

Oppenheimer Erklärung

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. Pentoxyphyllin) 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 nichtangehobene 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 (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.
2. Bei fehlenden Hinweisen auf eine periphere arterielle Verschlusskrankheit ist eine große Amputation (im Unter-/ Oberschenkel) als primäre Maßnahme nicht indiziert.
3. Bei vorhandenen Hinweisen auf eine periphere arterielle Verschlusskrankheit ist die Revaskularisation vor einer Amputation in jedem Fall in Betracht zu ziehen.
4. Immer sollten vor einer Amputation sowohl ein gefäßchirurgisch als auch ein diabetologisch erfahrener Arzt konsultiert werden.

Die Unterzeichner und die *Deutsche Diabetesgesellschaft* 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.