

Die »Fischer-Verbände« Teil III: Der Druckverband nach Heinrich Fischer*

M. Holtzmann, Phlebologische Praxis Drs. F. Haid-Fischer, L. Sorko, M. Holtzmann, Stuttgart



M. Holtzmann

Zusammenfassung

Die Kompressionstherapie bleibt eine entscheidende Säule der Phlebologie. Der therapeutische Zentralsatz lautet: Heilphase mit nicht nachgiebigen Verbänden – Erhaltungsphase mit elastischem Material (Kompressionsstrumpf). Indikationen, Anlagetechnik und das Verbandmaterial für den einfachsten der »Fischer-Verbände«, den Druckverband, wird aufgezeigt. Dieser kann vom Patienten nach Anleitung selbst gewickelt werden.

Schlüsselwörter: Kompressionstherapie, Kompressionsverband, Fischer-Verband

vasomed: 9 (1997) 378 – 380

Summary

The compression therapy is a very important part of the phlebology. The therapeutical main principle is: Treatment with not flexible bandage – preserving with flexible bandage (Compression stockings). Indication, technic and the material for the most easy pressure bandage of *Heinrich Fischer* is shown. The patient is able to wind itself around.

Key Words: compression therapy, pressure bandages, Fischerbandage

vasomed: 9 (1997) 378 – 380

Résumé

La thérapie par compression constitue une part très importante de la phlébologie. Le principe thérapeutique de base est le suivant: la phase de guérison avec des bandages non élastiques, la phase de maintien avec du matériel élastique (bas de compression). Les indications, la technique d'utilisation et le matériel de bandage pour le plus simple des »bandages de *Heinrich Fischer*«, le bandage à comprimer, sont indiqués. Le patient est capable de l'appliquer lui-même d'après l'instruction.

Mots-clés: le bandage à comprimer, le bandage de *Heinrich Fischer*

vasomed: 9 (1997) 378 – 380

Die Kompressionstherapie ist der Erfolgsschlüssel der Behandlung in der Phlebologie (10). Und mit der wissenschaftlichen Wiederbelebung der ambulanten Therapie der tiefen Venenthrombose (8, 9) müßte eigentlich die Kunst der gezielten, dosierten, adäquaten Kompression (2,3,4) in großem Maßstab angewandt werden!

Doch hier hemmt in Deutschland eindeutig das EBM-Abrechnungssystem.

*Teil I und II: *vasomed* 1996; 8 (Sonderheft Kompressionstherapie): 261–265

Für einen bis aus sechs verschiedenen Einzelverbänden bestehenden Kompressionsverband für ein »Thrombosebein« kann der Vertragsarzt nur einmal die Nr. 205 ansetzen! (Schriftliche Auskunft der kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg vom 22.01.1996) Das sind 160 Punkte für eine mindestens 20minütige Handarbeit (5, 6) eines in dieser Therapieform ausgebildeten Arztes!

Die ambulante Kompressionstherapie mit s.c. niedermolekularer Heparinisierung der tiefen Venenthrombose

ist den Konkurrenzverfahren überlegen (9) und kostet einen sensationell kleinen Bruchteil der anderen Verfahren.

Leider können aber nur wenige Privatärzte ausbildungstechnisch und vor allem abrechnungsstrategisch (GOÄ) diese Therapie einem privilegierten Patientenkreis anbieten.

Für pathologische Prozesse, die auf krankhaften Veränderungen des tiefen Venensystems basieren, ist eine Kompressionstherapie mit großer Tiefenwirkung notwendig. Beim Stehen können



Abb. 1–12: Die Anwickelmethode des Druckverbandes nach *Heinrich Fischer*

nur Druckwerte von mindestens 50–80 mmHg (6) den venösen Querschnitt in den tiefen Schichten am Unterschenkel tatsächlich einengen. Um einen therapeutischen Arbeitsdruck mit einem elastischen Kompressionsmaterial (Strumpf) zu erreichen, müßte ein elastischer Verband so fest angelegt werden, daß er im Liegen vor Schmerzen nicht mehr toleriert werden kann. Ein Verband aus nichtnachgiebigen Material besitzt hingegen einen kleinen Ruhedruck und wird wegen des aufgehobenen hydrostatischen Druckes im Liegen gut toleriert. Beim Gehen erreicht er so hohe (therapeutisch relevante) Drucke, daß das tiefe Venensystem beeinflusst wird.

Hieraus folgt die klare Richtlinie:

Therapie mit nichtnachgiebigen Verbänden – Erhaltungsphase mit elastischem Material (Strumpf) (2).

Der unten beschriebene Druckverband nach *Heinrich Fischer* besitzt mit der textilelastischen Kurzzugbinde eine wenig bzw. nicht nachgiebige Kompo-

nente, die für den Arbeitsdruck zuständig ist, und mit der materialelastischen (Elasthanfäden) Langzugbinde eine nachgiebige Komponente, welche für den Ruhedruck verantwortlich ist.

Material

1. Eine textilelastische Kurzzugbinde (Idealbinde) 8 oder 10 cm breit.
2. Eine materialelastische Langzugbinde (Dauerbinde) von kräftiger Qualität, 8 oder 10 cm breit (Lohmann Dauerbinde »kräftig«[®] von Lohmann GmbH, Neuwied).

Methode

Der auf der Haut nicht fixierte Druckverband ist relativ leicht zu erlernen. Anfängliche Fehler in der Druckauswirkung sind nicht nachhaltig, da durch Nachgiebigkeit und Verschiebbarkeit des Materials ein gewisser Ausgleich stattfindet.

Zudem können Fehler durch erneutes Anlegen schnell korrigiert werden.

Die Anlagetechnik ist identisch der des elastischen fixierten Kompressionsverbandes nach *Heinrich Fischer* (2, 5).

Unter Ausdehnen der gesamten elastischen Nachgiebigkeit der Idealbinde umfaßt man die Ferse, steigt zum Knöchel auf, führt sie um beide Knöchel und schmiegte dann die Binde um den Vorfuß und von dort spiralgig zum Unterschenkel. Dann modelliert man mit dem Bindenkopf, unter zentripetal gerichtetem Druck, den Verband entsprechend den Bildunterschriften auf. Nicht mit langem Zügel wickeln oder mit der Binde ziehen!

Die materialelastische Langzugbinde wird zur Verstärkung der Kompression in den meisten Fällen – aber nur bei Tage – über die Idealbinde gewickelt. Der Kompressionsverband wird hierdurch deutlich rutschfester. Die Dauerbinde muß aber in einer längeren Ruhephase unbedingt abgenommen werden. Die ausgehten Elasthanfäden verursachen



Abb. 13–15: Heilungsprozeß während der Therapie mit einem Druckverband nach *Heinrich Fischer*

in Ruhelage einen unerträglichen, schmerzhaften Druck (Ruhedruck). Deshalb muß sie nicht nur zum Nachtschlaf sondern auch bei länger als 15 Minuten dauernder Mittagsliegephasen abgenommen werden.

Die Anwickelmethode ist gleich der der Idealbinde. Nur wird bei den spiralförmigen Touren am Unterschenkel medial und lateral die Spannung durch jeweiliges Ausziehen der Binde von 2–3 cm erhöht. Am Scheitel der Wade und vor allem proximal davon läßt man mit dem Spannen der Binde nach.

Indikationen

1. Ulcus cruris venosum beim Selbstwickeln des Patienten.
2. Ulcera cruris mit sehr starker Sekretionsneigung.
3. Chronische venöse Stauungen leichten bis mittleren Grades.
4. Prophylaxe und Nachbehandlung von Venenerkrankungen.

Häufigste Fehler

1. Der »lange Zügel« beim Wickeln hat zur Folge, daß die Binde nicht unter Druck, sondern unter Zug angelegt wird. Die konzentrische Kompression ist dabei nicht mehr gegeben. Gewe-

be und Muskulatur werden verdreht. Einzelne Gefäßabschnitte kollabieren, die Zirkulation ist gehemmt, statt gefördert.

2. Zu lockeres Anlegen.
3. Unregelmäßiger Druck des Verbandes (z. B. Schnürfurchen).

Beispiel

Sehr kräftig nässendes Ulkus (seit drei Jahren offen), welches für die Behandlung mit einem fixierten nicht elastischem Kompressionsverband (Zinkleim) nicht geeignet war. Die Patientin wickelte nach Anleitung und unter wöchentlicher ärztlicher Kontrolle den oben gezeigten Druckverband nach *Heinrich Fischer* selbst (Abb. 13–15).

Literatur:

1. Fischer H: Eine neue Therapie der Phlebitis. *Med Klin* 1910; 30: 1172–1180
2. Haid-Fischer F, Haid H: Venenerkrankungen, Phlebologie für Klinik und Praxis. 5. Auflage, Georg Thieme Verlag Stuttgart-New York 1985.
3. Haid-Fischer F: Gesunde Beine – ein Leben lang: Venenleiden und Krampfadern vorbeugen, Beschwerden richtig behandeln. 7. Auflage, Trias-Thieme Hippokrates Enke, Stuttgart 1995

4. Haid-Fischer F: Kompression als alleinige oder adjuvante Therapie. *Med Welt* 1997; 48: 80–83

5. Holtzmann M: Die Fischer-Verbände. *Vasomed* 1996; 8 (Sonderheft Kompressionstherapie): 261–265

6. Holtzmann M: So legt man den Zinkleimverband richtig an. *Med Tribune* 1996; 44: 31

7. Koopman MMW et al.: Treatment of venous thrombosis with intravenous unfractionated heparin administered in the hospital as compared with subcutaneous low-molecular-weight heparin administered at home. *New England J Med* 1996; 334: 682–687

8. Levine M et al.: A comparison of low-molecular-weight heparin administered primarily at home with unfractionated heparin administered in the hospital for proximal deep-vein thrombosis. *New Engl J Med* 1996; 334: 677–681

9. Partsch H, Kechavarz B, Mostbeck A, Köhn H: Therapie der tiefen Beinvenenthrombose mit niedermolekularem Heparin, Kompressionsverbänden und Gehübungen. *Die Med Welt* 1997; 48: 84–90

10 Ramelet AA, Monti M (Hrsg.): Phlebologie; Leitfaden für die Praxis. Kagerer Kommunikation, Bonn 1993

Korrespondenzadresse
Dr. med. Michael Holtzmann
Phlebologische Gemeinschaftspraxis
Drs. Haid-Fischer, Sorko, Holtzmann
Königstraße 4
70173 Stuttgart