

Oppenheimer Erklärung II

Konsensus-Statement 2017

Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß in der Deutschen Diabetes Gesellschaft^^

25 Jahre Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß in der DDG

Die Oppenheimer Erklärung von 1993 ist gemeinsame Grundlage unserer Arbeit mit Patienten mit diabetischer Fußkrankung. Diabetologen in der ambulanten wie klinischen Tätigkeit haben über Jahre Diagnostik und Therapie des diabetischen Fuß-Syndroms (DFS) in Deutschland weiterentwickelt sowie flächendeckend Strukturen zur Versorgung dieser Folgeerkrankung des Diabetes mellitus etabliert. Ärzte, Podologen, Wundassistenten, Orthopädieschuhmacher/-techniker, Pflegekräfte, Diabetesberater arbeiten hierbei multidisziplinär zusammen.

Das DFS ist eine komplexe, chronische und rezidivierende Krankheitsentität mit zunehmender Häufigkeit, gerade bei einer älter werdenden Bevölkerung. Häufig entwickeln sich hieraus nicht heilende Wunden, Einschränkung der Mobilität, Invalidität und Amputation. Das DFS betrifft etwa 25% aller Diabetiker, führt häufig zu Krankenhausbehandlungen und oftmals zu einer Amputation. Ausgehend von einer im europäischen Vergleich hohen Amputationsrate bei Diabetikern gibt es in Deutschland seit einiger Zeit Hinweise auf eine Abnahme der hohen Amputationen (Unter-/Oberschenkel).

In den vergangenen Jahren wurden ambulante und klinische Fußbehandlungseinrichtungen in Deutschland über die AG Fuß in der DDG etabliert. Diese Einrichtungen sind eine positive Entwicklung und europaweit beispielgebend. Diese Einrichtungen verfügen in der Regel über die notwendige individuelle Erfahrung, die erforderlichen ärztlichen wie nicht-ärztlichen Kooperationen und können das in Leitlinien wie der NVL Diabetischer Fuß oder der IWGDF-Guidance formulierte Wissen wohnortnah, schnell und verlässlich umsetzen. Die Fußbehandlungseinrichtungen behandeln das DFS, koordinieren Diagnostik- und Behandlungsabläufe und realisieren Tertiärprophylaxe.

Erfreulicherweise wurden in den vergangenen Jahren nicht evaluierte und nicht sinnvolle Behandlungen beim DFS wie Medikamente zur Behandlung der Neuropathie und rheologische Behandlungen verlassen oder haben wie die hyperbare Sauerstofftherapie (HBO) auch nach über 25 Jahren bei fehlender Evidenz keinen Stellenwert

Prinzipien der Behandlung des Diabetischen Fußes

- Diagnostik von Neuropathie und Durchblutungsstörung sowie eines Infektes
- Infektbehandlung, Wunddebridement und systemische antibiotische Therapie
- Druckentlastung und Ruhigstellung der betroffenen Wundregion wie auch des Charcot-Fußes
- Verbesserung einer reduzierten Perfusion durch interventionelle/bypasschirurgische Gefäßeingriffe
- Chirurgische Eingriffe wie Resektion und Amputation beim Diabetischen Fuß erfolgen (abgesehen von dringlich erforderlichen septischen Eingriffen) nach Therapie der Infektion und Verbesserung der Perfusion durch einen in der Fußchirurgie erfahrenen Chirurgen/Orthopäden.
- Zur Prophylaxe ist bei Menschen mit Diabetes mellitus und PNP und/oder AVK eine regelmäßige diabetologische Mitbetreuung wie auch podologische Versorgung und schützende Schuhversorgung therapeutisch indiziert.
- Anpassen der medizinischen Diagnostik und Therapie an die Persönlichkeit des Betroffenen und individuelles Abwägen von Wirkung und Nebenwirkung der Diagnostik und Therapie..

Ursachen für unzureichende Versorgung

- Nichtanwendung der Prinzipien der Behandlung des Diabetischen Fußes
- Unzureichende Diagnostik von Neuropathie und AVK und unzureichende Therapie der AVK
- Unzureichende Anwendung von Schulungsprogrammen für Risikopatienten mit PNP/AVK bzw. nach Ulcus oder nach Amputation
- Zu späte Vorstellung von Patienten mit DFS in geeigneten Behandlungseinrichtungen
- Zu lange Versorgung von Patienten mit DFS in ungeeigneten, ambulanten wie klinischen Einrichtungen, die Leitlinien und die Prinzipien der DFS-Behandlung nicht umsetzen

Amputationsnotbremse

Vier Empfehlungen zum Vorgehen vor einer geplanten Amputation:

Ein Fußbefund, der eine Amputation veranlassen könnte, sollte einwandfrei diagnostiziert werden (Unterscheidung zwischen infiziert-neuropathisch und pAVK). Mindestens notwendig sind eine neurologische Basisuntersuchung und die Erhebung des Gefäßstatus. Bei Hinweisen auf eine pAVK ist eine Angiographie mit Gefäßdarstellung bis zu den Fußarterien erforderlich. Der Nachweis einer Osteolyse begründet nicht generell eine Amputation.

1. Bei fehlenden Hinweisen auf eine periphere arterielle Verschlusskrankheit ist eine hohe Amputation (Unter-/Oberschenkel) als primäre Maßnahme nicht indiziert.
2. Bei Hinweisen auf eine periphere arterielle Verschlusskrankheit ist die Revaskularisation (PTA und/oder Bypass) vor einer Amputation in jedem Fall in Betracht zu ziehen.
3. Immer sollten vor einer Amputation sowohl ein angiologisch/gefäßchirurgisch als auch ein diabetologisch erfahrener Arzt konsultiert werden.
4. Jeder Patient hat das Recht auf eine qualifizierte Zweitmeinung vor einer Amputation

Sieben aktuelle Forderungen:

1. **Patienten mit diabetischer Fußkrankung sollen ambulanten oder klinischen Fußbehandlungseinrichtungen so früh wie möglich vorgestellt werden.**
2. **Jedes akute Fußproblem (Infektion, Ischämie, DNOAP) bei Menschen mit Diabetes ist ein Notfall und muss innerhalb von 24 h einer Fußbehandlungseinrichtung vorgestellt werden.**
3. **Sicherstellung der Einholung einer Zweitmeinung vor Amputation.**
4. **Wissenschaftliche Fachgesellschaften müssen unabhängige Forschung zum Diabetischen Fuß intensivieren sowie die betroffene Öffentlichkeit aufklären.**
5. **Politik muss Rahmenbedingungen schaffen, damit das in Leitlinien formulierte Wissen in Kliniken und in der ambulanten Medizin angewendet werden kann (wissenschaftlich und ethisch fundierte ärztliche Tätigkeit vor ökonomischem Primat des Handelns).**
6. **Krankenkassen müssen die Zusammenarbeit mit qualifizierten Leistungserbringern suchen, unabhängige Versorgungsforschung unterstützen und durch spezielle Verträge die Umsetzung des bekannten Wissens ermöglichen. Dadurch werden Voraussetzungen für eine dezentrale und flächendeckende Versorgung geschaffen.**
7. **Gemeinsame Anstrengungen zur Information und Schulung der Betroffenen sind erforderlich**

Stuttgart, 11. März 2017