

## PRESSEMITTEILUNG

### Kongress Pflege 2015

## Kompression: Ein zentrales Prinzip zur Behandlung von Venenerkrankungen

**Berlin, 8. Februar 2015 – Erkrankungen des Venensystems zählen in Deutschland zu den großen Volkskrankheiten. Wie Venenleiden und ihre zum Teil schwerwiegenden Folgeerkrankungen effektiv behandelt werden können, war Thema des Workshops „Thrombose, CVI, Ulcus cruris venosum – Wo sind die Hürden?“ anlässlich des 20. Kongresses Pflege 2015 in Berlin.**

Der Kongress Pflege hat es sich zur Aufgabe gemacht, professionell Pflegenden aktuell, nachhaltig und praxisrelevant Fachwissen für ihre tägliche Arbeit zu vermitteln. Die Fortbildungsveranstaltung, ein anerkannter Treffpunkt der Pflegeszene und traditionell der Start in das neue Fortbildungsjahr, fand am 30. und 31. Januar 2015 in Berlin statt. Ein vom Medical Data Institute (MDI), Starnberg,<sup>1</sup> veranstalteter, gut besuchter Workshop im Rahmen des Kongresses widmete sich dem für die tägliche klinische Praxis wichtigen Thema der Venenerkrankungen.

Venenleiden gehören in Deutschland zu den Volkskrankheiten: Neun von zehn Erwachsenen weisen zumindest leichte Veränderungen der Beinvenen auf.<sup>2</sup> Unter den Venenerkrankungen der Beine können akute von chronischen Formen unterschieden werden; zu den Akutformen zählen vor allem Thrombosen, zu den chronischen Leiden Krampfadern (Varikosis) und die chronisch venöse Insuffizienz (CVI). Zwischen den Krankheitsbildern bestehen vielfältige Wechselbeziehungen: So können Krampfadern die Entstehung von Thrombosen fördern – und umgekehrt. Die CVI ist im ungünstigsten Fall der Endzustand beider Krankheitsbilder. Ein Venenleiden und seine Folgeschäden können die Lebensführung und -qualität sowie die Berufsausübung bei einem Teil der Betroffenen erheblich beeinträchtigen.

Akute Venenthrombosen sind laut Professor Dr. Peter Kujath, Klinik für Viszeral-, Gefäß- und Thoraxchirurgie, Westküstenklinikum Heide, vor allem bei immobilisierten chirurgischen Patienten eine häufige Komplikation. Welche Maßnahmen zur Prophylaxe venöser Thromboembolien (VTE) konkret angewendet werden sollen, richtet sich nach dem individuellen Risikoprofil des Patienten. „Neben allgemeinen Basismaßnahmen und der Pharmakotherapie ist die physikalische Prophylaxe, zu der der Einsatz von medizinischen Thromboseprophylaxestrümpfen (MTPS) zählt, nach wie vor eine der drei tragenden Säulen der VTE-Prophylaxe“, machte Kujath deutlich.

Der Chirurg unterstrich, dass MTPS einen eindeutigen, in Studien nachgewiesenen, anti-thrombotischen Effekt besitzen.<sup>3, 4</sup> Nicht zuletzt deshalb habe sich das Expertenpanel, das zurzeit die S3-Leitlinie zur VTE-Prophylaxe<sup>5</sup> überarbeitet, auf folgende Formulierung für die neue Version der Empfehlung verständigt: „Bei Patienten mit mittlerem und hohem Thromboserisiko können zusätzlich physikalische Maßnahmen angewendet werden, bei Kontraindikationen gegen eine medikamentöse VTE-Prophylaxe sollen physikalische Maßnahmen zur Anwendung kommen. Zu diesen Maßnahmen gehören vor allem MTPS und die intermittierende pneumatische Kompression. Zur Indikationsstellung wird auf die speziellen Empfehlungen in den einzelnen Fachgebieten verwiesen“.

Kujath zufolge weist die Mehrzahl der chirurgischen Patienten ein mittleres bis hohes Thromboserisiko auf: „Es ist deshalb im Klinikalltag pragmatischer, die Patienten überzuvorsorgen – also generell sowohl eine medikamentöse Thromboseprophylaxe als auch MTPS anzuwenden – als jedes Mal individuell zu begründen, warum der eine Patient beide Prophylaxearten erhalten soll und ein anderer nur das Medikament“. Für diese Vorgehensweise spreche auch, dass ein korrekt angewendeter MTPS niemals Schaden verursachen kann – ein fehlender Strumpf jedoch sehr wohl. „Außerdem sollte berücksichtigt werden, dass Auf-

wand und Kosten für die Anwendung von MTPS wesentlich geringer sind als die Kosten, die für die Akut- und Dauertherapie einer Thrombose anfallen“, betonte der Chirurg.

Wie Kujath ergänzend hinzufügte, habe eine Untersuchung, in der verschiedene Strumpfmodelle vergleichend geprüft wurden, gezeigt, dass sich die einzelnen Fabrikate im Hinblick auf ihre biomechanischen Eigenschaften zum Teil erheblich voneinander unterscheiden.<sup>6</sup> So hätten nicht alle Modelle den für MTPS geforderten kontinuierlichen Druckabfall von distal nach proximal gewährleisten können. „Vor diesem Hintergrund liegt die Vermutung nahe, dass Strümpfe mit einem besseren Druckprofil möglicherweise mehr Thrombosen verhindern können, weshalb der Auswahl eines geeigneten Strumpfmodells im Klinikalltag ein besonderes Augenmerk gewidmet werden sollte“, riet Kujath.

Prof. Dr. Knut Kröger, Direktor der Klinik für Angiologie am HELIOS Klinikum Krefeld, erläuterte im Anschluss daran, wie es zur Entstehung von Venenschäden oder – in deren Folge – zur Entwicklung chronischer Wunden kommen kann. „Venen haben im Organismus die Aufgabe, das verbrauchte, sauerstoffarme Blut entgegen der Schwerkraft zurück zum Herzen zu transportieren. Der Blutrückfluss wird einerseits durch die Wadenmuskelpumpe und andererseits durch die Venenklappen unterstützt. Beim Anspannen der Beinmuskeln, wie etwa beim Gehen, drücken die kontrahierten Muskeln auf die Venen und pressen das Blut nach oben“, erläuterte Kröger.

Mit zunehmendem Alter oder bedingt durch eine angeborene Venenschwäche können die Venenwände erschlaffen. In der Folge erweitern sich die Venen, und die Venenklappen schließen nicht mehr richtig (Venenklappeninsuffizienz). Das Blut wird zunehmend langsamer zum Herzen zurücktransportiert oder fließt sogar in die Beine zurück. Dadurch steigt der Druck in den Venen, und die ohnehin schon geschwächten Gefäße weiten sich noch stärker aus. „Es entsteht ein Teufelskreis: Durch die langfristige Stauung des Bluts in den Beinvenen und durch den damit verbundenen Druckanstieg entstehen im Laufe der Zeit weitere Venenschäden und die Klappeninsuffizienz verstärkt sich. Bezeichnet wird dieser Zustand als CVI“, berichtete Kröger. Wenn das sauerstoffarme Blut nicht mehr ausreichend aus den Beinen abtransportiert wird, kommt es zu einer Unterversorgung der Beine mit Nährstoffen und Sauerstoff. Zu den Folgeerkrankungen der CVI gehören die Entstehung von Besenreisern, Krampfadern (Varizen), Hautveränderungen oder von tiefen – meist nässenden – Wunden im Unterschenkelbereich, den venösen Ulzerationen.

Laut Kerstin Protz, Projektmanagerin Wundforschung im Comprehensive Wound Center (CWC) des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, besteht die Basisbehandlung bei Patienten mit Venenleiden aus einer frühzeitigen und regelmäßigen Kompressionstherapie. Mittels der Kompressionstherapie wird ein genau definierter Druck auf das Gewebe und die Gefäße ausgeübt. Dadurch wird der Gefäßquerschnitt von zuvor erweiterten Venen auf ihren normalen Durchmesser verkleinert, und noch funktionstüchtige Venenklappen können wieder schließen. Da sich das Blut nicht mehr in den Beinen staut, wird auf diese Weise der Rückfluss des Bluts zum Herzen gefördert. Außerdem erhöht sich durch den von außen auf das Bein und die Gefäße ausgeübten Druck die Fließgeschwindigkeit des Bluts. Dadurch bilden sich weniger Blutgerinnsel in den Venen, und die Beine schwellen ab, weil die Gewebsflüssigkeit verstärkt in die Venen aufgenommen wird und abfließen kann. „Das Ziel der Kompressionstherapie ist also einerseits die Behebung akuter Beschwerden und andererseits das Verhindern eines weiteren Krankheitsfortschritts“, so Protz.

„Das Anlegen des Verbands zur Behandlung akuter Venenerkrankungen bedarf einer gewissen Übung und Erfahrung, damit er weder zu fest noch zu locker sitzt und genau den erforderlichen Druck auf das Bein ausübt“, machte Protz deutlich. Ein Kompressionsverband werde von unten nach oben gewickelt. Möglich sei eine Therapie mit einem Dauerverband, der über mehrere Tage und auch in der Nacht am Bein verbleibt, oder mit einem Wechselverband, der vom Patienten nur tagsüber getragen und regelmäßig getauscht oder neu gewickelt wird, erläuterte die Wundmanagerin. Wechselverbände aus wenig elastischen Kompressionsbinden hätten den Vorteil, dass ihr Druck bei der täglichen Erneuerung an die aktuellen Beinmaße des Patienten angepasst werden kann.

Für die Therapie mit Kompressionsverbänden stehen Binden mit unterschiedlichen Eigenschaften hinsichtlich Kraft und Dehnung zur Verfügung. „Am besten geeignet sind unelastische Kurzzugbinden, die ein geringes Dehnungsvermögen besitzen. Sie erzeugen einen hohen Arbeitsdruck, setzen der Muskulatur bei Bewegung also einen hohen Widerstand entgegen und beeinflussen daher auch krankhafte Veränderungen in tieferliegenden Venen günstig“, sagte Protz. Verfügbar seien alternativ fertige Bindensysteme oder, ganz neu, auch Kompressionsbandagen.

„Seit Kurzem ist in Deutschland mit circaid® juxtacures® ein innovatives Kompressionsbandagen-System erhältlich, das im Ausland bereits mit großem Erfolg zur Behandlung von venösen Ulzera eingesetzt wird. Zu seinen Pluspunkten gehört, dass es sehr einfach anzulegen ist, weshalb diese Aufgabe auch vom Patienten selbst übernommen werden kann. Außerdem bietet das System die Möglichkeit einer unkomplizierten, individuellen Druckanpassung“, so die Wundexpertin.

In der Langzeit- und Dauerbehandlung von Venenerkrankungen werden medizinische Kompressionsstrümpfe eingesetzt. Sie dürfen erst dann zum Einsatz kommen, wenn durch den Kompressionsverband eine Entstauung der Beine erreicht wurde und eventuell vorhandene Ulzera abgeheilt sind. Ziel der Therapie mit rundgestrickten Kompressionsstrümpfen ist es, das in der Akutbehandlung mit Kompressionsverbänden erreichte Behandlungsergebnis zu sichern und möglichen Rückfällen vorzubeugen. Protz wies ergänzend auf mögliche Kontraindikationen für eine Kompressionstherapie hin: „Zu den absoluten Kontraindikationen zählen u. a. die fortgeschrittene periphere arterielle Verschlusskrankheit, dekompensierte Herzinsuffizienz, septische Phlebitis und die Immobilisierung, zu den relativen Kontraindikationen gehören ausgeprägte, nässende Dermatosen, eine fortgeschrittene periphere Neuropathie, schwere Sensibilitätsstörungen im Bein sowie Unverträglichkeit auf das Material des Kompressionsverbands/der Kompressionsstrümpfe“.

Professor Dr. Martin Storck, Direktor der Klinik für Gefäß- und Thoraxchirurgie Karlsruhe, wies abschließend darauf hin, dass jede chronische Wunde ein Symptom ist, dessen Ursachen man suchen und behandeln müsse. „Die häufigste chronische Wunde, an der Patienten leiden, ist das Ulcus cruris venosum, also das am Unterschenkel lokalisierte Ulkus. Bei etwa 10% bis 20% der Patienten ist jedoch nicht nur das arterielle System an der Entstehung des Ulkus beteiligt, sondern es liegt eine arterio-venöse Mischform vor, ein Ulcus cruris mixtum“, so Storck. Chronische Wunden könnten nur dann erfolgreich abheilen, wenn die Grunderkrankung, die für das Ulkus ursächlich ist, entsprechend mitbehandelt oder zumindest bestmöglich kompensiert würde. „Auch die Wunde selbst muss sorgfältig diagnostiziert werden. Ohne ausreichende differenzialdiagnostische Bewertung kann keine effiziente, lokale Wundtherapie festgelegt werden“, betonte Storck.

Das Wundmanagement sollte idealerweise an die verschiedenen Phasen der Wundheilung angepasst werden. „Eine komplette Wundtherapie bis zur Abheilung umfasst Maßnahmen zur Sanierung und Reinigung der Wunde, zur Beschleunigung der Wundheilung und zur Förderung des Wundverschlusses. Wichtig ist darüber hinaus eine bedarfsgerechte Auswahl geeigneter Verbandmaterialien, und gegebenenfalls ist auch eine medikamentöse Therapie erforderlich“, so der Gefäßchirurg. Für den Therapieerfolg sei es zudem wichtig, dass die eingesetzte Wundaufgabe indikationsgerecht den Erfordernissen der Wunde entspricht, ergänzte Storck.

Im Rahmen eines Interviews, welches direkt im Anschluss an den Workshop stattfand, beklagten die Referenten der Veranstaltung, dass das Wissen um die Kompressionstherapie und den Nutzen entstauer Verfahren zunehmend verloren geht. Das MDI wird diesen Punkt daher aufgreifen und zukünftig verstärkt Aufklärung rund um das Thema Kompression leisten.<sup>1</sup>

Eigens zu diesem Zweck wurde am Institut das neue Ressort „Kompressionstherapie“ eingerichtet. Fachexperten aus den Bereichen Phlebologie, Angiologie, Chirurgie und Dermatologie wollen – unterstützt von Gesundheitsökonomern und Medizinjuristen – dafür sorgen, dass das Thema Kompressionstherapie seinen ursprünglichen Stellenwert wiedererlangt. Weitere

Informationen dazu gibt es unter: [www.md-institute.com](http://www.md-institute.com).

### Quellen

1. [www.md-institute.com](http://www.md-institute.com)
2. [http://edoc.rki.de/documents/rki\\_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/253bKE5YVJxo\\_25.pdf](http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/ren4T3cctjHcA/PDF/253bKE5YVJxo_25.pdf)
3. Caprini JA, 2010, Clin Appl Thromb Hemost 16: 668–673
4. Kujath P, Hoffmann M, 2013, Chirurg 84: 1057–1061
5. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/003-001I\\_S3\\_Thromboembolie-Prophylaxe\\_2010\\_01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/003-001I_S3_Thromboembolie-Prophylaxe_2010_01.pdf)
6. Wegener U et al., 2013, Gefäßchirurgie 18: 278–286