

Dirk T. Schraeder:

Das diabetische Fußsyndrom und seine Folgekosten – ein Fallbeispiel

Die Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms gelingt nur durch ein intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten. Doch die sozialmedizinischen Versorgungsstrukturen in unserem Gesundheitssystem verhindern dies allzu oft. Neben dem persönlichen Leid, das die Patienten erfahren, können hohe Folgekosten entstehen, wie der in diesem Beitrag vorgestellte Fall zeigt. Auf eine einfache Fußläsion folgten durch das mangelnde Zusammenspiel der Behandlungssektoren mehrere Fußamputationen, an deren Ende der Verlust der Arbeitsfähigkeit und die Verrentung standen. Dieses Beispiel zeigt, dass es nicht nur auf die richtige Akutbehandlung, sondern vor allem auf die gute Nachsorge über alle Sektoren hinweg ankommt.

Die Behandlung und Versorgung von Patienten mit einer chronischen Erkrankung erfordert komplexe Versorgungsstrukturen, die gut mit einander vernetzt sein müssen und im Zeitstrahl ineinandergreifen, um ein gutes Rehabilitationsergebnis zu erwirken.

Das Diabetische Fußsyndrom ist ein klassisches Krankheitsbild, welches einer frühzeitigen Prävention, einer intensiven interdisziplinären Behandlung und einer langfristigen Rehabilitation bedarf. Ein großes Problem ergibt sich in der Realität für die Patienten durch die Zuständigkeitsprobleme der einzelnen Sozialgesetzbücher und Kostenträgerschaften in der Bundesrepublik.

Zusammen mit einer großen Krankenkasse wird der Krankheits- und Behandlungsverlauf eines Patienten mit

den anfallenden Kosten exemplarisch dargestellt, um die aktuellen Probleme dieser Patienten und die daraus resultierenden Kosten im sozialmedizinischen Versorgungszusammenhang zu thematisieren.

Der Fall Herr B.

Herr B. Ist ein 54-jähriger Patient, der bereits seit 15 Jahren Diabetiker ist. Der Diabetes mellitus wurde in all den Jahren diätetisch und mit Tabletten versorgt. Betreut wurde der Patient vom Hausarzt, eine spezielle Vorsorge oder Prävention von Fußfolgeerkrankungen gab es nicht. In seinem Lebensumfeld gab es kein DMP-Programm, an dem er hätte teilnehmen können. Der Patient wurde jedoch regelmäßig dem Augenarzt vorgestellt.

Herr B. arbeitet seit 30 Jahren als Küchenhilfe in einem familiengeführten

Hotel, das für ihn auch Familienersatz ist, da er sonst keine Angehörigen mehr hat. Der Patient wurde uns vom Casemanagement seiner Krankenkasse vorgestellt. Nach einer allgemeinchirurgischen durchgeführten Vorfußsteilamputation war ein nicht belastungsfähiger

Anschrift des Verfassers:

Dr.med.Dirk Theodor Schraeder
Facharzt für Chirurgie
Orthopädie und Unfallchirurgie
Sozialmedizin

Klinik für Technische Orthopädie
und Rehabilitation
Mathias Spital Rheine
Frankenburger Strasse 31
48431 Rheine

Die BECKER PodoCam by I.C. Lercher



mit gestochen scharfer 0° Optik
inkl. kompatibles Software-Paket



● Durch bis zu 200-FACHEN Vergrößerung präzise DIAGNOSTIK, DOKUMENTATION UND SPEICHERUNG von Haut- und Nagelveränderungen

● Genauer VISUELLER THERAPIEBERICHT

● INTERDISZIPLINÄRE KOMMUNIKATION auf einen Klick

● Als einzige Kamera HYGIENISCH AUFBEREITBAR!

» Tel: 07163 / 53490-50

» Fax: 07163 / 53490-74

» info@becker-medi.de

» www.becker-medi.de

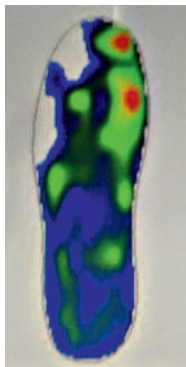
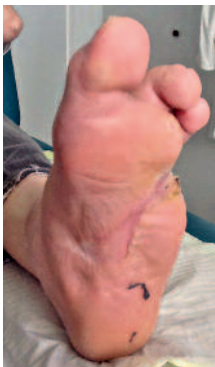




Klinischer Fußbefund bei der Vorstellung in unserer Klinik. Nach der primärer notfallmässigen Amputation in einer Klinik für Allgemeinchirurgie kam es zu einem nicht belastungsfähigem Vorfußstumpf mit persistierendem Malum perforans und Osteomyelitis. Das Malum perforans wird hierbei von den langen Enden der Mittelfußknochen unterhalten, die in der Abstoßphase einen hohen Druck bewirken.



Operativer Revisionseingriff in Rheine. Infektbekämpfung, Kürzung der Mittelfußknochen zur Herstellung eines belastbaren Vorfußstumpfes und Erhaltungsversuch des Fußes.



Nach der Revisionsoperation in Rheine kommt es zu einer regelrechten Wundheilung. Eine diabetesadaptierte Weichbettungseinlage und ein Maßschuh wird angefertigt. Pedobarographische Kontrollen zeigen die Entlastung des Vorfußes in der Abstoßphase durch die Operation und orthopädiotechnische Versorgung.



Die Betreuung über Ländergrenzen zwischen Westfalen und Baden-Württemberg gestaltete sich schwierig. Bei erneuter fistelnder Osteomyelitis kam es somit zum zweiten Revisionseingriff, wo wir auf der Höhe einer transmetatarsalen Amputation das Fortschreiten des Infektes bewirkten und den Rückfuß erhalten konnten.

Vorfußstumpf mit reduzierter Aktivität und Belastungsfähigkeit entstanden. Die primäre Vorfussamputation wurde acht Monate vor der Vorstellung in unserer Klinik durchgeführt. Daraus ergab sich die gefährdete Teilhabe im Sinne einer drohenden Erwerbsunfähigkeit und Obdachlosigkeit, denn nur angestellt darf er im Personalheim des Arbeitgebers weiter wohnen.

Nach ICF, der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, liegt also eine Vorfußamputation mit Bewegungs- und Belastungsunfähigkeit mit Gefahr der Erwerbsunfähigkeit und drohender Obdachlosigkeit vor.

Entlastung des Fußes im Rollstuhl

Nach der ersten allgemein chirurgisch geführten Vorfußamputation hatte Herr B. einen stationären Klinikaufenthalt der sich wegen Wundheilungsstörungen über mehrere Wochen hinzog. Eine Zuweisung in eine Rehabilitationsklinik zum Anschlussheilverfahren fügte sich an.

Herr B. wurde bei der Überleitung in die Rehaklinik kein Hilfsmittel im Sinne einer Interimsschuhversorgung mit diabetesadaptierter Bettung mitgegeben. Stattdessen hatte er die Maßgabe, während des stationären Aufenthaltes in der Rehaklinik eine Totalentlastung mit Rollstuhl zu gebrauchen. Die Hilfsmittelversorgung war den Rehabilitationsärzten überlassen, die jedoch – auch aufgrund des mangelnden Kontakts zum Operateur und zu wenigen Informationen über die Anforderungen an das Hilfsmittel – diese Aufgabe dem Hausarzt überließen.

Nach Entlassung aus der Rehabilitationsklinik war der Patient auf unbestimmte Zeit arbeitsunfähig. Zudem kam es unter Vollbelastung und einer insuffizienten Schuhversorgung – der Patient trug weiter Hausschlappen – zu einem neuen Malum perforans und einem Infekt des Fußes.

Software nach Maß – Die kaufmännische Standard-Software für den Orthopädie-Schuhtechnik Betrieb

PAEDUS

Abrechnung – schnell und sicher
Warenwirtschaft – einfach und effizient
Kassensystem – optimal und direkt
Werkstattplanung – transparent und übersichtlich

pead
software
GmbH

Immer einen Schritt voraus.

Albrecht-Dürer-Straße 13 · 68519 Viernheim · Tel. 06204/7001-0 · Fax 06204/7001-25 · E-Mail info@pead.de · www.pead.de





Konfektionierte Diabetes-Schutzschuhe, wie zum Beispiel den hier gezeigten LucRo erhielt der Patient leider erst im späteren Verlauf der Behandlung und nicht gleich zu Beginn, um zum Beispiel das Entstehen eines Malum perforans zu verhindern.

Zweite Amputation nötig

Nach der Aufnahme in der Interdisziplinären Station des Mathiasospitals Rheine erfolgte eine Basisdiagnostik und Basisbehandlung. Wir haben den Vorfußstumpf operativ revidiert und die Belastungsfähigkeit optimiert. Bei ausgeprägter Infektsituation und erneuten Wundheilungsstörungen mit verzögertem Verlauf gelang letztlich erst eine Heilung auf Höhe einer transmetatarsalen Vorfußamputation. Immerhin konnte der Restfuß erhalten werden. Nach Hilfsmittelversorgung und Mobilisation gelang es uns, den Patienten in eine Klinik der Deutschen Rentenversicherung zu überweisen.

Die Kommunikation zwischen den Ärzten der operierenden Klinik in Westfalen und der rehabilitierenden Klinik in Baden-Württemberg erwies sich jedoch als zentrales Problem in der weiteren Behandlung. Eine Zuweisung in Westfalen war aufgrund der Kostenträgerschaft nicht möglich. Auch telefonische Bemühungen des behandelnden Arztes konnten sozialmedizinisch nicht verhindern, dass eine Wiedereingliederung in der Rehabilitationsklinik organisatorisch verpasst wurde. Auch in der Klinik in Baden-Württemberg wurde die weitere Verordnung von Fußbettungen und Schuhen an den Hausarzt weiter delegiert. Der Hausarzt wurde dabei von den operierenden Kollegen aus Rheine unterstützt, um dem Patienten möglichst schnell die passende Schuhversorgung zur Verfügung stellen zu können.

Die Kosten der Behandlung

Zusammen mit der Krankenkasse von Herrn B. haben wir die Kosten dieses Behandlungsverlaufs aufgelistet. So bezahlte die Krankenkasse einen Gesamtbetrag von 50600 € für die gesamte Behandlung. Diese Kosten spalten sich wie folgt auf:

Arztkosten	2.163,50 €
Arzneimittel	2.404,36 €
Krankengeld	19.652,92 €
Krankenhaus	18.586,50 €
Sonstige	7.810,00 €
Summe	50.617,28 €

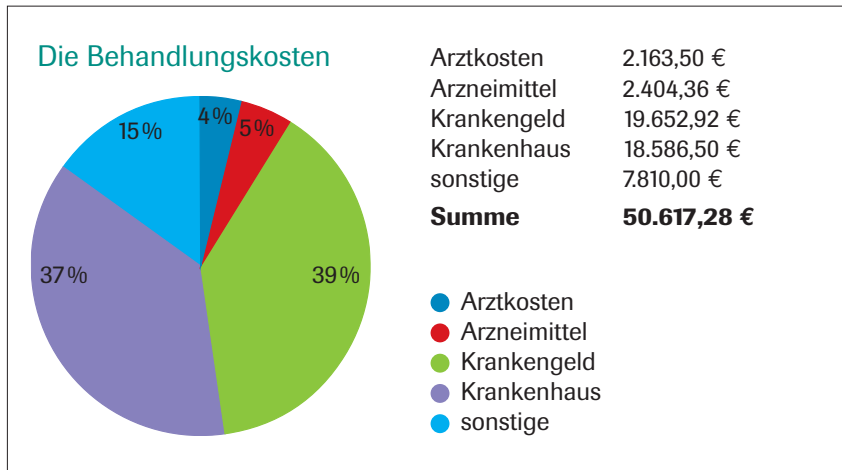
Es sei daran erinnert, dass diese Kosten dadurch entstanden, dass bei diesem Patienten keine Präventionsmaßnahmen durchgeführt wurden, wie die Verordnung einer konfektionierten Weichbettungseinlage, einer diabetesadaptierten Fußbettung oder eines Diabetesschutzschuhs. Es fehlte auch die regelmäßige kontrollierende Anbindung an ein Fussnetzwerk. Zum einen, weil dies von der Krankenkasse nicht für wichtig erachtet wurde, zum anderen, weil es vom Patienten und Hausarzt keine Umsetzungsmöglichkeiten gab. Es fehlte insbesondere an einem lokalen Fußnetzwerk mit entsprechender Kompetenz und Behandlungsmöglichkeiten, so dass der Patient sogar von Baden-Württemberg nach Westfalen transferiert wurde, um eine Amputation des Beines zu verhindern.

Passende Rehabilitation?

Auszug aus dem Programm der Rehabilitation nach erfolgter Vorfußamputation:

- Vortrag: Was ist Stress?
- Diäteinzelberatung
- Schulungsbuffet
- Buffetunterweisung
- Therapiebesprechung
- Standardisierte Schulung bei Typ II -Diabetes
- Therapiebesprechung
- Diabetes und Erektionsstörung (Vortrag für Männer).
- Blutdruck-Schulung.

Eine Schulung über den Diabetischen Fuß und den Einsatz und die Anwendung der Schuhversorgung wurde nicht angeboten.



Behandlungskosten, die von der Krankenkasse im Zeitraum zwischen Juli 2011 und Oktober 2012 übernommen wurden. Die Kosten für die Rehabilitation, die von der Deutschen Rentenversicherung übernommen wurden, sind hier nicht berücksichtigt

Die aufgeführten Kosten wurden durch den sozialmedizinischen Bereich wie die anschließende Anschlußheilbehandlung in einer Klinik der Deutschen Rentenversicherung, in die wir den Patienten von Rheine aus entließen, noch erhöht. Bei einem Tagessatz von zirka 140 Euro und drei Wochen Aufenthalt kann man die Kosten hierfür mit zirka 3000 Euro ansetzen.

Scheitern an der Bürokratie

Die Kommunikation mit der Deutschen Rentenversicherung ist für den behandelnden Chirurgen oft schwierig. Der Kommunikationsträger ist ein Formular, welches meist von Assistenzärzten ausgefüllt wird, die aus eigenem klinischen Erleben klinische Begrifflichkeiten verwenden. Die Beratungsärzte der DRV suchen in der Regel hieraus die notwendigen Rechtsbegrifflichkeiten und Plausibilität nach Sozialgesetzbuch heraus. Eine Übereinstimmung der Begrifflichkeiten führt zu einer Genehmigung des jeweiligen Rehabilitationsverfahrens unter zusätzlicher Betrachtung des Barthel-Indexes, mit dem die Selbstständigkeit beziehungsweise Pflegebedürftigkeit des Patienten bewertet wird.

Bei diesem sehr formalisierten Verfahren ist es leicht vorstellbar, dass individuelle Bedürfnisse von den standardisierten Begrifflichkeiten nicht abgedeckt werden und eine notwendige Behandlung nicht genehmigt wird. In unserem Fall gelang jedoch eine Genehmigung zu Lasten der Deutschen Rentenversicherung.

Die Klinik wurde allerdings von der

DRV ausgewählt, eine Mitsprache gab es für den Operateur nicht. So war es nicht möglich, den Patienten in die Klinik Bad Rothenfelde, die über eine ausgewiesene Expertise in der Rehabilitation von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom besitzt, zu übersenden. Es sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass ein solcher Patient als Schwerbehinderter nach dem Sozialrecht eigentlich ein Wahl- und Budgetrecht hat.

Eine Kompetenz für die Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms war in der von der DRV ausgewählten Klinik nicht ausgewiesen, eine Hilfsmittelversorgung und stufenweise Wiedereingliederung und die Gestaltung eines leidensgerechten Arbeitsplatzes, im Sinne eines Rechtes auf Teilhabe am Arbeitsplatz, scheiterte.

Nach Entlassung wurde eine Wiedereingliederung zu Lasten der Krankenkasse durchgeführt. Da die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsplatz nicht an den Bedürfnissen von diabetischen Fußpatienten adaptiert wurden und somit kein der Erkrankung entsprechender Arbeitsplatz zur Verfügung gestellt werden konnte, wurde der Patient bis auf weiteres nach dem Ende der Maßnahmen arbeitsunfähig und ging der Berentung entgegen.

Regel eingehalten – Patient in Rente

In dem hier vorgestellten Beispiel haben sich die beteiligten Kostenträger und auch die behandelnden Ärzte sicherlich an die geltenden gesetzlichen und sozialmedizinischen Regeln gehalten. Dieses Beispiel zeigt aber, dass

ein an formalen Kriterien orientiertes Vorgehen gerade beim Diabetischen Fußsyndrom nicht die optimale Lösung für den Patienten bedeuten muss.

Dieser Rehabilitationsverlauf macht deutlich, dass die Schnittstellen der Deutschen Sozialgesetzbücher durch mangelnde Kommunikation und teils unklare Zuständigkeiten selbst Kosten produzieren, abgesehen von den individuellen Schicksalen, die hinter diesen Bedarfsermittlungen stehen.

In diesem Fall erlitt der Patient nicht nur eine Amputation, die bei frühzeitiger Betreuung in einem funktionierenden Netzwerk und einer entsprechenden Schuhversorgung vermutlich vermeidbar gewesen wäre. Durch die an die beiden Amputationen anschließenden Rehabilitationen ist es jeweils nicht gelungen, die Arbeitsfähigkeit und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wieder herzustellen.

Die aktuelle Situation mit der Verrentung des Patienten hat nicht nur bei den Krankenkassen und der Rentenversicherung Kosten verursacht, sondern geht dauerhaft zu Lasten des Sozialstaates. Diese Kosten sind nicht genau zu beziffern, es wird jedoch klar, dass durch die genannte Zuständigkeit der Agentur für Arbeit, die Berentung, die wegfallenden Sozialbeiträge, die drohende Pflegebedürftigkeit und Betreuungsgelder sich die genannten Kosten für die verschiedenen Träger weiter summieren werden.

Gesetzgeber muss die Netzwerke stärken

Es gibt in Deutschland funktionierende Netzwerke in der Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms. Dies sind zum Beispiel die zertifizierten Fußbehandlungseinrichtungen der Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß der Deutschen Diabetes Gesellschaft oder der Arbeitsgemeinschaft Charcotfuß der Gesellschaft für Fußchirurgie (GFFC). Hier treffen die Patienten auf Netzwerke, in denen die verschiedenen Disziplinen in der Behandlung des diabetischen Fußes zusammenarbeiten.

Aber auch diese Netzwerke müssen immer wieder die Erfahrung machen, dass notwendige Therapien durch die mangelnde Kompetenz bei den Genehmigungsstellen der Kostenträger, sei es in der gesetzlichen Krankenversicherung oder bei der Rentenversicherung, zunächst abgelehnt werden. Dies

13/06 2012 10:00 FAX +49 7125 181100 KLINIK BÜNDENRACH 1 Q001/001

Verordnungsnummer: [redacted] Korrespondenz (Name, Adresse): [redacted]

Checkliste bei Arbeitsunfähigkeit im Zeitpunkt der Entlassung G833

Geburtsdatum: 07.02.1989

1. Tag der Beendigung der Rehabilitationsleistung: 12.06.2012

Die Checkliste ist an den Rentenversicherungsträger und an die Krankenkasse der Versicherten / des Versicherten weiterzugeben.

2. Stufenweise Wiedereingliederung ist erforderlich

☐ nein, weil

☐ Kurzzeitige Arbeitsunfähigkeit

☐ Arbeitsfähigkeit kann voraussichtlich durch stufenweise Wiedereingliederung nicht wieder hergestellt werden

☐ Nachgehohe ausreichend

☐ Sonstiges:

☒ ja, weiter bei Ziffer 3

3. Stufenweise Wiedereingliederung wurde eingeleitet

☒ nein, weil

☐ Zustimmung der Versicherten / des Versicherten liegt nicht vor

☒ Zustimmung des Arbeitgebers liegt nicht vor

☐ Arbeitgeber konnte nicht erreicht werden

☐ Tägliche Mindestarbeitszeit von 2 Stunden ist innerhalb von 4 Wochen nicht einstellbar

☐ Sonstiges:

☐ ja, siehe Stufenplan (Anlage)

Erklärung der Versicherten / des Versicherten: Mit der Checkliste und der Weiterleitung an meine Krankenkasse bin ich einverstanden.

Unterschrift des Versicherten: [redacted]

Unterschrift der Krankenkasse: [redacted]

Seite 1 von 1

1008 RGR 1000 - 01.10.2011 - 2

Die Checkliste wurde korrekt ausgefüllt. Dem Patienten war damit aber nicht geholfen.

führt häufig zu aufwändigen Nachfragen, in denen sehr viel ärztliche und chirurgische Zeit bis zur Genehmigung verschwendet wird.

Letztlich stehen dahinter auch Mängel der deutschen Sozialgesetzgebung, für deren Änderung es derzeit offenbar keinen politischen Willen gibt. Bislang ist es der Politik nicht gelungen, die Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass die schon vor über 20 Jahren beschlossene Deklaration von St. Vincente umgesetzt werden kann. Die in der Deklaration geforderte deutliche Reduktion der Amputationen bei Diabetes müsste dabei auch im Interesse der Politik und der Kostenträger sein.

Bessere Schnittstellen und weniger Bürokratie nötig

Die Zahlen der Inzidenz und Prävalenz des Diabetes mellitus und dessen Folgeschäden sind hinlänglich bekannt. Fußkomplikationen mehren sich und die Versorgungsprobleme sind mannigfaltig. Die Verordnung von präventiven Hilfsmitteln wie Diabetesschutzschuhen sollte deshalb nicht ein Verwaltungsakt bleiben.

Jede Deutsche Krankenkasse sollte im Sinne des oben genannten Falles froh sein, wenn sie nach Diagnosestellung eine konfektionierte Weichbettungseinlage beziehungsweise eine diabetesadaptierte Fußbettung mit einem Diabetesschutzschuh unter gefährdete Füße mit Sensibilitätsstörungen

anbringen kann, bevor sich der Patient auf Pantoffeln ein Malum perforans läuft.

Der oben genannte Fall von Herrn B. zeigt, dass die Behandlung meist nicht am guten Willen der Behandler scheitert, sondern vor allem an den Schnittstellen. Wenn man zum einen die Kostensituation im Bereich Diabetischer Fuß betriebswirtschaftlich in den Griff bekommen will und zum anderen die Versorgung dieser Patienten verbessern will, muss man sich daran machen, die alltäglichen bürokratischen Bremsen aus dem Weg zu räumen, bei den Deutschen Krankenkassen und der Deutschen Rentenversicherung.

Es gibt einfache Leitlinien der Deutschen Diabetologen und der Technischen Orthopädie. Funktionierende Netzwerke in der ambulanten und stationären Therapie in Akutbehandlung und Rehabilitation sollten insbesondere an den Schnittstellen unterstützt werden. Im funktionierenden Versorgungsnetzwerk fehlen unbürokratische Anknüpfstellen für eine unproblematische, zügige ambulante Versorgung und eine unkomplizierte kompetente Rehabilitation. Noch immer ist es im stationären Bereich finanziell attraktiver, zügig einen Oberschenkel zu amputieren mit hoher Sterberate, als einen Menschen langfristig zu behandeln. Notwendige, längere stationäre Krankenhausaufenthalte werden durch das DRG-System negativ sanktioniert und somit die Amputationszahlen weiter in die Höhe getrieben. ■