schulung. In der Praxis kommen leider die zeitgemäßen Versorgungsstrukturen nicht an“, interpretierte PD Dr. Reich-Schupke die Ergebnisse der Befragung. Das führe dazu, dass Kompressionstherapie wenig oder falsch verordnet oder angewandt würde.

## Hindernisse bei der Kompressionstherapie

Als Hindernis bei der Anwendung der Kompressionstherapie gaben die Ärzte meist zu geringe Vergütung, ungenügende Ausbildung oder fehlende Kooperation der Patienten an. Die Pflegefachkräfte empfanden

ebenso die schlechte Kooperation des Patienten als hinderlich, aber auch die des Arztes sowie ungenügende Ausbildung und Diagnostik.

„Von der Pflege wird der Kompressionsverband oft nicht richtig angelegt. Wenn es dem Patienten dann damit



Prof. K. Kröger

schlecht geht und er die Therapie nicht will, gilt er als wenig compliant“, bekräftigte Kerstin Protz. „Und leider wird häufig nicht das optimale Kompressionsmaterial verordnet. Macht der Patient dann schlechte Erfahrungen mit der Therapie und lehnt sie ab, wird er als unkooperativ bezeichnet“, kritisierte auch Prof. Stücker. Aber bei der Befragung sei es um Patienten mit venösen Ulzera gegangen und nicht um den normalen Patienten mit chronischer venöser Insuffizienz. Der sei in der Regel mit medizinischen Kompressionsstrümpfen gut versorgt und zufrieden. Aber sobald es bei der Kompressionstherapie komplizierter werde, zum Beispiel bei einem Ulcus cruris venosum, seien Ärzte und Pflegenden überfordert. Zu wenige Patienten würden mit zeitgemäßem Material versorgt, betonte Prof. Stücker.

Die Expertengruppe plant, in diesem Jahr eine Befragung zur Kompressionstherapie normaler Venenpatienten beim Hausärzte-Kongress in Bad Orb sowie beim Kongress der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie in Stuttgart durchzuführen.

Katrin Breitenborn

## Literatur

1. Rabe E, Pannier F, Bromen K et al. Bonner Venenstudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie\* Epidemiologische Untersuchung zur Frage der Häufigkeit und Ausprägung von chronischen Venenkrankheiten in der städtischen und ländlichen Wohnbevölkerung. Phlebologie 2003;32;1-14.
2. www.bundeaerztekammer.de
3. Sauer K, Rothgang H, Glaeske G. BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2014, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 28, Hersg. BARMER GEK Berlin, September 2014.

## IMPRESSUM

Sonderbeilage in „vasomed“ 01/2017 und „der niedergelassene arzt“ 1-2017.  
Round-Table Gespräch „Kooperationsmöglichkeiten zwischen Allgemein- und Gefäßmedizinern: Hausärzte bei Venenerkrankungen als Lotsen mit ins Boot holen“ am 24. November 2016 in Köln. Redaktion: Katrin Breitenborn, Layout: Andrea Dotzauer, Druck: D+L Printpartner GmbH, Schlavenhorst 10, 46395 Bocholt.  
© Viavital Verlag, Köln 2017, www.der-niedergelassene-arzt.de

Mit freundlicher Unterstützung des Medical Data Institute.