

Aktuelle Aspekte der Kompressionstherapie

Der 22. Kongress Pflege fand am 20. und 21. Januar im Maritim proArte Hotel in Berlin statt. Dieser Kongress der Springer Pflege bot die Möglichkeit zur Fachfortbildung und zum interprofessionellen Austausch. 1.500 Besucher nutzten an diesem Wochenende die Gelegenheit, sich in Fachvorträgen, Workshops und Präsentationen über die neuesten Entwicklungen in der Pflege auszutauschen. In einem hochkarätig besetzten Workshop informierte die Expertengruppe des Starnberger Medical Data Institute über den Hintergrund, die Möglichkeiten und die Versorgungsrealität der Kompressionstherapie. Anschließend hatten die Teilnehmer Gelegenheit, ihre Kenntnisse in praktischen Übungen umzusetzen.

Unter Moderation von Professor Dr. Knut Kröger, Ressortleiter der Expertengruppe Kompressionstherapie des Medical Data Institute (MDI), gaben Dr. Anya Miller, Kerstin Protz, Professor Dr. Joachim Dissemond und Kröger selbst einen Überblick über die historischen und wissenschaftlichen Grundlagen und die Versorgungspraxis der Kompressionstherapie in Deutschland. Deren grundlegende Prinzipien gehen auf antike Erkenntnisse zurück, so erklärte Professor Dr. Dissemond. Schon griechische und römische Ärzte, wie Hippokrates und Galenus haben Prinzipien beschrieben, die auch in der heutigen modernen Kompressionstherapie noch ihre Gültigkeit besitzen. Die Erkenntnis, dass ein Verband Schmerzen vermeiden, leicht anzulegen, dann richtig sitzen und gefällig aussehen sollte, sei beispielsweise fast 2000 Jahre alt, so der Essener Dermatologe. Dieses antike Wissen ging zunächst verloren, wurde dann aber von den europäischen Gelehrten des späten Mittelalters wieder aufgegriffen, die Kompressionsversorgungen mit Bleimanschetten fertigten. Im Laufe der folgenden Jahrhunderte kamen laut Dissemond weitere ungewöhnliche Materialien zum Einsatz, wie Holzverschaltungen, Manschetten aus Hundeleder und Bänder sowie schmale Lederriemen. Mit der Entwicklung der stabilen Zinkleimbandagierungen durch den Hamburger Hautarzt Paul Gerson Unna machte die Kompressionstherapie einen Schritt in die Neuzeit. Noch heute wird der „Unna boot“ in den USA als Synonym für einen Zinkleimverband verstanden. Auch die Namen der Kompressions-Pioniere des frühen 20. Jahrhunderts, Heinrich Fischer, Gustav Pütter und Karl Sigg, sind bis heute mit den Materialien und Prinzipien der Kompressionstherapie verbunden. Zu den neuesten Entwicklungen auf diesem Gebiet gehören die adaptiven Kompressionssysteme, deren Druck zum Teil vom Patienten selbst über Klettverschlüsse relativ einfach eingestellt werden kann. „Diese Systeme gehen in den USA als Massenware über den Ladentisch“, erläuterte Dissemond. Zur modernen Kompressionstherapie steht neben diesen Systemen heutzutage eine Vielzahl an Produkten und Versorgungsoptionen zur Verfügung. Professor Dissemond ist der Ansicht, dass daher jeder Patient eine für ihn passende Versorgung erhalten kann.

Wie sehr sich medizinische und pflegerische Versorgung heutzutage an den Prinzipien der Evidence based medicine (EBM) orientiert und was dies für die Praxis bedeutet, erläuterte anschließend Professor Dr. Kröger. Der eigene Anspruch dieser EBM besteht darin, sich auf Beweisbares zu stützen, also im Wesentlichen auf die Studienlage und auf Forschungsergebnisse. Der Begriff kam in den 90er Jahren in der Statistik auf und hielt zur Jahrtausendwende Einzug in das deutsche Sozialgesetzbuch. Seither besitzt die EBM, nach Krögers Aussage, einen unbestreitbaren Stellenwert. Sie stützt sich bei der Definition bestimmter therapeutischer Vorgehensweisen auf die Daten möglichst vieler groß angelegter Studien und wurde bereits früh als „Kochbuchmedizin“ kritisiert, so der Krefelder Angiologe. Umso größer die Anzahl der einbezogenen Studien, desto eher bilde die EBM sozusagen einen „Durchschnittspatienten“ ab, wie Kröger es nannte, und werde dem jeweils konkreten Fall „der beim Arzt in der Sprechstunde steht“ weniger gerecht. Aus der Ärzteschaft werden daher regelmäßig Forderungen geäußert, die EBM nicht über zu bewerten oder sie nach Möglichkeit zu „entidiologisieren“, wie es der Vizepräsident der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF), Peter von Wichert im Jahr 2005 formulierte. Zur Verdeutlichung unterstrich Kröger, dass der eigenen Erfahrung des Arztes ebenfalls eine nicht zu unterschätzende

Wertigkeit zukomme. Seine Erfahrung ermöglicht es dem Therapeuten einzuschätzen, ob die Maßnahmen bei initialer Indikation angemessen sind oder ob angesichts von Komplikationen eine Modifikation bzw. eine Änderung des therapeutischen Vorgehens angebracht ist. Daher beziehen medizinische Leitlinien und pflegerische Expertenstandards, zusätzlich zu den Erkenntnissen der EBM, Expertenmeinungen mit ein. In einigen medizinischen Themengebieten, zum Beispiel auch in der Kompressionstherapie, bestehe ein Mangel an großen, umfassenden und aussagekräftigen Studien. In der alltäglichen Praxis werde daher, so Kröger, auf die evidenzbasierte Medizin zurückgegriffen, weil nichts Besseres zur Verfügung steht.

Die Berliner Ärztin Dr. Anya Miller erläuterte anschließend die Bedeutung der individuellen Versorgung bei der Behandlung von Menschen mit Lymphödem. Sie verwendet in ihrer Praxis die Kompressionstherapie bei Menschen mit lymphatischen Erkrankungen. Bei einem Großteil dieser Patienten lassen sich weitere Krankheiten diagnostizieren, so die Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Lymphologie. Hierzu gehören, neben vielen weiteren, auch orthopädische, dermatologische, neurologische und kardiovaskuläre Erkrankungen. Hinzu kommen Grunderkrankungen wie Diabetes mellitus und Niereninsuffizienz, wie auch oftmals eine Adipositas. Das Lymphödem wird durch die sogenannte komplexe Entstauungstherapie (KPE) behandelt, an die sich grundsätzlich eine Kompressionsversorgung anschließt. „Lymphdrainage ohne Kompression ist Wellness auf Kasse“, verdeutlichte die Dermatologin, denn wenn die lymphatischen Stauungen durch die Maßnahmen des Lymphtherapeuten gemindert wurden, kann nur eine adäquate Kompressionsversorgung den Entstauungserfolg gewährleisten. Die Kompressionstherapie sei somit, neben der manuellen Lymphdrainage, Bewegung und Hautpflege, eine der vier Säulen der erfolgreichen Lymphtherapie, so Miller. Darauf basiere die Patientenedukation und dessen Anleitung zum eigenverantwortlichen Selbstmanagement. Auf dieser Basis kann sich der Betroffene in die Therapie einbringen, die aus zwei Phasen besteht: Zunächst geht es um die Entstauung der betroffenen Extremitäten durch tägliche Lymphdrainage und daran anschließende Kompressionsbandagierungen. In der zweiten Phase trägt der Patient medizinische Kompressionsstrümpfe und erhält nur noch eine ödemabhängige Lymphdrainage. In dieser Phase gelte es vor allem, so Miller, die Akzeptanz für das Tragen der Stümpfe auf Seiten des Patienten zu stärken. Neben dem praktischen Know-how fordert die Lymphtherapie also auch edukative Fähigkeiten vom Therapeuten.

Über die Versorgungspraxis der Kompressionstherapie bei Patienten mit Venenleiden und Ulcus cruris venosum informierte anschließend die Hamburger Fachautorin Kerstin Protz. Anhand aktueller Zahlen stellte sie vorhandene Kompetenzen und Kenntnisse der Versorger in Deutschland vor und zeigte Verbesserungsmöglichkeiten auf, die durch Schulung und Weiterbildung realisiert werden können. Protz präsentierte aktuelle Studien zur Kompressionstherapie, aus denen der tatsächliche Versorgungsstand in Deutschland ablesbar war. Die Projektmanagerin Wundforschung am Institut für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf bewertet das bei den Versorgern vorhandene Wissen als ungenügend und stellte fest, dass Kenntnisse um Material und Methoden der Kompressionstherapie nicht ausreichend verbreitet sind. Zudem bestehen Defizite bei der Anwendung. Das sei unter anderem darin begründet, dass diese Therapieform in der pflegerischen Ausbildung kaum und im medizinischen Studium gar nicht vermittelt würde. Entsprechend erzielten von 551 erfahrenen Versorgern im Rahmen eines bundesweiten Praxistests unter dem Motto „Wie wickelt Deutschland?“ nur knapp zehn Prozent mit einer Kompressionsbandagierung einen Zielwert zwischen 50 und 60 mmHg. Zwei Drittel der Teilnehmer lagen darunter. Anschließend erläuterte Protz in Vorbereitung des folgenden Praxisteils die Grundlagen der Kompressionsbandagierung. Hierbei bestünde für keine der bekannten Techniken eine Evidenz, so die Wundexpertin. Ob der Anwender nach Pütter, Sigg oder Fischer bandagiert, sei nicht wesentlich. Entscheidend für den Erfolg ist, dass die gewählte Methode sicher beherrscht werde und die Grundsätze der Bandagierung beachtet werden. Als Lösungsansatz zur Beseitigung der Defizite in der Kompressionstherapie sieht Protz adäquate Schulungsmaßnahmen, die sowohl theoretisches Wissen, als auch praktische Fertigkeiten vermitteln.

Im Anschluss hatten die Teilnehmer entsprechend Gelegenheit, sich bei praktischen Übungen mit den Materialien der Kompressionstherapie vertraut zu machen. Gleichzeitig ermittelte ein Messgerät

den unterhalb der angelegten Kompressionsverbände erzielten Druckwert. Dieser sollte zwischen 50 und 60 mmHg liegen. Zusätzlich bestand Gelegenheit, einen Blick auf die adaptiven Kompressionssysteme zu werfen und den Tragekomfort am eigenen Bein zu testen. Der Workshop des Medical Data Institute auf dem Kongress Pflege 2017 setzte die Theorie der Kompressionstherapie anschaulich in Beziehung zur praktischen Anwendung dieser Versorgungsform. Es wurde deutlich, dass es sich um eine effiziente Therapie handelt, die gleichzeitig auf theoretischen Kenntnissen und praktischen Fertigkeiten basiert und die Situation der Patienten entscheidend verbessern kann, wenn sie unter Beachtung aktueller Aspekte fachgerecht angewendet wird.