

Zusammenarbeit zwischen Phlebologen und Hausärzten

M. Stücker; Klinik für Dermatologie der Ruhr-Universität Bochum, Venenzentrum der Dermatologischen und Gefäßchirurgischen Kliniken, Kliniken der Ruhr-Universität Bochum

Wer sind die „Phlebologen“?

In Deutschland gibt es die Zusatzbezeichnung „Phlebologie“, sodass in Deutschland als Phlebologen überwiegend Ärzte bezeichnet werden, die diese Zusatzbezeichnung führen können. Darüber hinaus dürfen jedoch auch Kolleginnen und Kollegen, welche das phlebologische Fortbildungszertifikat erworben haben, einen Tätigkeitsschwerpunkt Venenleiden offiziell ausweisen und ankündigen. International gibt es kaum vergleichbare Zusatzbezeichnungen. Daher ist von Interesse, welche Facharztbezeichnungen von phlebologisch tätigen Ärztinnen und Ärzten geführt werden. Bei einer weltweiten Befragung zum Management bei Varizen (1) waren von 211 befragten phlebologisch tätigen Ärzten 68% Chirurgen, 12% Dermatologen, 12% Angiologen und 8% Phlebologen. In der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie (DGP) sind 40% der Mitglieder Chirurgen oder Gefäßchirurgen, 27% Dermatologen und 22% Allgemeinmediziner oder Internisten. Der relativ hohe Anteil von Allgemeinmediziner unter den Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie zeigt, dass die Phlebologie in der allgemeinmedizinischen Praxis bzw. in der Hausarztpraxis einen relevanten Schwerpunkt darstellt.

Epidemiologie der Venenleiden

Nach der Bonner Venenstudie nimmt die Häufigkeit der Venenleiden im Alter zu. So haben in der Altersgruppe zwischen 30 und 39 Jahren lediglich 5,9% Varizen mit Ödembildung (Stadium C3 der CEAP-Klassifikation) (2), während in der Altersgruppe über 60 über 20% der Patienten Varizen mit Ödembildung aufweisen. Über alle Altersgruppen verteilt zeigen 17% der Bevölkerung ein Stadium von mindestens C3 der CEAP-Klassifikation, entsprechend 13,8 Mio. Menschen. 41,4% haben zumindest ein CEAP-Stadium C2, entsprechend 33,5 Mio. Menschen in Deutschland, und 91,4% weisen ein CEAP-Stadium von zumindest C1 auf, ent-

sprechend 74 Mio. Menschen (2) (Bevölkerungszahl in Deutschland 2016 über 81 Mio.). Von Interesse ist nun, die Arztzahlen in Deutschland diesen epidemiologischen Daten gegenüberzustellen. Zum 31.12.2015 hatte die Bundesärztekammer 2483 Phlebologen, 1673 Gefäßchirurgen und 778 Angiologen erfasst, in der Summe sind dies 4934 Gefäßmediziner. Demgegenüber gab es zum 31.12.2015 43.569 Allgemeinmediziner (Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt und Internistischer Hausarzt). Berechnet man nun die Patienten mit Venenveränderungen pro Gefäßmediziner, wobei 4934 Gefäßmediziner angenommen werden, so entfallen circa 2800 Patienten mit einem Stadium von $\geq C3$ auf einen Gefäßmediziner, circa 6800 Patienten mit einem Stadium $\geq C2$ und 15.005 Patienten mit Veränderungen der Venen im Stadium zumindest C1 der CEAP-Klassifikation auf einen Gefäßmediziner. Hier stellt sich die Frage, wie viele Patienten pro Jahr durch einen Gefäßmediziner realistischer Weise behandelt werden können. Bei dieser Frage ist zu berücksichtigen, wie oft jeder Patient pro Therapie gesehen wird, wie viele Dauerpatienten es z.B. mit postthrombotischem Syndrom gibt, wie viele neue Patienten zum Gefäß-

mediziner kommen und wie häufig Nachbehandlungen bei der Varikose erforderlich sind. Es ist zumindest zu diskutieren, dass die phlebologisch spezialisierten Kollegen möglicherweise mit der Diagnostik und Therapie der Patienten mit einem Venenleiden zumindest im Stadium C2 schon so ausgelastet sind, dass die Selektion dieser Patienten aus der großen Gruppe der Menschen mit Venenveränderungen im Sinne von Besenreisern und retikulären Venen (CEAP-Stadium C1) nicht auch noch durch die phlebologisch versierten Gefäßmediziner durchgeführt werden kann. Diese Situation wird sich möglicherweise deshalb zuspitzen, weil in unserer zunehmend älteren Bevölkerung der relative Anteil von Patienten sowohl mit chronischer Veneninsuffizienz (2) als auch der Anteil der Patienten mit akuten Beinvenenthrombosen (3) zunehmend ansteigen wird.

Datum: _____

Familienname: 1. Buchstabe ____ Geschlecht: ____ Größe: ____ cm
 Vorname: 1. Buchstabe ____ Alter: ____ Jahre Gewicht: ____ kg

Fragebogen zum Vorliegen einer chronischen Venenkrankheit
 Beantworten Sie den Fragebogen und Zählen Sie die Punkte zusammen:

A. Familienanamnese

Meine Eltern haben/hatten Krampfadern. Nein 0 Ein Elternteil 1 Beide Eltern 2

B. Eigene Anamnese

Ich hatte schon einmal eine oberflächliche Venenentzündung. Nein 0 Ja, einmalig 1 Ja, mehrmals 2

Ich hatte schon einmal eine tiefe Beinvenenthrombose. Nein 0 Ja, einmalig 1 Ja, mehrmals 2

Ich hatte schon einmal ein offenes Bein (Unterschenkelgeschwür). Nein 0 Ja, einmalig 1 Ja, mehrmals 2

Bei der Arbeit: überwiegend gehe ich 0 sitze ich 1 stehe ich 2

C. Beschwerden

Mein (e) Bein(e) schwellen im Tagesverlauf zunehmend an. Nein 0 Ja, mäßig 1 Ja, ausgeprägt 2

Ich habe schwere Beine, insbesondere bei längerem Sitzen und Stehen. Nein 0 Ja, mäßig 1 Ja, ausgeprägt 2

Die Haut an meinen Unterschenkeln ist bräunlich verfärbt. Nein 0 Ja, mäßig 1 Ja, ausgeprägt 2

Ich habe sichtbare Krampfadern. Nein 0 Ja, mäßig 1 Ja, ausgeprägt 2

Ich habe ein offenes Bein Nein 0 Ja 4

Summe:

Abb. 1: Evaluierter Fragebogen als Screening Instrument nach Stücker et al. 2010 (4).

Welche Screening-Instrumente gibt es?

Fragebögen stellen einfache und kostengünstige Screening-Instrumente dar. In Deutschland häufiger verwendet wurde der Fragebogen zum Vorliegen einer chronischen Venenerkrankung, der durch die DGP im Jahr 2000 entwickelt wurde. In diesem Fragebogen werden die Familienanamnese, die Eigenanamnese und die Beschwerden des Patienten abgefragt (Abb. 1). Dieser Fragebogen zeigt eine gute Korrelation zu Venenfunktionsmessungen mittels Photoplethysmographie (PPG). Probanden mit einer pathologischen PPG zeigen einen höheren Punktescore im Fragebogen. Je höher die Gesamtpunktzahl, umso höher ist der Anteil der Probanden, die tatsächlich eine pathologische venöse Wiederauffüllzeit in der photoplethysmographischen Messung haben (4). Demgegenüber korrespondieren niedrige Punktescores mit normalen venösen Wiederauffüllzeiten bei photoplethysmographischen Messungen. Je höher der Grenzwert des Punktescores festgelegt wird, umso höher steigt die Spezifität, z.B. ab einem Punktescore über „5“ 83%, wobei dann die Sensitivität lediglich bei 32,0% liegt. Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass ein Screening alleine mithilfe von Fragebögen nicht optimal ist.

Daher hat die internationale Veinconsult-Studie einen anderen Weg beschritten (5). Bei dieser Studie wurden konsekutiv Patienten innerhalb einer Woche in einer Allgemeinarztpraxis untersucht. Hierbei wurden auch Fragebögen zu den Beschwerden der Patienten erhoben, aber auch eine klinische Untersuchung der Beine durchgeführt, bei der die klinischen Befunde nach der CEAP-Klassifikation klassifiziert wurden. In dieser Studie wurden 91.545 Personen durch 6232 Allgemeinmediziner untersucht. Interessant war, dass von den Patienten mit einem Venenleiden lediglich 25,9% von sich aus ihren Hausarzt aufgesucht hatten. Der überwiegende Anteil von 74,1% wurde erst durch die hausärztliche Untersuchung auf das Venenleiden aufmerksam gemacht. Auch bei fortgeschrittenen Venenleiden mit Hautkomplikationen (Stadium C4 nach der CEAP-Klassifikation) waren lediglich 49,7% von sich aus auf den Hausarzt zugegangen, über die Hälfte (50,3%) wurde erst bei der hausärztlichen Untersuchung auf den Befund aufmerksam gemacht (Abb. 2). Die Treffsicherheit der Hausärzte bei der Klassifikation der klinischen Venenstadien war sehr hoch. Sie lag ab einem Stadium C2 bei 92-100%. Die niedrigen Stadien der CEAP-Klassifikation wurden demgegenüber nicht so sicher richtig erkannt (C0s mit 27% – hier fallen z.B. Patienten mit Leitveneninsuffizienz hinein – und das Stadium C1 mit 82%) (6).

Ein bemerkenswertes Ergebnis der Studie war auch, dass die Patienten das Krankheitsbild der chronischen Veneninsuffizienz unterschätzten. Dies wurde bei den Antworten und Nachuntersuchungen auf folgende Frage deutlich: „Do you presently have spider veins, varicose veins, ankle swelling, or ankle ulcer?“ 52,8% der Patienten stellten diese Phänomene selber bei sich fest, demgegenüber konnte in der haus-

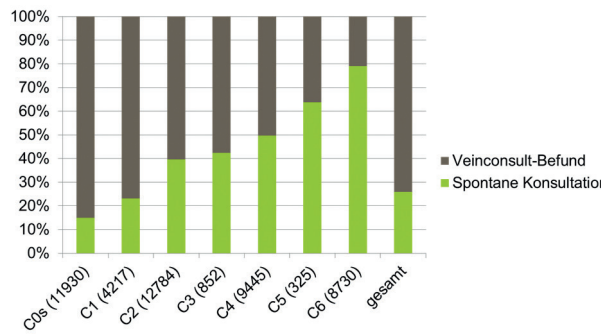


Abb. 2: Ergebnisse des Veinconsult-Programms nach Pitsch 2012 (6). Je geringer der Schweregrad des Venenleidens in der CEAP-Klassifikation, umso häufiger wurden die Venenveränderungen nicht durch den Patienten, sondern erst durch den Hausarzt entdeckt. Selbst bei floridem Ulcus cruris fiel das Ulkus in etwa 20% der Fälle erst durch die Untersuchung im Rahmen des Veinconsult-Programms beim Hausarzt auf.

ärztlichen Untersuchung bei 61,2% der Patienten eine derartige Symptomatik nachgewiesen werden (6).

Welche Patienten sollten vom Hausarzt an den Phlebologen überwiesen werden?

Die vorliegenden Daten belegen, dass in der hausärztlichen Praxis ein sinnvolles Screening erfolgen kann. Außerhalb spezialisierter hausärztlicher Praxen wird die weitere Diagnostik mit Venenfunktionsmessungen und Duplexsonographie sowie die Therapie der Venenerkrankungen nur selten durchgeführt. Daher erscheint eine Überweisung an Phlebologen durch die Hausärzte sinnvoll zu sein. Dies wird auch international so gesehen. So empfiehlt die NICE-Guideline (CG168) aus dem Jahr 2013 bei folgenden Situationen die Überweisung der Patienten an Gefäßspezialisten bzw. Phlebologen:

- Varizenblutung (notfallmäßig),
- symptomatische Varikose,
- Hyperpigmentierungen und Ekzem am Unterschenkel mit Verdacht auf chronische Veneninsuffizienz als Ursache,
- Oberflächenthrombosen (diagnostiziert durch das klinische Bild derber, schmerzhafter Venen),
- allgemein bei Verdacht auf venöse Insuffizienz,
- Ulcus cruris venosum (Ulkus am Unterschenkel, das in zwei Wochen nicht abgeheilt ist),
- abgeheiltes Ulcus cruris venosum.

Phlebologen sind eine in Bezug auf die Facharztbezeichnung heterogene Gruppe und von daher Interdisziplinarität gewohnt. Dies ist eine ideale Voraussetzung für eine gute Zusammenarbeit mit der Allgemeinmedizin bzw. den Hausärzten. Epidemiologische Studien wie die Bonner Venenstu-

die werfen die Frage auf, ob alle Venenpatienten ausreichend behandelt werden (2). Daher erscheint eine weitere Optimierung der gemeinsamen Versorgung von Venenpatienten durch Allgemeinmediziner und Phlebologen sinnvoll zu sein. Hierfür geeignete Screening-Instrumente sind in nationalen und internationalen Studien evaluiert worden. Auf internationale Empfehlungen, welche Patienten an Gefäßspezialisten überwiesen werden sollen, kann zurückgegriffen werden. Eine knappe praktische Handreichung, welche die vorhandenen Erkenntnisse berücksichtigt, wird derzeit durch die DGP diskutiert. Gemeinsam mit dem Berufsverband der Phlebologen und dem Hausärzterverband könnte überlegt werden, welche finanziellen Anreize es für die Hausärzte für ein sinnvolles Screening ihrer Patienten auf medizinisch relevante Venenleiden gibt.

Literatur

1. van der Velden SK, Pichot O, van den Bos RR et al. Management strategies for patients with varicose veins (C2-C6): results of a worldwide survey. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2015;49(2):213-20.
2. Rabe E, Pannier-Fischer F, Bromen K et al. Bonner Venenstudie der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. *Phlebologie* 2003;32:1-14.
3. Anderson FA Jr, Wheeler HB, Goldberg RJ et al. A population-based perspective of the hospital incidence and case-fatality rates of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. The Worcester DVT Study. *Arch Intern Med* 1991;151(5):933-8.
4. Stücker M, Puyn S, Rabe E et al. Evaluation eines standardisierten Fragebogens als Screening-Instrument für Venenerkrankungen. *Hautarzt* 2010;61(3):234-40.
5. Rabe E, Guex JJ, Puskas A et al.; VCP Coordinators. Epidemiology of chronic venous disorders in geographically diverse populations: results from the Vein Consult Program. *Int Angiol* 2012;31(2):105-15.
6. Pitsch F. VEIN CONSULT Program: interim results from the first 70 000 screened patients in 13 countries. *Phlebolympology* 2012;19(3):132-7.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Markus Stücker
Klinik für Dermatologie der
Ruhr-Universität Bochum
Venenzentrum der Dermatologischen
und Gefäßchirurgischen Kliniken
Kliniken der Ruhr-Universität Bochum
Im St. Maria-Hilf-Krankenhaus
Hiltroper Landwehr 11-13, 44805 Bochum
E-Mail: m.stuecker@klinikum-bochum.de



Mit freundlicher Unterstützung des Medical Data Institute.
www.md-institute.com