


Verfahrensstandard: Kompressionstherapie bei Ulcus cruris venosum (UCV)	WZ-VS-008 V02 Kompressionstherapie bei Ulcus cruris venosum (UCV)	 Wundzentrum Hamburg - überregionales Wundnetz -
	gültig bis: 18.03.2020	Seite 1 von 7

Ziele
<ul style="list-style-type: none"> • Koordiniertes Vorgehen aller an der Behandlung beteiligten Personen • An das Krankheitsbild des Patienten angepasste sach- und fachgerechte Kompressionstherapie • Vermeiden von Komplikationen und Rezidiven • Förderung des Wundheilungsprozesses und der Lebensqualität

Definition
<p>Eine sach- und fachgerechte Kompressionstherapie bewirkt durch Druck auf die venösen Gefäße deren Verengung und somit eine Erhöhung der Strömungsgeschwindigkeit des venösen Blutrückflusses. Noch nicht zerstörte Venenklappen können ihre Funktion als Rückstauventil wieder aufnehmen, Ödeme werden reduziert, der venöse Rücktransport gefördert und Schlackenstoffe sowie Metabolite abtransportiert. Die Reduktion des Ödems ist schmerzlindernd. Zudem bildet die Kompressionstherapie ein stabiles Widerlager für die Beinmuskulatur, so dass sich die Arbeit der Muskelpumpen - insbesondere die der Sprunggelenk- und Wadenmuskelpumpe - intensiviert. Die Kompressionstherapie erzielt somit zunächst eine periphere Entstauung und im weiteren Verlauf die Abheilung von Ulzerationen.</p>

Indikationen
<p>Varikose</p> <ul style="list-style-type: none"> • Varikose • Varikose in der Schwangerschaft • Unterstützend bei der invasiven Therapie der Varikose <p>Thrombosen/Thrombophlebitis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thrombophlebitis sowie Zustand nach angeheilter Thrombophlebitis • Tiefe Bein- und Armvenenthrombose • Zustand nach tiefer Beinvenenthrombose • Postthrombotisches Syndrom • Thromboseprophylaxe <p>Chronische Veneninsuffizienz (CVI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • CVI nach CEAP C3-C6 • Primäre und sekundäre Prävention des Ulcus cruris venosum • Leitveneninsuffizienz • Angiodysplasie <p>Sonstige Ödeme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lymphödeme • Ödeme in der Schwangerschaft • Posttraumatische Ödeme • Hormonell bedingte Ödeme • Lipödeme • Stauungszustände infolge Immobilitäten (arthrogenes Stauungssyndrom, Paresen und Teilparesen der Extremität) • Medikamentös induzierte Ödeme (z. B. Kalziumantagonisten, Isosorbiddinitrat, Sexualhormone)

Kontraindikationen
<ul style="list-style-type: none"> • Systemische Entzündungen im Akutstadium, wie Erysipel, septische Phlebitis, dekompensierte Herzinsuffizienz • Akute und chronische kritische Ischämie • Phlegmasia coerulea dolens <p>Relative Kontraindikationen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausgeprägte Sensibilitätsstörungen der Extremitäten • Chronische kompensierte Herzinsuffizienz • Nässende Dermatosen • Noch kompensierte pAVK • Materialunverträglichkeit • Schmerzen durch die Therapie

Erstellt/Revidiert: Standardgruppe WZHH	Überprüft: Leiter der Standardgruppe	Freigegeben: 1. Vorsitzender WZHH
Datum: 25.01.2018	Datum: 19.03.2018	Datum: 19.03.2018

Risiken / Nebenwirkungen

Nicht passende medizinische Kompressionsstrümpfe (MKS) sowie eine unsachgemäße Kompressionsbandagierung können zu Schnürfurchen, Blasenbildung, Druckulzera, Nekrosen und Nervenschäden führen.

Grundsätzliches

- Die Kompressionstherapie erlangt ihre volle Wirkung erst in Verbindung mit aktiver Bewegung!
- Nur unter Aufklärung und Einbeziehung des Patienten kann eine optimale Abheilung des Ulcus cruris venosum (UCV) gelingen.
- Für viele Indikationen, insbesondere das UCV, ist die Unterschenkelkompressionsversorgung ausreichend. Eine Oberschenkelkompression ist z. B. bei tiefer Beinvenenthrombose, Knieödemen, Varikophlebitis im Oberschenkelbereich, nach Varizen OPs sowie lymphatischen Erkrankungen (hier meist Strumpfhosen) erforderlich.
- Zu Beginn der Therapie ist in der sogenannten Entstauungsphase beim florigen UCV zur Ödemreduktion und zur Unterstützung der Ulkusheilung, eine starke Kompressionsversorgung zu gewährleisten.
- Der phlebologische Kompressionsverband (PKV) ist laut Studien mit einem hohen Druck anzulegen. Fertigbinden-/Mehrkomponentensysteme sind daher darauf ausgelegt, einen solchen Druck entsprechend zu gewährleisten.
- Laut internationalem Konsens werden folgende Kompressionsdruckwerte empfohlen: leicht: < 20 mmHg, mittelstark: $\geq 20\text{--}40$ mmHg, stark: $\geq 40\text{--}60$ mmHg, sehr stark: > 60 mmHg. Somit sollte der benötigte Druck eines PKV bei Menschen mit UCV optimal bei 40-60 mmHg liegen.
- Mehrkomponentensysteme sind - im Gegensatz zu Kurzzugbinden - in der Lage, den Anpressdruck über viele Stunden/Tage relativ konstant zu halten. Ihre abschließende, kohäsive Binde beugt einem raschen Lockern bzw. Verrutschen vor. Studien weisen auf die Überlegenheit dieser Systeme gegenüber den Bandagierungen mit Kurzzugbinden hin.
- Bei adaptiven Kompressionsbandagen, auch Wrap-Systeme oder Klettbandagen genannt, ist der erwünschte Kompressionsdruck durch ein Klettsystem einstellbar.
- Sobald die Entstauungsphase abgeschlossen ist (meist nach 3-4 Wochen), folgt die Erhaltungsphase. Nun ist ein stabiler Zustand erlangt, d. h. Ödeme sind entstaut und das Ulkus befindet sich im stabilen Heilungsprozess.
- In dieser Phase sollte die Versorgung auf Ulkus-Strumpfsysteme oder medizinische Kompressionsstrümpfe (MKS) umgestellt werden.
- Nach Abheilung ist eine störungsfreie Erhaltungsphase zur Rezidivprophylaxe zu gewährleisten. Hierbei ist eine mittlere Kompression mit MKS in der Kompressionsklasse (KKL) II meist ausreichend. Diese Kompressionsbestrumpfung ist zur Rezidivprophylaxe ein Leben lang anzulegen.

Achtung: Sowohl Ulkus-Strumpfsysteme wie auch MKS sind erst im Anschluss an eine erfolgreiche Entstauung sinnvoll einzusetzen.

Tip: In der Entstauungsphase sollten Kompressionsbinden zur Unterstützung des Abheilungsprozesses kontinuierlich (24 Std.) getragen werden. Wenn der Patient ohne Bandagierung nach Ablegen der Kompressionsversorgung abends noch herumläuft oder morgens vor Anlegen des Verbands bereits aufgestanden und in Bewegung ist, geht der erreichte Entstauungserfolg vom Vortag verloren. Da Kurzzugbinden rasch im Anlagedruck nachgeben, sollte die Bandagierung täglich erneuert werden.

Unterpolsterung

Unsachgemäßes Anlegen des Kompressionsverbandes kann Druckschäden mit sich bringen, die zu Druckulzera, Hautnekrosen und Nervenschäden führen. Selbst eine Kompressionsversorgung, die von einer fachlich versierten Kraft angelegt wurde, kann unbemerkte Einschnürungen, nervale Schädigungen oder Blasen bewirken. Eine adäquate Unterpolsterung beugt diesen unerwünschten Begleiterscheinungen vor. Die Form der zu wickelnden Extremität ist bei der Anlage ebenfalls zu berücksichtigen. Dies bedeutet, eventuelle Hervorhebungen oder Absenkungen sind entsprechend zu polstern, so dass der gewünschte Druck überall gleichmäßig erzeugt wird und auf die Gesamtheit der zu bandagierenden Extremität einwirken kann.

Grundlagen der Bandagierung

Die Überlegenheit einer bestimmten Bandagierungstechnik, z. B. nach Pütter, Sigg, Fischer, ist nicht erwiesen. Entscheidend für die Effizienz sind die sach- und fachgerechte Ausführung der gewählten Methode. Unabhängig von der gewählten Methode sind folgende Aspekte grundlegend für jede Kompressionsbandagierung:

- Ein Schlauchverband aus Baumwolle, der bis unterhalb des Knies angezogen wird, schützt die Haut
- Jede Kompressionsbandagierung vorab unterpolstern: vor allem Knöchelregion, Tibiavorderkante und Fibulaköpfchen, um Druckulzerationen zu vermeiden
- Druckpolster und Pelotten können die Effektivität zusätzlich verstärken
- Keine Verwendung von beiliegenden Fixierklammern (sog. „Schwiegermütter“) → Verletzungsgefahr! - zum Fixieren des Bindenabschlusses Pflasterfixierstreifen verwenden
- Die Bindenbreite orientiert an Form und Durchmesser des jeweiligen Körperteils auswählen
- Zur adäquaten Kompressionsversorgung sind mindestens zwei Binden notwendig (je nach Beinumfang und -länge auch mehr!)
- Die Ferse immer mit einbinden
- Beginn der Bandagierung am Großzehengrundgelenk, anschließend dem weiteren Zehenverlauf folgen; darauf achten, dass der Fuß in Funktionsstellung (= im rechten Winkel zur Wade bzw. in Dorsalflexion) steht; ansonsten Spitzfußgefahr!
- Den Bindenanfang mit zwei Kreistouren fixieren
- Auf guten Anlagedruck achten; zu lockere Touren am Vorfuß können Ödemausbildungen provozieren
- Die Binde mit Rolle nach oben in der Hand liegend führen
- Die Binde immer in Richtung Herz abwickeln und nicht wieder zurück zu den Füßen führen
- Bindenrolle unmittelbar auf der Haut unter permanentem Zug führen, so dass sich die Binde gleichmäßig an das Bein anmodelliert; nicht vom Körper wegziehen
- Zu straffes Anziehen einzelner Bindentouren stört das Druckgefälle und kann bei Einschnürungen zu einer venösen Stauung (bis hin zur Erhöhung des Thromboserisikos), nervalen Druckschäden oder Nekrosen führen
- Im Einzelfall, z. B. bei stark ausgeprägten Vorfußödemen oder begleitenden Lymphödemen, sind auch die Zehen mit zu komprimieren, um Ödemeinfluß zu vermeiden

Indikationen für sofortiges Entfernen der Kompressionsversorgung

- Blau- oder Weißfärbung der Zehen
- Missempfindungen und Taubheitsgefühle
- Zunehmende Schmerzen
- Kurzatmigkeit und Schweißausbrüche
- Akute Bewegungseinschränkungen

Therapie

Kurzzugbinden

- sind unelastisch und haben ein geringes Dehnungsvermögen (<100%)
- erzeugen einen hohen Arbeits- und einen niedrigen Ruhedruck
- Anwendung bei mobilen Patienten, die durch Eigenbewegung einen entsprechenden Arbeitsdruck erzeugen können
- geben nach, verrutschen und verlieren bereits nach wenigen Stunden ihre Form, sodass sie den gewünschten Anlagedruck nicht halten können
- bei Bewegung und Ödemreduktion nimmt der Druck über die ersten 24 Std. erheblich ab; daher ist die Bandagierung in der initialen Entstauungsphase bei Bedarf täglich zu erneuern.

Fertigbinden-/Mehrkomponentensysteme

- bestehen aus zwei-, drei- oder vier Komponenten, z. B. Polster-, Kompressions- und Fixierbinden, z. T. werden Kurz- und Langzugbinden sowie kohäsive Materialien kombiniert
- haben den Vorteil, dass meist keine aufwendigen Kompressionstechniken beherrscht werden

müssen; einige Systeme haben optische Markierungen oder verfügen über spezielle Dehnungstechniken, die das Anlegen eines therapie relevanten Drucks erleichtern

- sollen lt. Hersteller, bei korrekter Anlage lt. Packungsbeilage, einen Anlagedruck von 40 mmHg erzeugen, der für die Therapie des floriden UCV benötigt wird
- sind z. T. auch als „Lite“-Variante erhältlich; für Patienten mit arteriellen Durchblutungsstörungen (ohne kritische Ischämie!), meist mit einem Knöchel-Arm-Druck-Index (KADI) zwischen 0,6 und 0,8, geeignet
- verbleiben bis zu sieben Tage und verrutschen nicht
- Anlagedruck bleibt, je nach Entstauungssituation, kontinuierlich bis zum nächsten Verbandwechsel
- sind nicht wiederverwendbar, sollten daher mehrere, mindestens 2-3 Tage am Bein bleiben → häufige Wechsel sind unnötig kostenintensiv

Adaptive Kompressionsbandagen

- sind Klettbandagen (z. B. CircAid JuxtaCures®, Firma medi; FarrowWrap®, Firma Jobst), die auch als Wrap-Verbände bezeichnet werden
- sind eine Alternative zu den herkömmlichen Bandagierungen mit Binden
- halten den Kompressionsdruck durch mehrere Klettverschlüsse
- können ggf. vom Patienten oder deren Angehörigen selber (adaptiv) eingestellt werden und erhöhen so das Selbstmanagement
- haben derzeit eine Druckwertspanne von 20 bis 50 mmHg

Material, je nach Firma:

- Fußkompressionsstrumpf oder Strumpf, der nur eine Kompression im Fußteil hat
- Schlauchverband
- Bandage (ggf. zum Zuschneiden)
- Ggf. Maßband (zum Vermessen von Knöchel- und dickstem Wadenumfang)
- Ggf. Messscheibe zur Druckermittlung an der angelegten Bandage

Eigenschaften:

- Kompressionsdrücke sind z. T. mit einer Messscheibe einstellbar
- Einstellbarer Umfang (bei kleiner werdenden Umfängen)
- Unelastisches, atmungsaktives Material für hohe Arbeitsdrücke
- Relativ leichte Handhabung
- In drei Längen (kurz, mittel, lang) erhältlich

Materialpflege:

- Je nach Produkt bei 40°C in der Maschine separat im Wäschenetz waschbar (gilt für CircAid JuxtaCures®); Handwäsche in warmen Wasser (gilt für FarrowWrap®)

Ulkus-Strumpfsysteme

- bestehen aus zwei Komponenten: einem Unterziehstrumpf, der den Wundverband schützt und fixiert und einem klassischen Kompressionsstrumpf, der den Druck erwirkt
- der Unterziehstrumpf mit einem geringen Anlagedruck verbleibt auch nachts am Unterschenkel und wird aus hygienischen Gründen einmal täglich gewechselt; der Überziehstrumpf wird jeweils nur tagsüber getragen und über den Unterziehstrumpf angezogen.
- bei einigen Systemen dient der Unterziehstrumpf als Gleithilfe für den darüber zu ziehenden Kompressionsstrumpf
- nach entsprechender Schulung sind Betroffene oft selbst in der Lage, Ulkus-Strumpfsysteme an- und auszuziehen → dadurch oft höhere Akzeptanz als gegenüber Bandagierungen

Medizinische Kompressionsstrümpfe (MKS)

Je nach Indikation werden MKS in verschiedenen Kompressionsklassen (KKL) entweder als konfektioniertes Fertigprodukt oder als Maßanfertigung, z. B. als Strumpf/-hose, angepasst. MKS erzeugen nicht nur einen konstanten Anlagedruck, sie bieten im Gegensatz zur Bandagierung zusätzlich die Sicherheit, dass sie nicht verrutschen oder unangenehm aufliegen. MKS sind bei Bedarf an anatomische Gegebenheiten anzupassen, z. B. durch eingenähte Druckpolster, sogenannte Pelotten.

- Kommen zum Einsatz, wenn eine Entstaung bewirkt wurde, meist bei abgeheiltem Ulkus.
- Sind in der Regel als Rezidivprophylaxe ein Leben lang zu tragen.
- Faltenfreies Anziehen beugt der Entstehung von Druckstellen oder Schnürfurchen vor.
- Der Patient sollte beim Anziehen Schmuck und Uhr ablegen sowie darauf achten, seine Fußnägel sorgfältig zu schneiden und zu feilen sowie die Hornhaut zu entfernen, um keine Ziehäden im Material zu erzeugen.
- Die dichte Strickung der MKS bedeutet eine besondere Belastung für die meist trockene und schuppige Haut. Die Haut unterhalb der Kompression bedarf daher spezieller Pflege (z. B. mit ureahaltigen Produkten) (siehe Information (IN 002) „Hautpflege und Hautschutz bei Patienten mit chronischen Wunden“). MKS sind (meist unter Zuzahlung) aus einer großen Anzahl trendiger Farben, Webungen, Mustern und Verzierungen (z. B. mit Strass) wählbar. Inzwischen sind auch immer mehr Modelle für sehr empfindliche Haut erhältlich, die bereits mit Pflegestoffen angereichert sind und so die Haut gleichzeitig schützen und pflegen → erhöhen dadurch die Adhärenz beim Patienten
- Generell sind pro Halbjahr nur ein Paar MKS verschreibungs- und durch die gesetzliche Krankenkasse erstattungsfähig. Bei der Erstausrüstung können einmalig zwei Paare bzw. wenn nur ein Bein betroffen ist, zwei Strümpfe, verschrieben und abgerechnet werden. Eine eventuelle vorzeitige oder mehrfache Verordnung ist durch frühen Verschleiß, besondere Beanspruchung oder eine Veränderung des Krankheitsbildes sowie aus hygienischen Gründen gerechtfertigt. Ausnahmen für Wechselverordnungen nach einem halben Jahr sind Änderungen des Beinumfangs.
- **Pflege des Materials:** Herstellerangaben berücksichtigen; aus hygienischen Gründen möglichst täglich waschen; üblich ist die Wäsche, separat in einem Wäschenetz, bei 40°C im Feinwaschprogramm, unter Beigabe eines Feinwaschmittels (kein Einsatz von Vollwaschmittel, Haarshampoos oder Weichspüler!). MKS sind flachliegend auf dem Wäscheständer über einem Handtuch zu trocknen. Heizung, Wäschetrockner oder direkte Sonneneinstrahlung können der Elastizität oder einer eventuellen Beschichtung schaden. Allerdings gibt es inzwischen MKS, die im Schontrockengang im Trockner getrocknet werden dürfen (Packungsbeilage lesen!). Bügeln, chlören oder chemische Reinigung zerstören das Material.

Tipp: Beim Übereinanderziehen der Strümpfe addieren sich die Kompressionsklassen auf. Somit kann eine KKL IV auch durch das Übereinanderziehen zweier Strümpfe der KKL II erreicht werden. Dies ist insbesondere für Patienten, die physisch nicht in der Lage sind, einen Kompressionsstrumpf von hoher KKL anzuziehen, eine bequemere Alternative. Eine weitere Möglichkeit ist das Anziehen von einzelnen Elementen übereinander, z. B. Capri- bzw. Radlerhose und Unterschenkelstrümpfe, ggf. noch einzelne „Vorfußsöckchen“.

Strickarten

MKS werden in zwei unterschiedlichen Strickverfahren gefertigt:

- **Rundstrickverfahren:** der Strumpf wird mit einer fest definierten Anzahl an Nadeln auf einem Strickzylinder produziert und ist daher nahtlos. Es können weder zusätzliche Maschen aufgenommen noch Maschen wieder abgenommen werden. Eine Anpassung an die Beinform erfolgt lediglich durch Änderung der Maschengröße (feste oder lockere Strickung) bzw. der Fadenspannung und ist daher nur in sehr geringem Maße möglich. Daher hat dieses Verfahren bei außergewöhnlichen Beinumfangen Grenzen.
- **Flachstrickverfahren:** hierbei können Maschen individuell auf- oder abgenommen werden. Daher ist eine Anpassung auch an außergewöhnliche Beinumfangen möglich, z. B. bei Lip-/Lymphödemem. Der Strumpf wird an einem Stück gestrickt und am Ende zusammengenäht, so dass eine Naht entsteht. Flachstrickprodukte sind deutlich gröber, fester, dicker und weniger elastisch als rundgestrickte MKS.

Kompressionsklassen (KKL)

Die KKL werden nach der Intensität des Andrucks in der Ruhephase auf die Extremität eingeteilt. MKS unterscheiden sich nicht nur durch ihr Material und dessen Elastizität, sondern auch durch die KKL. Die Verordnung hängt zum einen von der Diagnose, aber auch von der Patientenakzeptanz ab. Daher gibt es derzeit keine verbindlichen Normen zur Verordnung bestimmter KKL. Nachfolgende Angaben dienen lediglich der Orientierung:

Kompressionsklassen bei MKS

KKL I = 20 mmHg (18-21 mmHg): leichte Kompression

Indikationen: Schwere- und Müdigkeitsgefühl in den Beinen mit Schwellneigung, Thromboseprophylaxe, geringfügige Varikosis ohne Beinödeme oder während der Schwangerschaft, Ödeme bei kompensierter pAVK/Herzinsuffizienz

KKL II = 30 mmHg (23-32 mmHg): mittlere Kompression

Indikationen: Varikosis mit Ödemneigung, ausgeprägte Schwangerschaftsvarikosis, nach Varizenbehandlung, tiefe Beinvenenthrombose, postthrombotisches Syndrom, Lipödem, Rezidivprophylaxe nach abgeheiltem UCV

KKL III = 40 mmHg (34-46 mmHg): kräftige Kompression

Indikationen: florides UCV, reversibles Lymphödem, Angiodysplasie

KKL IV = > 49 mmHg, meist 60mmHg: sehr kräftige Kompression

Indikationen: irreversibles Lymphödem

Tipp: MKS in der KKL IV werden heutzutage kaum verordnet, da das Anlegen für den Betroffenen fast nicht möglich ist und somit seine Adhärenz gefährdet. Jede sachgerechte Kompression, die regelmäßig getragen wird, ist besser als keine! Daher sollten Kompromisse betreffend des Drucks gemacht werden. So gibt es inzwischen in jeder KKL Material in unterschiedlicher Dicke und Festigkeit (Stiffness) für verschiedene Beinformen. Generell werden schlankere Beine mit dünnerem Material versorgt.

Verordnungsrelevante Angaben: siehe Information (IN 004) „Verordnung von medizinischen Kompressionsstrümpfen (MKS)“

An- und Ausziehhilfen

- dienen dem Schutz und der Schonung des Strumpfmaterials
- erleichtern das An- und Ausziehen von MKS
- ermöglichen insbesondere Patienten mit Bewegungseinschränkungen den Umgang mit den Materialien, da sie den Bewegungs- und Kraftaufwand minimieren
- haben, wie MKS und Ulkus-Strumpfsysteme, eine Hilfsmittelzulassung
- Modelle für offene und für geschlossene Systeme sind erhältlich; es wird zwischen Gleitern, Gestellen und Sonderformen unterschieden
- genoppte Haushaltshandschuhe erhöhen zusätzlich die Griffigkeit der Hände, schonen das Strumpfmaterial und erleichtern das An- und Ausziehen der MKS

Verordnungsrelevante Indikationen für An-/Ausziehhilfen:

- Lähmungen, altersbedingte Kraftminderungen, Arthrose/Rheuma, Adipositas per magna, weitgehende Wirbelsäulen-/Hüft-/Knieversteifungen, degenerative Erkrankungen der Hände/im Handbereich, Folge von Verletzungen/Amputationen
- sind auf einem separaten Rezept zu verordnen

Intermittierende pneumatische Kompressionstherapie (IPK)

- wird auch als apparative intermittierende Kompressionstherapie (AIK) bezeichnet
- durch eine elektrische Pumpe wird in einem Ein- oder Mehrkammerluftkissen, das um das Bein angelegt wird, ein variabler Druck erzeugt
- ohne Einsatz der Muskelpumpe verbessert dieses System die Blutzirkulation, die Funktion der Lymphgefäße, entstaut Ödeme und bewirkt gleichzeitig eine Druckentlastung in den Ruhephasen
- je nach Therapieplan kommt die IPK in individuell abgestimmten Intervallen und Druckwerten über der Kompressionsversorgung des Patienten zur Anwendung
- gute Unterstützung bei immobilen oder bewegungseingeschränkten Patienten
- ersetzt nicht die manuelle Lymphdrainage
- ermöglicht eine exakte Druckbestimmung, die bei Kompressionsbandagierungen nur mit Druckmessgeräten zu gewährleisten ist
- hat eine Hilfsmittelzulassung und ist als Heimgerät für den häuslichen Einsatz bei entsprechender Diagnosestellung verordnungs- und erstattungsfähig

Achtung: Der Abfluss über das Lymphsystem muss gewährleistet sein, der Patient sollte liegen und nicht im Leistenbereich abknicken → ergänzend manuelle Lymphdrainage.

Hinweise

Zur Anlagekontrolle und zum Training einer adäquaten Kompressionsbandagierung existieren Kompressionsdruck-Messgeräte (z. B. Kikuhime®, PicoPress®).

Informationen für Betroffene und Angehörige bietet die Broschüre „Kompression einfach – tragbar“ des Wundzentrum Hamburg e. V.

Siehe Information (IN 004) „Verordnung von medizinischen Kompressionsstrümpfen (MKS)“

Siehe Information (IN 002) „Hautpflege und Hautschutz bei Patienten mit chronischen Wunden“

Literatur

Deutsche Gesellschaft für Phlebologie. Leitlinie: Phlebologischer Kompressionsverband (PKV). 2009. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 037/005, Entwicklungsstufe 1. Status 2018: in Überarbeitung.

Deutsche Gesellschaft für Phlebologie. Leitlinie: Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum. 2008. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 037/009, Entwicklungsstufe 3. Status 2018: in Überarbeitung.

O'Meara S, Cullum N, Nelson EA, Dumville JC. Compression for venous leg ulcers. Cochrane Database Syst Rev 2012; 11: CD000265.

Partsch H, Clark M, Mosti G, Steinlechner E, Schuren J, Abel M, Benigni JP, Coleridge-Smith P, Cornu-Thénard A, Flour M, Hutchinson J, Gamble J, Issberner K, Juenger M, Moffatt C, Neumann HAM, Rabe E, Uhl JF. Classification of compression bandages: practical aspects. Dermatol Surg 2008; 34(5): 600-609.

Protz K, Dissemond D, Kröger K (2016). Kompressionstherapie. Ein Überblick für die Praxis, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg

Erstellt	Geprüft auf Richtigkeit / Inhalt	Freigabe im Wundzentrum	Freigabe und Inkraftsetzung
25.01.2018	19.03.2018	19.03.2018	
Standardgruppe des Wundzentrum Hamburg e.V.	 Dr. Pflugradt Ltg. Standardgruppe	 Dr. Münter 1. Vorsitzender WZHH	PDL Ärztliche Leitung