

Neue Leitlinie zur Kompressionstherapie. Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse.

Interdisziplinär¹, jedoch federführend von der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie e.V. (DGP), wurde die S2k-Leitlinie „Medizinische Kompressionstherapie der Extremitäten mit den Therapieoptionen Medizinischem Kompressionsstrumpf (MKS), Phlebologischem Kompressionsverband (PKV) und Medizinischen adaptiven Kompressionssystemen (MAK)^{2,3} erstellt und 2019³ durch die AWMF veröffentlicht. L&R fasst die relevantesten Aussagen für Sie zusammen⁴.

Was ist neu?

- Diese Leitlinie ist die erste, die alle Aspekte zur Anwendung der Kompressionstherapie auf Basis derzeitiger wissenschaftlicher Erkenntnisse zusammenfasst.
- Sie ersetzt die Leitlinien „Phlebologischer Kompressionsverband“ und „Medizinischer Kompressionsstrumpf“.
- Die Leitlinie enthält **35 Behandlungsempfehlungen, z.B. zum Thema Unterpolsterung**.
- Erstmals werden in einer Leitlinie **Medizinisch adaptive Kompressionsmittel (MAK)** als Alternative in der Versorgung erwähnt. Sie können für die Entstauung von Ödemen sowohl bei Lymphödemen als auch bei Ulcus cruris venosum angewandt werden. Die Systeme befinden sich in Deutschland momentan in der Hilfsmittelzulassung und können deshalb nicht von allen Herstellern bezogen werden.

Zusammenfassung

Die medizinische Kompressionstherapie soll integraler Bestandteil der Therapie phlebologischer Krankheitsbilder, z.B. Ulcus cruris venosum (UCV), sein. Als Therapieoptionen bzw. Hilfsmittel werden genannt:

- **Phlebologische Kompressionsverbände (PKV),**
- **Medizinische Kompressionsstrümpfe (MKS) oder**
- **Medizinisch adaptive Kompressionssysteme (MAK).**

Für eine optimale Kompressionstherapie sollte der Anwender Kenntnisse und Erfahrungen bzgl. folgender Aspekte haben:

- Diagnose und Differentialdiagnose
- Risiken und Kontraindikationen
- Verordnung zeitgemäßer Kompressionsmaterialien
- Anlagetechnik

Phlebologischer Kompressionsverband (PKV)

Bindentypen: Kurzzugbinden, Zinkleimbinden, Polsterbinden und Mehrkomponenten-Systeme

Wann anwenden:

- In der Entstauungsphase bei einem nicht kompensierten Ödem
- Ggf. täglich erneuern, Mehrkomponenten-Systeme können mehrere Tage am Bein bleiben (bes. bei UCV-Patienten bewährt)

Die Auswahl der Bandagierungstechnik bzw. des Verbandsystems/Bindentyps ist abhängig von der Diagnose, den Beschwerden und Präferenzen des Patienten sowie den Erfahrungen & Fähigkeiten des Anwenders.

Bandagierungstechniken und Anlagedruck

Die Erfordernisse der jeweiligen Krankheit bestimmen das Material des PKV und die Anlagetechnik. Es gibt keinen Nachweis, dass eine bestimmte Bandagierungstechnik (z.B. nach Pütter, Sigg, Fischer) einer anderen überlegen ist.

Patient mit UCV: Anlage des PKV mit starkem Druck, d. h. $\geq 40\text{--}60$ mmHg im Knöchelbereich.

Wesentliche Prinzipien bei der Anlage eines PKV am Bein:

- Binden mit „Überlappung“ anlegen
- Sprunggelenk rechtwinkelig (Dorsalflexion) positionieren
- Unterschenkelkompressionsverband bis zum Fibulaköpfchen, Oberschenkelkompressionsverband bis zum proximalen Oberschenkel anlegen
- Anpressdruck bei gleichbleibender Bindenvordehnung nimmt von distal nach proximal ab (wegen Beingeometrie; Laplace'sches Gesetz)
- Verband darf keine Druckstellen, Schnürfurchen und Schmerzen verursachen
- **Wichtig: Unterpolsterung!**
 - ♦ Ohne Unterpolsterung können **Druckschäden** (z.B. unbemerkte Einschnürungen) entstehen – Polstermaterial **kann** Druckulzera, Hautnekrosen und Nervenschäden verhindern
 - ♦ Mit Watte-, Schaumstoffbinden und/oder Pelotten
 - ♦ Wegen der unterschiedlichen Radien der Extremität (z.B. Knöchel und Achillessehne) soll Polstermaterial zur Auf- und Abpolsterung für einen adäquaten Druck verwendet werden. (siehe Laplace'sches Gesetz)
- Hautschutz durch Schlauchverband aus Baumwolle
- Bindenbreite hängt von Form und Durchmesser der Extremität ab
- Mind. 2 Binden für sachgerechte Kompressionsversorgung
- Immer auf **guten Anlagedruck** achten (zu lockere Touren → Ödemausbildung; zu straffes Anziehen einzelner Bindentouren stört das Druckgefälle und kann zu Einschnürungen, Druckschäden führen.)
- Bindenrolle **unter permanentem Zug** unmittelbar auf der Haut abrollen → Binde modelliert sich gleichmäßig an das Bein
- Bindenabschluss nicht mit Fixierklammern/„Schwiegermüttern“ (Verletzungsrisiko!), sondern mit Pflasterfixierstreifen befestigen

Medizinische Kompressionsstrümpfe (MKS)

Bei **UCV-Patienten** soll die Therapie **nach** der initialen **Entstauungsphase bei noch bestehender Wunde** in geeigneten Fällen vom PKV **auf zweilagige Ulcus-Kompressionsstrümpfsysteme** zur längerfristigen Therapie umgestellt werden.

Eigenschaften Ulcus-Kompressionsstrumpf:

- 2-lagiges Kompressionsstrümpfsystem:
 - ♦ Dünnerer Unterziehstrumpf – fixiert die Wundauflage und wird auch in der Nacht getragen – und kräftigerer Kompressionsstrumpf
- Kompressionsklasse 3 bei Kombination beider Strümpfe

Wann MKS anwenden:

- Nach dem Wundverschluss, zur langfristigen Therapie der Grunderkrankung

Eigenschaften:

- Verschiedene Strickungen: Rund- vs. Flachstrickstrumpf
 - ♦ Bei phlebologischer Indikation i.d.R. rundgestrickter Strumpf
- RAL: Gütesicherungen zum Nachweis der Erfüllung der Qualitätsmerkmale
 - ♦ Derzeit gültig: RAL GZG 387 (2000) und 93/42 EWG (Zweizugstrumpf)
- 4 Kompressionsklassen (KKL) – nach dem Ruhedruck im Fesselbereich genormt
- Relevant für die Wirksamkeit: Ruhedruck, Arbeitsdruck und Material bzw. Stiffness (= Dehnbarkeit)
- 4 Strumpfausführungen: Wadenstrumpf (A-D), Halbschenkelstrumpf (A-F), Schenkelstrumpf (A-G) & Strumpfhose (A-T)
- Auswahl zwischen offener und geschlossener Fußspitze
- Vorgesehene Nutzungsdauer von 6 Monaten, sachgerechte Pflege essentiell
- An- und Ausziehhilfe: ab Kompressionsklasse 1 verordnungsfähig

Keine starre Zuordnung einer Kompressionsklasse zu einer Diagnose!

- Die Auswahl des Strumpfes sollte abhängig von der Diagnose und abgestimmt auf die Bedürfnisse des Patienten erfolgen
- Immer die niedrigste wirksame KKL wählen – dies unterstützt die Adhärenz des Patienten

¹ Beteiligt waren neben dem DGP auch DGA, DGG, DDG, GDL, DGL und BVP.

² Autoren: Rabe E, Földi E, Gerlach H, Jünger M, Lulay G, Miller A, Protz K, Reich-Schupke S, Schwarz T, Stücker M, Valesky E, Pannier F

³ Die Leitlinie ist rückwirkend in Kraft seit dem 1. Januar 2019.

⁴ Sie finden die gesamte Leitlinie auf der Website www.awmf.org unter „Leitlinien“.