

Diabetisches Fußsyndrom (DFS)

Therapeutische Banalität oder tickende Zeitbombe?

Nationale Agreement-Konferenz Diabetes, Berlin 24.04.2017

Dr. med. Ralf-Uwe Häußler

Zertifizierte Diabetes-Fußambulanz (AG-Fuß DDG)

Teltower Damm 23, 14169 Berlin

Diabetisches Fußsyndrom

- lebenslange Erkrankung - aktive und inaktive Phasen
- ohne protektive Maßnahmen => fast 100% Rezidive/Jahr
- betrifft 15% aller Diabetiker, ca. 47.000 DFS-Pat. in Berlin
- 4% aller Diabet. entwickeln pro Jahr eine schlecht heilende Wunde (Berlin 12.600)
- 0,1% aller Diabetiker entwickeln pro Jahr einen akuten Charcot-Fuß (Berlin 315)
- diabetische Nervenstörung Hauptursache für DFS-Entstehung und hohe Rezidivrate
 - Autonome Neuropathie
 - Motorische Neuropathie
 - Symmetrische, sensible Polyneuropathie
- zusätzliche Makroangiopathie erhöht Komplexität und verschlechtert Prognose
- Versteifung des Bindegewebes durch Verzuckerung

Patient 1:

♂, 68 Jahre, BMI 27, DMT2 seit 15 Jahren, HbA1c: 8,8%

Versorgung durch Hausärztin und Diabetes-Schwerpunktpraxis (ohne Fuß-Schwerpunkt)

Diag.:

Insulinbehandelter Typ-II-Diabetes mellitus

Diabetische Nephropathie mit Mikroalbuminurie

Diabetische Polyneuropathie

Periphere Arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) Stadium IV

Diabetischer Fuß

Makulopathie

Ther.:

Metformin 2x 1000 mg, Insulin seit 12 Jahren (ICT)

Nationale Agreement-Konferenz Diabetes, Berlin, 24.04.2017



Was war geschehen?

- Bagatellverletzung Fußrücken „irgendwann ein paar Tage vorher“
- Schuhe? „Meine Schuhe passen“
- „Ich hatte keine Schmerzen“
- „Der Fuß war über Nacht so dick, da bin ich mal lieber in die 1. Hilfe gegangen“
- 20 Tage stationär in Klinik, dann 23 Tage geriatrische Rehabilitation
 - Bettruhe
 - Antibiose i.v.
 - Gefäßintervention => 1/3 auf 2/3
 - Amputation 3. Zeh und Köpfchen vom Mittelfußknochen
 - Vakuumverbände
 - Sekundärheilung

Nationale Agreement-Konferenz Diabetes, Berlin, 24.04.2017



Nationale Agreement-Konferenz Diabetes, Berlin, 24.04.2017

Patient 1 wirklich Beispiel für Strukturproblem in der Versorgung des DFS?

ja, weil

- keine adäquate Schulung zum DFS erfolgt
- keine regelkonforme Schuh- und Einlagenversorgung vorhanden
- keine schnelle Wundversorgung initial erfolgt
- möglicherweise fehlende Minimalchirurgie zur Korrektur der Krallenzehe?
- möglicherweise fehlende Gefäßintervention vor Ulkulentstehung bei schmerzloser PAVK?
- keine interdisziplinäre, multiprofessionelle und sektorübergreifende Behandlung des DFS

aber

- DFS-Patienten oft nur bedingt therapieadhärent, da neuropathiebedingt Rückmeldungen fehlen => Grund liegt in der Veränderung der anthropologischen Tiefenschicht durch die Neuropathie (Leibesinselschwund), nach A. Risse

Kritische Erörterung:

Polyneuropathie/ PAVK / Fußdeformität => tickende Zeitbombe

Ulkus, Infektion => Zünder scharf

Makroangiopathie => Explosion

Anbindung des Patienten in spezialisierter und zertifizierter diabetologischen Fußeinrichtung notwendig, da Hausärzte und oft auch Diabetes-Schwerpunktpraxen ohne Fußschwerpunkt bei Komplikation mit der möglichen Dynamik des Befundes überfordert

Stationäre Therapie nur in Spezialeinrichtung mit komplettem Spektrum von Diabetologie, Angiologie, interventioneller Radiologie, Gefäßchirurgie und Orthopädischem Schuhmacher

Patient 2:

♂, 49 Jahre, BMI 39, DMT2 seit 2 Jahren, HbA1c: 6,9%
versorgt durch Hausärztin, Gartenbauer (selbstständig)

Diag.:

Typ-II-Diabetes mellitus
Diabetische Polyneuropathie
Diabetischer Fuß
Arterielle Hypertonie
Hypercholesterinämie
Asthma bronchiale

Ther.:

Janumet 50/1000 mg

Nationale Agreement-Konferenz Diabetes, Berlin, 24.04.2017



Nationale Agreement-Konferenz Diabetes, Berlin, 24.04.2017



Befundverschlechterung !

- Intensivierung der Aufklärung zum Verhalten bei DFS
- Therapieeskalation
 - tiefer Wundabstrich
 - kalkulierte Antibiose (resistenzgerecht nach Eingang Antibiogramm)
 - Besprechung mögliches Procedere (Cast)

Nationale Agreement-Konferenz Diabetes, Berlin, 24.04.2017



Entzündung rückläufig, aber Ulkus wird tiefer!

- Zeichen für weiterhin unzureichende Entlastung
- Frage nach knöcherner Beteiligung

- Patient mit Gesamtsituation unzufrieden
- Zweitmeinung zu empfohlenem Cast erwünscht
- erwägt stationäre Behandlung als Alternative zur ambulanten Betreuung
- Absprache: Castanlage durch Diabetologen in AG-Fuß zertifizierter Klinikambulanz
- Ergebnis: stationäre Aufnahme
- Entlassung nach 16 Tagen
- Grund: Verdacht auf knöcherner Beteiligung bestätigt

Nationale Agreement-Konferenz Diabetes, Berlin, 24.04.2017



Nationale Agreement-Konferenz Diabetes, Berlin, 24.04.2017



Was ist zu tun?

- Stärkung der Regelversorgung unter Berücksichtigung aller beteiligten Berufsgruppen und Professionen
- Keine Insellösungen in der Versorgung
- Ansatz dafür mit Mustervertrag zum DFS der KBV möglich
- Vermehrte Einbindung von qualifizierten ambulanten und einzelnen stationären DFS-Einrichtungen als Netzwerkzentren unter der Prämisse „fördern und fordern“
- Förderung der DMP's, auch unter Beachtung der derzeitigen Ausweitung der Anforderungen an die Leistungserbringer im DMP-Diabetes mellitus Typ-2 zur Behandlung des DFS
- Empowerment der Patienten und Angehörigen zum DFS durch eine Schulungsoffensive
- Extremitätenerhalt obligat „first“, auch wenn kurzfristig „teurer“ im Vergleich zu Amputationen
- Bewertung von Evaluationen neuer Versorgungswege verstärkt unter dem Aspekt erzielter Versorgungsfortschritte
- Schnellere Genehmigung von Hilfsmitteln bei DFS-Patienten in qualifizierten DSPs

Nationale Agreement-Konferenz Diabetes, Berlin, 24.04.2017

Vision:

Abarbeitung dieser Liste in 2-3 Jahren

Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit !