



Diabetesadaptierte Fußbettungen können nur noch im orthopädischen Maßschuh oder im Spezialschuh verordnet werden.

Diabetes: Neue PG 31 gefährdet risikoklassengerechte Patientenversorgung

ANNETTE SWITALA

Bei der Fortschreibung der PG 31 (Schuhe) wurden Diabetesspezialschuhe als neue Untergruppe ins Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen. Doch in vielen Punkten findet die risikoklassengerechte Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms, welche die Fachgremien in den letzten Jahren erarbeitet haben, keine Berücksichtigung. Einzelne bewährte Versorgungsmöglichkeiten fallen künftig sogar weg. „Wir haben weniger Gestaltungsmöglichkeiten, um den Patienten individuell zu versorgen“, erklärt Dr. Sibylle Brunk-Loch aus der AG Schuhversorgung der AG FUSS DDG. „Der Bedürfnislage der Patienten wird das nicht gerecht. Und ebenso wenig der Komplexität des Diabetischen Fußsyndroms.“

Frau Dr. Brunk-Loch, was war Ihr erster Eindruck von der neuen PG 31?

Ich muss sagen, ich war enttäuscht. Es war das erste Mal, dass ich diese Produktgruppe bis ins letzte Detail durchgelesen habe. Länge, Aufbau und Stil erinnern eher an Gesetzestexte und entsprechend schwierig fand ich es, bei der Sache zu bleiben. Da sind jede Menge Vorgaben zu erfüllen, die Vorschriften kommen mir sehr rigide vor. Die Bürokratie und die Dokumentationspflichten der Gesundheitshandwerker scheinen die von uns Ärzten noch zu übertreffen.

In der Diabetesversorgung, die wir in der AG FUSS seit den 90er-Jahren aufgebaut haben, ist uns wichtig, dass der Patient im Mittelpunkt steht und wir im interdisziplinären Austausch die bestmögliche Lösung für ihn finden – bestmöglich im Sinne des Behandlungserfolgs, aber auch der Nachhaltigkeit der Therapieergebnisse. Doch die Fortschreibung der PG 31 zeigt mir, dass es immer schwieriger wird, den Patienten so individuell zu versorgen, wie es das komplexe Krankheitsbild des Diabetischen Fußsyndroms tatsächlich erfordert.

Die AG FUSS hat im Vorfeld der Veröffentlichung der PG 31 eine Stellungnahme zur Diabetesversorgung an den GKV-Spitzenverband geschickt. Welchen Eindruck haben Sie – kam da was an?

Zunächst einmal begrüße ich es, dass uns der GKV-Spitzenverband zu einer Stellungnahme aufgefordert hat. In der Arbeitsgruppe OSM/OT der AG FUSS DDG haben wir daraufhin zwei Stellungnahmen erarbeitet, eine von ärztlicher Seite und eine von Orthopädienschuhmachern aus dem Zentralverband Orthopädienschuhtechnik (ZVOS).

In unserer Stellungnahme haben wir auf die Risikogruppeneinteilung hingewiesen, welche die führenden Fachgesellschaften in der Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms – die AG FUSS DDG, der Beratungsausschuss der DGOOC und der Diabetesausschuss des ZVOS – bereits 2006 erarbeitet haben. Neben dem Schuhverordnungsbogen haben wir an die später überarbeitete Risikogruppe VII und das Orthesenbeiblatt erinnert. Diese Empfehlungen entsprechen den Leitlinien zur Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms, der internationalen Studienlage und vor allem dem Expertenwissen aus der praktischen Versorgung. Doch in der Fortschreibung haben viele darin genannte Versorgungen keine Berücksichtigung gefunden. Es ist schade, dass die interdisziplinäre Fachkompetenz, die in diesen Bögen ihren Niederschlag findet, beim GKV-Spitzenverband so wenig Gehör findet.

Vielleicht sagt man sich dort, dass die Diabetesversorgung nur einen kleinen Teil der PG 31 ausmacht. Ich denke aber, dass das Verordnungsvolumen der Diabetologie, das ja angesichts der Zunahme der Erkrankungen ständig steigt, für die Kostenträger doch erheblich ist. Deshalb müsste es doch – auch aus wirt-

schaftlichen Gründen – umso wichtiger sein, die maßgeblichen Experten für das Diabetische Fußsyndrom bei der Fortschreibung mit einzubeziehen. Letztendlich ist es doch so: Jeder Fuß, der in der ambulanten Versorgung bleiben kann, verursacht weniger Kosten als eine stationäre Behandlung. Und es erhöht die Chancen auf eine adäquate ambulante Versorgung, wenn wir bei akutem Diabetischem Fußsyndrom mehr Gestaltungsmöglichkeiten in der Kombination von Hilfsmitteln haben.

Heißt das, dass im Hilfsmittelverzeichnis Therapieoptionen, die von den Fachgesellschaften empfohlen werden, keine Berücksichtigung finden?

Zunächst einmal muss man dazu sagen, dass die Evidenzlage für die verschiedenen Versorgungen sehr überschaubar ist. Viele erfolgreiche Versorgungswege gründen sich eher auf langjährige fachspezifische Erfahrung. Daher kann ich auf diese Frage nicht einfach mit „Ja“ antworten.

Ich kann nur aus meiner Sicht als langjährige Behandlerin des Diabetischen Fußsyndroms sprechen, nicht auf Basis wissenschaftlicher Studien mit eindeutigen Ergebnissen, großen Pa-

tientenzahlen und hoher Evidenz. Als Verordnerin begrüße ich die ausdrückliche Aufnahme des Diabetesspezialschuhs ins Hilfsmittelverzeichnis. Ich bedauere allerdings, dass es die diabetesadaptierte Fußbettung (DAF), anders als es die Fachgesellschaften empfehlen, nur noch im Spezialschuh oder im orthopädischen Maßschuh gibt. So, wie ich die Fortschreibung verstehe, gibt es zum Beispiel bei Charcotfuß keine DAF mit Berücksichtigung der Deformierung in der Orthese. Und für den Gegenfuß scheint mir die frühzeitige prophylaktische Versorgung mit DAF und Spezialschuh nicht möglich. Denn im Hilfsmittelverzeichnis wird gefordert, dass ein Zustand nach plantarem Ulcus oder eine drohende dorsale Läsion dafür vorliegen muss.

Ein anderes Beispiel, bei dem Empfehlungen der Fachgesellschaften nicht berücksichtigt wurden, betrifft Verbandsschuhe bei akutem Ulcus. Für die Risikogruppe VII, bei der es um die Versorgung akuter Läsionen und aktiver Charcotfüße geht, hatten wir in der AG FUSS; dem Beratungsausschuss und dem ZVOS einstimmig beschlossen, dass Verbandsschuhe paarweise verordnet werden sollen. Denn in der Regel haben wir es hier mit Patienten zu tun, die eine beidseitige Polyneuropathie haben und durch die fehlende Tiefensensibilität schon per se sturzgefährdet sind. Noch dazu sind es oft ältere Menschen, die durch Multimorbidität belastet sind und neben der Polyneuropathie vielleicht noch eine Osteoporose, eine Sehstörung oder eine altersbedingte Kraftlosigkeit aufweisen, die ebenfalls zu einer Gangunsicherheit beitragen. Es ist leicht vorstellbar, was es für diese Patienten bedeutet, wenn sie zwei verschiedene Schuhe bekommen.

Laut PG 31 soll auf der Gegenseite aber kein Verbandsschuh, sondern ein Verkürzungsausgleich abgegeben werden. Auch aus praktischen Gesichtspunkten ist das für ältere Menschen nur sehr schwer zu bewerkstelligen. Denn wenn sie ihren Schuh ändern lassen müssen, muss er vom Handwerker mitgenommen und bearbeitet werden. Wenn ein Pati-



Wenn man in der Diabetesversorgung gute Behandlungsergebnisse erzielen will, muss man die Lebenssituation der Patienten einbeziehen, ist Dr. Sibylle Brunk-Loch (r.) überzeugt. Durch die neue PG 31 sieht sie ihren Gestaltungsspielraum bei der Hilfsmittel-Verordnung eingeschränkt.

ent aus dem ländlichen Raum in unsere Sprechstunde kommt und für diesen Besuch extra einen Fahrer oder eine Begleitung organisieren musste, muss ich ihn also erst einmal ohne Versorgung für die Gegenseite wieder nach Hause schicken, er muss dann extra noch einmal wiederkommen. Wie anstrengend das für einen alten, multimorbiden, vielleicht sogar alleinstehenden Menschen ist, können wir uns alle ausmalen.

Uns Behandler bringt das in eine widersprüchliche Situation: Einerseits sollen wir für die demografische Entwicklung und die besondere Versorgungssituation des geriatrischen Patienten sensibilisiert werden. Andererseits aber findet in den Hilfsmittelverordnungen die praktische Umsetzbarkeit für den immobilen Patienten keine Berücksichtigung. Wenn man die Geriatrie, die Lehre von der Altersmedizin, wirklich stärken möchte, dann muss man Sensibilität für die Situation von Senioren entwickeln. Man muss eine individuell gestaltbare Versorgung ermöglichen, die den Lebensumständen und den Kräften dieser Menschen entspricht.

Inwiefern sehen Sie das durch die Vorgaben im Hilfsmittelverzeichnis nicht gegeben?

Als Verordnerin sehe ich diese Vorgaben als extrem starr an. Im Grunde ist es bei jeder Fortschreibung der gleiche Verbots-Tenor: DAFs dürfen nur im orthopädischen Maßschuh oder Spezialschuh abgegeben werden, man darf keine Sandalen verordnen, in der Akutversorgung mit offenen Ulcera oder aktiven Charcotfüßen darf man keine DAF und nur Verbandshuhe auf einer Seite oder eine Orthese abgeben. Ich sehe zwar, welche theoretischen Überlegungen hinter diesen Regelungen stehen, doch sie werden weder den Diabetischen Füßen gerecht, noch den Menschen, die an diesem Fuß „dran hängen“.

Können Sie an einem Beispiel erläutern, weshalb das dem Diabetischen Fußsyndrom nicht gerecht wird?

Stellen Sie sich vor, Sie haben einen

noch mobilen Patienten vor sich, der mit einem orthopädischen Maßschuh und einer DAF versorgt ist. Er bekommt ein oberflächliches Ulcus, vielleicht, weil er mal barfuß gelaufen ist. Es handelt sich um keine schlimme Wunde, da die Läsion rechtzeitig bemerkt und in der Fußsprechstunde unter Kontrolle gebracht wird. Nach der Fortschreibung der PG 31 müsste man diesem Patienten jetzt einen Verbandschuh für diesen Fuß verordnen. Denn eine DAF im Maßschuh darf er bei akutem Ulcus nicht mehr tragen und eine Ulcusbettung in der vorhandenen DAF ist nicht verordenbar.

Grundsätzlich ist es sicherlich richtig, bei akutem Ulcus an Verbandshuhe zu denken. Aber der Mensch, der einen orthopädischen Maßschuh hat, hat ja mindestens eine „Fußbegleiterkrankung“, sonst hätte er keinen Maßschuh bekommen. Nach wie vor hat er die orthopädischen und biomechanischen Probleme, die zuvor zu der Maßschuhversorgung mit DAF geführt haben. Der Maßschuh gibt dem Fuß Halt und Führung und richtet ihn auf, die DAF sorgt für eine Druckumverteilung. All das kann der Verbandschuh nicht leisten. Man könnte hier höchstens noch auf eine Orthese zurückgreifen, bei der man sich aber fragen muss, ob sie in dem geschilderten Fall nicht eine Überversorgung darstellt.

Für diesen Patienten wäre es weitaus sinnvoller, ihn in seinem Maßschuh zu versorgen und seine DAF so zu ändern, dass im gefährdeten Bereich eine Ulcusbettung eingearbeitet wird. In vielen spezialisierten Fußambulanzen erzielt man mit dieser Vorgehensweise sehr gute Behandlungserfolge. Nach der Fortschreibung der PG 31 werden die Krankenkassen diese Versorgung sicherlich nicht mehr akzeptieren.

Gerne hätte die AG Fuß DDG ein Gespräch mit dem GKV-Spitzenverband geführt, um mit praktischen Beispielen und Erläuterungen das System des Schuhverordnungsbogens und der Möglichkeit zur Höherversorgung darzustellen – unter Berücksichtigung der individuellen Patientensituation. Vor

allem die Empfehlungen zur Versorgung der Risikogruppe VII wären uns ein großes Anliegen gewesen. Besondere Fußrisiken sehe ich in der PG 31 nicht abgebildet.

Sie betonen, dass man neben der Komplexität des Diabetischen Fußsyndroms auch die Lebenssituation der Patienten berücksichtigen muss. Was fehlt Ihnen da im Hilfsmittelverzeichnis?

In der Akutversorgung fehlen mir zum Beispiel Versorgungsmöglichkeiten für Menschen, die aufgrund ihrer Lebenssituation nicht auf eine gewisse Mobilität verzichten können. Ein typisches Beispiel ist ein Patient, der zusammen mit seiner Frau eine Gastwirtschaft betreibt und keine Versicherung hat, die es ihm erlaubt, 8 Wochen nicht hinter dem Treisen zu stehen. Diesem Patienten kann man keine Verbandshuhe geben, weil er dafür zu lange auf den Beinen stehen muss. Ich habe ihm damals einen Diabeteschutzschuh und eine DAF mit Ulcusaussparung verordnet. Damit ist das Ulcus trotz seiner hohen Belastung im Beruf sehr gut abgeheilt. Für diesen Patienten war das die einzig mögliche Lösung.

Mit den derzeitigen Vorgaben im Hilfsmittelverzeichnis fehlen uns auch wichtige Möglichkeiten, um in der Akutversorgung schnell eingreifen zu können und die Übergangszeit zur endgültigen Versorgung überbrücken zu können. Manchmal ist zum Beispiel eine individuell gefertigte Orthese die richtige Akutversorgung, wie kürzlich bei einem Patienten mit sehr voluminösem, akutem Diabetischen Fuß, der nicht in einer konfektionierten Orthese versorgt werden konnte. Er wollte auf keinen Fall seine kranke Frau alleine lassen und war auf die eigene Mobilität angewiesen. Die Genehmigung einer individuell gefertigten Orthese kostet jedoch Zeit, das können auch mal zwei Wochen sein, erst danach kann mit der Fertigung begonnen werden. Da müssen also mitunter drei Wochen überbrückt werden. Je nach Schwere des Befundes wäre dafür auch eine stationäre Immobilisation sinnvoll.

In meinem Fall lehnte der Patient das aus den genannten Gründen ab; wir überbrückten daher – nicht leitlinien-gerecht, aber aus menschlichen Gründen – mit Verbandschuh beidseits und Unterarmgehstützen bei engmaschigen Kontrollen. Es ist ungemein wichtig, für solch hochgefährliche Übergangssituationen flexible Lösungen wählen zu können, die dem Fuß in genau dieser Lebenssituation des Patienten Schutz bieten. Auch für den Kostenträger wäre das vorteilhaft, denn zwei Tage stationär kosten ihn schon weitaus mehr als das Hilfsmittel.

Wenn es um die Berücksichtigung der tatsächlichen Bedürfnisse der Patienten geht, diskutieren Ärzte und Orthopädienschuhmacher immer wieder, dass Sandalen in bestimmten Fällen sinnvoll sein können. In der PG 31 sind offene Schuhtypen bei Diabetischem Fußsyndrom ausdrücklich untersagt. Warum wäre es aus Ihrer Sicht so wichtig, auch Sandalen als Therapieoption zur Verfügung zu haben?

Dafür gibt es aus medizinischer Sicht eine Vielzahl an Gründen. Zunächst einmal ist es ja ein weit bekanntes Problem, dass viele Patienten ihre Schuhversorgungen nicht ausreichend tragen. Da wird ja gern geschimpft und gesagt: „Diabetespatienten machen einfach nicht mit“. Wenn man sich aber in diese Menschen hineinversetzt und genau nachfragt, warum sie ihre Schuhe nicht tragen, dann wird manches verständlicher. Viele Patienten empfinden ihre geschlossenen orthopädischen Schuhe oder Diabetesschutzschuhe als ungeeignet für den häuslichen Bereich; es sind für sie Straßenschuhe. Insbesondere wenn es um kurze Wege geht, „gerade mal auf die Toilette“ oder „gerade mal in die Küche“, ist es für sie zu aufwändig, diese geschlossenen Schuhe anzuziehen. Sie gehen dann lieber barfuß oder in selbst gekauften Schlupfschuhen, was wir ja eigentlich unbedingt verhindern wollen. Die Sandale im häuslichen Bereich kann da durchaus eine Lösung sein, sofern auf Halt und Führung bei der Auswahl geachtet wird.

Um die Trageadhärenz zu steigern, kann eine sandalenartige Versorgung durchaus einen Kompriss als Einstieg in eine gesunde Schuhversorgung“ darstellen. Denn bei vielen Patienten führt die Empfehlung, keine „normalen“ Schuhe mehr zu tragen, zu Abwehr oder Verweigerung. Sie fühlen sich durch orthopädische Maßschuhe oder Spezialschuhe stigmatisiert und sind sofort als „krank“ zu erkennen. Um diese Menschen zu erreichen, kann eine geeignete Sandale ein Kompromiss für den Anfang sein, der sie Schritt für Schritt an die neue Lebenssituation heranführt. Denn Sandalen wirken leichter und der Unterschied zu normalen konfektionierten Schuhen ist oft nicht auf den ersten Blick zu erkennen.

Häufig erleben wir auch, dass Patienten trotz ihrer Polyneuropathie im

können. Und bei orthopädischen Deformitäten, wie zum Beispiel bei einem hochstehenden Endglied der Großzehe, können offene Schuhtypen funktionell gesehen das Mittel der Wahl sein. Daher bedauere ich das Sandalenverbot. Für mich bedeutet es einen Verlust in der Palette der individuellen Versorgungsoptionen und eine Einschränkung der Möglichkeiten, die Adhärenz der Patienten zu stärken. Das erhöht die Gefahr, dass Patienten ihre eigenen Lösungen suchen und falsche Schuhe tragen.

Wie lautet Ihre abschließende Botschaft an die Kostenträger?

Je mehr Therapieadhärenz wir bei den Patienten erreichen, desto erfolgreicher ist unsere Schuhversorgung. Und je mehr Möglichkeiten das Hilfsmittelverzeichnis bietet, um die Lebenssituation,

„Für die interdisziplinäre Zusammenarbeit bedeutet die neue Verordnungssituation eine Herausforderung. Die AG OSM/OT in der AG Fuß DDG wird sich intensiv mit der neuen Fortschreibung auseinandersetzen, um für die Versorgung der Patienten mit Diabetischem Fuß und Risikofuß alle möglichen Optionen nutzen zu können.“

Sommer einen extremen Hitzestau in geschlossenen Schuhen empfinden, der sie sehr belastet. Mit Sandalen oder Fensterungen, die in der PG 31 leider nicht erlaubt sind, könnten wir ihnen leicht Abhilfe schaffen.

Doch auch orthopädische Gründe sprechen für Sandalenversorgungen. Man kann mit ihnen leicht temporäre Volumenschwankungen, die zum Beispiel durch Ödeme oder Verbände entstehen, ausgleichen. Orthopädienschuhmacher können Sandalen die nötige Stabilität und Führung geben – durch knöchelübergreifende Ausführungen, die den Rückfuß umschließen und mit höheren Kappen ausgestattet werden

ation, die Sorgen, Nöte und Beschwerden der Patienten individuell einzubeziehen, desto besser kann uns das gelingen.

Wir brauchen flexiblere Gestaltungsmöglichkeiten, um die Therapiemaßnahmen sowohl an die komplexen Indikationen des Fußes, als auch an die existentiellen Bedürfnisse der Menschen anzupassen. Die Fachgesellschaften haben die therapeutischen Maßnahmen für die verschiedenen Risikoklassen detailliert erarbeitet – es liegt am GKV-Spitzenverband, diese Expertise auch in das Hilfsmittelverzeichnis zu überführen. ■