

# Kurzzug-Binde ans Venenbein? Nur fester Verband komprimiert richtig!

Zum Leserbrief „An Uralt-Technik festhalten? – Auch Kurz-Zug verhindert Embolien!“, MT 7/02, S. 2

An MEDICAL TRIBUNE

Selbstverständlich geben alle Phlebologen bei der ambulanten Thrombose-therapie gewissenhaft ihr Bestes! Aber sind wir doch einmal ehrlich. Kompressionstherapie mit einem Strumpf in der Akutphase der Thrombose hat Mängel:

Der Stumpf kann nicht passen. Der Umfang des Beins nach der Thrombose verändert sich nun einmal sowohl prä- als auch subfaszial laufend. Und mit der „bewährten“ Kurzzug-Binde – mit Verlaub, das große Verrutschen ist immer eine Frage der Zeit. Aber der wahre Grund, warum ich immer wieder so weit aus dem Fenster lehne, auch auf die Gefahr hin, als Anhänger einer Uralt-Technik verlacht zu

## Zeitdruck zwingt zum Kurzzug

werden, ist der Arbeitsdruck des fixierten nicht nachgiebigen Verbandes. Und den kann man seit neuestem zuverlässig und kontinuierlich auch beim Laufen messen!

Der Unterschied der Arbeitsdruckmaxima des fixierten nicht nachgiebigen Kompressionsverbandes (Fischerverband) gegenüber den nachgiebigen Kompressionsmedien (Strumpf) ist gigantisch (s. Abb.).

Aber was soll ein Vertragsarzt machen? Wenn er sich hinsetzt und eine halbe Stunde zur fachgerechten Anmodulation fixierter Verbände benötigt? Er geht bankrott! Es bleibt den Kollegen nichts anderes, als auf

Strumpf- oder Kurzzug-Binde auszuweichen!

Trotzdem muss es in der Wissenschaft erlaubt sein, Qualität zu fordern. In der Kompressionstherapie darf das Kompressionsmedium nicht verrutschen, es muss umfang-

orientiert ständig nachmodellierbar sein und einen höchstmöglichen Arbeitsdruck besitzen, um die tiefen Venen zu erreichen.

Dr. Michael Holtzmann  
Schwerpunktpraxis für Phlebologie  
Stuttgart

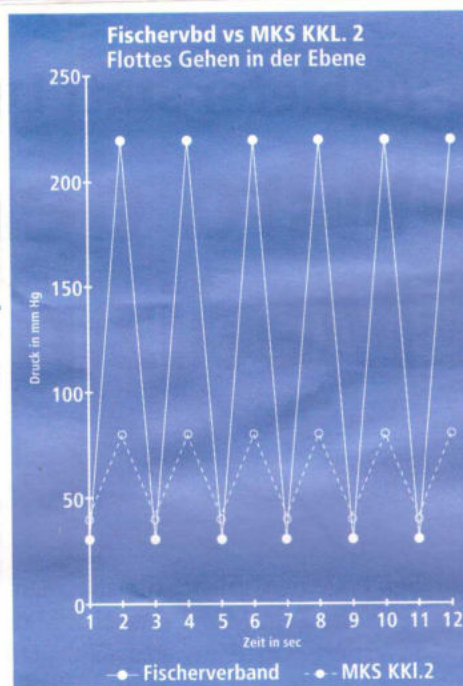


Abb.: Dr. Holtzmann

Fischerverband und Strumpf im Vergleich: Der Unterschied der Arbeitsdruckmaxima beim flotten Gehen in der Ebene ist gigantisch.