

Kein Platz für Ignoranz

DIABETISCHER FUSS: Das diabetische Fußulkus zählt nach wie vor zu den am meisten unterschätzten Komplikationen des Diabetes mellitus.

GEMEINSAME INITIATIVE

Die Vermeidung von Fußamputationen war nicht nur Motto des Weltdiabetestages vergangenen November. In einer gemeinsamen Initiative von AWA (Österreichische Gesellschaft für Wundbehandlung) und ÖDG (Österreichische Diabetes Gesellschaft) soll der diabetische Fuß in den *Ärzte-Krone*- und MedMedia-Medien in den nächsten Ausgaben in den Mittelpunkt gerückt werden. Mit einer Patientenbroschüre sollen Diabetespatienten rechtzeitig – noch vor Entstehen eines Fußulkus über Präventionsmaßnahmen und die Bedeutung regelmäßiger Fußuntersuchungen aufgeklärt werden.

FUSSULKUS – UNTERSCHÄTZTE KOMPLIKATION

Die WHO schätzt die Kosten für die Versorgung des diabetischen Fußes auf 15–25% der Gesamtkosten der Diabetesbehandlung. In einer vergangenen November im „Lancet“ erschienenen Review beziffern Boulton et al. die Kosten, die dem amerikanischen Gesundheitssystem allein durch diabetischen Fuß und Amputationen im Jahr 2001 erwachsen, mit 10,9 Milliarden US-Dollar. Hinter diesen Zahlen verbergen sich unendlich viel Leid, Schmerzen, eine massive Beeinträchtigung der Lebensqualität und eine sehr ungünstige Prognose.

Und dennoch zählt das diabetische Fußulkus noch immer zu den unterschätzten Komplikationen einer Diabeteserkrankung. Das Risiko eines Diabetikers, irgendwann in seinem Leben ein diabetisches Fußulkus zu entwickeln, liegt in den Industrienationen bei ca. 15%. Ist aber erst einmal ein diabetisches Fußulkus aufgetreten, besteht eine hohe Rezidivwahrscheinlichkeit, erläutert Prim. Univ.-Prof. Dr. Guntram Schernthaner, Vorstand der 1. Med. Abt., KA Rudolfstiftung. So liegt die Rezidivrate nach 1 Jahr bei 34%, nach

2 Jahren bereits bei 61% und nach 3 Jahren bei 70%.

5 JAHRE NACH MAJORAMPUTATION LEBEN NUR NOCH 27% DER PATIENTEN

Immer noch, so Univ.-Doz. Dr. Gerald Zöch, Präsident der AWA, werde von vielen Patienten die Entstehung eines Ulkus als „typische“ Folge einer Diabeteserkrankung akzeptiert, die Komplikationen eines diabetischen Fußsyndroms massiv unterschätzt:

Mehr als 70% aller Amputationen nicht-traumatischer Genese werden bei Patienten mit Diabetes durchgeführt. Dass eine Majoramputation mit massiven Beeinträchtigungen der Lebensqualität verbunden ist, liegt auf der Hand. Darüber hinaus haben Patienten nach Fußamputationen eine schlechte Langzeitprognose: Patienten jenseits des 70. Lebensjahres sind zu 77% postoperativ pflegebedürftig. Nach einseitiger Amputation kommt es bei über 50% aller Patienten innerhalb von 4 Jahren zum Verlust des zweiten Beines. Die Sterblichkeit liegt perioperativ bei 15–25% und einer 1993 publizierten prospektiven Studie zufolge leben nach 5 Jahren nur noch 27% der Patienten.

„Im Jahr 2004 wurden in Österreich ca. 1.200 Majoramputationen bei Diabetikern vorgenommen, genauere Zahlenangaben sind aufgrund fehlender Statistiken nicht möglich“, erläutert Zöch.

Diesen alarmierenden Zahlen steht jedoch auch eine Perspektive gegenüber: Denn durch eine effiziente Sekundär- und Tertiärprophylaxe wären, so Zöch, die meisten diabetischen Ulzera und Amputationen vermeidbar. So beziffert die WHO die Rate der vermeidbaren Amputationen mit 80%.

PRÄVENTION RECHNET SICH

Neben allen medizinischen und menschlichen Argumenten sprechen für eine adä-

quate Prävention auch ökonomische Argumente: Das zeigt eine Kosten-Nutzen-Rechnung von Univ.-Prof. Dr. Marion Rauner und Dr. Eva-Maria Pesendorfer, Institut für Betriebswirtschaftslehre der Universität Wien, die in einer Studie das Potenzial von Präventionsmaßnahmen bei Diabetikern evaluiert haben. Unter der Annahme einer durch Prävention erreichbaren Reduktion von Ulzera und Amputationen um 25% bei 10-jährigem Zeithorizont konnte gezeigt werden, dass sich Präventionsprogramme, die auf Hochrisikopatienten abzielen (Patienten mit sensorischer Neuropathie und peripherer vaskulärer Erkrankung und/oder Deformität der Füße), rechnen und mit massiven Kosteneinsparungen verbunden sind. Selbst bei geringerem Risiko (Patienten mit sensorischer Neuropathie) sind Präventionsprogramme kostenwirksam.

SCHULUNG DER PATIENTEN

Jeweils zu etwa einem Drittel liegen dem diabetischen Fuß eine Neuropathie, eine Angiopathie bzw. eine Kombination aus beidem zugrunde. Sensibilitätsstörungen bis hin zur völligen Gefühllosigkeit erhöhen die Verletzungsgefahr, da das Warnsymptom Schmerz fehlt.

Umso wichtiger ist die Schulung der Patienten in geeigneten Zentren, erläutert Prof. Schernthaner. Im Mittelpunkt der Patientenschulung stehen die Durchführung einer verletzungsfreien Fußpflege, die Vermeidung traumatischer und thermischer Einwirkungen auf die Füße und die regelmäßige Fußkontrolle durch den Patienten selbst. Entsprechend geschulte Diabetiker wissen um die Verletzungs- aber auch Verbrühungsgefahr (cave heiße Fußbäder!), um adäquate Fußpflege sowie um die Notwendigkeit der täglichen Selbstinspektion ihrer Füße inklusive Fußsohlen (Spiegel). Bereits minimale Veränderungen, aber auch Bagatellverletzungen bedürfen der ärztlichen Kontrolle.



© Surminski



Im Mittelpunkt der Patientenschulung stehen die Durchführung einer verletzungsfreien Fußpflege, die Vermeidung traumatischer und thermischer Einwirkungen auf die Füße und die regelmäßige Fußkontrolle durch den Patienten selbst

REGELMÄSSIGE ÄRZTLICHE KONTROLLE

Um der Entstehung eines diabetischen Fußulkus vorzubeugen, sind die Füße von Diabetikern regelmäßig ärztlich zu kontrollieren (mindestens 1x pro Jahr, wenn keine Beschwerden und kein besonderes Risiko vorliegen, 4x und öfter bei Beschwerden und in Abhängigkeit vom individuellen Risiko). Die regelmäßige Untersuchung umfasst die Inspektion der Füße (inklusive Fußsohlen), die Beurteilung von Nagelmykosen, Fußpulse, Sensibilitätstest (Stimmgabel, Monofilament, Wattetupfer), Temperaturdiskriminierung, Beurteilung von Fehlstellungen (Charcot-Fuß, Hallux valgus, Digitus rigidus) und die Kontrolle der Schuhe.

GEEIGNETES SCHUHWERK

Bereits banale Traumata oder Verbrennungen können zur Ausbildung eines Ulkus führen, ebenso Fehlbelastungen mit banalen Druckstellen, die etwa durch falsches oder schlecht sitzendes Schuhwerk entstehen. Fußläsionen bei Diabetespatienten werden, so Dr. Marlies Frank, KA Rudolfstiftung Wien, in ca. 50% der Fälle durch ungeeignetes Schuhwerk verursacht. Eine adäquate, an die veränderte Biomechanik des Fußes angepasste Schuhversorgung ist ein wesentlicher Bestandteil der Prophylaxe und Rezidivprophylaxe. Je nach vorliegender Risikoklassifikation kann diese mittels geeigneten Konfektionsschuhs, Diabetesspezialschuhs oder orthopädischen Maßschuhs erfolgen.

„Der regelmäßigen ärztlichen Kontrolle der Füße des Diabetikers, aber auch der

Schuhe kommt höchste Bedeutung zu“, erläutert Dr. Günter Sokol, der eine diabetologische Schwerpunktpraxis in Wien führt: „Denn der Patient nimmt nur ernst, was auch der Arzt bei regelmäßigen Kontrollen ernst nimmt. Und nur gut geschulte Betroffene wissen, worum es geht.“

ES KRANKT AN DER UMSETZUNG

Eine multidisziplinäre Betreuung in spezialisierten Fußambulanz kann, so Frank, wie Studien belegen, nachweislich zu einer Reduktion rezidivierender Fußulzera um 50% sowie zu einem Rückgang der Amputationen um 75% führen und ist daher ebenfalls als wesentlicher Bestandteil einer effektiven Prophylaxe des diabetischen Fußsyndroms zu betrachten. Internationale Studien, so Zöch, untermauern das Shared-Care-Konzept. Allerdings bestehen in Österreich nur vereinzelt Fußambulanz.

Sokol bezeichnet die Behandlung von Fußläsionen nur noch zum geringen Teil als eine wissenschaftliche Herausforderung, vielmehr gehe es um die praktische Umsetzung einiger weniger Maßnahmen, die von Spitalsambulanzen, AllgemeinmedizinerInnen, FachärztInnen und medizinischem Personal wie DiabetesberaterInnen, FußpflegerInnen und orthopädischen SchuhmacherInnen heute schon umgesetzt werden, allerdings in viel zu geringem Maß und lange nicht flächendeckend.

Für Sokol krankt die flächendeckende Versorgung von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom daher auch nicht am Know-how, sondern ausschließlich an der Umsetzung: „Nur adäquate Schnittstellenkon-

zepte können den Weg zu einem effektiven Disease-Management bereiten.“ Dazu wären jedoch Investitionen und nicht Einsparungen notwendig.

SCHNITTSTELLENKONZEPTE FEHLEN

Konkret hat Sokol mehrere Schnittstellen definiert: Mit der Vorsorgeuntersuchung stehe ein taugliches Instrument zur Verfügung, Risikopatienten zu identifizieren, die unverzüglich einer spezialisierten Einrichtung zugewiesen werden sollten. Diese Einrichtungen wären allerdings zu definieren.

Diabetische FußpflegerInnen stellen, so Sokol, ebenfalls eine ausgezeichnete Anlaufstelle dar. „Viele Patienten mit Fußproblemen haben über diese Schiene den Weg in spezialisierte Einrichtungen gefunden.“ Vor und nach stationären Aufenthalten, sei es aus chirurgischen oder internistischen Gründen, sollte der Patient, so Sokol, von einer Behandlungsdokumentation begleitet werden, um unnötige Doppeläufe zu verhindern. Dazu stehen derzeit bereits gute Dokumentationsschemata zur Verfügung.

Im niedergelassenen Bereich seien, um nachhaltig die Versorgungssituation von Diabetespatienten zu verbessern, dringend Pilotprojekte mit einfachster Auswertung und Evaluation vonnöten. Derzeit stellt aufgrund fehlender Abrechnungsmöglichkeiten die aufwendige Betreuung eines Diabetikers bzw. die Behandlung seines diabetischen Fußes im niedergelassenen Bereich aber de facto immer noch ein nicht honoriertes „Privatvergnügen“ dar.

Susanne Hinger