

Kompressionstherapie: Wissen und praktischer Umgang

Wie wickelt Deutschland?

K. Protz¹, K. Heyer¹, M. Dörler², M. Stücker², C. Hampel-Kalthoff³, M. Augustin¹

¹ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen, CWC – Comprehensive Wound Center, Hamburg

² Venenzentrum, Kliniken für Dermatologie und Gefäßchirurgie, Ruhr-Universität Bochum, Bochum

³ ORGAMed Dortmund GmbH, Dortmund

▲ Kompressionstherapie ist eine wichtige Säule der Therapie des Ulcus cruris venosum. Diese Behandlung basiert auf der Kenntnis der adäquaten Materialien und Befähigung der Versorger, diese den Therapievorgaben entsprechend anzuwenden. Die 2014 publizierte Studie „Kompressionstherapie – Kenntnisse und Anwendungspraxis“ ermittelte die Kenntnisse bei den Versorgern in Deutschland bezüglich Materialwissen und -anwendung sowie deren praktische Fähigkeiten, eine Kompressionsbandagierung mit Kurzzugbinden anzulegen (7).

Im Rahmen bundesweiter praktischer Fortbildungen zur Kompressionstherapie wurden von November 2011 bis August 2013 mittels standardisierter Fragen diesbezügliche Kenntnisse im Querschnitt erfasst. Zudem wurden die praktischen Fähigkeiten der Teilnehmer bei Anlage einer Kompressionsbandagierung nach modifizierter Sigg-Technik in einem Druckwertbereich von 50-60 mmHg ermittelt. Nationale und internationale Leitlinien empfehlen einen

rungen zeigen sowohl wenig, bis gar keinen Nutzen und haben schädigende Auswirkungen auf den Patienten (5). Insgesamt nahmen 891 Versorger (3,3 % Ärzte, 5,5 % medizinische Fachangestellte, 90,7 % Pflegefachkräfte) an dem Querschnittssurvey teil. Die Erfassung des Kenntnisstands zu Kompressionsmaterialien ergab, dass mit 85 % eine erhebliche Menge der Versorger weder Mehrkomponentensysteme noch Ulkus-Strumpfsysteme kannte. Mit lediglich 12 % hatte nur eine geringe Anzahl gelernt, eine Kompressionsbandagierung zu unterpolstern. Insgesamt nahmen 551 der Teilnehmer an einem Praxistest teil und führten aneinander Kompressionsbandagierungen mit Kurzzugbinden in modifizierter Sigg-Technik durch. Die hierbei ermittelten Druckwerte variierten von 6-143 mmHg. Lediglich 9,3 % der Teilnehmer waren in der Lage, mit einer Kompressionsbandagierung den therapielevanten Zielwert von 50-60 mmHg zu erreichen. Die Mehrheit lag mit 77 % darunter (Tab. 1). Die Studie belegt, dass in Deutschland ein Großteil der Versorger die verschiedenen Kompressionsmaterialien nicht kennt oder mit deren Anwendung nicht vertraut ist. Bezüglich der Ausführung von Kompressionsbandagierungen bestehen Defizite. Weiterführende Schulungen und beständiges Üben, auch mit nicht vertrauten Materialien, sind ein mögliches Mittel, die Versorgungsqualität zum Wohle der Patienten zu verbessern.

	n	MW	min	max	SD
<50 mmHg	424	30,86	6	49	8,16
50-60 mmHg	51	54,24	51	60	2,46
≥60 mmHg	76	83,32	62	143	15,79
gesamt	551	40,26	6	143	20,69

Tab. 1: Ruhedruck bei Bandagierung nach Sigg mit Kurzzugbinden (n=551). (MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung).

Kompressionsverband mit einem hohen bzw. starken Druck anzulegen (1, 2, 8). Laut internationalem Konsens werden folgende Kompressionsdruckwerte empfohlen: leicht (<20 mmHg), mittelstark (≥20-40 mmHg), stark (≥40-60 mmHg) und sehr stark (>60 mmHg) (6, 9). Da der anfängliche Druck unterhalb von Kurzzugbinden innerhalb der ersten halben Stunde nach Anlage signifikant abnimmt und nach sieben Stunden bereits ein Druckabfall um 50 % ermittelt werden konnte, sollte bei Anlage von Kurzzugbinden ein adäquat hoher anfänglicher Druckwert erwirkt werden (3, 4). Zudem hat eine gut ausgeführte Kompressionstherapie einen fördernden Effekt auf die Lebensqualität, schlecht ausgeführte Bandagie-

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Phlebologie. Leitlinie zu Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 037/009, Entwicklungsstufe 3, 2008.
2. Haute Autorité de Santé (HAS). Clinical practice guidelines: Managing venous leg ulcers (excluding dressing). Saint-Denis La Plaine, Haute Autorité de Santé, 2006.
3. Jünger M, Ludwig A, Bahboht S, Haase H. Comparison of interface pressures of three compression bandaging systems used on healthy volunteers. J Wound Care 2009;18(11):476-480.
4. Larsen AM, Futtrup I. Watch the pressure – it drops. EWMA Journal 2004;4(2):8-12.
5. Moffatt C. Variability of pressure provided by sustained compression. Int Wound J 2008;5:259-265.
6. Partsch H, Clark M, Mosti G et al. Classification of compression bandages: practical aspects. Dermatol Surg 2008;34(5):600-609.

57. Jahrestagung der DGP

7. Protz K, Heyer K, Dörler M et al. Kompressionstherapie - Kenntnisse und Anwendungspraxis. J Dtsch Dermatol Ges 2014;12(9):794-802.
8. Robson MC, Cooper DM, Aslam R et al. Guidelines for the treatment of venous leg ulcers. Wound Repair Regen 2006;14(6):649-662.
9. World of Wound Healing Societies (WUWHS). Konsensusdokument - Kompression beim venösen Ulcus cruris. Medical Education Partnership, London 2008.

Korrespondenzadresse

Kerstin Protz
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Versorgungsforschung
in der Dermatologie und bei Pflegeberufen
CWC – Comprehensive Wound Center
Martinistraße 52, 20246 Hamburg
E-Mail: kerstin.protz@gmx.de

