



Thomas Stumptner

Phlebologie

Plädoyer für einen überfälligen
Paradigmenwechsel

 hogrefe

Phlebologie

Phlebologie

Thomas Stumptner

Programmbereich Medizin

Thomas Stumptner

Phlebologie

Plädoyer für einen überfälligen
Paradigmenwechsel



Dr. med. Thomas Stumptner,
Facharzt für Orthopädie, Phlebologie und Chirotherapie in Nürnberg
Homepage: www.dr-stumptner.de
E-Mail: info@dr-stumptner.de

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

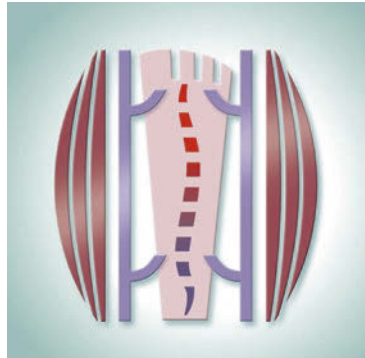
Hogrefe AG
Lektorat Medizin
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Susanne Ristea,
Bearbeitung: Markus Pohlmann, Heidelberg
Herstellung: René Tschirren
Umschlagabbildung: Privatarchiv Dr. Thomas Stumptner
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Satz: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Multiprint Ltd., Kostinbrod
Printed in Bulgaria

1. Auflage 2021
© 2021 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96050-0)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76050-6)
ISBN 978-3-456-86050-3
<http://doi.org/10.1024/86050-000>

Widmung



*Meinen Söhnen Johann und Levin
und ihrem Großvater Günter
meinem Lehrer in Phlebologie, sowie
ärztlichem und funktionellem Denken*

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z.B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
1. Geleitwort	11
2. Geleitwort	13
Einleitung	15
1 Kritische Vorverständigung	19
Die phlebologische Lehrmeinung	19
Der Weg zur Gewinnung von Erkenntnis	21
Wissen und seine Bedeutung für ein schlüssiges phlebologisches Funktionsmodell	23
Die Bedeutung des Überblicks	23
Subjektivität	25
Die Rolle kultureller Einflussfaktoren	26
Sprache	27
Selbstverständnis – Hierarchie	28
Notwendige Skepsis gegenüber dem Gelernten	29
Autorität und Autoritätsgläubigkeit	29
Verwechslung von Ursache und Wirkung	29
Ziel und Zweck dieses Buches	30
2 Der Körperkreislauf – der Weg hinein	33
3 Das Beinvenensystem – der Weg hinaus	35
3.1 Struktur	35
3.2 Funktion	35
3.2.1 Faszie	37
3.2.2 Klappen	45
3.2.3 Pumpsystem	51
Fußstatik	59
3.3 Physiologie	60
3.3.1 Klappen	60
3.3.2 Pumpsystem	61
Fußstatik	62
Körperkoordination	63

3.4	Pathophysiologie	67
3.4.1	Beschwerden und Symptome	67
3.4.2	Befunde	71
	Inspektion	71
	Palpation	71
3.4.3	Subfasziales venöses Ödem	76
	Klappen- und Beinvenensystem als Ursachen des subfazialen venösen Ödems (Disposition – „Bindegewebsschwäche“, Faszien- insuffizienz – Körperfehlstatik)	86
3.4.4	Gesetz von Hagen-Poiseuille	95
3.5	Therapie	95
3.5.1	Klappen	96
3.5.2	Pumpsystem	105
3.5.3	Behandlungserfolg – Ergebnis	106
3.6	Der ausbehandelte Zustand	110
3.6.1	Venensystem	110
3.6.2	Kreislauf	110
3.6.3	Arterien	110
3.7	Pflege	111
3.7.1	Klappen	111
3.7.2	Pumpsystem	111
3.7.3	Wärme und Gewicht	112
3.7.4	Varizen	112
4	Synopse	113
5	Evidenz	117
6	Beinleiden	119
	Komplexität	119
	Eigenverantwortung	120
7	Resümee	123
	Beinvenenprobleme lassen sich mit einem Funktionsmodell erklären	123
	Fehlhaltungen und Funktionsstörungen	123
	Folgeerkrankungen	124
	Therapeutische Maßnahmen	124
	Literatur	127
	Über den Autor	142
	Sachwortverzeichnis	143

Vorwort

*Principium sermonis medici anatome est.
Teatro anatomico dell 'Ospedale del
Ceppo, Pistoia*

*Wo das Leben beginnt, hört die Wissenschaft
auf; und wo die Wissenschaft beginnt,
hört das Leben auf.*

Egon Friedell, Kulturgeschichte der Neuzeit

Als ich bei Staubesand (auf S. 86 seines Kompendiums) [334] vor Jahrzehnten während meiner Zeit als junger Assistenzarzt der Inneren Medizin vom „autoklastischen Haut- und Faszienstrumpf“ las, konnte ich dessen funktionelle Bedeutung für den venösen Blutfluss eher intuitiv unmittelbar, wie vom Autor dargelegt, verstehen.

Was ich nicht übersetzen konnte, war das Wort „autoklastisch“, welches in keinem Lexikon und keinem Lehrbuch jemals in einer passenden Bedeutung zu finden war.

Während einer späteren erneuten Beschäftigung mit der phlebologischen Literatur entdeckte ich den von Staubesand zitierten Begriff bei Askar, der ihn im Rahmen seiner vielfältigen Überlegungen zur Funktion der Beinvenen wohl prägte und die Faszie - allerdings zur Begründung seiner operativen Behandlung mittels der Fasienduplikatur - wieder als Schlüsselstruktur für den Fluss in den Beinvenen erkannte. Er bezeichnete die Faszie treffend als „autoelastic stocking“ [8]. Mein jahrelanges Rätselraten war zu Ende. Das Problem entpuppte sich als einfacher Druckfehler.

Dieses Erlebnis beflügelte mich sehr dahingehend, dass ich in Askar einen Autor gefun-

den hatte, der bei den anatomischen Gegebenheiten beginnend logisch ein klares phlebologisches Funktionsmodell zu formulieren versuchte. Eher zufällig entstand aus weiteren Literaturrecherchen zur Vervollständigung kleiner Fachvorträge der Gedanke, den Versuch zu unternehmen, das riesige vorliegende Wissen über die Beinvenen unter dem Blickwinkel des „autoelastischen Kompressionsstrumpfes“, nämlich den wie bei Askar anatomisch klar begründeten Vorstellungen von Heinrich Fischer [82] zu formulieren.

Bei dieser mir neuen und ungewohnten Tätigkeit hat mir eine Reihe von Personen auf die unterschiedlichste Weise sehr geholfen. Ohne diese vielfältige Unterstützung wäre es mir nicht gelungen, das vorliegende Buch zu verfassen. Die Hilfestellungen umfassen alle nur denkbaren Facetten, die es für die Realisierung einer derartigen Idee braucht. Ich bin dafür überaus dankbar und ich bedanke mich dafür auf das aller Herzlichste bei:

Pelin Basaran, Prof. Dr. Dietrich v. Engelhardt, Tom Frank, Prof. Dr. Johannes Grebe-Ellis, Hogrefe-Verlag, Rainer Kraus, Daniela Nitsch, Prof. Dr. Hugo Partsch, Dr. Gregor Pfaff, Prof. Dr. Eberhard Rabe, Susanne Ristea, Ilse Rödel, Christine Schwerdt, Johann Stumptner, Levin Stumptner, Dr. Klaus Trinczek, Dr. Michaela Trinczek, Damen und Herren der Zentralen Ausleihe der Universitätsbibliothek Erlangen.

Nürnberg im Sommer 2021
Thomas Stumptner

1. Geleitwort

Ein außerordentliches Werk liegt vor Ihnen.

Dies ist sicher kein Lehrbuch der Phlebologie im herkömmlichen Sinne. Im Vordergrund steht hier wohl der zweite Untertitel des Werkes: „Plädoyer für einen überfälligen Paradigmenwechsel“. Hier wird nicht einfach phlebologisches Wissen zum Besten gegeben, sondern vielmehr handelt es sich um ein Plädoyer für eine spezifische Grundkonzeption zum Verständnis von pathologischen Entwicklungen, die oft als „venöse Beinleiden“ bezeichnet werden.

Außergewöhnlich ist auch der Aufbau des Werkes. Nach ausführlichen Erörterungen im Vorwort über „kritische Vorverständnis“, den „Weg zur Gewinnung von Erkenntnis“, „Wissen und seine Bedeutung für ein schlüssiges phlebologisches Funktionsmodell“, „die Bedeutung des Überblicks“, die Rolle kultureller Einflussfaktoren“ und anderen Überschriften, wie etwa „Verwechslung von Ursache und Wirkung“, die wohl das spezifische Herangehen des Autors an das Gesamtkonzept erklären, wird „das Beinvenensystem – der Weg hinaus“ als klinischer Hauptteil des Werkes funktionell und anatomisch beschrieben. Auch hier werden allgemeine, theoretische Vorstellungen über Stase und Funktion in den Vordergrund gestellt, bevor die subfasziale Stauung als zentrale pathologische Noxe besprochen wird. Der Autor nimmt an, dass deren pathologisch-anatomisches Substrat bis heute nicht vollständig objektiviert wurde (initiale Vorbefunde mittels Magnetresonanztomographie werden präsentiert, wobei aber eine sorgfältige Interpretation der erhobenen Befunde leider

fehlt). Subfasziale Druckmessungen werden nicht erwähnt.

Auch im klinischen Abschnitt dominieren strukturelle Veränderungen der Muskelfasziolen des Unterschenkels den Text und weisen auf die orthopädische Fachkompetenz des Autors hin.

Eine Darstellung von phlebologischen Diagnosen bzw. von klinischen Bildern in Abhängigkeit von der Schwere des funktionellen Defizits fehlt.

Bezüglich Therapie liegen die Empfehlungen neben allgemeinen Lebenshaltungsvorschlägen und anderen orthopädischen Maßnahmen auf einer Kompressionstherapie mit unelastischem Material nach der Fischer-Schule. Erwähnt werden kurz Operationen bei Varizen.

In allen Ausführungen legt der Autor großen Wert auf sprachliche Klarheit und logische Erklärung von komplexen Abläufen.

Das außergewöhnliche Werk richtet sich nicht an Anfänger in der Phlebologie zum raschen Nachschlagen, sondern ist im Wesentlichen der Versuch einer Rechtfertigung der vorwiegend im deutschsprachigen Raum anzutreffenden Anschauung, dass den meisten chronischen Venenleiden letztlich eine Funktionsstörung der Muskelfasziolen zu Grunde liegt, welche durch unnachgiebige Verbände gebessert und auch geheilt werden kann (in diesem Zusammenhang ist die sorgfältige Auflistung von teilweise vergessener Literatur als überaus positiv hervorzuheben!).

Für ältere Kollegen und erfahrenes Pflegepersonal, welche gelegentlich berechtigte Zweifel an der praktischen Phlebologie ihres klini-

schon Alltags empfinden, ist die Lektüre dieses Buches jedenfalls eindringlich zu empfehlen.

Ich wünsche dem Autor sowie seinem außergewöhnlichen Werk alles Gute!

Hugo Partsch

Wien, Juni 2021

2. Geleitwort

Medizin verbindet Naturwissenschaften und Geisteswissenschaften, Objektivität und Subjektivität, Individuum und Gesellschaft, Recht und Ethik, Geschichte, Gegenwart und Zukunft – mit unterschiedlichen Akzentuierungen in den verschiedenen medizinischen Disziplinen Innere Medizin, Gynäkologie, Pädiatrie, Chirurgie, Psychosomatik, Psychiatrie wie ebenso Orthopädie.

Seit der Antike wird Medizin als Wissenschaft (*scientia*) und Kunst (*ars*) verstanden, als wissende Praxis oder Handlungswissenschaft, die es im Unterschied zur Technik aber nicht mit Maschinen, vielmehr mit Menschen mit Bewusstsein, Sprache und sozialen Beziehungen zu tun hat. Weiterhin Gültigkeit besitzt der hippokratische Aphorismus: „Die Kunst ist lang (*ars longa*), das Leben ist kurz (*vita brevis*), der günstige Augenblick ist flüchtig (*occasio fugax*), die Erfahrung ist trügerisch (*experientia fallax*), die Entscheidung ist schwierig (*judicium difficile*).“ Bleibend zentral für den Kranken wie für den Arzt ist das antike Verständnis der Lebenskunst (*diaita*) oder Diätetik als Umgang mit sechs Bereichen: Licht und Luft (*aer*), Bewegung und Ruhe (*motus et quies*), Essen und Trinken (*cibus et potus*), Ausscheidungen (*secreta*) und Gefühle (*affectus animi*). Zeitlos sind ebenfalls die drei Arzttypen der Philosophen Plato und Aristoteles: der Sklavenarzt, der seine Anweisungen wie ein Tyrann gibt; der Arzt für Freie, der die Therapie mit dem Kranken bespricht und die Behandlung erst beginnt, wenn dieser seine Einwilligung gegeben hat; der Arzt als medizinisch gebildeter Laie, der sich selbst für seine Gesundheit und Krankheit verantwortlich fühlt.

Gesundheit und Krankheit sind nicht nur Leib und Seele, sondern immer auch Natur und Kultur. Die historische Entwicklung der Medizin manifestiert ihr Zusammenspiel, aber immer wieder auch Gefahren naturalistischer und technischer Reduktionen in der kausalen Begründung, therapeutischen Behandlung und menschlichen Zuwendung. Der gesunde und kranke Mensch ist auf die äußere Objektivität und innere Subjektivität nicht nur im Dualismus von Körper und Seele, sondern auf vierfache Weise bezogen: auf die individuelle Objektivität des Körpers und die allgemeine Objektivität der Natur, auf die individuelle Subjektivität des Bewusstseins und die allgemeine Subjektivität der Kultur.

Theorie und Praxis der Medizin legen ein weitgespanntes naturwissenschaftlich-geisteswissenschaftliches Verständnis der gegenwärtig programmatischen Leitbegriffe „Personalisierte Medizin“, „Evidenzbasierte Medizin“, „Präzisionsmedizin“ nahe. „Personalisierte Medizin“ kann nicht nur individuelle Biologie und Genetik bedeuten, die für Diagnostik und Therapie ohne Zweifel wichtig sind, sondern muss auch die Person des Kranken in seinen subjektiven, sozialen und geistigen Ebenen, seiner Identität und Kontinuität im Krankheitsverlauf und der Lebensentwicklung berücksichtigen. „Evidenzbasierte Medizin“ kann nicht nur empirisch-statistischer Beweis heißen, sondern auch unmittelbare Wahrnehmung, besitzt einen äußerlich-objektiven und einen innerlich-subjektiven Sinn. „Präzisionsmedizin“ schließlich muss sich nicht nur auf objektive Daten beziehen, sondern ebenso auf die subjektive

Selbstwahrnehmung des Kranken und die Fremdwahrnehmung des Arztes.

Moderne Medizin ist mit den bedeutenden Fortschritten in allen Bereichen der Diagnostik, Therapie und Forschung substantiell auf Recht und ebenso Ethik angewiesen – medizinische Ethik nicht als Sonderethik, sondern als Ethik besonderer Situationen wie Geburt und Tod, Krankheit und Heilung, Arzt-Patienten-Beziehung, sozial-kultureller Kontext. Zentrale Prinzipien und Normen – gültig für den Arzt wie den Kranken – sind Gerechtigkeit, Nutzen, Schadensvermeidung, Autonomie, Würde, Tugend, Solidarität. Rechte, Pflichten und Tugenden gelten – bei allen Unterschieden – für den Kranken wie den Arzt und können nicht – unter Aussparung von Tugenden – asymmetrisch verteilt werden: Rechte hat der Kranke, Pflichten der Arzt.

Die in der Moderne veränderte Balance von Immanenz und Transzendenz hat Auswirkungen auf die Medizin. Wenn der Glaube ans Jenseits abnimmt, steigen die Erwartungen ans Diesseits; das Paradies wird verweltlicht, soll bereits im irdischen Dasein verwirklicht werden – ein Leben ohne Behinderungen, Schmerzen, Leiden, Krankheiten, Sterben und Tod. Naturwissenschaften und Medizin erhalten mit diesen Zielen eine machtvolle Dynamik, die nicht aufzuhalten oder kaum zu steuern ist. Die weltweit verbreitete Definition der Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO): „Gesundheit ist der Zustand vollständigen physischen, sozialen und geistigen Wohlbefindens (complete physical, social and mental well-being)“ überzeugt mit ihrem nicht nur biologischen, sondern ebenso sozialen und geistigen Verständnis von Gesundheit und Krankheit, ist

zugleich illusorisch und gefährlich, da mit ihr falsche Bedürfnisse und Forderungen geweckt werden: ewige Gesundheit, Jugend und ein Leben bis zum genetisch bestimmten Ende, das wie mit einer Guillotine unvorhergesehen und plötzlich eintreten soll.

Das Spektrum dieser Dimensionen bestimmt das weitgespannte und stimulierende Werk *Phlebologie, Plädoyer für einen überfälligen Paradigmenwechsel* des Arztes Thomas Stumptner. Die Objektivität der Beinvenen wird mit der Subjektivität des leidenden Patienten verbunden, Diagnostik und Therapie des Orthopäden mit der Beziehung zum Patienten, Erkenntnistheorie mit Wissenschaftstheorie, Begriff mit Sprache, Medizin mit Ethik, Gesellschaft und Kultur, Krankheitsgeschichte mit Krankengeschichte, ärztliche Aufklärung mit Selbstverantwortung des Patienten. Positionen der Vergangenheit werden in einer ganzheitlichen und zugleich differenzierten Perspektive mit gegenwärtigen Auffassungen und vor allem mit einem Plädoyer für einen zukünftigen Paradigmenwechsel der Phlebologie in Theorie und Praxis in einen überzeugenden Zusammenhang gebracht. Orientierung ist eine Humanmedizin als humane Medizin zum Wohl und zur Würde des kranken Menschen.

„Der Arzt ist weder Techniker noch Heiland, sondern Existenz für Existenz, vergängliches Menschenwesen mit dem anderen, im anderen und sich selbst die Würde und die Freiheit zum Sein bringend und als Maßstab anerkennend.“ (Karl Jaspers, 1932)

Prof. Dr. phil. med. habil. Dietrich v. Engelhardt
Karlsruhe, Juni 2021

Einleitung

Phlebologie ist die Lehre der Beinvenen, ihrer Erkrankungen und Behandlung. Aus dem Blickwinkel der anatomischen und physiologischen Gegebenheiten scheint die Funktionalität des Beinvenensystems ein in ihren Zusammenhängen logisches und in ihren Abläufen klar nachvollziehbares Geschehen zu sein. Die therapeutischen Ergebnisse, die sich mit einer Behandlung aus dieser Sicht erzielen lassen, sind nahezu prognostizierbar. Andererseits werden seit Jahrzehnten in der wissenschaftlichen Literatur und auf den Kongressen immer wieder gleiche Fragestellungen diskutiert. Die Auseinandersetzung mit diesen Themen scheint sich mangels klarer Lösungsmöglichkeiten im Kreis zu drehen.

Diese Diskrepanz veranlasst mich, die mir entgegen mancher Schulmeinung immer als plausibel erschienene Vorstellung des venösen Geschehens im Bein als auf der Anatomie beruhenden Funktionalität in logisch begründeten Schritten zu überprüfen und aufzuschreiben.

In der umfangreichen phlebologischen Literatur sind über die Jahrhunderte zahlreiche Gedanken zu den Beinvenen und ihren Problemen vielfach dargestellt worden. Eine große Zahl bedeutender Ärzte, Denker und Forscher hat dieses Thema bearbeitet. Hervorragende Autoren konnten viele Aspekte der Venenfunktion abschließend abhandeln. Das Spektrum der Darlegungen dazu reicht von intuitiv richtigen und falschen Darstellungen, spekulativen Überlegungen, als Tatsache postulierten Vermutungen, beobachtenden Beschreibungen, über erklärende, erhärtende und eindeutig beweisende Gedanken bis hin zu nachgewiese-

nen Sachverhalten. Ich will nicht wiederholen, was schon vorhanden ist. Dies alles ist bekannt und vermutlich nicht besser zu leisten!

Gleichzeitig finden sich widersprüchliche Aussagen und Vorstellungen und es werden viele Fragen gestellt. Zu den vielfältigen Ideen der Beschreibung der Beinvenen, ihrer Funktion und ihrer Erkrankungen gehört die zwischenzeitliche Lehrmeinung, wonach die Varikose wie auch die Thrombose eigenständige Entitäten und Ausgangspunkte von Venenkrankheiten seien. Das Postulat der primären und der sekundären Varikose ist zu nennen oder der Gedanke an unterschiedliche Qualitäten venöser Ulzera, die Trennung des chronischen Kompartmentsyndroms in exertionell und venös oder auch Begriffe wie venöses Herz, antegrade und retrograde Insuffizienz oder Massageeffekt. Dies alles und vieles mehr sind geniale Gedanken, um Zusammenhänge zu beschreiben, die dennoch an verschiedenen Stellen nicht abschließend schlüssig werden. Sowohl das Durchdenken gängiger phlebologischer Funktionsmodellvorstellungen nach Anatomie, Physik und Physiologie ergibt Brüche, wie auch Diagnose und Therapie nach der derzeitigen Schulmeinung Lücken aufweisen und Rezidive nicht erklären. Venenpatienten werden nicht als solche erkannt, geschweige denn sinnvoll phlebologisch behandelt. Der für die gesamte Funktion, im Gesunden wie im Kranken wesentliche Teil des Venensystems wird weitgehend negiert und erst nach Eintritt komplizierender Folgeerkrankungen, der tiefen Venenthrombose oder des Ulcus cruris in Augenschein genommen.

Betrachtet man die venöse Funktion hingegen nicht aus der Perspektive der Varikose, klären sich viele der immer wieder gestellten Fragen und Zusammenhänge werden schlüssig. Diese in der vorliegenden Schrift eingenommene Sicht auf die funktionelle Ganzheit wird durch die anatomischen Gegebenheiten begründet. Viele der oben angesprochenen wichtigen wissenschaftlichen Einzelergebnisse lassen sich dann meist zwanglos in ein Gesamtbild einordnen und tragen als bewiesene Ergebnisse zum Beweis der Schlüssigkeit des hier darzulegenden Konzepts bei.

Mein Anliegen ist es, die Bedeutung des Begriffs „Phlebologie“ für Funktion, Erkrankung und Behandlung des Beinvenensystems zu formulieren. Ich versuche eine über die Anatomie vorgegebene, einheitliche und umfassende Betrachtung der sogenannten Beinleiden als einen überfälligen Paradigmenwechsel in der Phlebologie vorzulegen, wozu mir die freie Form des Essays [35] angemessen erscheint. Meine Überlegungen beginnen stets bei der *Relevanz der tiefen Venen für ein System*. Für dieses Verständnis sind die oberflächlichen Venen zunächst vergleichsweise nebensächlich, da sie funktionell gering am Gesamtgeschehen beteiligt sind. Ihre Bedeutung wird therapeutisch erst relevant – und dann anatomisch-logisch kompromisslos – wenn das für das System Wesentliche beachtet wurde. Für die Beschreibung dieser gesamtfunktionellen Sichtweise von Phlebologie ist es deshalb notwendig, alle die Funktionalität des Beinvenensystems ausmachenden Aspekte zu berücksichtigen. Dies lässt sich mit dem Begriff „Beinleiden“ umschreiben, wozu unter anderem auch die Subjektivität des Patienten in seiner Lebenswirklichkeit – zur Sicherstellung der Beinvenenfunktion – gehört ([70]; [77]; [168]).

Die Abläufe, welche die „Phlebologie“ in der Vollständigkeit des Begriffes nach Struktur und Funktion sowie Individualität des Patienten in seiner Lebenswirklichkeit ausmachen, lassen sich anatomisch und physiologisch begründen. Vier Gründe haben mich zu der vorliegenden

Darstellung bewegt. Zunächst ist hier die über die Jahre meiner ärztlichen Tätigkeit gewachsene Frage zu nennen, warum die phlebologische Schulmeinung das Modell der Funktionsweise der Beinvenen nicht so vertritt, wie es sich bei unvoreingenommener Herangehensweise aus Anatomie und Physiologie logisch ergibt. Ferner will ich die Ergebnisse meiner vorwiegend aus der ärztlichen Praxis, d. h. aus den während der alltäglichen Beschäftigung mit dem Patienten gewonnenen Erfahrungen und Schlussfolgerungen zur Diskussion beisteuern. Drittens meine ich, dass eine aus der Logik von Anatomie und Physiologie sich ergebende, empirisch und wissenschaftlich belegte Behandlungsmethode – die sogenannte Fischer-Technik – im Gedächtnis der phlebologisch Interessierten erhalten bleiben sollte. Aufgrund der ärztlichen Verpflichtung gegenüber dem Patienten erscheint mir dies sinnvoll und notwendig [218]. Den Patienten interessiert berechtigterweise nur seine Gesundheit und Beschwerdefreiheit und nicht eine wissenschaftlich evidente Stringenz, die dem Wandel wissenschaftlicher Theorien gemäß immer im Fluss bleiben muss [377]. „Den Galen kennen sie wohl, aber vom Kranken wissen sie nichts“ [234].

Die anatomischen und physiologischen Voraussetzungen, auf die sich das Konzept von Heinrich Fischer [82] stützt, haben sich in meinem ärztlichen Alltag mit den Patienten seit vielen Jahren als Grundlage einer effektiven, erfolgreichen und dauerhaften Behandlungsmöglichkeit phlebologischer Erkrankungen erwiesen. Die Entwicklung der Lehrmeinung des Faches Phlebologie und der Behandlungsweise von Beinvenenerkrankungen hat in den vergangenen Jahrzehnten gegenüber diesen Vorstellungen eine deutlich gegenteilige Richtung eingeschlagen.

Letzter und zukunftsweisender Grund für diese Publikation ist, auch interessierte Kollegen anderer medizinischer Fachgebiete zu animieren, sich mit der faszinierenden Lehre des Beinvenensystems in der hier dargelegten Weise auseinanderzusetzen.

Ein bis heute gültiges und gefordertes ärztliches Selbstverständnis ([73]; [74]; [75]) ist Bedingung für die Erfassung der hohen Komplexität und die Behandlung phlebologischer Probleme. Das schließt den vielschichtigen Umgang mit dem Patienten als eigenverantwortlich Beteiligten, aber auch mit dem zentralen, anatomisch und physiologisch gestützten Behandlungsansatz phlebologischer Erkrankungen ein. Die sogenannte Fischer-Schule hat dies zur Grundlage. Die Methode nach Heinrich Fischer ist über einhundert Jahre alt, klar begründet und effektiv, aber nahezu vergessen und steht unmittelbar vor dem Aussterben [82]. Erhaltung und Weitergabe dieses Verfahrens, mit seiner Sichtweise der Funktion im Venensystem, dem Umgang mit dem Patienten und der Technik des unelastischen Verbands, liegen mir am Herzen.

Schwerpunkt des Buches ist das dritte Kapitel, in dem die Zusammenhänge zum Verständnis des hier vertretenen Ansatzes der gesamt-funktionellen Darstellung von Phlebologie dargelegt werden. Um den Kontext dafür herzustellen, geht ihm eine kritische Verständigung über eine Reihe begrifflicher, erkenntnis- und wissenschaftstheoretischer Überlegungen voraus. Bei aller Kürze scheinen sie mir ein entscheidender Schlüssel für die spätere Akzeptanz des hier vertretenen Anspruches und auch die Begründung dafür zu sein, warum die hier vertretene Sicht der Funktion des Beinvenensystems nicht längstens medizinisches Allgemeinut ist.

Von den von der Natur vorgegebenen sichtbaren Tatsachen, der Anatomie, ausgehend, werde ich die funktionellen Abläufe im Beinvenensystem beim Gesunden wie beim Kranken darstellen. Darauf gründen Behandlung und anschließender Umgang mit dem Patienten. Das Konzept der Darstellung ist naturwissenschaftlich. Jeder Einzelaspekt wird über einschichtige Logik und mit Literatur belegt.

Die Gliederung meiner Darstellung richtet sich nach der praktischen Alltagsperspektive meiner ärztlichen Tätigkeit. Die Anatomie ist vor dem Hintergrund der Evolution und den

erforderlichen Funktionen verständlich und nachvollziehbar. Die von mir gewählte Einteilung in „Faszie, Klappe und Pumpe“ hat ausschließlich semantische und didaktische Gründe. Im natürlichen Geschehen sind die Abläufe nicht trennbar. Ich versuche sie bei der Darlegung aller Einzelaspekte des Geschehens, ausgehend von Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie über Therapie und Nachsorge, beizubehalten. Dies bedingt ab und zu vermeintlich Wiederholungen, die sich aus dem jeweils unterschiedlichen Blickwinkel des Darzulegenden ergeben und die ich für gerechtfertigt halte. Für den einzelnen Patienten ist die konsequente Vollständigkeit aller Schritte des Behandlungsverlaufs essenzielle Voraussetzung für das Erreichen der venösen Funktion und damit für die Umsetzbarkeit des Konzeptes, den Behandlungserfolg und seine Dauerhaftigkeit.

Verschiedene Aspekte der Subjektivität des Patienten und des Arztes für Entstehung, Erkennung, Behandlung und Vermeidung von Beinvenenproblemen fließen ein. Naturwissenschaftlich begründbare strukturelle und funktionelle Zusammenhänge sowie individuelles ärztliches Tun unter Einbeziehen des Verhaltens des einzelnen Patienten sind für eine vollständige Behandlung des Venenkranken erforderlich [218]. Daraus ergibt sich die Begründung des traditionellen Begriffs Beinleiden. Diese Sichtweise des Arztes und des Patienten ist erforderlich, wenn der Anspruch der Vollständigkeit der Behandlung einschließlich der Dauerhaftigkeit des Behandlungserfolgs erfüllt werden soll.

Ein wesentlicher Teil des Umgangs mit dem Patienten betrifft die Zeit nach abgeschlossener Behandlung. Die dauerhafte Gesunderhaltung der Beine bedarf der Umsetzung des Begriffs „Beinleiden“ zur anhaltenden Aufrechterhaltung der vollständigen Beinvenenfunktion.

In einer grafischen Zusammenschau versuche ich die beschriebene Funktion in einem Fließschema im Überblick darzustellen. Einige Anmerkungen zur Relevanz des Evidenten in der Medizin und der Bedeutung der

durch den Behandler in praktische Tätigkeit umzusetzenden Komplexität der Beinvenenfunktion unter eigenverantwortlicher Einbeziehung des Patienten schließen den Text ab. Ein Resümee versucht alle wesentlichen Aspekte zusammenzufassen.

Mit zunehmender Geschwindigkeit entwickeln sich Subspezialisierungen der medizinischen Fächer, die in mikroskopische und anderweitig apparativ darstellbare Funktionszusammenhänge vordringen. Die damit oftmals einhergehende, in Einzelaspekte ableitende Sichtweise ärztlicher Tätigkeit als Zeiterscheinung wird häufig als Fortschritt begriffen. Vergesellschaftet ist damit allerdings die Gefahr des Verlustes der Betrachtung des Patienten in seiner Ganzheit. Diese Zeilen richten sich nicht gegen neuen Erkenntnisgewinn, ganz im Gegenteil. Dieser ist die Begründung für sinnvolle Modellvorstellungen und Nachweis ihrer Richtigkeit. Vielleicht werden die im Folgenden dargelegten Gedanken für diese Problematik als bedenkenswert erachtet. Denn es stellt sich die Frage, weshalb auch in früherer Zeit, ohne all die faszinierenden und sehr hilfreichen wissenschaftlichen Einzelergebnisse, eine vollständige Behandlung möglich war und ob diese durch das heute vorliegende Detailwissen besser geworden ist. Vielleicht war gerade der distanziertere, mehr auf die Gesamtheit des funktionellen Zusammenhangs gerichtete Blick mangels detaillierter Kenntnisse ein Vorteil für den Behandler und liegt an dieser Stelle heute

die Ursache für die fehlenden Antworten auf offene Fragen. Ich will bei aller Faszination und Bewunderung für das Wissen um viele Einzelaspekte innehalten und mit einem vielleicht nicht mehr oder noch nicht wieder zeitgemäßen Blick die Zusammenhänge anschauen. Die Welt und das Leben können auf verschiedenste Weise plausibel betrachtet werden ([44]; [64]; [159];) Es besteht immer nur eine gewisse Wahrscheinlichkeit zur Erfassung der Wirklichkeit. Für eine vollständige Behandlung des Patienten ist das aber ausreichend.

Dennoch würde ich mir wünschen, dass sowohl alle Einzelaspekte des im Folgenden Dargelegten, wie insbesondere auch das große Ganze der ärztlichen praktischen Alltagsarbeit, das hier als „Beinleiden“ Beschriebene in wissenschaftlichen Studien nach aktuellen Anforderungen aufgearbeitet würde. Dafür hält die Gesellschaft Institutionen vor, deren Aufgabe genau dies ist und die deswegen personell und finanziell ausgestattet sind.

Erfolgreich – verifizierend oder falsifizierend – wird diese Auffarbeitung allerdings nur dann sein können, wenn sie die hier dargestellten Inhalte wirklich untersucht. Dafür muss die Bereitschaft bestehen, die Gedankenmodelle aufzunehmen und die Methode zu erlernen. Das erfordert Zeit und Engagement, besonders zum Erlernen der Fähigkeit der Palpation, aber auch der Umsetzung der unelastischen Verbandanlage.

1 Kritische Vorverständigung

Beinleiden, Venenwandschwäche, Staube-schwerden, Venenstau, dicke Beine, offene Beine, Ödem, Krampfadern, Besenreiser, Phlebologie, Lipödem, Lymphödem, Lipolymphödem, Phlebolymphödem ... Eine Vielzahl solcher Begriffe geistert durch die Welt für Probleme, die für die Betroffenen wie auch gesamtgesellschaftlich und gesundheitsökonomisch eine erhebliche Bedeutung haben.

Über die Jahrhunderte hat sich eine Vielzahl von Ärzten und Forschern verschiedenster Disziplinen, häufig in genialer, hervorragender und mutiger Weise, mit Aspekten aus dem weiten Kreis der Erscheinungsformen von Beinvenenerkrankungen auseinandergesetzt. In den vergangenen hundert Jahren haben sie große Klarheit in die relevanten Strukturen und Funktionszusammenhänge gebracht. Ist gar schon alles Wesentliche erforscht, um kausal zu behandeln? Ich meine, ja! Denn das phlebologische Geschehen lässt sich ohne wesentliche Lücken zum Zweck einer sinnvollen, wissenschaftlich begründeten Therapie und dauerhaft stabiler Behandlungsergebnisse mit dem wissenschaftlich nachgewiesenen Wissen darstellen.

Allerdings gibt es bis heute keine allgemein akzeptierte Vorstellung von der Funktion der Beinvenen, deren Erkrankungen und einer ursächlichen Behandlung: So werden Krampfadern meist als das eigentliche Übel angesehen und behandelt; die Thrombose oder das Beingeschwür gehören zwar irgendwie dazu, werden aber doch als eigenständig betrachtet. Eine klare Vorstellung, die sich durchgängig an den Gegebenheiten, Zusammenhängen und an ein-

deutigem und bewiesenem Wissen orientiert, existiert nicht. Es fehlt eine allgemein anerkannte Sichtweise der Beinvenen, welche die relevanten Strukturen und Funktionen, die Erkrankungen, ihre Entstehung, Symptome, Befunde, die Untersuchungsmethoden und Therapien, deren Ergebnisse und Erfolge bzw. deren fehlende Erfolge und Rezidive logisch und schlüssig erklären kann.

Die phlebologische Lehrmeinung

Nach der gängigen phlebologischen Vorstellung kann „die venöse chronische Insuffizienz als klinisches Syndrom mehrere Ursachen haben, wie Varikose, Obstruktion oder Refluxes der tiefen Achse“, [231]. Noch im gleichen Satz werden aber diese Gegebenheiten relativiert, und es wird festgestellt, dass „die Behandlung eines einzelnen, anatomischen Befundes nicht unbedingt die Klinik nachhaltig verbessern muss“, [231]. An anderer Stelle wird umgekehrt die chronische venöse Insuffizienz (CVI) als mögliche Ursache einer Thrombose beschrieben [102].

Zwischen den Funktionsvorstellungen mit der daraus resultierenden Behandlung und dem klinischen Alltag besteht eine erhebliche Diskrepanz ([119], [293]). So wird ein venöses Ödem häufig gefunden. Die nach den gängigen Vorstellungen der Zusammenhänge indizierte Krampfaderbehandlung beseitigt es dann – oder eben auch nicht [236]. Umgekehrt wird ein Ödem häufig diagnostiziert, ohne dass Krampfadern zu finden sind ([5]; [34]; [236]).

Von Krampfadern wird behauptet, sie seien für die Venenbeschwerden ursächlich. Nach Varizensexhairese bestehen diese Beschwerden aber in 40% der Fälle weiter, was Zweifel an diesen postulierten Zusammenhängen aufkommen lässt [80]. „Chronic venous insufficiency is a poorly defined term and means a different set of symptoms and signs to different clinicians“ [53]. Aus dem bisher Gesagten lässt sich logisch folgern, dass die als Ursachen geschilderten Zustände für das sogenannte Syndrom vielleicht nicht verantwortlich sind. Sind etwa auch sie nur Symptome von etwas anderem? Denn auch Erklärungsversuche für die Entstehung der angeblichen Ursachen für die „CVI“, die sich logisch und nachvollziehbar aus eindeutigen Wissen aus der Anatomie ergeben würden, fehlen.

Die einmalige Vereinbarung zum Gebrauch des Begriffs „chronisch-venöse Insuffizienz“ als der Versuch einer funktionellen Systematisierung [233] ist gut nachvollziehbar: Beim Patienten sind je nach Zeitpunkt seines Erscheinens beim Arzt verschiedene Symptome und Befunde feststellbar. Ob diese diagnostiziert werden, hängt vom „Blick“ des Untersuchers, von seinen Fähigkeiten ab. Teil dessen ist auch die jeweilige Form der Untersuchung, die in früherer Zeit mangels apparativer Möglichkeiten mittels des Gesprächs erfolgte und die Sinne des Untersuchenden mehr oder weniger umfassend beanspruchte. Bei der Inspektion fanden sich am leichtesten die sichtbaren Veränderungen, die letztlich, weil regelmäßig, immer wieder gefunden wurden und als lokale Schwellungen („lokales Ödem“) sowie verschiedene Hauterscheinungen (Corona phlebectatica, Dermatosklerose, Atrophie blanche, Ulkus u.a.) beschrieben wurden. Ordnennd wurden sie als ein Symptom-Komplex („CVI“) zusammengefasst, der sich offensichtlich immer in ähnlicher Weise finden ließ.

Parallel zu diesen Beobachtungen konnte man häufig assoziierte Krankheiten – etwa Thrombose, postthrombotisches Syndrom (PTS), Varizen – diagnostizieren, sodass auch

diesbezüglich Zusammenhänge zu bestehen schienen.

Der häufig beeindruckende Befund einer Varikose verleitet verständlicherweise leicht, ihn als eine Ursache für das Geschehen „CVI“ zu betrachten. Nach bekannten anatomischen Zusammenhängen müsste folglich auch eine Gefäßdysplasie mitsamt Reflux zu diesem Symptom-Komplex führen, weshalb auch diese zu den eine CVI verursachenden Krankheiten hinzugenommen wurde. Der an Krampfadern manuell leicht feststellbare Reflux scheint vordergründig solche Überlegungen zu bestätigen und passt in funktionell begründbare Schemata.

Aus solchen Gegebenheiten entwickelte sich über die Zeit ein Gedankengebäude, das dann als Lehrmeinung zum heute gängigen Verständnis wurde: Thrombose, postthrombotisches Syndrom, Dysplasie oder Varikose seien Ursachen phlebologischer Probleme und führten später zum Symptom-Komplex der chronischen venösen Insuffizienz (CVI).

Doch es stellen sich viele Fragen:

- Woher kommt die Thrombose?
- Wenn ein postthrombotisches Syndrom eine Thrombose voraussetzt: Warum wird es als eigene Entität neben der Thrombose geführt?
- Besonders im Vergleich zur überaus großen Häufigkeit von Venenproblemen auch ohne Thrombose, PTS oder Varikose findet sich die Dysplasie höchst selten. Wie passt das hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit zusammen?
- Wie kommt es zu Krampfadern? Sehr häufig fehlen diese bei Vorliegen des Symptomenkomplexes.
- Wie erklären sich überhaupt die Venenbeschwerden, sehr häufig ohne Krampfadern oder Thrombose?
- Sind Folgen für die Venenfunktion beim seltenen Klippel-Trenaunay-Syndrom vielleicht gewissermaßen der Beweis für die Genese der häufigen und in das gängige Gedankenmodell nicht einzuordnenden Ve-

nenerkrankungen trotz dort nicht fehlender Venenklappen? Statt Klappenagenesie führt die Klappeninsuffizienz zum genau gleichen Ergebnis. Davon handelt dieses Buch.

Viele Erklärungsmodelle erscheinen zu unlogisch und können keine befriedigenden Antworten geben. Bedeutende Autoren ([19]; [38]; [114]; [162]; [222]; [233]; [236]; [259]; [266]; [283]; [381]) beschreiben explizit oder implizit genau diese Diskrepanz zwischen dem bestehenden gängigen Konzept der CVI und fehlenden Erklärungsmöglichkeiten für Beschwerden und Befunde, die sich in dieses Konzept nicht einordnen lassen. Wiederholt ist dieses Phänomen in der Literatur sogar als „Paradox“ [192] bezeichnet worden. Offensichtlich ist die gängige Vorstellung nicht schlüssig. Auf der Suche nach einem schlüssigen Modell der Funktionsweise des Beinvenensystems müssen möglichst viele oder am besten alle die Situation beeinflussende Imponderabilien erkannt und berücksichtigt werden [369].

Es müsste möglich sein, mit dem vorhandenen Wissen ein schlüssiges Konzept für die Funktionsweise des Beinvenensystems zu erstellen. Mehrere Fragen stellen sich:

- Warum ist das nicht geschehen?
- Warum werden nicht, beginnend bei den unstrittigen anatomischen Gegebenheiten die Zusammenhänge logisch Schritt für Schritt erschlossen?
- Wo liegen die Ursachen für die Schwierigkeiten bei der Formulierung einer einheitlichen Sichtweise?

Vielleicht liegt der Grund dafür ja gar nicht im Wissen und in der Kenntnis der Fakten an sich, sondern im Umgang damit. Werden „mit falschen Experimenten falsche Theorien“ bestätigt? [91]

Was könnten Gründe sein, die einer umfassenden Beurteilung des Beinvenensystems entgegenstehen? Ist es fehlendes Wissen? Ist es die unzureichende Einordnung des vorhande-

nen umfangreichen Wissens durch unklares Denken der Zusammenhänge? Bestehen Probleme in der Bezeichnung verschiedener Strukturen und Abläufe sowie ein Verständigungsproblem in der Diskussion? Werden Ursache und Wirkung verwechselt, sodass kein plausibles Resultat erkannt werden kann? Stehen sich Dogmen oder Personen zur Eröffnung neuer Perspektiven selbst im Weg?

Nach dem erneuten Studium verschiedener Quellen und des vielfältigen Wissens über alle Aspekte des phlebologischen Geschehens dürfte es nicht an mangelnder Kenntnis zur Formulierung von begründeter Plausibilität für ein umfassendes Funktionsmodell liegen. Vielmehr erscheinen mir eine Reihe von Faktoren verantwortlich zu sein, die zunächst gar nichts mit Phlebologie oder Medizin zu tun haben. Auf den folgenden Seiten werde ich einige mögliche Gründe diskutieren.

Der Weg zur Gewinnung von Erkenntnis

Dieser Weg ist individuell wie über die Zeiträume vielschichtig. Im ärztlichen Alltag kommt der Patient zum Therapeuten, und dieser behandelt ihn nach bestem Wissen und Gewissen. Dieses Vorgehen hängt von sehr vielen Unwägbarkeiten ab. Der Arzt kann nach eindeutig akzeptiertem Wissen behandeln. Ob die Akzeptanz dieser vermeintlichen Eindeutigkeit wirklich mit der dahinterstehenden funktionellen Realität (der Beinvenen) zu tun hat, ist allerdings nicht sicher.

Diese Frage lässt sich rückblickend nach dem Auffinden neuer Erkenntnisse und der Relativierung oder Revision bislang bestehenden angeblich abschließenden Wissens immer wieder an Beispielen beantworten. So beispielsweise am starlingschen Resorptionsmodell [325], das neuerdings nach diffizileren Messmöglichkeiten an entscheidender Stelle als vielleicht falsch angesehen werden muss, obwohl es einhundert Jahre lang erfolgreiche Behandlungen plausibel erklärte.