

# «Sorgfältige Wundreinigung ist entscheidend»

Interview mit Dr. med. Barbara Felix  
zur Wundversorgung beim diabetischen Fussulkus

**Etwa 5 bis 15 Prozent der über 50-jährigen Typ-2-Diabetiker entwickeln ein Fussulkus. Selbst bei optimaler Behandlung dauert es lange, bis diese Wunden abheilen - wenn überhaupt: Fast ein Drittel aller Fussulzera heilen nie richtig ab, ein weiteres Drittel nur nach chirurgischer Intervention.**

**Wir sprachen mit Dr. med. Barbara Felix, Kantonsspital Bruderholz, wie die Wundversorgung bei diabetischen Fussulzera aussehen sollte.**

**ARS MEDICI: Im Lauf der Jahre kamen immer neue Wundaufgaben auf dem Markt. Welche sollte man nun bei diabetischen Fussulzera verwenden?**

**Dr. med. Barbara Felix:** Die Frage nach der Art der Wundaufgabe ist zwar wichtig, aber nicht unbedingt die entscheidende. Bei den Wundaufgaben wird zwar viel Geld und Energie investiert, aber meiner Meinung nach liegen die wirklichen Probleme beim diabetischen Fuss anderswo. Man sollte nicht denken, dass man nur die teuerste Wundaufgabe zu nehmen braucht, und dann ist alles wunderbar. Eigentlich ist es viel wichtiger, dass man die Wunde sehr, sehr sorgfältig reinigt. Wenn man eine belegte Wunde mit der teuersten Wundaufgabe abdeckt, kann diese ihre Wirkung nicht entfalten. Man muss wirklich Kürette oder Skalpell in die Hand nehmen.

**ARS MEDICI: Wäre das demnach eher etwas für die Fussambulanz als für die Hausarztpraxis?**

**Felix:** Das kommt auf die Interessen des jeweiligen Hausarztes an. Um ein diabetisches Fussulkus zu behandeln, braucht man vor allem Zeit und einen langen Atem. Das Geheimnis einer erfolgreichen Wundheilung ist das sorgfältige Débridement. Auch wenn die Hausärzte zum Teil sehr geschickt dabei sind oder sogar eine chirurgische Ausbildung haben,

**«Das Geheimnis einer erfolgreichen Wundheilung ist das sorgfältige Débridement.»**

nimmt das sehr viel Zeit in Anspruch. Die meisten erkennen relativ bald, dass es doch ein interdisziplinäres Vorgehen braucht. Insofern ist es meist sinnvoller, die Wundversorgung bei einem diabetischen Fussulkus in einer Fussambulanz durchzuführen.

**ARS MEDICI: Welche Rolle spielen ambulante Dienste?**

**Felix:** Eine sehr grosse, denn wir haben natürlich mittlerweile sehr gut ausgebildete Spitexfachleute. Allerdings gibt es hier häufig noch ein grosses, ungelöstes Problem: Darf die Spitexschwester schneiden oder nicht? Juristisch ist das meines Wissens noch unklar. Ausserdem wäre es wünschenswert, dass die Spitexschwester damit nicht allein gelassen wird. Es wäre gut, wenn sie sich Rat bei einem Wundspezialisten holen könnte. Leider ist das im Moment noch nicht die Regel. Schön wäre es, wenn man sozusagen ein mobiles Wundambulatorium hätte, das einmal vorbeischaud und mit der Spitexschwester bespricht, was in den nächsten Wochen zu tun ist. Aber das ist noch Zukunftsmusik. Möglicherweise werden solche mobilen Dienste aber einmal kommen, wenn durch die neu eingeführten DRG die Liegezeiten im Spital verkürzt werden und Patienten zu Hause intensiver betreut werden müssen.

**ARS MEDICI: Abgesehen von der Wundversorgung, wo liegen Ihrer Ansicht nach die grössten Probleme bei der Behandlung von Patienten mit einem diabetischen Fussulkus?**

**Felix:** Man muss den Patienten individuell beurteilen und es braucht ein gewisses Verständnis der Grunderkrankung. Die Wunde beim diabetischen Fuss ist nicht vergleichbar mit einer Wunde beim Ulcus cruris oder einer per secundam heilenden Operationswunde. Wir müssen vielmehr diese Wunde in ihrer Entstehungsgeschichte verstehen. Nur so können wir versuchen, die Ursachen, die zur Wunde geführt haben, wieder zu beheben. In den meisten Fällen ist das eine Druckbelastung, aber es muss uns auch klar sein, dass in der Hälfte der Fälle eine gestörte Durchblutung vorliegt. Diese dürfen wir auf keinen Fall ausser Acht lassen. Auch mit der besten Wundaufgabe und Druckentlastung bekommt man das Problem nicht in den Griff, wenn die periphere Durchblutung nicht in Ordnung ist.

**ARS MEDICI: Und das ist den Hausärzten zu wenig bewusst?**

**Felix:** Das will ich damit nicht sagen. Ich habe schon das Gefühl, dass man sich der Bedeutung der genannten Punkte grösstenteils bewusst ist. Sicher ein riesiges Problem

ist aber nach wie vor die Compliance des Patienten. Er verspürt ja keine Schmerzen am Fuss, und wenn der Patient nicht versteht, warum er das alles machen muss – Fusspflege, Druckentlastung und so weiter –, wird die Compliance nicht lange anhalten.



## Zur Person

Dr. med. Barbara Felix ist Leitende Ärztin Diabetologie an der Medizinischen Universitätsklinik Kantonsspital Bruderholz.

**ARS MEDICI:** Was ist nach Ihrer Erfahrung das grösste Complianceproblem?

**Felix:** Ich denke, das Hauptproblem dürfte das Tragen der druckentlastenden Schuhe sein. Das hat aber nicht nur mit Compliance, sondern auch mit Information zu tun. Viele Patienten denken, dass sie die Schuhe zu Hause nicht tragen müssen, und sie glauben, Barfusslaufen sei sowieso das Beste. Man hat einmal in einer Studie gezeigt, dass gut die Hälfte aller Schritte ohne druckentlastendes Schuhwerk gemacht werden. Ein weiteres Problem ist natürlich die Blutzucker-

## «Die Wunde beim diabetischen Fuss ist nicht vergleichbar mit einer Wunde beim Ulcus cruris oder einer per secundam heilenden Operationswunde.»

einstellung. Hier liesse sich sicher noch etwas verbessern, damit die Patienten den Zusammenhang zwischen einer guten Blutzuckereinstellung und einem Ulkus nicht vergessen.

**ARS MEDICI:** Geht denn das Ulkus tatsächlich zurück, wenn der Blutzucker näher am Idealwert ist?

**Felix:** Es ist wahrscheinlich eher eine flankierende Massnahme. Es ist sicher nicht so, dass das Ulkus plötzlich rasant abheilt, wenn ein guter Blutzuckerwert erreicht wird. Aber eine erhöhte Blutzuckerkonzentration erhöht zum Beispiel das Risiko für Infektionen deutlich, und sie erschwert die Infektbekämpfung.

**ARS MEDICI:** Kommen wir noch einmal auf die Wundauflagen zu sprechen. Nach welchen Kriterien wählen Sie die richtige für den jeweiligen Patienten aus? Gute Studien dazu gibt es ja kaum.

**Felix:** Es ist in der Tat bedauerlich, dass es kaum Studien gibt, die hier wirklich weiterhelfen. Das liegt auch daran, dass das Problem extrem komplex ist und die Patienten ganz individuelle Cluster von Problemen aufweisen. Wenn man Patient A mit Patient B vergleicht, ist das fast immer wie ein Vergleich von Äpfeln mit Birnen. Ein Erfolgsrezept für die Behandlung bei diabetischem Fussulkus – wenn es das überhaupt gibt – ist und bleibt das individuelle Assessment jedes einzelnen Patienten. Weil aber keine Evidenz da ist, herrscht eine babylonische Verwirrung, was all diese Wundauflagen anbelangt.

**ARS MEDICI:** Also nimmt man die Wundaufgabe, mit der man persönlich die besten Erfahrungen gemacht hat?

**Felix:** Ja, das ist so und grundsätzlich auch völlig in Ordnung angesichts der fehlenden Studien. Wir haben allerdings in vielen Zentren jetzt gewisse Algorithmen und Standards eingeführt. Zuvor lagerten in den Schränken zuweilen verschiedenste Wundaufgaben, oft schon jenseits des Verfalldatums, im Wert von mehreren Tausend Franken. Mit jedem neuen Wundspezialisten und jeder neuen Pharmareferentin war wieder ein Schwung irgendwelcher Wunderprodukte ins Haus gekommen, die andere Kollegen dann nachher doch nicht nutzen wollten, weil sie sie nicht kannten. Jetzt haben wir einen roten Faden, welche Wundaufgaben benutzt werden. Neue Produkte müssen erst durch ein gewisses Nadelöhr, also ein Expertengremium, das darüber befindet, ob man diese jetzt verwenden will oder nicht.

**ARS MEDICI:** Sie schrieben vor zehn Jahren, dass bei 42 Prozent der Diabetiker noch nie der Fuss untersucht wurde. Läuft das heute besser?

**Felix:** Ja, das Bewusstsein für das Problem des diabetischen Fusses ist erfreulicherweise wirklich gewachsen. Auch wenn die Patientenzahlen nicht abgenommen haben, so wie wir uns das erhofft hatten, sieht man doch, dass die meisten Patienten nicht mehr erst in einem weit fortgeschrittenen Stadium zu uns kommen. Es ist zwar schon so, dass die Wundspezia-

listen eher noch zu spät involviert werden, aber früher wurde praktisch jeden Monat mindestens ein Patient mit einem gangränösen, nekrotischen Fuss eingeliefert. Diese Zeiten sind glücklicherweise vorbei. Das ist auch einem verbesserten Screening in der Hausarztpraxis zu verdanken. Sehr bewährt hat sich die Weiterbildung der Fuss-

pflegerinnen und der Spitexangestellten. Wir bekommen fast die Hälfte unserer Patienten über ihre Hinweise. Wir haben sozusagen viele Spione draussen, die einen Patienten aufspüren – sofern er seine Socken erst einmal ausgezogen hat. Die Füsse sind in unserer Kultur ein intimer Körperteil. Man zeigt Füsse nicht gern her. Wenn Sie Patienten sagen, sie sollen sich frei machen, werden alle wenigstens die Socken anbehalten. Ich erlebe es immer wieder, dass Patienten herunter bis zum Knie sehr gepflegt sind, die Füsse aber vernachlässigen. Hier ist sicher auch noch einiges zu tun, um das Bewusstsein für eine gute Fusspflege zu fördern. Leider wird die Fusspflege für Diabetiker von den Kassen nach wie vor nicht bezahlt. Das ist bedauerlich, auch wenn man bedenkt, dass teure Wundaufgaben ohne Weiteres übernommen werden. Dabei wäre es im Sinne der Prävention diabetischer Fussulzera sicher sinnvoll, podologische Behandlungen auch für Bevölkerungsschichten zugänglich zu machen, für die 80 Franken pro Monat eben doch viel Geld sind.

**ARS MEDICI:** Sie sagten, die Patientenzahlen hätten nicht abgenommen. Wie ist das gemeint, und sieht man einen Rückgang der Amputationen?

**Felix:** Grundsätzlich ist das von Zentrum zu Zentrum und von Land zu Land sehr unterschiedlich. In Ländern wie England, die Vorreiter in Bezug auf Prävention und Behandlung diabetischer Fussulzera gewesen sind, ist die Amputationsrate nicht zurückgegangen. Aber die Amputationshöhe hat sich

verändert. Es gibt jetzt mehr Amputationen am Unterschenkel und Fuss und weniger weiter oben. Das ist immer noch schlimm genug, zeigt aber, dass die Patienten früher erkannt und behandelt werden. In Regionen rund um sehr kompetente Zentren, wie zum Beispiel in Deutschland im Gebiet um Essen oder auch in Magdeburg, sieht man ebenfalls einen Rückgang. Aber weil es immer mehr Diabetiker gibt und die

## «Bei Risikopatienten sollten die Füße mindestens alle drei Monate kontrolliert werden.»

Menschen älter werden, hat die Gesamtzahl der Amputationen nicht abgenommen. Anders gesagt: Das individuelle Risiko für den Diabetiker ist kleiner geworden, aber die Gesamtprävalenz nicht.

**ARS MEDICI: Wie sieht das Risikoprofil eines typischen Patienten mit diabetischem Fussulkus aus?**

**Felix:** Obwohl der ältere Typ-2-Diabetiker das Bild vom diabetischen Ulkus prägt, ist zunächst einmal der Typ-1-Diabetiker, dessen Diabetes bereits im Kindes- und Jugendalter beginnt, für diese mikrovaskulären Komplikationen sehr stark gefährdet. Wenn wir uns nun den Typ-2-Diabetiker näher anschauen, dann wächst natürlich auch bei ihm

das Risiko mit einer langjährigen Diabetesdauer, das heisst ab zirka zehn Jahren. Weiter ist eine schlechte Blutzuckereinstellung ein Risikofaktor. Auch bei älteren, unbeweglichen Patienten, die ihre Fusssohlen nicht mehr selbst inspizieren können, sollte man die Füße regelmässig anschauen. Was oft vergessen wird, ist die abnehmende Sehkraft im Alter, sodass diese Patienten ihre Füße zwar anschauen, aber buchstäblich

nicht richtig sehen können. Hochrisikopatienten sind diejenigen mit einer peripheren Neuropathie. Wenn man bei einer Fussuntersuchung ein deutlich verringertes Vibrationsempfinden feststellt, sollte man die Füße alle drei Monate kontrollieren. Das Gleiche gilt für Patienten, die schon

einmal ein Ulkus hatten, denn die Rezidivrate liegt in den ersten zwei Jahren bei 50 Prozent. Für die Praxis heisst das, bei Hochrisikopatienten in jeder Konsultation die Füße zu untersuchen, mindestens aber alle drei Monate. Dabei sollte man nicht nur auf Wunden, sondern auch auf Dinge wie eingewachsene Fussnägel, Hyperkeratosen, Clavi und so weiter achten. Das scheint vielen noch harmlos, aber es wäre gut, wenn man die Patienten dann gleich in eine Fussambulanz schickt, damit es erst gar nicht zu einem Ulkus kommt. ❖

**ARS MEDICI: Wir danken Ihnen für das Gespräch.**

**Die Fragen stellte Renate Bonifer.**