

DIE BIOLOGISCH-SANFTE KRAMPFADERENTFERNUNG

Die Geschichte der sanften Krampfaderentfernung

Die Kochsalztherapie wurde durch den Dermatologen Prof. Dr. Paul Linser (1871 – 1963) ins Leben gerufen. Dieser Arzt forschte zu dieser Zeit an geeigneten Therapien zur Behandlung der Syphilis. Diese Krankheit war damals mangels Antibiotikum eine schwerwiegende und tödlich verlaufende Erkrankung. Bei seinen Versuchen injizierte Prof. Dr. Linser eine Mischung aus Quecksilberchlorid (eine Quecksilber-Salz-Verbindung) und Salvarsan (Arsphenamin, eine arsenhaltige Substanz) in die Venen. Zu seinem Erstaunen bildete diese Lösung in den oberflächlichen Venen festanhaltende Thrombosen. Bei manchen Patienten verschwanden die Venen sogar komplett, was seiner Testreihe sehr ungelegen kam. Er schloss daraus, dass diese Lösung eventuell für den Verschluss von Krampfadern nützlich sein könnte, was sich dann auch bestätigte. Das Quecksilber wegen seiner hohen toxischen Wirkung und mangelnder Notwendigkeit bei der Krampfaderbehandlung durch konzentrierte Kochsalzlösung ersetzt. Die Kochsalztherapie war geboren und eine Alternative zu den damals sehr aufwendigen und durchaus gefährlichen Krampfaderoperationen war gefunden. Linser widmete sich

jetzt hauptsächlich der Krampfadertherapie und wurde noch vor dem 1. Weltkrieg zu einem der ersten Venenspezialisten in Deutschland und Europa. Bald schlossen sich ihm viele Mediziner an und er veröffentlichte 1936 mit seinem Oberarzt K. H. Vohwinkel das erste Buch über die Kochsalztherapie.

Leider waren zu dieser Zeit die Arbeitsmaterialien noch nicht so ausgefeilt wie heute. Daher kam es aufgrund von z.B. zu stumpfen oder zu dicken Nadeln bzw. durch mangelndes Geschick mancher Therapeuten immer häufiger zu Fehlinjektionen ins umliegende Gewebe, was zwangsläufig zu einem Absterben des betroffenen Bereichs führte. Aufwendige chirurgische Operationen wurden notwendig und die Kochsalztherapie verlor zunehmends an Beliebtheit.

Ein Schüler von Prof. Dr. Linser, der Arzt Dr. Max Otto Bruker (1909-2001) hatte als einer der ersten naturheilkundlich arbeitenden Ärzte großes Interesse, diese Methode am Leben zu erhalten. Er praktizierte sie bis ins hohe Alter sehr erfolgreich in der Lahnsteinklinik bei Koblenz. Er veröffentlichte das Buch „Krampfadern“. Neu war, dass Dr. Bruker als Pionier für Ernährung, Entschlackung und Vitalstoffversorgung seinen Patienten ein ganzheitliches Behandlungskonzept anbieten konnte. Hinzu kam, dass die Entwicklung dünnerer Kanülen einen erheblichen Fortschritt bot und es somit möglich wurde, auch kleinere Gefäße präzise zu behandeln.

In der Lahnsteinklinik ließ sich auch der Allgemeinmediziner Dr. Sundaro Köster wegen seines Krampfaderleidens behandeln. Begeistert vom Resultat erlernte er die Methode, um sie selbst in der Praxis einzusetzen. Er trug einen wesentlichen Bestandteil zur Verbesserung der Methode bei, indem er durch Hinzuspritzen von physiologischer Kochsalzlösung bei Fehlinjektionen bzw. Platzen eines Gefäßes die Wirkung der hochprozentigen Kochsalzlösung „ablöschte“. So konnte eine Geschwürbildung verhindert werden. Dies wird in der heutigen Praxis angewandt und somit kann die Hauptkomplikation dieser Therapie verhindert werden, wo ein/e erfahrene/r und aufmerksamer Therapeut/in die Methode durchführt.

Dr. Berndt Rieger, Internist aus Bamberg, erlernte die Methode bei Dr. Köster und optimierte sie. Er beobachtete des öfteren bei behandelten Patienten eine starke Braunverfärbung um den Verlauf der Krampfader, die sich oft sehr lange am Bein hielt. Auch starke Schmerzen während und nach der Behandlung sowie eine extreme Entzündungsneigung veranlassten ihn, bei den Patienten mit individuellen Lösungen zu erstellen. Bis zu diesem Zeitpunkt war es üblich, jedem Patienten eine 27%ige Lösung zu injizieren. Er begann mit unterschiedlich konzentrierten Lösungen zu arbeiten und konnte dadurch starke Reaktionen vermeiden. Durch die verfeinerte Methode arbeiten wir heute mit unterschiedlichen Konzentrationen von 5 % bis 27 %.

Dr. Köster und Dr. Rieger veröffentlichten 2012 gemeinsam ein Buch über Krampfadern. Zu Recht können wir heute von einer sanften Krampfadarentfernung sprechen. Durch die individuell an den Patienten und seine Krampfadern angepassten Lösungen bleiben dem Patienten starke Entzündungsreaktionen, Verfärbungen und Schmerzen in den meisten Fällen erspart. In der Praxis sehen wir oft, dass bereits eine Konzentration von z.B. 10 % ausreichend ist um ein ganzes Bein zu sanieren. Durch den „Löscheffekt“ und die Dosisanpassung verfügen wir heute über optimale Voraussetzungen, um die Kochsalztherapie erfolgreich durchzuführen. Dies geben wir auch so unseren Schülern in der Praxis weiter.

Vorgehensweise

Zuerst erfolgt eine eingehende Aufklärung mit Tastbefund und Farbdoppler-Ultraschalluntersuchung. Es wird überprüft, ob und wie viele krankhaft erweiterte Gefäße vorhanden sind, und ob eine Venenklappe in der Leiste (Crosse) defekt ist. Ist dies der Fall, kommt es zu einem Rückfluss in die tiefen Beinvenen. Der dadurch ausgelöste Stau führt zur Erweiterung der großen Rosenvene (Vena saphena magna). In diesem Fall muss hier als erstes mit der Behandlung begonnen werden um einen Verschluss der geschädigten Vene zu erreichen. Nur so kann ein Rückfluss und eine Neuausbildung von Krampfadern vermieden werden. Wenn der Venenstern (Crosse) in Ordnung

oder bereits saniert ist, kann man sich auf die Entfernung der Krampfadern konzentrieren.

Hierzu wird in eine geeignete Vene ein Venenverweilkatheter gelegt. Die Nadel wird je nach Ermessen des Therapeuten im Liegen, Sitzen oder Stehen gestochen und fixiert. Der venöse Zugang sollte nach oben (Richtung Leiste) schauen, um die Kochsalzlösung beim Anheben des Beines Richtung Crosse laufen zu lassen. Das oberste Ziel der Kochsalztherapie ist es, einen Verschluss an den defekten Venenklappen zu erreichen. Durch Senken des Beins oder das Umlagern des Patienten kann man die Kochsalzlösung in die gewünschte Region lenken. Die Einstichstelle wird am besten oberhalb des Knöchels oder am Unterschenkel gewählt, damit die Lösung beim Weg zur Leiste auch vorhandene Besenreiser erreicht, die direkt in der Haut liegen. Die Priorität des Therapeuten liegt jedoch in der Wahl der Vene, die ihm für die Behandlung am geeignetsten erscheint.

Nach Überprüfung der richtigen Lage des Katheters und der Stabilität der gewählten Vene mittels physiologischer Kochsalzlösung wird eine auf den Patienten individuell angepasste Kochsalzlösung langsam und aufmerksam injiziert. Vor dem Spritzen wird das Bein leicht angehoben, um die Ader möglichst zu entleeren. Dadurch erhöht sich die Wirkung des Kochsalzes, da es nicht durch den Blutstrom verdünnt wird, und somit direkt an den Gefäßinnenwänden eine Reaktion

hervor. Innerhalb weniger Sekunden zieht sich die Krampfadern zusammen und beginnt sich eventuell auch schon zu verkleben. Der Patient nimmt dies als Druck oder Krampf wahr, der sich nach Beginn des Einspritzens aufbaut und dann langsam seinen Höhepunkt erreicht. Die Wirkung lässt rasch nach. Empfindet der Patient die Reaktion als zu stark, kann physiologische Kochsalzlösung dazugespritzt werden, wodurch sich die injizierte Lösung verdünnt und den übermäßigen Schmerz verschwinden lässt. Oft kann man ein Rotwerden (Einfärben) von Besenreisern im Einflussgebiet der Injektion wahrnehmen. Daran erkennen wir, dass auch diese kleinen Gefäße von der Kochsalzlösung durchspült sind. Überall dort, wo während der Behandlung ein Krampf oder ein Drücken auftreten, befinden sich Krampfadern. Durch Ausstreifen und Massieren des Beines und Dosisanpassung lässt sich die Behandlung leicht aushalten. Zahlreiche Patienten sind am Ende erstaunt, weil „es ja gar nicht so schlimm war“. Die Lösung wird langsam gespritzt – der Patient fühlt wie und wo die Lösung sich ausbreitet und ist dazu aufgefordert uns dies genauestens zu berichten. Anhand der Schilderung des Patienten können wir im Rückschluss daraus folgern wie weit das Behandlungsziel erreicht ist. Der erste Teil der Behandlung ist abgeschlossen wenn die Lösung mit gehobenem Bein an der Leiste angekommen ist. Sind viele Krampfadern oder auch Seitenastvarizen vorhanden,

besteht der nächste Schritt darin, den Patienten umzulagern (z. B. Bauchlage) oder das gestreckte Bein nach unten von der Liege hängen zu lassen, um die Lösung optimal zu verteilen. Hier nutzen wir die Gesetze der Schwerkraft. Ist die Wirkung in manchen Bereichen nicht ausreichend, kann noch eine zweite Nadel gelegt werden. Die Konzentration wird auch wie vorher dem Durchmesser, der Beschaffenheit der Vene und der Empfindsamkeit des Patienten angepasst. Nach Beendigung der Behandlung wird die Nadel herausgezogen, der Patient darf aufstehen und ein wenig auf und ab gehen. Die meisten sind sehr erstaunt, dass sie gar nichts mehr spüren bzw. eine angenehme Leichtigkeit im Bein wahrnehmen.

Durch die Behandlung mit Kochsalz wird eine Verschweißung der Vene angeregt. Im Laufe der nächsten Tage wandelt sich die Krampfader zu einem festen, harten Strang um, der für den Patienten hart und knubbelig tastbar ist. In dieser Phase ist der Durchmesser der Ader meist schon deutlich geschrumpft und das kosmetische Ergebnis schon annehmbar. Der Körper erkennt den Strang als unbrauchbar gewordenes Gewebe an und baut dieses über die Fresszellen des Immunsystems innerhalb eines halben Jahres ab. Der Heilverlauf ist bei jedem Patienten unterschiedlich.

Was passiert wenn Kochsalz in eine gesunde Venen gespritzt wird?

Sollte das passieren, ist es nicht dramatisch. Die Innenschicht einer gesunden Vene ist sehr stabil, mit festen Muskeln in der Venenwand ausgestattet und kann durch Pumpbewegungen hohe Konzentrationen von Kochsalz sofort mit Blut verdünnen. Die Innenschicht einer Krampfader ist dünn und weich und der Kochsalzlösung hilflos ausgeliefert. Daher kann vielen Patienten die Angst genommen werden „zu viele Adern“ zu entfernen, denn die Kochsalztherapie ruft nur in geschädigten Venen eine Reaktion hervor.