

Comely M

Indikation für 3-Kammer- und 12-Kammer-Systeme zur intermittierenden apparativen Kompression

Zeitschrift für ästhetische Dermatologie. 3/02,36-8

Abhängig von der Akuität und der Genese der Ödeme müssen phlebologisch bedingte und lymphologisch bedingte Ödeme einer unterschiedlichen Behandlung zugeführt werden.

Im akuten Zustand und damit noch zu einem Zeitpunkt, in dem man mittels manueller Lymphdrainage das phlebo-lymphostatische Ödem durch einen Therapeuten drainieren kann, ist manuelle Lymphdrainage mit einer Frequenz bis zu dreimal pro Woche zwingend indiziert. Dies wird in der Indikationsliste des Hilfsmittelkataloges auch dargestellt. Die Kompression muss grundsätzlich mit einer solchen Behandlungsform einhergehen. Dies bedeutet, dass im akuten Zustand die Extremitäten gepolstert und gewickelt werden müssen. Dies bedeutet weiterhin, dass die Umfangsveränderungen, welche durch manuelle Lymphdrainage erzielt werden können, in Abständen zwischen vier und sechs Wochen vom Therapeuten festzustellen und zu dokumentieren sind.

Diese Dokumentation gehört sowohl in die Akte des Therapeuten als auch in die Akte des Arztes. Nur bei entsprechend dokumentiertem Verlauf der Behandlung, wobei sowohl eine Verbesserung als auch eine Verschlechterung oder ein Zustand Status idem sich einstellen können, sollte eine weitere Verordnung der kostenintensiven manuellen Lymphdrainage sowie der ebenso kostenintensiven Versorgung mit Kompressionsbandagen und Polsterungen für den akuten Zustand erfolgen.

Ist das Ziel der manuellen Lymphdrainage - die bestmögliche Entstauung herbeizuführen - erreicht, so folgt die Verordnung mit Kompressionsstrümpfen. Diese sollten schon alleine aus hygienischen Gründen grundsätzlich in einer Doppelversorgung pro Abgabe verordnet werden. Die lymphologische Indikation sieht hier zwar bisher übereinstimmend zwingend eine flachgestrickte Ware vor. Hier ist allerdings ein Fragezeichen zu setzen. Gemeinsam mit den Herstellern der Kompressionsstrümpfe muss diskutiert werden, ob wirklich auf jede lymphologisch gestaute Extremität flachgestrickte Maßware gebracht werden muss. Nicht selten ist ein rundgestrickter Konfektionsstrumpf ebenfalls hinreichend.

Es ist Aufgabe des verordnenden Arztes, sich von der Qualität der manuellen Lymphdrainage und der Kompression zu überzeugen, den Sitz des Kompressionsgewirkes zu überprüfen und sich hierbei auch über die Compliance des Patienten zu orientieren.

Manuelle Lymphdrainage ohne Kompression sollte aus der Ordnungsweise der Ärzte gestrichen werden.

Beim Einsatz intermittierender apparativer Kompression bieten die Hersteller Systeme an, in denen für die untere Extremität Manschetten produziert werden, die mit einer Kammer, drei Kammern, vier Kammern und zwölf Kammern ausgerüstet sind. Hier gilt es Klarheit zu schaffen, wann welches System indiziert ist.

Aus phlebologischer und lymphologischer Sicht sind Einkammer-Systeme heute obsolet. Höherkammerige Systeme, die mit drei, vier und sechs Kammern angeboten werden, haben dann eine phlebologische Indikation, wenn sie als nicht überlappende Kammern angeboten werden.

Nicht selten wird gerade an dieser Stelle falsch verordnet. Es macht aus phlebo-lymphologischer Sicht zum heutigen Zeitpunkt keinen Sinn, für eine phlebologische Indikation ein Gerät mit 12-kammeriger Kompression an der Beinmanschette bzw. der Armmanschette zu verordnen. Sehr viel wichtiger ist jedoch, aus lymphologischer Sicht auf diesen mehrkammerigen, überlappenden Systemen zwingend zu bestehen.

Die Aufgabe der intermittierenden apparativen Kompression, so wie dies auch in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie nachzulesen ist, besteht darin, eine Entstauung des phlebo-lymphostatischen Ödems vorzunehmen. Hierzu sind deutlich höhere Drücke notwendig, als sie bei lymphologischer Indikation wie primärem und sekundärem Lymphödem gegeben sind.

Wir empfehlen bei den lymphologischen Indikationen Drücke bis 25 mmHg über einen Zeitraum von 35 bis 45 Minuten pro Sitzung und Extremität. Es ist aus lymphologischer Sicht unumgänglich, auf die Wirkweise der intermittierenden apparativen Kompression deutlich hinzuweisen.

Das Ziel dieser maschinellen Behandlung ist, die Frequenz des Patienten beim Therapeuten zu senken. Die Verordnung der Maschine setzt den Patienten in die Gelegenheit, mehr Einheiten von Lymphdrainage an seiner Extremität durchführen zu lassen. Dies bedeutet, dass bei lymphologischer Indikation der Patient angehalten sein muss, die zentrale Entstauung selbstständig durchführen zu können. Dies ist im Übrigen auch im Sinne des Verordnungsgebers. Eine intermittierende apparative Kompression ohne entsprechende Anleitung des Patienten, welche durch den Therapeuten zu erfolgen hat, ist nicht indiziert. Es besteht bei mangelhafter zentraler Drainage ansonsten die Gefahr der Verschiebung des Ödems in z.B. Bereiche des kleinen Beckens. Es muss also bei der Verordnung der Geräte, die aus lymphologischer Sicht grundsätzlich mindestens 12 Kammern pneumatisch steuern sollten, vom Arzt darauf geachtet werden, dass der Patient compliant ist bezüglich der manuellen Lymphdrainage, welche er zur zentralen Entstauung selbst an sich durchführen muss. Gelegentlich ist es auch sinnvoll, sich hier bei dem Patienten über die Partnerschaftsverhältnisse zu orientieren.

Nicht nur, dass durch die einmalige Verordnung eines kostenintensiven Gerätes die dauerhaft entstehenden Kosten der manuellen Lymphdrainage beim Therapeuten gesenkt werden können, es werden auch freie Valenzen bei den Therapeuten geschaffen, die ansonsten bei der großen Menge an Patienten doch zunehmend in Bedrängnis kommen, hinreichend viele Termine freizustellen.

Im Jahre 2002 muss davon ausgegangen werden, dass bei einer Frequenz von bis zu 40% sekundärer Armlymphödeme nach Mammakarzinom-Chirurgie pro Jahr ca. 19.000 Frauen neu an einem sekundären Armlymphödem erkranken. Diese Patientinnen müssen alle einer manuellen Lymphdrainage zugeführt werden, welche konsequenterweise bis zu dreimal pro Woche stattfinden muss. Dies ist aus technischen und organisatorischen Gründen in Deutschland nicht durchführbar. Hierzu fehlen jedwede therapeutische Kapazitäten.

Die apparative intermittierende Kompression, die intermittierend als Apparat eingesetzt wird parallel zum Behandlungsverlauf der manuellen Lymphdrainage der KPE durch den Therapeuten, dient also der Aufrechterhaltung des Therapieerfolges unter wirtschaftlichem Aspekt und verringert die Notwendigkeit der Patientinnen, zur manuellen Lymphdrainage zum Therapeuten zu gehen. Keineswegs, und dies sei in aller Deutlichkeit dargestellt, ersetzt die intermittierende apparative Kompression die Arbeit der manuellen Lymphdrainage. Zum einen ist sie vom Patienten, wie oben ausgeführt, selbst durchzuführen während seiner Sitzungen in der intermittierenden apparativen Kompression, zum anderen hat der Therapeut weiterhin die Aufgabe, in Erfüllung des medizinischen Hilfsberufes den Effekt seiner Tätigkeiten an der Extremität des Patienten zu kontrollieren, dem Arzt entsprechend zu dokumentieren, den Patienten auf fehlerhafte Drainagetechniken hinzuweisen, den Verschleiß des Kompressionsgewirkes (Strumpf) ebenfalls zu dokumentieren und dafür zu sorgen, dass der Patient entsprechend seinen Arzt wieder aufsucht.

Ohne die intermittierende apparative Kompression mit 12-Kammer-Systemen ist der Fortbestand der lymphologischen Therapie in seiner gesamten Breite in der Bundesrepublik gefährdet. Die Kosten/Nutzen-Relation ist vielfach, nicht zuletzt von Herrn Kollegen Schingale aus Pommelsbrunn, dem Vizepräsidenten des Berufsverbandes der Lymphologen, eindrucksvoll dargestellt worden.

Die intermittierende apparative Kompression bei lymphologischer Indikation hat eine zwingende Notwendigkeit zur Verordnung bei primären und sekundären Ödemen der Extremitäten.