

Kein Platz für Ignoranz

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

In Österreich leben nach Angaben des BMGF derzeit über 300.000 Diabetikerinnen und Diabetiker¹. Das Risiko dieser Patienten, zumindest einmal im Leben eine diabetische Fußkomplikation zu erleiden, beträgt 25 %. Die Prävalenz einer Fußkomplikation liegt zwischen 5,3 % und 7,4 % bei einer jährlichen Inzidenz von 2,1 % bis 7,2 %².

5 Jahre nach Major-Amputationen leben nur 27 %

Mehr als 70 % aller Amputationen nicht-traumatischer Genese werden bei Patienten mit Diabetes durchgeführt. Großes Leid, Invalidität, Siechtum und eine drastisch verkürzte Lebenserwartung sind die Folgen einer Major-Amputation. 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 nach 5 Jahren leben nur noch 27 % der Patienten³. Dabei wären durch eine effiziente Sekundär- und Tertiärprophylaxe viele Amputationen vermeidbar, in Deutschland, schätzt man, ca. 80 %. Im Jahr 2004 wurden in Österreich ca. 1.200 Major-Amputationen bei Diabetikern vorgenommen, genauere Zahlenangaben sind auf Grund fehlender Statistiken nicht möglich.

Als typische Diabetesfolge akzeptiert ...

In Österreich ist es weniger ein Problem des Angebots, denn die Diabetes-Schulungen werden in ausreichendem Maß angeboten. Aber nur ein geringer Teil – etwa 15–25 % aller Diabetes-Patienten nehmen dieses Angebot wahr. Warum nimmt man das Entstehen eines Ulkus, offensichtlich als unvermeidbare, „typische“ Folge des Diabetes in Kauf? Lässt sich dieses Problem wirklich nicht vermeiden, wo doch nachweislich die Vorsorge die beste Möglichkeit darstellt? Das Problem liegt offensichtlich in einer mangelnden Einsicht und Mitarbeit bei vielen Patienten, wie eine 2003 veröffentlichte Studie aus Tübingen zeigte⁴. Ist es nur Ignoranz oder stellt der Fuß eine Tabuzone dar, die vernachlässigt oder gemieden wird? Fragen, auf die es möglichst bald auch konkrete Antworten geben sollte.

Leitlinien als Lösungsansatz

Ein viel versprechender Lösungsansatz sind die Entwicklung und Umsetzung von Leitlinien und Behandlungspfaden. Wissenschaftlich fundierte Leitlinien, die von Experten interdisziplinär und multiprofessionell erstellt werden, sollen in erster Linie Instrumente zur Verbesserung und Sicherung der Behandlungsqualität sein. Diese vorgeschlagenen Therapiekonzepte dürfen keineswegs als „Verordnungen“ verstanden werden, die eine Einschränkung der Therapieviefalt und des Behandlungs-

spielraumes darstellen. Diese Konzepte müssen die Interessen der Patienten, Ärzte, Pfleger und Geldgeber gleichermaßen berücksichtigen (siehe Seite 9).

Prävention rechnet sich

Die Behandlungskosten für diabetische Fußläsionen belaufen sich in den Industrieländern auf 6–9 % der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen. Die Therapie einer diabetischen Fußläsion beträgt während 3 Jahren 33.000–40.000 €. Die Gesamtkosten nach Major-Amputation belaufen sich auf 60.000–65.000 €, wobei 77 % auf die Rehabilitation entfallen. Die verursachten Spitalskosten bei Diabetikern gehen zu 75 % zu Lasten der Ulzerationen.

Kosten können nur durch einen gehobenen Standard an Prävention im Sinne einer verstärkten Aufklärung, einer optimalen Ausbildung aller in der Therapie Involvierten gesenkt werden (siehe Seite 12).

Wundzentren – „Shared Care“-Konzept

Spezielle Einrichtungen sowohl im stationären, ambulanten und niedergelassenen Bereich können Kosten sparen. Internationale Studien untermauern die Sinnhaftigkeit des „Shared Care“-Konzepts. In Österreich sind bereits vereinzelt spezielle Wundzentren entstanden, die ebenfalls diese Erfahrungen bestätigen.

„Alle 30 Sekunden verliert weltweit ein Diabetiker sein Bein“ – das war die Schlagzeile zum Welttag der Diabetes im November 2005. Die Österreichische Gesellschaft für Wundbehandlung (AWA) hat das Problem aufgegriffen und die diesjährige Jahrestagung, die im April in Wien stattfand, der Prophylaxe und Behandlung des diabetischen Fußulkus gewidmet. Durch verstärkte interdisziplinäre Zusammenarbeit soll die Zahl der Amputationen verringert werden. Dazu hat die AWA zusammen mit der ÖDG eine Initiative zur Prävention gestartet. Den betroffenen Patienten soll mit Hilfe eines wissenschaftlich fundierten Aufklärungsbogens die Gefahr des Beinverlustes verdeutlicht werden. ■



Univ.-Doz. Dr. Gerald Zöch

Präsident der AWA,
Leiter der Plastischen Ambulanz
der chirurgischen Abteilung,
SMZ-Ost – Donauespital, Wien
gerald.zoech@wienkav.at

1. Diabetes mellitus als gesundheitspolitische Herausforderung, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2006

2. Jeffcoate WJ, Harding KG. Diabetic foot ulcers. Lancet 2003; 361: 1545–51

3. Apelqvist J, Ragnarson Tennvall G, Persson U, et al. Diabetic foot ulcers in a multi-disciplinary setting. An economic analysis of primary healing and healing with amputation. J Intern Med 1994; 20: 169–181

4. Coerper S, Beckert S, Witte M et al. Indikation und Technik der limitierten, fußerhaltenden Knochenresektion bei diabetischem Fußulkus. Zeitschrift für Wundheilung 2003, 5: 169–174