

Kompressionstherapie, stationär und ambulant – Eine Bestandsaufnahme der aktuellen Versorgungssituation

(Köln) Unter dem Motto „Wundversorgung im Wandel“ fand am 30. November 2017 der zehnte „Interdisziplinäre WundCongress“ in den Kölner Sartory-Sälen statt. Die Fachexperten des Starnberger Medical Data Institute erläuterten in einem praxisnahen Symposium die aktuellen Erkenntnisse zur Kompressionstherapie und beleuchteten Aspekte ihrer praktischen Anwendung.

Professor Dr. Knut Kröger, Leiter des Ressorts Kompressionstherapie des Medical Data Institute (MDI), erläuterte die Grundlagen der Kompressionstherapie und ihre Anwendung im klinischen Bereich. Die wesentlichen Grundlagen der Kompressionstherapie sind bekannt, so Kröger. „Die Frage ist aber, warum das Wissen im Alltag ungenügend umgesetzt wird.“ Der Krefelder Angiologe berichtete von einer großangelegten Umfrage zum Thema Immobilität, an der sich über zweihundert stationäre Einrichtungen beteiligten. Immobilität, also Menschen, die sich aufgrund von Krankheit oder Alter nicht mehr selbstständig bewegen können, haben ein höheres Risiko, eine sogenannte Thrombose zu entwickeln. Dieses Risiko besteht insbesondere dann, wenn der Betroffene akut immobil wird und ist geringer bei Patienten, die eventuell bereits über Jahre auf den Rollstuhl angewiesen sind. Im Krankenhaus kommen bei vorliegendem Thromboserisiko die speziell hierfür entwickelten medizinischen Thromboseprophylaxestrümpfe (MTPS) zum Einsatz. „Diese Strümpfe werden nur auf schlanken, entlasteten Beinen angewendet“, so Kröger. Allerdings sei der Einsatz dieser Strümpfe in den entsprechenden Leitlinien nicht klar definiert. Das läge insbesondere an der unklaren Studienlage, so Kröger. Denn während der Effekt von Medikamenten zur Thromboseprophylaxe in der Forschung gut dokumentiert sei, gibt es nur wenige Daten zu MTPS. Diese sprechen jedoch eindeutig für eine positive Wirkung dieser Materialien. Solche Strümpfe sollen von unten nach oben, also vom Fuß aus in Richtung Körpermitte an Druck abnehmen. Dies sei, so mahnte Kröger, durchaus nicht bei allen am Markt verfügbaren Modellen der Fall. Die medizinischen Kompressionsstrümpfe (MKS), die bei bestehender Thrombose oder - im Wesentlichen - bei Venenschäden zum Einsatz kommen, haben aufgrund ihrer andersgelagerten Aufgabe einen anderen Aufbau und erzeugen höhere Druckwerte. Man unterscheidet im deutschsprachigen Raum vier Kompressionsklassen (KKL). Diese werden mit lateinischen Ziffern von I bis IV bezeichnet, wobei medizinische Kompressionsstrümpfe der KKL IV sehr selten sind. Meist orientiert die sich Entscheidung für eine bestimmte KKL an der Ausprägung des jeweiligen Beinödems, erläuterte Kröger. „Je stärker das Ödem, desto stärker die Kompressionsklasse“, sei seiner Ansicht nach eine Faustregel, die insbesondere im Hinblick auf die Therapietreue des Patienten zu hinterfragen ist. Es wird beobachtet, dass Patienten die Kompressionsversorgung umso weniger tolerieren, je stärker die jeweilige KKL ist. Gemäß dem Grundsatz, dass jede Kompression – auch eine geringe – besser ist, als keine Kompression, ist es für den Therapieerfolg aber unabdingbar, dass der Betroffene seine MKS trägt. Dem trägt die neu entwickelte Kompressionslogik Rechnung, bei der die Stärke des Strumpfmaterials in den Fokus gerückt wird. Die Kompressionslogik empfiehlt für Menschen mit starker Ödemneigung ein starkes und dickes Strumpfmaterial und für Menschen mit weniger ausgeprägten Schwellungen dünnere Strümpfe. „Die Studienlage zeigt, dass in Deutschland im Wesentlichen Kompressionsstrümpfe der

KKL II verordnet werden“, stellte Kröger fest. Mit ihrem Fokus auf dem jeweiligen Strumpfmaterial trägt die neue Kompressionslogik auch diesem Aspekt Rechnung. „Wir möchten das Material mehr in den Vordergrund stellen“ erläuterte Kröger abschließend. „Auf diese Weise können wir die Patientenzufriedenheit verbessern.“

Dr. Dr. Peter Schlüter ist als niedergelassener Arzt tätig und ergänzte Krögers Ausführungen um Aspekte des hausärztlichen Bereichs. In diesem Tätigkeitsfeld wird die Kompressionstherapie unter drei Aspekten betrachtet: Prophylaxe, Therapie und betriebswirtschaftliche Faktoren. „Im niedergelassenen Bereich wird die Kompressionstherapie - genau wie die gesamte Phlebologie – leider stiefmütterlich behandelt“, merkte Schlüter an. Dabei stelle sie im Bereich der Venenerkrankungen, wie dem Ulcus cruris venosum (UCV) den Hauptpfeiler der Therapie dar. Hinzu kommen medikamentöse oder invasive Maßnahmen, wie etwa das Veröden der betroffenen Venen. Die positiven Effekte der Kompressionstherapie sind in erster Linie auf den Kompressionsdruck zurückzuführen, so Schlüter. Durch die Verringerung des Venenvolumens in Folge des ausgeübten Drucks auf das Bein, erhöhe sich die Fließgeschwindigkeit des Blutes und die Versorgung des Gewebes verbessere sich. Im Wesentlichen gäbe es hierfür zwei Materialoptionen: medizinische Kompressionsstrümpfe und Bandagierungen mit Binden, meist Kurzzugbinden. Die Auswahl sollte sich, Schlüter zufolge, auch an den Bedürfnissen und Möglichkeiten des Patienten orientieren. Er bestätigte Krögers Darstellung, dass überwiegend die Kompressionsklasse II verordnet werde. „Wir sollten den Fokus viel stärker auf eine patientengerechte, individuelle Verordnung legen“, mahnte Schlüter in diesem Zusammenhang an. Die Bedeutung dieser Forderung wird insbesondere vor dem Hintergrund der Verbreitung von Venenproblemen deutlich. „Etwa 20 % der erwachsenen Bevölkerung weisen zumindest eine leichte Varikosis auf“, verdeutlichte Schlüter. Leider entwickeln Betroffene in diesem frühen Stadium selten ein Krankheitsgefühl. Daher sei es eine Herausforderung, diese Patienten anzusprechen, bevor sich aus Besenreisern eine folgenschwere Erkrankung entwickelt. Hindernis für hierfür notwendige Präventivmaßnahmen, beispielsweise ein routinemäßiges Venenscreening beim Hausarztbesuch, sieht Schlüter in erster Linie in der Finanzierung solcher Maßnahmen durch die Krankenkassen. Die einzige Leistungsposition, die für den niedergelassenen Bereich die Kompressionstherapie abbilde, honoriere diese Maßnahme mit knapp sechs Euro (IBM 023176 für die GKV). Mit diesem Betrag sei das Anlegen einer Kompressionsbandagierung kaum zu leisten. Wichtig sein das Anleiten und Motivieren des Patienten, damit er die ihn zunächst vielleicht einschränkenden oder belastenden Therapiemaßnahmen akzeptiert und sich auch alleine sachgerecht versorgen kann. Auch diese Versorgungsleistung wird nicht entsprechend honoriert, bedauerte Schlüter. Dabei komme der Edukation der Betroffenen eine hohe Bedeutung zu. Da Kompressionstherapie nur wirken kann, wenn das Bein in Bewegung ist, sollte dem Patienten - neben einigen Grundlagen der Wirkweise - auch Venensport nahe gebracht werden. „Jeder Schritt zählt“, so Schlüter.

Abschließend stellte Kerstin Protz die pflegerische Praxis der Anwendung von Kompressionsmaterialien in den Fokus. Die Projektmanagerin Wundforschung am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen an der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf stellte eine aktuelle vergleichende Studie zu Kompressionsmitteln für die Entstauungstherapie vor. 137 Teilnehmer legten insgesamt 302 Kompressionsversorgungen mit drei Versorgungsoptionen an. Dabei handelte es sich um Bandagierungen mit Kurzzugbinden inkl. Unterpolsterung, Bandagierungen mit Mehrkomponentensystemen und Kompressionsversorgungen mit einer adaptiven Kompressionsbandage (circaid JuxtaCures, Firma medi). Es wurden jeweils der erreichte Druckwert, die benötigte Arbeitszeit, die Komplexität der Anlage und der gewährleistete Tragekomfort ermittelt. Bei den Bandagierungen mit Kurzzugbinden erreichten 11,2 % den vorgegeben Zieldruckwert. Von den Mehrkomponentensystemen lag mehr als ein Drittel der Bandagierungen und bei der adaptiven Bandage 85 % der Anlagen im Zieldruckwertbereich. Die besseren Ergebnisse dieser Versorgungsoptionen können, so Protz,

darauf zurückzuführen sein, dass einige der Mehrkomponentensysteme und die getestete adaptive Kompressionsbandage über visuelle Markierungen verfügen. Diese bieten eine Orientierungshilfe dafür, welcher Druckwert unterhalb der Versorgung besteht. Der Zeitaufwand war bei der Anlage von Kurzzugbinden mit Unterpolsterung am höchsten. Mehrkomponentensysteme erforderten den geringsten Zeitaufwand. Da ein erheblicher Anteil der Kosten der Versorgung auf die Personalkosten entfällt, sind Versorgungen interessant, die sich in kurzer Zeit sachgerecht anlegen lassen. Nur ein Viertel der Teilnehmer, die Bandagierungen mit Kurzzugbinden und Unterpolsterung angelegt hatten, beurteilten die Durchführung als „einfach“. Bei den Mehrkomponentensystemen bewerteten diese über 50 % der Teilnehmer als „einfach“ und bei der adaptiven Kompressionsbandage wurde sie von 50 % als „weder einfach noch schwierig“ eingeschätzt. Eine Kompressionsversorgung muss konsequent getragen werden, so Protz. Aus Gründen der Therapieeffizienz und der Lebensqualität werde bei der Wahl der Therapieoption ein Augenmerk auf den Tragekomfort gelegt. Der Vielzahl der Probanden, die Bandagierungen mit Kurzzugbinden und Unterpolsterung erhalten hatten, passten die eigenen Schuhe nicht mehr. Zudem verrutschten einige der Versorgungen. Mit der adaptiven Kompressionsbandage, die im Fußbereich nur aus einem Kompressionsstrumpf besteht, kamen alle Teilnehmer noch in ihre Schuhe. Diese Ergebnisse spiegelten sich bei der generellen Beurteilung des Tragekomforts der Versorgungsoptionen wider. Die Bandagierungen mit Kurzzugbinden mit Unterpolsterung wurden nur von den wenigsten Teilnehmern als „angenehm“ beurteilt. Bei den Mehrkomponentensystemen äußerten knapp zwei Drittel und bei den adaptiven Kompressionsbandagen fast alle Teilnehmer diese Ansicht. Der Tragekomfort entscheidet darüber, ob der Patient seine Kompressionsversorgung entsprechend der Therapievorgaben anwendet. Protz schloss als Fazit mit der Aussage, dass die adaptiven Kompressionsbandagen eine alternative Versorgungsoption zu den bestehenden Bindenversorgungen sein können. Im Gegensatz zu Kompressionsbinden, bestehe zudem die Möglichkeit der Re-Adaption.

Über 1.000 Besucher informierten sich auf der „Jubiläumsausgabe“ des „Interdisziplinären WundCongress“ in zahlreichen qualitativ hochwertigen Vorträgen über die aktuellen Möglichkeiten der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden. Die Fachexperten des MDI fokussierten dabei drei wichtige Aspekte: die Optimierung der Kompressionstherapie durch eine „Kompressionslogik“, die Realisierung und die Finanzierbarkeit im hausärztlichen Sektor sowie die Auswahl der für den Patienten geeigneten Therapieoptionen. Alle drei Aspekte werden zukünftig die Versorgung von Menschen mit Kompressionstherapie verstärkt prägen.