

NEUE LEITLINIE KOMPRESSIIONSTHERAPIE BRINGT MEHR FLEXIBILITÄT

Anfang Mai 2019 wurde die Neufassung der Leitlinie zur **Medizinischen Kompressionstherapie der Extremitäten** auf der Homepage der AWMF veröffentlicht. Der Phlebologe Prof. Dr. med. Markus Stücker, Bochum, erläutert im Gespräch mit Dr. med. Ulrich Scharmer den aktuellen Stand und worauf in der Praxis besonders geachtet werden sollte.

? Herr Professor Stücker, welche Grundrichtung gibt die neue Leitlinie zur Kompressionstherapie vor?

Stücker: Gleich zu Beginn wird bekräftigt, dass die Kompressionstherapie unverzichtbarer Bestandteil der Behandlung von phlebo- und lymphologischen Erkrankungen der Beine und Arme ist. Hervorgehoben wird ferner, dass sie die Lebensqualität und das Befinden der Patienten verbessern soll. Das klingt zunächst banal, trägt aber der Tatsache Rechnung, dass eine Kompressionstherapie den Patienten in puncto Adhärenz mehr abverlangt als etwa die Einnahme eines Medikaments. Man will damit erreichen, dass sich die Verordnung mehr an den Möglichkeiten der Patienten orientiert als an dogmatischen Vorgaben, welche Kompressionsklasse bei welcher Diagnose gilt. Denn: Ein getragener Kompressionsstrumpf der Klasse I oder II ist allemal besser als einer der Klasse III, der ungenutzt in der Schublade liegt. In diesem Zusammenhang ist eine weitere zentrale Empfehlung der neuen Leitlinie zu sehen, immer die niedrigste wirksame Kompressionsklasse zu wählen.

? Heißt das, dass man sich an die individuell optimale Kompressionsklasse herantastet?

Ja, manchmal fangen wir niedrig an, denn die Adhärenz ist umso besser, je geringer die Kompressionsklasse ist. Wenn die Pa-

tienten die Strümpfe kaum an- und ausziehen können, sinkt die Bereitschaft und nicht wenige Patienten verweigern dann jede Kompressionsmaßnahme. Wenn ein Patient aber merkt, dass er mit Klasse I weniger Schwellungen hat, ist er eher bereit, bei Bedarf auch eine höhere Kompression zu tolerieren und fragt vielleicht sogar selbst danach.

? Man hat der Kompressionstherapie oft vorgeworfen, dass vor allem bei den leichteren Graden der chronisch-venösen Insuffizienz (CVI) die Evidenz spärlich ist.

Für die Wirksamkeit der Kompressionstherapie gibt es reichlich Evidenz. Das gilt nicht nur für bereits manifeste Krampfaderleiden, tiefe Beinvenenthrombosen oder das Ulcus cruris venosum, sondern z.B. auch für Patienten mit Stehberufen, die über Schwellungen und Stauungsbeschwerden berichten, ohne dass ein Krampfaderleiden vorliegt. Es konnte klar belegt werden, dass Kompression bei tiefer Beinvenenthrombose z.B. den Abbau des Gerinnsels fördert und ein Ulcus cruris venosum in der Regel nur unter konsequenter Kompression abheilt.

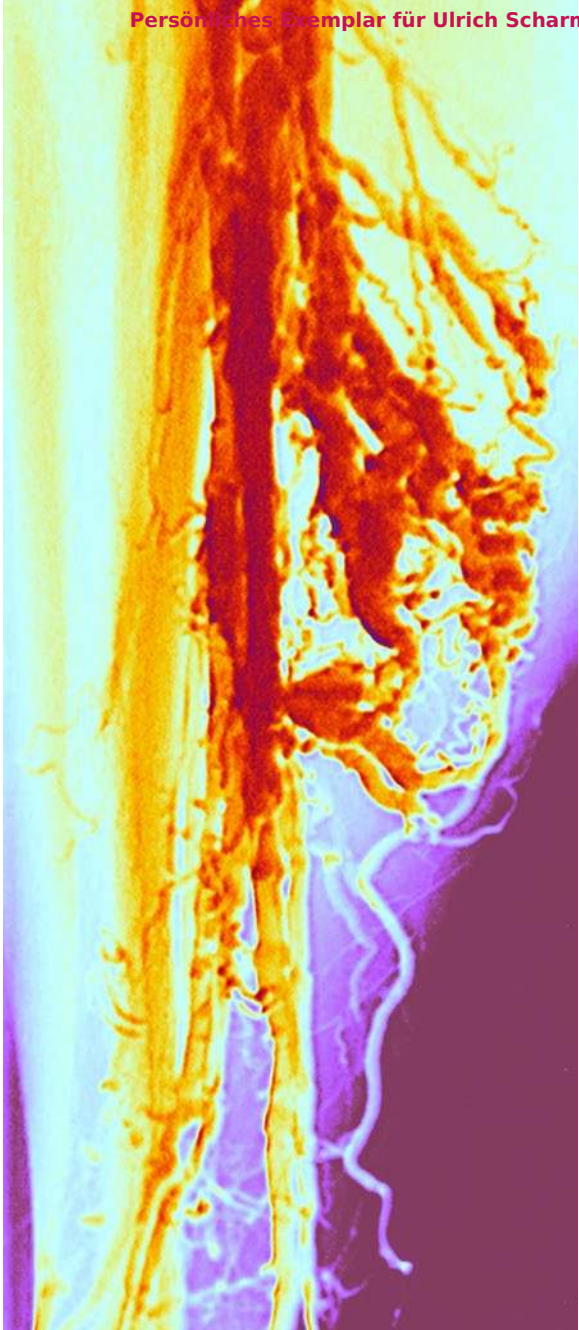
? Welche Kontraindikationen gegen eine Kompressionstherapie müssen beachtet werden?

Die Kontraindikationen werden heute



Prof. Dr. med. Markus Stücker
Präsident der Dt. Gesellschaft für Phlebologie, Leitender Arzt am Venenzentrum der Dermatologischen und Gefäßchirurgischen Kliniken der Ruhr-Universität Bochum

weniger streng formuliert. Im Wesentlichen handelt es sich um die dekompensierte Herzinsuffizienz, d.h. NYHA III oder IV, und die fortgeschrittene PAVK. Für die dekompensierte Herzinsuffizienz kann als Faustregel gelten: Ein Patient, der über zwei Etagen Treppen steigen kann, verträgt auch einen Kompressionsstrumpf. Eine PAVK ist fortgeschritten, wenn z.B. der Knöchel-Arm-Index (Ankle Brachial Pressure Index, ABPI) unter 0,5 oder der absolute Knöchelarteriendruck unter 60 mmHg liegt. Bei den meisten Patienten mit leichter Minderung des Quotienten oder der peripheren Druckwerte ist eine Kompressionstherapie möglich, zumindest mit Klasse I.



Rund jeder vierte über 80-Jährige hat zumindest eine leichte PAVK

Zuerst geht es darum, das Ödem zurückzudrängen, danach soll dieser Zustand gehalten werden. In der Entstauungsphase, die meistens zwei bis vier Wochen dauert, nimmt das Volumen der Extremität ab. Daher haben hier Kompressionsbandagen oder z. B. adaptive Kompressionssysteme mit Klettverschluss ihren Platz. In der Erhaltungsphase – und nur dann – sollte auf einen Kompressionsstrumpf übergegangen werden, weil dieser die Mobilität des Patienten im Gegensatz zu Bandagen kaum einschränkt.

? Was sind jeweils die Vor- und Nachteile von Kompressionsverbänden und Kompressionsstrümpfen?

Ein Kompressionsverband kann schnell angepasst werden, wenn das Ödem rückläufig ist. Weil er dick ist, können die Patienten aber meistens keine normalen Schuhe tragen und sind in ihrer Mobilität beeinträchtigt. Außerdem ist er schwierig anzulegen, was die Patienten in der Regel nicht selbst schaffen. Der Kompressionsstrumpf hat den Vorteil, dass er genau definierte Drücke erzeugt und die Mobilität nicht einschränkt. Wegen seiner Formkonstanz kann er erst angepasst werden, wenn das Ödem ausreichend ausgeschwemmt ist.

? Heißt das, dass man beim Ulcus cruris mixtum die Kompression heute weniger restriktiv einsetzt?

Ja. Ein Ulcus cruris mixtum ist primär ein Ulcus cruris venosum, bei dem zusätzlich eine PAVK besteht. Da das Ulcus hauptsächlich auf der venösen Pathophysiologie beruht, muss dort auch die kausal orientierte Kompressionstherapie ansetzen. Die PAVK trägt höchstens minimal zum Ulkusgeschehen bei. Erst bei kritischer Minderdurchblutung kommt es zu arteriell bedingten Defekten, die in der Regel an den Akren, etwa an den Zehenspitzen oder den Fußkanten, lokalisiert sind und nicht an der typischen Stelle des Ulcus

cruris venosum. Rund jeder vierte über 80-Jährige hat zumindest eine leichte PAVK. Eine Einschränkung der arteriellen Perfusion ist hier zwar messbar, aber nicht bedrohlich. Viele Patienten mit einem Knöchel-Arm-Index von 0,8 oder 0,7, die gleichzeitig z. B. ein postthrombotisches Syndrom oder ein Ulcus cruris haben, können problemlos mit Kompressionstherapie versorgt werden.

? Was muss man in der Praxis bei der Kompressionstherapie des Ulcus cruris venosum beachten?

Die Kompressionstherapie unterscheidet hier, wie auch beim Lymphödem, eine Entstauungs- und eine Erhaltungsphase.

? Welche Verbandsmaterialien kommen beim Ulcus cruris venosum infrage?

Neben konventionellen Kurz- und Langzugbinden gibt es heute speziell für das Ulcus cruris Mehrkomponentensysteme. Sie bestehen aus unterschiedlichen Typen von Bandagen und kombinieren nicht selten Kurz- und Langzugbinden. Oft wird als äußere Bandage eine kohäsive Binde gewickelt, die in sich klebt und das Verrutschen des Verbandes verhindert. Diese Mehrkomponentensysteme können oft mehrere Tage verbleiben, während sich ein Einkomponentenverband aus Kurz- und Langzugbinden oft schon nach

HAUSARZT MEDIZIN

zwei Stunden gelockert hat und dann keinen ausreichenden Druck mehr erzeugt.

? Worauf sollten Hausärzte beim Hausbesuch eines Patienten mit **Ulcus cruris** unter Kompressionstherapie besonders achten?

Zu prüfen ist, ob die Kompression überhaupt angewendet wird. Wenn Kompressionsbandagen genutzt werden, dürfen keine Schnürfurchen vorhanden sein, weil diese zu neuen Hautschäden führen können. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Kontrolle der Hautpflege. Bandagen oder Strümpfe können die Haut bisweilen mechanisch belasten und über einen Peelingeffekt zu Schuppung und Trockenheit bis zu Trockenheitsekzemen führen. Die Patienten sagen dann, sie seien allergisch auf die Kompressionsstrümpfe, aber solche Allergien kommen äußerst selten vor. Die Patienten sollten daher beim Ausziehen des Strumpfs am Abend oder beim Verbandswechsel eine rückfettende Creme auftragen, um die Haut geschmeidig zu halten. Bewährt haben sich Produkte, die 5 oder 10 Prozent Harnstoff enthalten.

? Was ist beim Verordnen eines Kompressionsstrumpfs zu beachten?

Beim **Ulcus cruris venosum** haben sich Systeme aus zwei Lagen bewährt. Die untere Lage ist ein Unterziehstrumpf mit niedrigem Anpressdruck, der sich gut über Verbände ziehen lässt und als Gleitschiene für den Kompressionsstrumpf fungiert. Ein weiterer Vorteil der zwei Lagen ist die höhere Steifigkeit (Stiffness). Das verbessert das Verhältnis von Arbeits- zu Ruhedruck.

? Worauf ist beim Ausstellen des Rezepts zu achten?

Üblicherweise werden die Kompressionsklasse, d.h. I bis IV, und die Länge* angegeben. Das genaue Anmessen im Sanitätshaus sollte in einer Phase mit minimaler Ödemausprägung erfolgen. Für den Fall, dass aufgrund anatomischer Besonderheiten des Patienten keine Maßkonfektion verfügbar ist, sollte ergänzt werden, dass bei Bedarf eine Maßanfertigung erfolgen soll.

**Rückfettende
Cremes:**

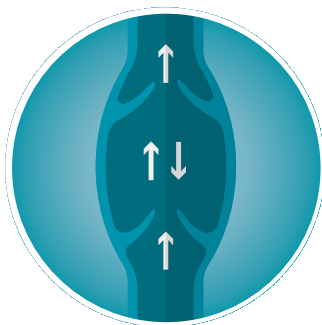
mit

5 %

bis

10 %

Harnstoff haben sich bewährt



Du
die
de
we
s
He
we

—
* **A-D: Wadenstrumpf**

A-F: Halbschenkelstrumpf

A-G: Schenkelstrumpf

A-T: Kompressionsstrumpfhose
—

? Welche Hilfsmittel für das An- und Ausziehen eines Kompressionsstrumpfs gibt es, und sind sie zulasten der GKV ordnungsfähig?

Es gibt unter anderem tütenähnliche Gleithilfen sowie Drahtgestelle, auf die man den Strumpf zieht und dann hineinsteigt. Man sollte auf das Rezept aber nur „Anziehhilfe für medizinische Kompressionsstrümpfe“ schreiben und kein System vorgeben, weil der Patient dann im Sanitätshaus ausprobieren kann, mit welchem er am besten zurechtkommt. Voraussetzung für eine Kostenerstattung – die unabhängig vom Verbandsmittelbudget erfolgt – ist die Angabe einer Begründung, etwa Arthrose, Rheuma oder altersbedingte Kraftminderung.

? Welchen Nutzen haben sogenannte Venentherapeutika?

Studien haben belegt, dass orale Venentherapeutika – im Gegensatz zu Externa – Ödeme verringern und Beschwerden lindern können. Ihre Wirkung beruht darauf, dass sie sich in die Venenwände einlagern und dort zu einer gewissen Abdichtung führen. Da sich die Wirkung erst im Verlauf mehrerer Wochen aufbaut, müssen orale Venentherapeutika langfristig eingenommen werden. Keinen Sinn hat es, sie bei Bedarf anzuwenden, etwa wenn man an einem Tag keinen Kompressionsstrumpf tragen möchte. Venentherapeutika können z.B. im Sommer eine Alternative zu Kompressionsstrümpfen der Klasse I sein. Aber auch ein additiver Effekt zum Tragen von Kompressionsstrümpfen ist beschrieben. Venentherapeutika können nicht zulasten der GKV verordnet werden. ●

Vielen Dank für das Gespräch.