

„Jede Kompression ist besser als keine Kompression“

Bei den meisten Patienten mit chronischer Veneninsuffizienz oder *Ulcus cruris venosum* ist eine Kompressionstherapie indiziert. Doch diese wird hierzulande stark vernachlässigt – mit der Folge, dass viele Patienten chronische offene Beine haben und deren Heilung nie erreicht wird. Eine effektive Prävention und Heilung solcher Komplikationen ist anzustreben. Es gibt mehrere Möglichkeiten, um eine Kompressionstherapie einfach und effektiv zum Erfolg zu bringen. Zu diesem Schluss kam eine Expertengruppe bei einem Roundtable-Gespräch in München.

Die Kompressionstherapie hat eine gute Evidenz, vor allem für die Heilung des *Ulcus cruris venosum*, erklärte Prof. Dr. med. Markus Stücker vom Venenzentrum der Dermatologischen und Gefäßchirurgischen Kliniken der Ruhr-Universität Bochum. Er gab eine Übersicht über die Studienlage zur Kompressionstherapie und machte deutlich, dass deren Durchführung häufig einfacher ist als angenommen. Beispielsweise gilt die weit verbreitete Annahme, dass nur eine hohe Kompression mit mindestens 40 mmHg wirksam ist, nicht für jeden Patienten. Manchmal reicht auch eine geringe Kompression

von 20 mmHg, wie eine Cochrane-Analyse aus dem Jahr 2001 belegt [1]. Damals wurden die Studien noch mit Kompressionsverbänden aus Kurzzugbinden durchgeführt und nicht mit modernen Ulkusstrümpfen oder Mehrlagenverbänden, wie sie heute verwendet werden sollten. „Inzwischen wissen wir, dass Ulkusstrümpfe, also Kompressionsstrümpfe, bestehend aus einem Unterziehstrumpf, der den Wundverband fixiert, und einem zweiten Strumpf, der die Kompression anbringt, viel effektiver sind als Bandagen. Daher sollte man frühzeitig Ulkusstrümpfe verordnen“, so Stücker.



Foto: Johanna Diekmann-von Berg

Bei einem Roundtable-Gespräch diskutierten Experten über die optimale Kompressionstherapie in der Hausarztpraxis: 1. Reihe von links nach rechts: Prof. Knut Kröger, Dr. Monika von Berg (Moderation), Josef Hug; 2. Reihe: Kerstin Protz, PD Dr. Stefanie Reich-Schupke, Martin Storck; 3. Reihe: Prof. Peter Kujath, Prof. Joachim Dissemond; 4. Reihe: Prof. Eberhard Rabe, Prof. Markus Stücker, Dr. Gerd Lulay.

Problematisch ist aber, dass viele Patienten Kompressionsstrümpfe mit einem Druck von 40 mmHg nicht allein anziehen können. „Man muss bedenken, dass die meisten Patienten älter sind“, erinnerte Prof. Stücker. Einer Studie zufolge sind 40 % der über 65-jährigen Patienten nicht in der Lage, Kompressionsstrümpfe alleine ohne Hilfsmittel anzuziehen [2].

Anziehhilfen verordnen

Diese Quote lässt sich deutlich verbessern, wenn man Anziehhilfen bereitstellt (Abb. 1). Prof. Stücker wies darauf hin, dass Anziehhilfen rezeptfähig sind. Mit einer guten

Impressum

Sonderbeilage in „Der Hausarzt“ 07/2016
 Experten-Roundtable
 „Kompressionstherapie
 in der Hausarztpraxis“,
 am 2. Februar 2016 in
 München; Bericht:
 Judith Neumaier
 V.i.S.d.P.: Dr. Monika
 von Berg
 Mit freundlicher Unter-
 stützung von MDI
 Medical Data Institute
 Die Herausgeber der
 Zeitschrift übernehmen
 keine Verantwortung
 für die Inhalte

Schulung steigt die Quote der Patienten, die es schaffen, ihre Kompressionsstrümpfe allein anzuziehen, auf 90 %.



„Das Ödem ist der schlimmste Feind der Wundbehandlung. Ohne Kompressionstherapie keine erfolgreiche Wundbehandlung.“

Prof. Dr. med. Joachim Dissemond, Essen

Geringer Druck ausreichend

Eine weitere Erleichterung ist, dass häufig bereits eine geringe Kompression bzw. Kompressionsstrümpfe der Klasse I für eine wirksame Therapie des Ulcus cruris venosum ausreichend sind. Wie hoch der Anpressdruck sein muss, um ein Ulcus zur Abheilung zu bringen, wurde in einer Studie mit 55 Patienten untersucht [3]. Verglichen wurde hier die Wirksamkeit eines 4-Lagen-Kompressionsverbandes mit einer Kompression von 40–50 mmHg mit Kompressionsstrümpfen der Klasse I mit einem Anpressdruck von 15–20 mmHg. Dabei zeigte sich, dass die Druckamplitude bei Bewegungen in beiden Gruppen vergleichbar war. Hinsichtlich

der Ulkusheilung gab es keinen Unterschied zwischen den Kompressionsstrümpfen und den 4-Lagen-Verbänden. „Das heißt, dass es eine relevante Gruppe von Patienten gibt, bei denen wir keine hohen Kompressionsdrucke benötigen, sondern auf niedrigere Drucke gehen können, die dann von den Patienten besser toleriert werden, u. a. weil sie die Strümpfe besser anziehen können“, erklärte Stücker. Auch nach der Abheilung eines Ulcus wird eine Kompressionstherapie zur Rezidivprophylaxe empfohlen. „Wir wissen, dass innerhalb der ersten 3 Jahre 30–50 % der Patienten ein Rezidiv bekommen“, so Stücker. Für die Rezidivprophylaxe ist ebenfalls ein Kompressionsstrumpf der Klasse I ausreichend. Wie eine Studie belegt, kommt es bei Patienten, die einen Kompressionsstrumpf der Klasse I tragen, nur wenig häufiger zu einem Rezidiv

als bei Patienten mit einem Kompressionsstrumpf der Klasse II [4]. Lediglich bei ausgeprägter Veneninsuffizienz erwies sich in dieser Studie ein höherer Kompressionsdruck (Klasse II) als sinnvoll, weil damit deutlich weniger Rezidive auftraten als unter niedrigerem Druck. Auch bei abendlichen Ödemen ist kein hoher Kompressionsdruck erforderlich. Bereits mit leichten Stützstrümpfen mit einer Kompression von 8 mmHg kann eine signifikante Ödemreduktion erreicht werden [5].

Angenehmer für die Patienten

Welche Kompression die Patienten als angenehm empfinden, wurde in einer kleinen Studie mit 12 Patienten untersucht. Dabei zeigte sich, dass die Patienten die höchste Symptomlinderung beim Tragen von Kompressionsstrümpfen der Klasse I empfanden [5]. Bei Kompressionsstrümpfen mit geringen Drücken gaben dagegen viele Patienten an, dass die Symptome zunehmen, wobei hier auch andere Faktoren wie die Passform, das Druckgefühl oder der Halt durch die Strümpfe eine Rolle spielen. Bei einem sehr hohen Druck sank das subjektive Empfinden der Symptomlinderung ebenfalls, weil die Patienten das Tragen der Kompressionsstrümpfe als unangenehm empfanden.

WAS KANN DER PATIENT SELBST TUN?

Zu jeder Kompressionstherapie gehören:

Edukation des Patienten (Umgang mit Kompressionsstrümpfen etc.)

Hautpflege

Selbstinspektion (z. B. Farbveränderungen)

Bewegung, Gefäßsport

Raucherentwöhnung

Abb. 1: Anziehhilfen steigern den Anteil der Patienten, die ihre Kompressionsstrümpfe allein anziehen können, deutlich.



Fotos: Protz

Klasse I verordnungsfähig

Angesichts dieser Daten stellt sich die Frage, warum Kompressionsstrümpfe der Klasse I so selten verordnet werden. Seit 2005 sind sie im Hilfsmittelkatalog enthalten und können somit zulasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden. In Zusammenhang mit einer ambulanten Krankenpflege ist das Anziehen dieser Strümpfe aber nicht möglich. Stückers Fazit: Die meisten Patienten, die in der Lage

sind, Kompressionsstrümpfe selbst anzuziehen, können problemlos mit Kompressionsstrümpfen der Klasse I versorgt werden.

Auch ein **Ulcus cruris** braucht **Kompression**

Auch beim **Ulcus cruris** hat eine Kompressionstherapie einen hohen Stellenwert (Abb. 2). „Denn das Ödem ist der schlimmste Feind der Wundbehandlung. Ohne Kompressionstherapie erzielen wir keine erfolgreiche Wundbehandlung“, so Prof. Dr. med. Joachim Dissemond von der Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie am Universitätsklinikum Essen. „Patienten mit **Ulcus cruris** werden häufig nur auf ihre Wunde reduziert. Entscheidend ist aber, die Ursache des **Ulcus cruris** zu erkennen und konsequent zu behandeln“, mahnte Prof. Dissemond.

Es gibt über 100 verschiedene Ursachen für das **Ulcus cruris**. Diese gilt es, mithilfe der Anamnese (Grundkrankheiten, Schmerzen, Medikamente u. a.), der klinischen Inspektion (Lokalisation, Farbe, Exsudat, Tiefe, Wundrand, Wundumgebung u. a.) und apparativer Diagnostik (z. B. Messung des Knöchel-Arm-Index, ABI) in Erfahrung zu bringen. Die ABI-Messung ist gut in der Hausarztpraxis durchführbar, erklärte Prof. Dissemond. Bei Therapiebeginn sollte das Bein zunächst entstaut und die Wunde behandelt werden. Bei der Wundversorgung gab es in den vergangenen Jahren enorme Fortschritte. Mittlerweile stehen zahlreiche moderne Wundauflagen zur Verfügung.

Aber diese müssen sinnvoll eingesetzt werden. „Man muss die Wun-

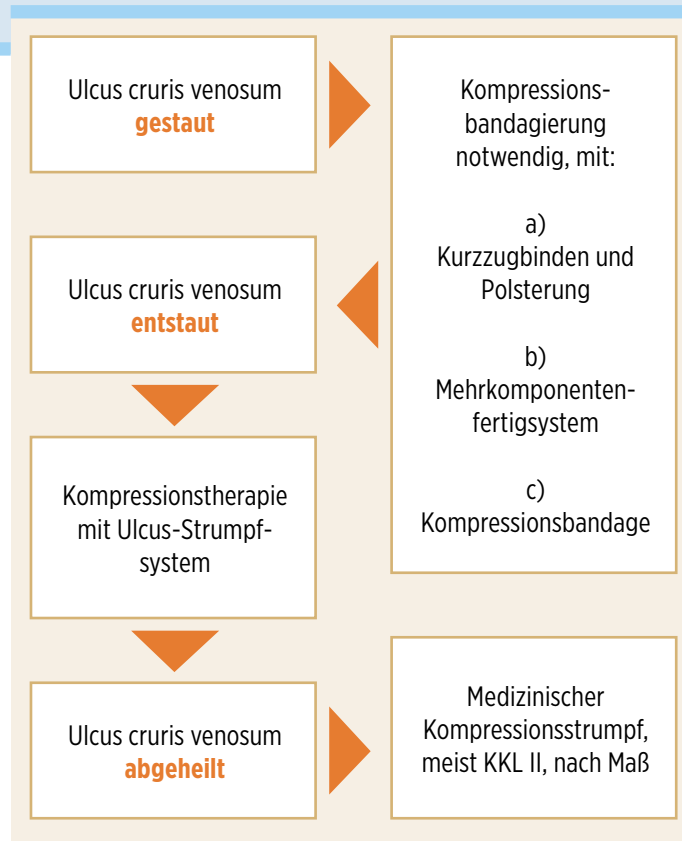


Abb. 2: Ablauf der Kompressionstherapie beim **Ulcus cruris venosum** (nach Protz)

de lesen können“, erinnerte Prof. Dr. med. Knut Kröger von der Klinik für Gefäßmedizin am Helios Klinikum Krefeld. Der Wundexperte wies darauf hin, dass Wunden Zeit brauchen und darüber hinaus

- die richtige Diagnose,
- eine geeignete Kompression,
- die richtige Wundauflage,
- und nicht zuletzt einen Arzt

bzw. Wundmanager, der sich darum kümmert.

Dass bei einer Hautveränderung Kompressionsstrümpfe kontraindiziert sind, ist längst überholt. Heute gilt: Wenn eine Hautveränderung vorliegt, gehört ein Kompressionsstrumpf ans Bein.

Laut Prof. Stücker wird bei Patienten mit **Ulcus cruris** immer noch zu selten eine moderne Kompressionstherapie durchgeführt. „Verbände

mit Kurzzugbinden sollte es nicht mehr geben, sie sind schlechter als Mehrkomponentenverbände und schlechter als Kompressionsstrümpfe“, so Stücker. Für Patienten mit einem **Ulcus cruris venosum** gibt es Kompressionsstrumpfsysteme, die den Bandagen von der Anwendung und Effektivität her deutlich überlegen sind. Das erleichtert das Selbstmanagement des Patienten deutlich.

Individualisierte statt schematisierte Therapie

Welche Kompressionsklasse soll nun verordnet werden? Der Goldstandard der Kompressionstherapie ist nach wie vor ein Kompressionsstrumpf der Klasse II. Darauf wies Prof. Dissemond hin. „Aber jede Kompression ist besser als keine Kompression, vor allem, wenn Kompressionsstrümpfe der Klasse II Probleme mit sich bringen.“ Auch Prof. Stücker ist der Meinung, dass es keine wirkliche Rationale dafür



„Bei der Kompressionstherapie sollte das komplette Spektrum der Möglichkeiten ausgenutzt werden.“

PD Dr. med. Stefanie Reich-Schupke, Recklinghausen



„Es gibt eine gute Evidenz dafür, dass Kompressionsstrümpfe der Klasse I hochwirksam sind.“

Prof. Dr. med. Markus Stücker, Bochum

Literatur

1. Cullum et al. Compression for venous leg ulcers. Cochrane Database Syst Rev. 2001; (2): CD000265
2. Sippel et al. Eur J Vasc Endovasc Surg 2015
3. Brizzio et al. J Vasc Surg 2010; 51: 410-416
4. Moloney C et al. Int Wound J 2014; 11: 404-408
5. Partsch et al. Derm Surg 2004; 30: 737-743

gibt, immer einen Kompressionsstrumpf der Klasse II zu verwenden. Angesichts der Tatsache, dass viele der Patienten, die langfristig eine Kompressionstherapie benötigen, älter sind und Schwierigkeiten beim Anziehen von Kompressionsstrümpfen haben, sollte man das tun, was nötig ist. Mit dem Kompressionsdruck kann man dabei so weit nach unten gehen wie nötig und eine Verschiebung von der Kompressionsklasse II zu Klasse I in Betracht ziehen.

„Kompressionsstrümpfe der Klasse I sind eine Option in der Kompressionstherapie, die öfter zum Einsatz kommen sollte“, so Stücker. Man muss dabei auch überlegen, was mit der Kompressionstherapie erreicht werden soll. Geht es rein um die Ödemlinderung, wird in der Regel kein Kompressionsstrumpf der Klasse III benötigt.

Prof. Dr. med. Eberhard Rabe von der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie in Bonn erläuterte, dass etwa 50 % der Verordnungen von Kompressionsstrümpfen die Indikationen unkomplizierte Varikosis und leichte Ödeme betreffen. „In diesen Indikationen gibt es keinen Grund dafür zu sagen, die Kompressionsklasse II wäre besser wirksam als die Klasse I. Dagegen ist die Frage

der Adhärenz, also der Mitarbeit der Patienten, durchaus wichtig.“

Optimierungsbedarf in der Kompressionstherapie

Es gibt allen Grund dazu, dass die Kompressionstherapie verbessert wird. Denn zur Wirksamkeit von Kompressionsstrümpfen bei chronisch venöser Insuffizienz liegen zwar zahlreiche Studien vor, doch

die Versorgungsrealität sieht in Deutschland ziemlich düster aus, wie Privatdozentin Dr. med. Stefanie Reich-Schupke, Fachärztin für Dermatologie und Venerologie in Bochum berichtete. An den Kompressionsstrümpfen selbst liegt es nicht: „Die Noten für die Materialien sind insgesamt gut, das Problem liegt vielmehr in der Anwendung“, so Reich-Schupke. Etwa ein Drittel der Patienten mit Ulcus cruris venosum erhält keine Kompressionstherapie, obwohl eine harte Indikation und eine gute Evidenz hierfür vorliegen. Wenn eine Kompressionstherapie durchgeführt wird, sind viele Anwendungsfehler zu beobachten. Häufig scheidet es schon in

der Wahl der richtigen Kompressionsklasse. In einer eigenen Untersuchung stellte Reich-Schupke fest, dass die Kompressionsstrümpfe bei zwei Drittel der Patienten, die in die Ambulanz kamen, entweder die falsche Kompressionsklasse oder einen ungeeigneten Druckverlauf aufweisen. Außerdem treten immer wieder Probleme bei der Unterpolsterung auf oder es



„Die Kompressionstherapie ist eine moderne Therapieform, die von jedem Arzt beherrscht werden sollte.“

Prof. Dr. med. Knut Kröger, Krefeld

kommt zu Einschnürungen des Beins, weil ungeeignetes Material (Rundstrick vs. Flachstrick) gewählt wurde. Oftmals wird auch die Hautpflege vernachlässigt, so Reich-Schupke. Hinzu kommt, dass viele Patienten zu wenig Informationen über die korrekte Anwendung von Kompressionsstrümpfen oder -verbänden erhalten. Und

es gibt zahlreiche Patienten, die nicht wie vorgesehen alle 6 Monate neue Kompressionsstrümpfe bekommen. Schließlich hapert es auch an den ärztlichen Kontrollen nach der Verordnung von medizinischen Kompressionsstrümpfen. Um die Situation zu verbessern, plädierte Reich-Schupke dafür, dass das komplette Spektrum der Kompressionstherapie unter Berücksichtigung der individuellen Patientenfaktoren ausgenutzt wird.

Dr. med. Gerd Lulay von der Klinik für Gefäßchirurgie am Mathias-Spital Rheine forderte, dass Ärzte besser für ihre Tätigkeit im Rahmen der Kompressionstherapie honoriert werden sollten. „Bei einem Patienten mit einem Ulcus cruris fallen innerhalb von 3 Jahren Kosten von etwa 40.000 Euro für Verbandmaterial an. Für die behandelnden Ärzte fällt dagegen relativ wenig ab“, so Lulay.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- Es gibt eine hohe **Evidenz** für die **Wirksamkeit der Kompression**, sowohl bei leichter bis hin zu schwerer **Veneninsuffizienz** als auch beim **Ulcus cruris venosum**.
- Auch mit **Kompressionsstrümpfen der Klasse I** ist eine effektive **Kompressionstherapie** möglich.
- Um die **Adhärenz** zu steigern, sollte eine möglichst niedrige **Kompressionsklasse** gewählt und **Anziehhilfen** verordnet werden.



Foto: Jan Werner - photocase