

Patientengerechte Versorgung – Ein Konzept der individualisierten Kompressionstherapie

J. Dissemond¹, K. Protz², J. Hug³, K. Kröger⁴

1 Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Universitätsklinikum Essen; 2 Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf, Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP), CWC - Comprehensive Wound Center; 3 Städtisches Klinikum Karlsruhe, Pflegedirektion; 4 Klinik für Gefäßmedizin, Angiologie, HELIOS Klinikum Krefeld GmbH

Die Kompressionstherapie ist eine essentielle Säule der erfolgreichen Behandlung von Patienten mit Ödemen der unteren Extremitäten. Eine wichtige zentrale Rolle spielt die Kompressionstherapie insbesondere bei Patienten mit chronischer venöser Insuffizienz (CVI). Hier geht es um die Therapie ebenso wie um die Sekundär- und Tertiärprävention. Für diese Indikationen findet sich in der wissenschaftlichen Literatur eine gute Evidenz.

Trotz der sehr langen Tradition der Kompressionstherapie zeigen aktuelle Studien, dass die Versorgungsrealität in Deutschland unbefriedigend ist. So erhalten aktuell in Deutschland lediglich 40 % der Patienten mit floridem Ulcus

Schnürfurchen nicht bemerkt werden und sich in der Folge Gewebsschädigungen entwickeln können. Weitere relative Kontraindikationen sind Materialunverträglichkeiten bzw. -allergien.

Therapieoptionen der Kompressionstherapie

Materialien für die Kompressionstherapie sollen nicht verrutschen, keine Schmerzen bereiten und den für die Therapie notwendigen Druck über die Behandlungszeit aufrechterhalten. Für die Kompressionstherapie stehen hierfür verschiedene Produkte zur Verfügung (Tab. 2).

An- und Ausziehhilfen

An- und Ausziehhilfen sind als Hilfsmittel zugelassen und auf einem gesonderten Rezept bei entsprechender Diagnose verordnungsfähig. Sie erleichtern Patienten das Anlegen und Ausziehen von medizinischen Kompressionsstrümpfen (MKS) und schonen gleichzeitig das Material. Sie sind insbesondere bei Patienten mit Bewegungseinschränkungen, Adipositas oder geringer Körperkraft sinnvoll. Meist kommen hier Gestelle oder Gleiter zum Einsatz. Ein unterstützender Einsatz von Gummihandschuhen erhöht zudem die Griffigkeit und schont das Material.

Phasen der Kompressionstherapie

Bei der Kompressionstherapie ist zwischen der initialen Entstauungsphase und der darauffolgenden Erhaltungsphase zu differenzieren. Das nicht komprimierte Bein ist in der Entstauungsphase ödematös geschwollen und hat daher einen deutlich höheren Umfang, sodass es zu diesem Zeitpunkt noch nicht sinnvoll ist, bereits Strümpfe anzupassen. In dieser Phase kommen daher Bandagierungen mit Kurzzugbinden, Mehrkomponentensysteme oder adaptive Kompressionsbandagen zum Einsatz. Da diese Kompressionsversorgungen infolge effektiver Ödemreduktion rasch locker werden, sind sie in kürzen Zeitintervallen neu anzulegen oder zu justieren. Die initiale Entstauungsphase dauert bei adäquater Durchführung etwa zwei bis vier Wochen.

Selbstmanagement

Das Selbstmanagement wird in der medizinischen und pflegerischen Versorgung von Patienten zunehmend wichtiger (Tab. 3). Hintergrund hierbei sind unter anderem psychische

cruris auch eine Kompressionstherapie.

Kontraindikationen

Vor Beginn einer Kompressionstherapie sind immer die relevanten Kontraindikationen auszuschließen, beispielsweise durch die Messung der arteriellen Perfusionsdrücke (KADI) (Tab. 1). Bei Patienten mit einer moderat ausgeprägten pAVK kann meist eine Kompressionstherapie mit wenig elastischen Materialien bis zu einem Anfangsdruck von 40 mmHg durchgeführt werden. Absolute Kontraindikationen der Kompressionstherapie sind neben der kritischen Ischämie die septische Phlebitis, die Phlegmasia coerulea dolens und die dekompensierte Herzinsuffizienz. Relative Kontraindikationen bestehen bei Patienten mit fortgeschrittener Neuropathie, beispielsweise durch Diabetes mellitus, da Druck- und

KADI	Interpretation	praktische Konsequenz
0,9–1,3	Normalbefund	Kompression meist möglich
0,5–0,9	pAVK	Kompression meist möglich
<0,5	kritische Ischämie	Kompression nicht möglich
>1,3	Mönckeberg-Mediasklerose	Kompression meist möglich

Tab. 1: Vor der Erstanlage einer Kompressionstherapie sind die arteriellen Verschlussdrücke (KADI) zu messen, um das Vorhandensein einer pAVK abschätzen zu können.

Materialien
Kompressionsbinden, meist Kurzzug- oder Langzugbinden
Mehrkomponentensysteme mit zwei bis vier verschiedenen Komponenten
Adaptive Kompressionsbandagen, die über Klettverschlüsse regulierbar sind
Medizinische Kompressionsstrümpfe (MKS)
Ulkus-Strumpfsysteme, bestehen aus Unterziehstrumpf und MKS
Intermittierende pneumatische Kompressionstherapie (IPK)

Tab. 2: Materialien für die Kompressionstherapie.

Kompressionsmaterial	Indikation		Selbst-anlage
	Ent-stauung	Erhal-tung	
Kurzzugbinden	ja	nein	nein
Mehrkomponenten-Systeme	ja	nein	nein
Adaptive Kompressionsbandagen	ja	ja	ja
Ulkus-Strumpfsysteme	nein	ja	ja
Medizinische Kompressionsstrümpfe	nein	ja	ja
Intermittierende pneumatische Kompressionstherapie	ja	ja	ja

Tab. 3: Zuordnung der verschiedenen Materialien für die Kompressionstherapie.

Faktoren, Lebensqualität, Kostenaspekte und der zu erwartende demographische Wandel mit einem Mangel an qualifiziertem Pflegefachpersonal bei steigender Zahl älterer, potentiell pflegebedürftiger Patienten. Der Begriff Selbstmanagement bezeichnet die Kompetenz, die eigene Entwicklung weitgehend unabhängig von äußeren Einflüssen zu gestalten. Hierzu gehören Teilkompetenzen, wie Motivation, Zielsetzung, Planung, Organisation, Lernfähigkeit und Erfolgskontrolle durch Feedback. Im Rahmen der Kompressionstherapie ist mit dem Selbstmanagement gemeint, dass der Betroffene die Anlage einer Kompressionsversorgung und die Pflege der Materialien ohne die Hilfe anderer Personen durchführen kann. Hierfür sind unterschiedliche Voraussetzungen erforderlich. Ein zentral wichtiger Aspekt ist dabei aber immer die adäquate Edukation. In diesem Zusammenhang sollte dem Betroffenen und ggf. seinen Angehörigen verständlich werden, wann, wie, warum und mit welchen Mitteln eine Therapie erfolgt. Generell erfordern die verschiedenen Kompressionsversorgungen unterschiedliche Fähigkeiten.

Patientengerechte Versorgung

Für die Verordnung von MKS stehen aktuell die Kompressionsklassen (KKL) und weniger das Kompressionsmaterial im Vordergrund. In den letzten Jahrzehnten wurde von Experten bei fortgeschrittener CVI, insbesondere floridem Ulcus cruris venosum, eher die KKL 3 propagiert, für ausgeprägte Lymphödeme sogar die KKL 4 (Tab. 4). Dieser wissenschaftlich orientierte Ansatz hat aber nur wenig Akzeptanz und Umsetzung im klinischen Alltag gefunden. Die weitaus meisten MKS, die in Deutschland verordnet werden, entsprechen meist der KKL 2. So konnte in der mediven Beobachtungsstudie gezeigt werden, dass es sich auch bei den von Experten (Phlebologen) rezeptierten MKS bei 93 % um Produkte der KKL 2 handelt. MKS der Kompressionsklasse 1 wurden lediglich bei 3,2 % der Patienten verordnet. Zudem wurden lediglich bei 5,3 % der Patienten mit CEAP-Stadien C0 und C1

MKS der Kompressionsklasse 1 verschrieben. Unterschiedliche Materialstärken wurden nur sehr selten berücksichtigt.

Die Verordnung von höheren Kompressionsklassen erfolgt seltener, da die Adhärenz der Patienten mit steigenden Kompressionsklassen abnimmt. Gerade ältere, bewegungseingeschränkte oder adipöse Patienten kommen mit Produkten in höheren KKL im Alltag oft nicht gut zurecht. Zudem gibt es zunehmend auch in Studien belegte Hinweise, dass für viele Patienten, insbesondere in den CEAP-Stadien C1 bis C3, MKS der Kompressionsklasse 1 eine gute Wirksamkeit haben, die sich durch Erhöhung des Kompressionsdrucks nicht weiter steigern lässt.

Ein noch wenig berücksichtigter Aspekt ist zudem die Art der Strickung. So ist zwischen Rund- und Flachstrickung zu differenzieren. Rundgestrickte, nahtlose MKS haben Grenzen bei der Formgebung, da sie mit einer fest definierten Anzahl an Nadeln auf einem Strickzylinder produziert werden. Eine Anpassung an die Beinform erfolgt durch Änderung der Maschengröße, also eine feste oder lockere Strickung. Da im Flachstrickverfahren Maschen individuell auf- oder abgenommen werden können, ist eine Anpassung an außergewöhnliche Beinumfänge möglich. Der Strumpf wird an einem Stück gestrickt und am Ende zusammengenäht, sodass eine Naht entsteht. Hinsichtlich der Festigkeit der Materialien bestehen noch Unsicherheiten, die ggf. in Absprache mit dem Sanitätsfachhandel geklärt werden könnten. Hierbei soll das Gestrick nach den Anforderungen der Anatomie des Beines ausgewählt werden. Ein schmales Bein mit wenig Ödemneigung kann mit einem dünneren Gestrick versorgt werden. Ein kräftiges Bein mit größeren Umfängen benötigt ein kräftigeres Gestrick.

Kompressionsklassen	
KKL 1	18–21 mmHg
KKL 2	23–32 mmHg
KKL 3	36–46 mmHg
KKL 4	>49 mmHg

Tab. 4: Die Gütezeichen Gemeinschaft (GZG)-Norm hat für Deutschland für MKS Kompressionsklassen (KKL) definiert, die sich auf den Andruck von Kompressionsstrümpfen im Fesselbereich beziehen.

Fazit für die Praxis

Im Rahmen einer patientengerechten Versorgung können heute viele individuelle Faktoren bei der Auswahl der geeigneten Kompressionsmaterialien berücksichtigt werden. Hierbei liegt ein Augenmerk auf den Bedürfnisse und Fähigkeiten der Betroffenen ebenso wie auf anatomisch-konstitutionellen Faktoren und Komorbiditäten.



Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Joachim Dissemont
Universitätsklinikum Essen
Klinik und Poliklinik für Dermatologie,
Venerologie und Allergologie
Hufelandstraße 55, 45122 Essen
E-Mail: joachim.dissemont@uk-essen.de

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