

K. S. Kussmann, Auenwald

## Apparative Intermittierende Kompression - „Pro“ Sinn und Nutzen der Apparativen Intermittierenden Kompression in der ambulanten Therapie

Phlebologisch und lymphologisch tätige Ärzte, die bislang gute Erfahrungen mit dem Einsatz der apparativen intermittierenden Kompressionstherapie (AIK) - zusätzlich zur Manuellen Lymphdrainage (ML) - gemacht hatten, werden durch die neuen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie (DGP) von 2005 in ihrer Vorgehensweise bestätigt.

Die Leitlinien nennen als Indikationen für die AIK unter anderem Thromboembolieprophylaxe, postthrombotisches Syndrom, Ulcus cruris, venöse Ödeme, Lymphödeme und Lipödeme. Die Autoren beziehen sich dabei auf internationale Studien, die sich zumeist auf einem sehr hohen Evidenzniveau befinden. Somit kann der Nutzen und die Effizienz der AIK als wissenschaftlich gesichert angesehen werden.

Bei der Thromboseprophylaxe entsteht der protektive Effekt durch einen intermittierenden sequenziellen Fluss im Bereich der Venenklappen, an denen sich anderenfalls bei intra- oder postoperativer Stase häufig Thromben ausbilden.

Zur Abheilung des venösen Ulkus führt die Kombination der klassischen Behandlung mit Lokaltherapie und Kompressionsverbänden einerseits und AIK andererseits zu einer signifikanten Verkürzung der Behandlungsdauer. Hierbei steht die raschere Entstauung sowie eine Verbesserung der Mikrozirkulation im Vordergrund.

Während bei der Behandlung phlebologischer Erkrankungen auf Grund ordentlicher Studienergebnisse weitgehend Einigkeit über die Verwendung von AIK herrscht, wird der Einsatz zur Therapie lymphologischer Krankheitsbilder weiterhin kontrovers diskutiert. Zur Therapie des Lymphödems ist die Studienlage eher dünn und die jeweiligen Evidenz-Level vergleichsweise niedrig. Bezüglich der Behandlung des Lipödems findet sich in der internationalen Literatur noch weniger. Allerdings gibt die Leitlinie der DGP zum Lipödem sowohl die Manuelle Lymphdrainage als auch die AIK als indizierte Therapiemethode an.

Andererseits ist in den Heilmittelrichtlinien vom 1.7.2004 das Lipödem nicht als Indikation zur Verordnung der ML aufgeführt. Wenn also bei einem reinen Lipödem keine definierten Zeichen der Lymphabflussstörung vorliegen (keine Vorfußballotiniierung, kein positives Stemmer'sches Zeichen, keine Marshall-Spalten im Ultraschall, normales Lymphszintigramm), ist streng genommen eine Verordnung von Kombiniertes Physikalischer Entstauungstherapie (KPE)/ML zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nicht zulässig. Es steht auch zu befürchten, dass solche Fälle im Rahmen von Regress-Verfahren gezielt herausgesucht und dem verordnenden Arzt angelastet werden.

Keinesfalls sollte man aus Kullanzgründen ein reines Lipödem in ein Lipo-Lymphödem umdeklarieren, um die Therapie mit KPE/ML zu ermöglichen. In diesen Fällen ist die AIK eine indizierte, adäquate und sinnvolle Methode die Stauungsbeschwerden von Lipödem-Patientinnen zu lindern. Bei der Therapie von Lymphödemem muss sich die AIK an der KPE/ML messen lassen. Unter Lymphologen herrscht weitgehend Konsens darüber, dass die KPE die effektivere und sichere

Behandlungsform darstellt.

Im klinischen Bereich gibt es wahrscheinlich auch keine zwingenden Gründe, AIK überhaupt einzusetzen. Die spezialisierten Lymphkliniken verfügen - im Idealfall - über einen Stab hervorragend ausgebildeter

Lymph-Therapeuten, die nach festgelegten Standards unter Kontrolle lymphologisch versierter Ärzte arbeiten. Die Anzahl der Behandler ist auf die im Hause vorgesehene Patientenzahl abgestimmt. Die Patienten stehen während ihres Aufenthaltes im Rahmen einer stationären Reha-Maßnahme uneingeschränkt zur Verfügung.

In der ambulanten Versorgung gibt es jedoch Schwierigkeiten, mit denen Klinikärzte selten konfrontiert werden. Sie lassen sich unter die Rubriken „Qualität“ und „Logistik“ einordnen. Erfahrungsgemäß lässt die Qualifikation vieler niedergelassener Therapeuten zu wünschen übrig, insbesondere, wenn nach einem vierwöchigen Kurs nur geringe praktische Erfahrungssammlung folgte. Häufig wird die zentrale Entstauung nicht durchgeführt, sondern nur periphere Griffe angewendet. In einzelnen Fällen wurden Manuelle Lymphdrainagen unter Verwendung von Massage-Öl berichtet.

Lymphologische Kompressionsverbände werden von vielen Therapeuten gar nicht, von anderen völlig unzureichend angelegt. Einige Therapeuten lehnen sogar jede Behandlung ab, die länger als 30 Minuten dauert.

Diese Missstände sind sicher auch auf die unzureichende Honorierung der Leistungen zurückzuführen. Viele dieser Probleme konnten wir durch die Gründung eines regionalen ambulanten Lymphnetzwerkes beheben. Dabei arbeiten qualifizierte und engagierte Therapeuten in enger Kooperation mit den verordnenden Ärzten.

Doch das löst nicht das zweite Problem, das der Logistik der Therapeuten. Im ländlichen Raum stehen einfach viel zu wenige qualifizierte Therapeuten zur Verfügung. Diese wiederum haben nicht ausreichend Kapazitäten und die Lymphpatienten angemessen zu versorgen. Durch die schlechte Bezahlung ist es wohl auch nicht möglich, eine Physiotherapie-Praxis ausschließlich für Lymphtherapie aufrecht zu erhalten.

Weitere Schwierigkeiten entstehen durch Ausfälle des Therapeuten bei Urlaub, Krankheit, Fortbildung oder Mutterschutz. Kompetente Vertretung ist in solchen Fällen praktisch nicht zu erhalten.

Logistische Probleme sind es auch, die von Seiten des Patienten die regelmäßige Versorgung mit KPE erschweren. Im Vordergrund stehen hier meist berufliche Belastung und Arbeitszeiten, die es dem Betroffenen unmöglich machen regelmäßig zu bestimmten Zeiten einen Therapeuten aufzusuchen. Aber auch die familiäre Situation oder einfach Transportprobleme sind häufige Gründe dafür, dass ein Patient die verordnete Therapie nicht wahrnehmen kann. Einige lehnen regelmäßige Behandlung auch aus finanziellen Gründen ab, weil die zu entrichtenden Zuzahlungen zu hoch erscheinen.

Und schließlich muss nach den Heilmittelrichtlinien eine Therapiepause von zwölf Wochen nach Beendigung des Regelfalles eingehalten werden.

Als Beispiele für diese Hindernisse seien ein Pendler genannt, der

von 7 Uhr bis 18 Uhr unterwegs ist, eine Bäuerin mit vier Kindern, die ihren Hof nicht verlassen kann oder eine allein stehende Rentnerin, die aus ihrem kleinen Dorf keine geeignete Transportmöglichkeit findet. Für all diese Patienten ist die Verordnung eines AIK-Gerätes zur täglichen häuslichen

Selbstbehandlung mit Sicherheit indiziert.

Entscheidend für den Erfolg dieser Behandlung sind aber folgende Voraussetzungen:

- Die Indikation muss eindeutig gegeben sein.
- Die verordnete Maschine muss zur Therapie geeignet sein (Mehrkammergerät)
- Zuvor muss eine zentrale und periphere Entstauung durchgeführt worden sein.
- Der Behandlungsverlauf muss von einem qualifizierten Arzt regelmäßig kontrolliert werden.
- Der Patient muss in der Lage sein, die Therapie korrekt und zuverlässig durchzuführen.

Unter diesen Bedingungen ist es möglich, den Therapieerfolg langfristig aufrecht zu erhalten. Befragungen bei Patienten, die AIK-Geräte zum häuslichen Gebrauch verordnet bekommen hatten, ergaben - ohne Anspruch auf statistische Signifikanz - überwiegend sehr hohe subjektive Zufriedenheit sowie objektiv stabile Umfangsmasse der betroffenen Extremitäten. In einem Fall beendete eine Patientin die Therapie wegen Arthroseschmerzen in Kniegelenk, eine andere Patientin musste die AIK-Behandlung wegen einer neu aufgetretenen peripheren arteriellen Verschlusskrankheit abbrechen. Erfahrungen aus anderen europäischen Ländern, in denen die KPE/ML nicht verfügbar ist, zeigen, dass es möglich ist, mit konsequent durchgeführter AIK auch langfristig den Erfolg Manueller Lymphdrainage aufrecht zu erhalten.

Die apparative intermittierende Kompressionstherapie ist bei richtiger Anwendung eine ausgezeichnete Methode, um im ambulanten Bereich die manuellen Entstauungsverfahren zu ergänzen oder zu substituieren

#### Literatur

1. Breu FX, Marshall M: Stellenwert der apparativen intermittierenden Kompression (AIK) bei chronisch venöser Insuffizienz. In Rabe E (Hrsg) Apparative intermittierende Kompressionstherapie (AIK). Viavital Verlag, Köln 2003
2. Häfner HM, Steins A: Ulcus cruris und die apparative intermittierende Kompression (AIK). In Rabe E (Hrsg) Apparative intermittierende Kompressionstherapie (AIK). Viavital Verlag, Köln 2003
3. Kussmann KS: Apparative intermittierende Kompression zur Thromboseprophylaxe. In Rabe E (Hrsg) Apparative intermittierende Kompressionstherapie (AIK). Viavital Verlag, Köln 2003
4. Schingale FJ: Die apparative intermittierende Kompression (AIK) bei lymphatischen Erkrankungen. In Rabe E (Hrsg) Apparative intermittierende Kompressionstherapie (AIK). Viavital Verlag, Köln 2003
5. Schingale FJ: Case report „Maria“, personal communication 2005
6. Wienert V, Partsch H et al.: Leitlinie Intermittierende pneumatische Kompression (IPK oder AI K) Phlebologie 2005; 34: 176-180

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. K. Stefan Kussmann  
Arzt für Allgemeinmedizin  
Phlebologie  
Rathausstraße 2  
71459 Auenwald  
[www.venolymph.de](http://www.venolymph.de)