

DDG

Deutsche Diabetes Gesellschaft



Die Oppenheimer Erklärung II

Eine Initiative der AG Diabetischer Fuß der DDG

Konsensusstatement 2017

Konsensus-Statement 2017

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, Orthopädienschuhmacher/-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 Basis-Untersuchung 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

*Die **Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß** ist die wissenschaftlich und interdisziplinär arbeitende Gruppe in der Deutschen Diabetes Gesellschaft, die sich mit der Thematik **Diabetischer Fuß** beschäftigt. Unter den über 700 Mitgliedern, finden sich neben Podologen, Diabetesberatern, Wundassistenten und Orthopädieschuhmacher über 400 Ärzte zusammen. Die AG Fuß realisiert seit 2003 die Zertifizierung „stationäre/ambulante Fußbehandlungseinrichtung“ mit aktuell über 300 anerkannten Einrichtungen in Deutschland.*

Die Oppenheimer Erklärung I

Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) (2.10.1993)

Empfehlungen zur Amputationsvermeidung beim „diabetischen Fuß“:

Diabetiker werden 15mal häufiger an der unteren Extremität amputiert als Nichtdiabetiker. Besonders Diabetiker mit den typischen schmerzlosen Fuß-Läsionen (*malum perforans, infizierter neuropathischer Fuß*) werden **zu häufig** amputiert. Aber auch bei Diabetikern mit arterieller Verschlusskrankheit und Neuropathie könnten Amputationen häufig vermieden werden: Das ist jedenfalls die Auffassung der WHO und der IDF (Internationale Diabetesföderation), die 1989 zu der Forderung geführt hat, die Amputationsrate bei Diabetikern bis 1994 um mehr als 50 Prozent zu senken. Diese Auffassung haben sich 1990 sämtliche europäischen Gesundheitsminister zu eigen gemacht, auch der/die deutsche Minister/in, und haben die **Deklaration von San Vincente** unterschrieben, die die Forderung nach 50-prozentiger Reduktion von Amputationen enthält.

Das taten sie unter anderem deswegen, weil eine Fortführung der bisherigen Amputationspraxis bei Diabetikern, die schon jetzt eine enorme medizinische und gesundheitspolitische Belastung darstellt, auch aus finanziellen Gründen nicht mehr akzeptiert werden kann. Von ca. vier Millionen Diabetikern in Deutschland sind etwa 1,2 Millionen Hochrisiko-Patienten, weil sie an peripherer Polyneuropathie (>70%) und/oder arterieller Verschlusskrankheit (<30%) leiden. Ca. 120000 sind bereits amputiert worden oder weisen ein aktives Fußulkus auf.

Die Hauptursachen dieser unnötig hohen Amputationsrate sind:

- Diabetiker, besonders solche mit Polyneuropathie/arterieller Verschlusskrankheit werden nicht angemessen über ihre Gefährdung aufgeklärt und geschult, so dass sie nicht ausreichend vorbeugen können;
- Die behandelnden Ärzte verkennen zu oft, dass mit den einfachsten Mitteln der Dekubitus-Behandlung über 70 Prozent der diabetischen Fuß-Läsionen zur Abheilung gebracht werden können, bevor eine Gangrän entsteht:
 - mit völliger Druckentlastung des lädierten Areals,
 - täglicher Wundtoilette,
 - systemischer Antibiotika-Behandlung
- Häufig werden als Ersatz dieser effektiven Therapie beim infiziert-neuropathischen Fuß noch Vitamine (wie Benfotiamin) oder Neuraltherapeutika (wie Alpha-Liponsäure) angewendet, die bei der drohenden Gangrän ebenso wirkungslos sind wie Durchblutungsmittel (z.B. Pentoxifyllin) bei pAVK Stadium III und IV nach Fontaine;
- Es wird noch zu oft an der Vorstellung festgehalten, die diabetische Gangrän bei tastbaren Fußpulsen (also der infiziert-neuropathische diabetische Fuß) entstünde durch nichtangehäre Verschlüsse nachgeschalteter kleiner Gefäße, die sogenannte diabetische Mikroangiopathie. Eine derartige okkludierende Mikroangiopathie existiert am diabetischen Fuß nachweislich nicht. Sie kann daher auch nicht, wie bisher, als Begründung für frühzeitige, möglichst hohe Amputationen beim Diabetiker angeführt werden.
- Beim ischämischen Fuß werden nicht alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft, obwohl sich dadurch auch hier die Amputationsrate um 50 Prozent senken lässt.

Aus diesen Tatsachen ergeben sich folgende

Empfehlungen zum Vorgehen vor einer geplanten Amputation: (Amputationsnotbremse)

1. Ein Fußbefund, der eine Amputation veranlassen könnte, sollte einwandfrei diagnostiziert werden.
2. (Unterscheidung zwischen infiziert-neuropathisch und pAVK). Mindestens notwendig sind die Erhebung des Gefäßstatus (einschließlich Angiografie), eine orientierende neurologische Untersuchung (z.B. mit der Stimmgabel nach Rydell-Seifer) sowie eine Röntgenuntersuchung des Fußskelettes. Evtl. sollte eine mikrobiologische Untersuchung durchgeführt werden.
3. Bei fehlenden Hinweisen auf eine periphere arterielle Verschlusskrankheit ist eine große Amputation (im Unter-/ Oberschenkel) als primäre Maßnahme nicht indiziert.
4. Bei vorhandenen Hinweisen auf eine periphere arterielle Verschlusskrankheit ist die Revaskularisation vor einer Amputation in jedem Fall in Betracht zu ziehen.
5. Immer sollten vor einer Amputation sowohl ein gefäßchirurgisch als auch ein diabetologisch erfahrener Arzt konsultiert werden.

Die Unterzeichner und die *Deutsche Diabetes Gesellschaft* oder ihre zuständigen Gremien setzen sich in Zusammenarbeit mit den entsprechenden operativen Fachgesellschaften für eine Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit bei der Betreuung von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom ein. Um eine ausreichende Versorgung dieser Patienten zu gewährleisten, fordern sie die flächendeckende Einrichtung von interdisziplinären Ambulanzen für den diabetischen Fuß an geeigneten Kliniken.

Oppenheim am Rhein, 2.10.1993

AG Diabetischer Fuß der DDG – info@ag-fuss-ddg.de – <http://www.ag-fuss-ddg.de>
DDG Geschäftsstelle – Albrechtstr. 9 – 10117 Berlin – 030 311 69 37 18 – fussbehandlung@ddg.info – www.ddg.info