

„Wir kämpfen um jeden Fuß“ —

Die Stimmung im Behandlungszimmer ist ausgezeichnet. „Ich habe DNOAP, ja, notieren Sie das ruhig, D – N – O – A – P, diabetische Neuroosteoarthropathie!“, ruft einer der Patienten und zeigt auf seinen linken Fuß. „Stellen Sie sich vor, meinem Cousin hat man aus demselben Grund den Fuß abgenommen, dabei muss das gar nicht sein, wie man sieht!“ Ein anderer älterer Herr präsentiert stolz seinen speziellen Schuh, der entfernt an einen Skistiefel aus Leder erinnert. „Seit ich den habe, kann ich wieder Auto fahren“, erklärt er, „ich kann Ihnen gar nicht sagen, was das für ein Hochgefühl ist!“ Während die Patienten sich unterhalten, untersucht Professor Dr. med. Ralf Lobmann gemeinsam mit einer Wundschwester eingehend ihre Füße. Der Ärztliche Direktor der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Geriatrie am Stuttgarter Bürgerhospital ist zufrieden. „Kommen Sie nächste Woche wieder“, bittet er die beiden.

Alle 15 Minuten eine Fußamputation

Am Diabetischen Fußsyndrom leiden rund 240.000 Menschen in Deutschland. Im Diabetischen Fuß-Zentrum „InDiZ“ am Bürgerhospital wird diese Folgekrankheit aufwendig behandelt. Aus gutem Grund – denn bisher werden bundesweit Jahr für Jahr rund 50.000 Extremitäten amputiert. Bei der Hälfte dieser Operationen handelt es sich um sogenannte Majoramputationen oberhalb des Sprunggelenks, die drastische Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patienten haben. Schlimmer noch: Mehr als der Hälfte der Betroffenen wird innerhalb der folgenden vier Jahre auch der zweite Fuß abgenommen.

„Statistisch gesehen wird also in Deutschland alle 15 Minuten wegen Diabetes amputiert“, fasst Professor Ralf Lobmann zusammen, „dabei gehen wir davon aus, dass mehr als die Hälfte dieser Amputationen durch die entsprechende Pflege und Behandlung vermieden werden könnten.“ Warum das bisher nicht geschieht, ist leicht zu beantworten: Bei einer Amputation bleibt der Patient rund 21 Tage in der Klinik, bei der Fußbehandlung sind es durchschnittlich 42 Tage. „Chirurgie wird gut bezahlt, Pflege nicht“, resümiert Professor Lobmann. Gemeinsam mit Kollegen aus ganz Deutschland kämpft er deshalb gegen den Kostendruck, gegen unnötige Amputationen und für eine bessere Versorgung der Betroffenen.

Über 20 Jahre AG Fuß

1992 haben sich Gefäßchirurgen, Schuhmacher, Diabetologen, Wundschwestern, Mikrobiologen, Dermatologen und Podologen zur Arbeitsgemeinschaft Fuß der Deutschen Diabetes Gesellschaft zusammengefunden. „Es gibt keinen einzelnen „Fuß-Guru“. Erfolgreich sind wir nur gemeinsam“, sagt Professor Lobmann. Er selbst praktiziert den interdisziplinären Ansatz erfolgreich in der Fußbehandlungseinrichtung seiner Klinik. Dort kümmern sich drei Wundmentorinnen, eine Podologin, mehrere externe Schuhmacher und verschiedene Ärzte gemeinsam um die Patienten – genau wie es die Zertifizierung für ambulante und stationäre „Fußbehandlungseinrichtungen DDG“ vorsieht, die von der AG Fuß entwickelt wurde.

Diese Zertifizierung sorgt dafür, dass entsprechende Anbieter alle notwendigen Qualitätskriterien einer ambulanten oder klinischen Einrichtung zur interdisziplinären Behandlung von Fuß-Patienten erfüllen. „Der Begriff ‚Fußambulanz‘ ist nicht geschützt“, erklärt Professor Lobmann, „jeder Arzt kann sagen, er betreibe eine Fußambulanz, aber mit zwei, drei Patienten pro Jahr und entsprechend geringer Expertise ist es nicht getan.“ Ärzte, die sich zertifizieren lassen möchten, müssen Kooperationsverträge mit Diabetologen, Gefäßchirurgen, Mikrobiologen, Podologen und Orthopädienschuhtechniker schließen; sie müssen sich an die Leitlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft halten, bestimmte Hygienestandards erfüllen und nach festgelegten Standards arbeiten. Der Orthopädietechniker muss ebenso eingesetzt werden wie der Wundspezialist. Physiotherapie, Ernährungs- und Diabetesberatung gehören ebenfalls zum Programm.

Mittlerweile sind bundesweit bereits über 200 Praxen und Klinikambulanzen sowie 81 Kliniken nach den Leitlinien der AG Fuß als Fußbehandlungseinrichtungen anerkannt, sodass man von einer bundesweiten Struktur in Sachen Fußbehandlung sprechen kann. Über die AG Fuß tauschen die rund 550 Mitglieder Forschungsergebnisse und Erfahrungen aus und bieten Schulungen an. Und sie erheben Daten, mit denen sie belegen können, dass ihr interdisziplinärer Ansatz erfolgreich ist.

„Bei einer Amputation bleibt der Patient rund 21 Tage in der Klinik, bei der Fußbehandlung sind es durchschnittlich 42 Tage. Chirurgie wird gut bezahlt, Pflege nicht.“

Es lohnt sich – für den Patienten!

Zwischen 2005 und 2011 evaluierte die AG Fuß rund 13.000 Patienten mit dem Diabetischen Fußsyndrom, fast die Hälfte davon schwere Fälle. In diesem Zeitraum sank die Zahl der Majoramputationen in diesen Einrichtungen auf 3,1 Prozent. Dies ist bemerkenswert, wenn man berücksichtigt, dass in Deutschland das durchschnittliche Amputationsrisiko für einen Diabetiker mit einer chronischen Fußwunde bei über zehn Prozent liegt. „Die Zahlen zeigen, dass es sich lohnt – und zwar für den Patienten“, bilanziert Professor Lobmann. Die Mitglieder der AG Fuß hoffen, mittelfristig auch die Politik und die Krankenkassen von dem Konzept zu überzeugen, und zwar nicht zuletzt durch Einsparpotenziale. „Mit der entsprechenden Vorbeugung lässt sich ein Diabetischer Fuß durchaus verhindern“, sagt der Fachmann, „und dazu kann unser Know-how beitragen.“

Im Klinikum Stuttgart jedenfalls gelingt es Professor Lobmann, die Verwaltung von der Sinnhaftigkeit des Ansatzes der AG Fuß zu überzeugen. Dort besteht seit nunmehr fünf Jahren das „InDiZ“, das Interdisziplinäre Diabetischer-Fuß-Zentrum. Es umfasst acht Betten und soll bald auf zwölf Betten ausgebaut werden. Eine Internistin und ein Gefäßchirurg stehen zur Verfügung, die Visiten werden gemeinsam durchgeführt, die interventionelle Radiologie sowie die Orthopädie/Unfallchirurgie kooperieren ebenfalls. Besonders wichtig ist aber – die unterschiedlichen Partner bilden eine gemeinsame ökonomische Einheit, eine einzige Kostenstelle. Gemeinsam entscheiden sie also, was für den Patienten am besten ist.



Liegezeiten reduziert, Kosten gesenkt

„Unsere Erfahrungen nach fünf Jahren Kooperation zeigen, dass sich das InDiZ in jeder Hinsicht lohnt“, sagt Professor Lobmann. „Durch unsere Zusammenarbeit konnten wir die Liegezeiten von 43 auf 32 Tage reduzieren und damit die Kosten senken. Ebenfalls gesunken ist die Zahl der Majoramputationen; die stationäre Versorgung wurde optimiert und die Partner untereinander profitieren vom gemeinsamen Austausch.“ Ein kleiner Wermutstropfen: Chirurgenkollege Dr. Thomas Hupp ist Ärztlicher Direktor der Klinik für Gefäßchirurgie im Katharinenhospital und arbeitet damit zwei Kilometer entfernt vom InDiZ. „Wir schicken Fotos und Daten hin und her, aber die gemeinsame Visite entfällt derzeit noch.“ Doch auch diese Problematik wird sich lösen, nämlich dann, wenn die beiden Kliniken 2015 im Zuge der Umstrukturierung der Stuttgarter Krankenhaushauslandschaft nach Bad Cannstatt ziehen.

Ergebnisqualität in zertifizierten deutschen Fußzentren 2005–2012

	Major amputation (%)	Minor amputation (%)	Vascular surgeons intervention (%)	Hospitalization (%)	Death (%)
2005	3.9	19	0.3 ^a	35	4.6
2006	3.9	24	17.6	34.6	5.4
2007	3.6	20.1	18.8	34.6	5.1
2008	2.9	18.8	9.9	31.3	4.7
2009	2.8	15	16.7	28.6	4.4
2010	2.2	13.5	16.4	37.6	2.5
2011	2.6	16.3	17.3	32.3	2.7
2012 ^b	0.6	7.9	7.7	25.2	–

^a Revascularisation was not a mandatory field in 2005.

^b 2012 most of (re-)certificated centers were ambulatory/outpatients (83%).

Quelle: R. Lobmann et al., International Wound Journal 2014