

Ernst Chantelau

Alternativen zur Fußamputation bei diabetischer Podopathie

Was ist gesichert?

Zusammenfassung

Diabetiker mit Podopathie weisen ein extrem hohes Amputationsrisiko auf, das in einzelnen Behandlungszentren weltweit jedoch um mehr als 50 Prozent reduziert werden konnte. Die dabei zur Anwendung gebrachten Behandlungsalternativen basieren zumeist ausschließlich auf Empirie, nur wenige sind wissenschaftlich abgesichert. Im Folgenden werden diejenigen Maßnahmen zum Fußerhalt bei diabetischer Podopathie dargestellt, die mittlerweile als wissenschaftlich gesichert gelten. Dazu zählen die Früherkennung von Hochrisikopatienten und deren Einbindung in ein Fußschutzprogramm mit regelmäßiger podologischer Behandlung und Benutzung von Spezialschuhwerk.

Schlüsselwörter: Diabetes mellitus, diabetischer Fuß, Podologie, Amputation, Polyneuropathie

Summary

Alternatives to Amputation in Diabetic Podopathy

Diabetic patients with podopathy carry an extremely high risk of amputation. However, in specialized centres worldwide the amputation rates in diabetic patients could be reduced by more than 50 per cent. Most of the various treatment measures are purely empirical, and have not been proven in terms of evidence-based medicine. The following article summarizes those aspects of foot-salvage in diabetic patients, that presently appear to be sufficiently evidence-based. This includes early recognition of high-risk patients and their integration into foot protection programmes with podologic treatment and use of special footwear.

Key words: diabetes mellitus, diabetic foot, podiatry, amputation, polyneuropathy

Die San-Vincente-Deklaration hatte 1989 gefordert, innerhalb von fünf Jahren die Amputationsrate bei Diabetikern zu halbieren. Diese Forderung, die unter anderem von der WHO aufgestellt wurde, ist kurze Zeit später formell von allen europäischen Regierungen unterstützt worden; für Deutschland hatte damals die Gesundheitsministerin Hasselfeld unterzeichnet. Zwölf Jahre später hat der Deutsche Bundestag am 4. Dezember 2001 die Schaffung eines neuen medi-

führen; pathologische Veränderungen und Symptome von Erkrankungen am Fuß, die eine ärztliche Abklärung erfordern, erkennen; unter ärztlicher Anleitung medizinisch indizierte podologische Behandlungen durchführen“ und „damit bei der Prävention, Therapie und Rehabilitation von Fußerkrankungen mitwirken“, so will es das Gesetz (10).

Im Februar 2002 hat schließlich der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgelegt, welche podologische Behandlung von Hochrisikopatienten mit diabetischem Fußsyndrom (Synonym: diabetische Podopathie) von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden solle. Welche Erwartungen können für den Fußerhalt bei Diabetikern an diese Beschlüsse geknüpft werden, und wie sind diese und andere Maßnahmen wissenschaftlich gesichert?



Abbildungen 1: a) Schwielen mit intrakutanem Hämatom. b) Bei unzureichender Pflege und forgesetzter Druckbelastung entsteht ein Geschwür (hier: schmerzloses mal perforans bei Polyneuropathie)

zinischen Assistenzberufes, den Beruf des Podologen, beschlossen und damit einen großen Schritt zur Verwirklichung der Forderung von San Vincente getan.

Der Beruf des Podologen wird folgendermaßen beschrieben: Ein Podologe soll „spezielle fußpflegerische Maßnahmen selbstständig durch-

Diabetische Podopathie

Den diabetischen Folgeschäden an den Augen (Retinopathie) und den Nieren (Nephropathie) entspricht die diabetische Podopathie (Angio-/Neuropathie, Sensibilitätsstörung mit oder ohne Durchblutungsstörung der Füße), die oft auch synchron mit der Retinopathie und der Nephropathie nach mehrjähriger Diabetesdauer auftritt. Die traditionelle Behandlung der Podopathie bedingt bei Diabetikern bis zu 30-mal höhere Amputations- und 8- bis 10-mal höhere Krankenhausbehandlungsraten als bei Nichtdiabetikern.

Klinik für Stoffwechselkrankheiten und Ernährung (Direktor: Prof. Dr. med. Drs. h. c. Michael Berger), Universitätsklinikum Düsseldorf

Tabelle 1

Amputationsrisiko bei diabetischer Podopathie gemäß Fußbefund

| Risikokategorie | Fußbefund |
|-----------------|--|
| Kategorie 0 | Protektive Sensibilität (und arterielle Durchblutung) intakt |
| Kategorie 1 | Protektive Sensibilität gestört (PNP) und/oder arterielle Durchblutung gestört (PAVK) |
| Kategorie 2 | PNP und/oder PAVK, plus vermehrte Verschwielung oder früheres Fußgeschwür |
| Kategorie 3 | PNP und/oder PAVK, früheres Fußgeschwür, plus Zehen- oder Fußdeformierung und/oder eingeschränkte Gelenkfunktion |

Modifiziert nach Sims et al. (21); PNP, Polyneuropathie; PAVK, periphere arterielle Verschlusskrankheit

Nur circa 20 Prozent aller Diabetiker entwickeln eine Podopathie und sind demzufolge amputationsgefährdet.

Die Amputationen bei Diabetikern machen den Hauptteil aller Amputationen unterer Extremitäten in Deutschland aus: Etwa 70 Prozent aller Amputationen unterer Extremitäten, das heißt 25 000 bis 30 000 Amputationen jährlich, werden bei Diabetikern ausgeführt, bei nur circa 5 Prozent Diabetikeranteil an der Gesamtbevölkerung. In etwa 15 000 Fällen wird oberhalb des Knöchels amputiert (8). Amputationen werden bei Diabetikern zu 80 Prozent durch schmerzlose, triviale Fußverletzungen ausgelöst (infolge mangelhafter Nagel- und Hautbehandlung, ungeeigneter Schuhe) (Abbildung 1–3). Durch Vermeidung beziehungsweise Sanierung derartiger Verletzungen konnte in spezialisierten Zentren weltweit die Amputationsrate um bis zu 80 Prozent gesenkt werden. In deutschen Zentren konnten diese Erfolge bestätigt werden: zum Beispiel in Soest, Düsseldorf, Dortmund (18). Ohne gezielte Interventionen bleibt die Amputationsrate unverändert hoch, wie Untersuchungen in Bayern (24) und im Rheinisch-Bergischen Kreis (26) ergeben haben.

Interventionen zur Amputationsvermeidung

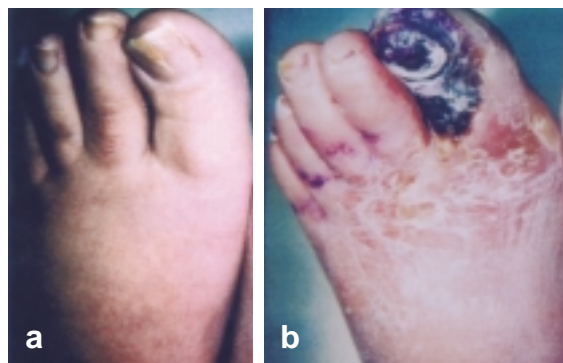
Unter der Vielzahl von wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema „diabetischer Fuß“ sind nur wenige zur therapeutischen Wirksamkeit einzelner Maßnahmen, die den Kriterien der evidenzbasierten Medizin genügen. Im

Folgenden werden diejenigen Interventionsmaßnahmen dargestellt, die als wissenschaftlich gesichert gelten können.

Früherkennung der diabetischen Podopathie

Bei Patienten mit mehrjähriger Diabetesdauer besteht das Ziel der Interventionsmaßnahmen zur Amputationsvermeidung darin, gefährdete Füße rechtzeitig zu erkennen und sie einem Fußschutzprogramm zuzuführen. Diese Früherkennung erfolgt durch Untersuchung auf Polyneuropathie (PNP) und periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK). Denn nur Diabetiker mit Podopathie, das heißt mit PNP und/oder PAVK haben ein erhöhtes Amputationsrisiko. Es liegen drei Studien zur Wirksamkeit der Früherkennung vor. Carrington et al. 1996 (6) haben in einer Populationsstudie 9 710 Diabetiker in sechs englischen Distrikten vorsorglich auf Podopathie untersucht und in Risikogruppen eingeteilt; die Hälfte der Patienten wies nach Einschätzung der Autoren ein hohes Risiko für diabetische Fußläsionen auf und wurde einem Fußschutzprogramm zugewiesen. Diejenigen Diabetiker, die nicht an der Vorsorgeuntersuchung beteiligt wurden, dienten als Kontrollgruppe. Nach sechs Monaten hatten 0,41 Prozent der untersuchten Diabetiker (versus

1,24 Prozent der Kontrollen) eine Fußläsion, und 0,12 Prozent der untersuchten Diabetiker (versus 0,36 Prozent der Kontrollpatienten) waren amputiert worden ($p < 0,001$). McCabe et al. 1998 (16) führten eine prospektive randomisierte Studie durch, bei der 997 Patienten einer Diabetesambulanz einem Früherkennungsprogramm zugeteilt wurden (mit Prüfung der Fußsensibilität, der Fußdurchblutung und der Fußform, Erhebung der fußspezifischen Anamnese), und 1 000 Patienten als Kontrollgruppe dienten. Es wurden 259 (26 Prozent) Hochrisikopatienten (mit Podopathie: Polyneuropathie, und/oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit, und/oder Fußdeformitäten, und/oder einer Fußläsion in der Vorgeschichte) entdeckt, und einem Fußschutzprogramm („foot protection programme“) zugeführt. Nach zwei Jahren waren in der Interventionsgruppe 24 Fußläsionen entstanden (sieben mit nachfolgender Amputation), in der Kontrollgruppe waren es 35 (23 mit nachfolgender Amputation [$p = 0,04$]).



Abbildungen 2: a) Einwachsender Großzehennagel. Bei unzureichender Behandlung entsteht ein Panaritium und unter Umständen eine Gangrän (hier: schmerzlose Zehengangrän bei Polyneuropathie und PAVK)

Eine von Mayfield et al. 2000 (15) durchgeführte Fall-Kontroll-Studie zeigt, dass die alleinige Fußuntersuchung keinen Einfluss auf die Amputationsrate hat. Es wurden bei 244 Patienten 1 857-mal die Füße untersucht, aber nur weniger als die Hälfte der Patienten beteiligten sich an Fußschutzmaßnahmen. Nach drei Jahren waren 61 Hochrisikopatienten amputiert worden (Amputationsrate 8 Prozent pro Jahr), unabhängig von der Häufig-

keit der Fußuntersuchungen. Die Amputationsrate korrelierte mit der Nichtbeteiligung an Fußschutzmaßnahmen.

Vermeidung von Fußverletzungen

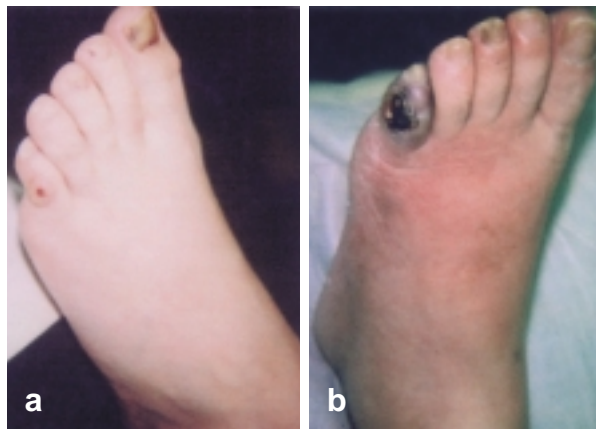
Patienten mit bestehender Podopathie, das heißt mit Polyneuropathie (PNP) und/oder peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK) sind Risikopatienten. Ihre Füße sind amputationsgefährdet, und zwar um so mehr, je ausgeprägter die Podopathie ist (*Tabelle 1*). Daher besteht das Ziel der Interventionsmaßnahmen zur Amputationsvermeidung bei Patienten mit PNP und/oder PAVK (das heißt bei Patienten der Risikokategorien 1 bis 3) darin, sie einem Fußschutzprogramm zum Schutz vor Verletzungen zuzuführen. Fußverletzungen (durch Schuhwerk oder unsachgemäße Haut- und Nagelpflege) lösen bei Risikopatienten eine Ereigniskaskade aus, die 80 Prozent aller Amputationen vorausgeht (*Abbildung 1-3*).

Zur verletzungsfreien podologischen Haut- und Nagelpflege bei Risikopatienten liegen drei Studien vor. Malone et al. 1989 (13) führten eine randomisierte prospektive Studie mit 203 Hochrisikopatienten durch. Diese Patienten waren dadurch charakterisiert, dass sie nicht nur eine diabetische Podopathie aufwiesen, sondern zusätzlich eine abgeheilte, akute Fußläsion in der Anamnese (Risikokategorien 2 und 3). Es wurden 103 Patienten randomisiert einem Fußschutzprogramm zugeführt mit Unterweisung zur rechtzeitigen Inanspruchnahme qualifizierter podologischer Behandlung bei gefährlichen Fußläsionen, 100 Patienten dienten als Kontrollgruppe. Nach zwei Jahren waren in der Interventionsgruppe 10 Fußläsionen entstanden (7 mit nachfolgender Amputation), in der Kontrollgruppe waren es 28 Läsionen (21 mit nachfolgender Amputation [$p < 0,05$]).

McCabe et al. (1998) (16) führten ebenfalls eine prospektive randomisierte Studie durch, mit 259 Hochrisikopatienten, die unter 997 Diabetikern einer Fußambulanz identifiziert und einem Fußschutzprogramm zuge-

führt wurden (Eduktion bezüglich gefährlicher Fußläsionen, Inanspruchnahme qualifizierter podologischer Behandlung, Gebrauch von schützendem Schuhwerk). Kein Fußschutzprogramm gab es für 1 000 Kontrollpatienten. Nach zwei Jahren waren in der Interventionsgruppe 24 Fußläsionen entstanden (7 mit nachfolgender Amputation), in der Kontrollgruppe waren es 35 (23 mit nachfolgender Amputation [$p = 0,04$]).

Die Untersuchung von Sowell et al. (1999) (22) basiert auf einer retro-



Abbildungen 3: a) Druckgeschwür am Kleinzeh durch ungeeignetes Schuhwerk. b) Bei fortgesetzter Traumatisierung entsteht unter Umständen eine Infektion (hier: feuchte Gangrän bei Polyneuropathie und PAVK)

spektiven Analyse von Krankenkassendaten von 255 000 Patienten mit Diabetes ($n = 213\ 000$) beziehungsweise arteriellen Durchblutungsstörungen ($n = 42\ 000$) in den USA. Etwa 96 000 Patienten hatten podologische Schwielen- und Nagelbehandlungen („cutting or removal of corns, calluses, and/or trimming of nails, application of scin creams and other hygienic preventive maintenance care“) in Anspruch genommen, 159 000 hatten sich nicht podologisch behandeln lassen. Mit podologischer Behandlung betrug die jährliche Amputationsrate nur ein Viertel der Amputationsrate ohne podologische Behandlung (0,02 Prozent versus 0,08 Prozent; $p < 0,001$) (*Tablelle 2*).

Zur Anwendung von Spezialschuhwerk zum verletzungsfreien Gehen liegen vier Studien vor. Marciniak (1998) (14) untersuchte eine Kohorte von 55 Patienten mit Zustand nach

Fußläsion (Hochrisikopatienten, Risikokategorie 2), 12 Monate vor und 29 Monate nach Intervention mit regelmäßiger podologischer Behandlung plus Spezialschuhwerk zum „atraumatischen“ Gehen. Es wurde ein Rückgang der Inzidenz von erneuten Fußläsionen und deswegen erforderlicher Krankenhausbehandlung beobachtet, sowie eine Verringerung der gesamten Behandlungskosten um 80 Prozent (ohne Angaben zur Amputationsrate).

Striesow 1998 (25) veröffentlichte eine Anwendungsbeobachtung. Im Rahmen eines Fußschutzprogramms benutzten 30 Hochrisikopatienten ohne Fußdeformierungen (Risikokategorie 2) während eines Jahres industriell hergestelltes Spezialschuhwerk mehr als 8 Stunden täglich, verglichen mit 27 Patienten, die Modeschuhwerk mehr als 8 Stunden täglich trugen. Das Tragen von Spezialschuhwerk reduzierte die Inzidenz erneuter Fußläsionen signifikant (ohne Angaben zur Amputationsrate).

Busch et al. 2002 (3) veröffentlichten eine kontrollierte Kohortenstudie. In einer Schwerpunktpraxis für Diabetes wurden 92 Diabetikern nach Abheilung einer Fußverletzung (Hochrisikopatienten ohne Fußdeformierungen, Risikokategorie 2) industriell hergestellte Spezialschuhe verordnet, deren Kosten in 60 Fällen kulanterweise von den Krankenkassen (unter anderem AOK, BKK Novitas) übernommen wurden, und deren Kosten in 32 Fällen gemäß derzeit gültigem Hilfsmittelverzeichnis (Produktgruppe 31) von den Kassen (unter anderem DAK, Techniker, Bundesknappschaft) nicht übernommen wurden. Nach 21 Monaten hatten 11 der 60 Patienten, die die Schuhe erhalten hatten, erneut eine Läsion entwickelt, verglichen mit 25 der 32 Patienten (1 Amputation), die die Schuhe nicht erhalten hatten ($p = 0,001$).

Uccioli et al. (27) veröffentlichten eine randomisierte prospektive Studie

über 69 Patienten mit stattgehabtem diabetischen Fußgeschwür (Risikokategorie 2). Von diesen Patienten erhielten 33 Spezialschuhe, während 39 Kontrollpatienten weiterhin normales Schuhwerk benutzten. Nach einem Jahr hatten 28 Prozent der Patienten mit Spezialschuhen ein Ulkusrezidiv erlitten, und 58 Prozent der Kontrollpatienten ($p = 0,009$); Angaben zur Amputationsrate fehlen.

Behandlung von Fußverletzungen

Bei Verletzungen amputationsgefährdeter Füße muss zwischen zwei völlig unterschiedlichen Verlaufsformen differenziert werden, je nach Vorliegen oder Fehlen einer arteriellen Durchblutungsstörung (PAVK). Die Behandlungsmaßnahmen bei der neuropathisch infizierten Verletzung (malum perforans, mit erhaltener arterieller Durchblutung) und der ischämisch gangränösen Verletzung (infolge peripherer arterieller Verschlusskrankheit PAVK) unterscheiden sich teilweise grundsätzlich (8).

Bei neuropathisch infizierten Verletzungen (ohne PAVK) erfolgt die Behandlung mittels Wunddebridement, vollständiger Druckentlastung und gegebenenfalls systemischer Antibiotika-Applikation. Zur Effektivität des Wunddebridements liegt eine multizentrische Anwendungsbeobachtung bei 118 Patienten mit Fußgeschwüren über 20 Wochen von Steed et al. (1996) (23) vor. Die Abheilungsrate korrelierte direkt mit der Debridement-Frequenz (ohne Angaben zur Amputationsrate).

Zur Effektivität der Druckentlastung liegen zwei randomisierte, prospektive Studien vor, von Caravaggi et al. (5) und Armstrong et al. (2). Caravaggi et al. untersuchten bei 50 Patienten mit nichtinfizierten Fußulzera die Behandlung mit Debridement und vollständiger Druckentlastung der Geschwüre (mittels gefensterter „Unterschinkel-Geh-Gips“) versus teilweiser Druckentlastung der Geschwüre (mittels „diabetesadaptierter Fußbettung“ im Schuh). Nach 30-tägiger Behandlungsdauer ergab sich eine signifikant ($p = 0,03$) höhere Heilungsrate mit vollständiger Druckentlastung (50 Prozent

Tabelle 2
Inzidenz von Fußläsionen und Amputationen pro 6 Monate in Kontroll- und Interventionsgruppe

| Autor | Intervention | Läsionen (%) | | Amputationen (%) | |
|--|----------------------------|--------------|------|------------------|------|
| | | Ko | In | Ko | In |
| Carrington (6) (alle Diabetiker) | Früherkennung plus FSP | 1,24 | 0,41 | 0,36 | 0,12 |
| McCabe (16) (alle Diabetiker) | Früherkennung plus FSP | 0,9 | 0,6 | 0,6 | 0,2 |
| Malone (13) (Hochrisiko-Patienten) | Podologische Behandlung | 0,7 | 0,25 | 0,5 | 0,2 |
| Sowell (22) (alle Diabetiker, alle PAVK) | Podologische Behandlung | – | | 0,04 | 0,01 |

* FSP, Fuß-Schutzprogramm; Ko, Kontrollgruppe; In, Interventionsgruppe

versus 21 Prozent, ohne Angaben zur Amputationsrate). Die Studie von Armstrong et al. 2001 (2) umfasste 63 Patienten mit nichtinfizierten Fußgeschwüren. Es zeigte sich eine signifikant ($p < 0,05$) höhere Abheilungsrate nach sechs Wochen mit vollständiger (Gips) versus teilweiser (Schuhzurichtung) Druckentlastung (78 Prozent versus 50 Prozent, ohne Angaben zur Amputationsrate).

Zur Effektivität der Antibiotikabehandlung liegen zwei relevante Studien vor. Pittet et al. (1999) (19) veröffentlichten eine Kohortenstudie über 91 stationär behandelte Patienten mit Osteomyelitis, Weichteilinfektion und/oder Gangrän. Die konservative Behandlung mit Antibiotika war erfolgreich bei 21/26 Fällen (81 Prozent) von Fußgeschwüren, 35/50 Fällen (70 Prozent) von tiefen Infektionen, und 1/15 Fällen (7 Prozent) von Gangrän; in den übrigen Fällen musste chirurgisch unter anderem eine Amputation durchgeführt werden. Chantelau et al. (1996) (7) führten eine randomisierte placebo-kontrollierte Doppelblindstudie bei 47 Patienten mit oberflächlichen neuropathischen Fußgeschwüren durch. Die zusätzliche Antibiotikabehandlung mit Amoxicillin plus Clavulansäure erbrachte über 20 Tage keinen Vorteil gegenüber der Placebogabe (bei vollständiger Druckentlastung und Wunddebridement). Amputationen waren nicht erforderlich.

Bei ischämisch gangränösen Verletzungen (infolge PAVK beziehungsweise

se kritischer Ischämie) wird die Bypass-Chirurgie angewendet. Vergleichsstudien von Calle-Pascual (4) und anderen zeigen, dass die operative Revaskularisation bei Diabetikern wie Nichtdiabetikern vergleichbare Raten des Beinerhalts und der Geschwürsheilung bewirkt. In Populationsstudien (12, 17) korreliert die Häufigkeit der Bypass-Operationen invers mit der Amputationsrate (ohne Berücksichtigung von Diabetikern); eine Populationsstudie von Holstein et al. (11) belegt diesen Zusammenhang auch bei Diabetikern.

Resümee

Die Wirksamkeit einiger abgestufter Maßnahmen zum Erhalt des amputationsgefährdeten, „diabetischen“ Fußes ist gesichert. Dazu zählen die Früherkennung von Hochrisikopatienten und deren Einbindung in ein Fußschutzprogramm mit regelmäßiger podologischer Behandlung und Benutzung von Spezialschuhwerk. Wie der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in seiner Indikationsliste kürzlich festgestellt hat, zielt die „verletzungsfreie“ podologische Behandlung auf „die Vermeidung von drohenden Hautschäden wie Fissuren, Ulzera und Entzündungen“, sowie „von drohenden Nagelwall- und Nagelbettschädigungen“. Weiterhin ist für Hochrisikopatienten mit diabetischer Podopathie und abgeheilter Fußläsion (bei undeformierten Füßen) die Benutzung von konfektioniertem

Spezialschuhwerk zum traumareduzierenden Gehen wirksam zur Vorbeugung von Verletzungen. Die podologische Behandlung und die Versorgung mit Spezialschuhen sind unter der Bedingung kostensparend, wenn sie „bei Hochrisikopatienten die Inzidenz von Geschwüren und Amputationen um mindestens 25 Prozent verringern“ (20).

Ebenso wie die Verhinderung von trivialen Fußverletzungen verhütet deren Sanierung bei Hochrisikopatienten Amputationen, da bei diesen Patienten die Mehrzahl der Fußverletzungen zur Amputation führt. Differenzierte Behandlungen zur Abheilung von neuropathischen Fußverletzungen mit Wundtoilette (Debridement) und vollständiger Druckentlastung sind effektiv; bei ischämischen Fußverletzungen ist die operative arterielle Gefäßrekonstruktion (Bypass-Chirurgie) die einzig effektive Maßnahme zum Fußerhalt. Eine begleitende Antibiotikabehandlung ist bei leichten Infektionen und erhaltener arterieller Durchblutung ineffektiv.

Nach der Studienlage werden diese komplexen Maßnahmen am besten in Spezialeinrichtungen durchgeführt (so genannte Diabetesfußambulanzen) mit angeschlossenen stationären Behandlungskapazitäten (9, 18), und entsprechenden Behandlungsteams unter Beteiligung von Fußchirurgen, Gefäßchirurgen, Podologen und orthopädischen Schuhmachern (1). Diese Teams fungieren sowohl als Behandler als auch als „Case-manager“. Disease-Management-Programme, die auf die Senkung der Amputationsrate bei Diabetikern abzielen, sollten derartige Behandlungsstrukturen einschließen.

Manuskript eingereicht: 5. 2. 2002, revidierte Fassung angenommen: 9. 4. 2002

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2002; 99: A 2052–2056 [Heft 30]

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das über den Sonderdruck beim Verfasser und über das Internet (www.aerzteblatt.de) erhältlich ist.

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. Ernst Chantelau
Diabetes-Fußambulanz
MNR-Klinik
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Postfach 10 10 07
40001 Düsseldorf

DISKUSSION

zu dem Beitrag

Depressive Störungen bei Patienten der Allgemeinmedizin

Früherkennung und therapeutische Ansätze

von
Priv.-Doz. Dr. med.
Hermann Ebel
Dr. med. Karl Beichert

in Heft 3/2002

Miteinander wichtig

„Vor Hausärzten sei gewarnt! Hütet euch vor der Allgemeinpraxis, zumindest dann, wenn ihr Depressionen habt.“ Diesen Eindruck muss der Leser gleich zu Anfang gewinnen. Immerhin, so heißt es, werden bis zu 75 Prozent aller Fälle vom Allgemeinarzt nicht richtig diagnostiziert, 75 Prozent aller Depressionen bleiben unbehandelt und nur bei 15 Prozent erfolgt eine medikamentöse antidepressive Therapie und dies nur in 7 Prozent aller Fälle in adäquater Dosierung. Woher die Zahlen kommen, auf welchen Studien sie beruhen, wie sie gewonnen wurden, bleibt offen. Der Facharzt für Allgemeinmedizin ist scheinbar nicht der richtige Ansprechpartner.

Dies ist umso unverständlicher, da, wie gerade die letzten Umfragen ergeben haben, mehr als 90 Prozent aller Patienten einen Allgemeinarzt primär aufsuchen, und mehr als 80 Prozent mit ihm zufrieden sind. Und wie sieht es aus mit den anderen im hausärztlichen Bereich tätigen Fachärzten, zum Beispiel mit den hausärztlich tätigen Fachärzten für Innere Medizin oder für Pädiatrie, die ebenfalls im hausärztlichen Bereich tätig sind, und depressive Patienten behandeln? Sind sie genauso „schlecht“, oder genauso „gut“, wer hat dies eigentlich alles untersucht? Und wie sieht es aus mit den Fachärzten für Psychiatrie, was deren Qualität betrifft? Auch hier sei die Fra-

ge erlaubt, wurde dies schon einmal untersucht? Wo steht dies?

Dass das Problem der Depression ein Problem besonderer Art in der Praxis darstellt, dass auch Mängel existieren, soll in keinsten Weise heruntergefahren werden. Wenn dies so ist, bedarf es systematischer Verbesserung in der Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung und nicht der geradezu polemischen Polarisierung, wie dies in diesem Artikel geschieht. Wenn so ein Themengebiet bearbeitet werden muss, müssen beide Seiten sich zu Wort melden, der Facharzt für Allgemeinmedizin, der aus seinem Gebiet berichtet, und der Facharzt für Psychiatrie, der aus seinem Gebiet berichtet, damit beide Seiten ihre Besonderheiten darstellen und beide Seiten gemeinsam die Brücken definieren und aufzeigen, die beschränkt werden müssen, um die Qualität zu verbessern und die Versorgung der Patienten zu sichern. Genauso wenig wie sich ein Facharzt für Allgemeinmedizin über zum Beispiel die psychiatrische Versorgung in Deutschland auslassen darf, ohne die darin bestehenden Besonderheiten zu berücksichtigen und fachkompetente Vertreter zu hören, sollte es in Zukunft unterbleiben, dass Gebietsärzte aus ihrer Sicht über das Gebiet der Allgemeinmedizin dozieren, deren Besonderheiten und Probleme, deren Möglichkeiten und Grenzen sie gar nicht kennen, leider Gottes sich auch meist gar nicht bemühen, diese kennen zu lernen. Wenn diese Form der Non-Kommunikation verbessert werden könnte, wäre ein Riesenschritt zum besseren Verständnis, zur Kollegialität im eigentlichen Sinne getan, von der Verbesserung der Versorgung der Patienten ganz zu schweigen.

Was dann kommt im weiteren Artikel ist eine sehr schöne Zusammenstellung, eine sehr schöne Propädeutik, die zu lesen allen Ärzten jeglicher Fachrichtung nur anzuraten ist.

Am Ende noch ein wahres Wort: „Essenziell ist eine gute interdisziplinäre Kommunikation und Abstimmung . . .“ Da muss noch viel getan werden!

Prof. Dr. med. Hans-Dieter Klimm
Ringstraße 20 f
76456 Kuppenheim

Inhomogenes Arztmuster

Sieht man sich die Arbeit aufmerksam an, so ergeben sich Probleme bei der Bewertung der Ergebnisse, da nicht klar wird, auf welches Kollektiv von Ärzten sich die Zahlen beziehen. In der Überschrift wird auf Patienten der Allgemeinmedizin abgestellt, also auf Ärzte, die im Besitz der Gebietsbezeichnung Allgemeinmedizin sind, während im Text dann von Hausärzten oder Patienten in Allgemeinarztpraxen berichtet wird. Nun gibt es keine Weiterbildung „Hausarzt“, sondern an der hausärztlichen Versorgung im sozialrechtlichen Sinne nach § 73 SGB V nehmen insgesamt fünf nach der Weiterbildung völlig unterschiedliche Arztgruppen teil:

1. Allgemeinärzte,
2. Kinderärzte,
3. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben,
4. Ärzte, die nach § 95 a Abs. 4 und 5 Satz 1 SGB V in das Arztregister eingetragen sind,
5. Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben.

Angesichts dieses völlig inhomogenen Arztmusters muss in Arbeiten mit wissenschaftlichen Aussagen sehr präzise darauf abgestellt werden, auf welche der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen sich eine Studie bezieht.

Kollektive Sammelaussagen wären bestenfalls zur Gesamtmenge der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte möglich oder aber differenziert nach dem jeweiligen arztrechtlichen Status des an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes. Nur so wären Fragestellungen zu beantworten, ob es Behandlungsunterschiede innerhalb der Gesamtmenge der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte mit Blick auf ihre unterschiedlichen arztrechtlichen Qualifikationen gibt.

Prof. Dr. med. Peter Knuth
Berufsverband Deutscher Internisten e. V.
Postfach 15 66
65005 Wiesbaden

Spricht für Primärarztmodell

In dem fachlich sehr guten Artikel von Herrn Ebel verwundert die Schelte an den Hausärzten. Der Allgemeinmediziner ist der Facharzt, der bei somatischen Beschwerden am häufigsten auch die Möglichkeit einer psychischen oder depressiven Genese in Betracht zieht. In der hausärztlichen Praxis werden täglich viele Patienten mit organischen Beschwerden gesehen, die zunächst diverse Spezialisten konsultiert haben und bei denen oft eine aufwendige, teure, sich zum Teil wiederholende Diagnostik durchgeführt wurde und die im ungünstigsten Falle, bevor der Hausarzt sie sieht, sogar schon voroperiert worden sind – natürlich ohne dass eine Besserung des Beschwerdebildes eingetreten ist. Der Hausarzt ist in aller Regel der Erste, der die Möglichkeit einer Psychosomatose in Betracht zieht.

Das Thema depressive Störungen ist wieder ein gutes Beispiel dafür, dass nur in einem Primärarztmodell der Patient effektiv betreut wird. Dass das Primärarztmodell dabei auch noch hilft – überflüssige – Kosten zu sparen sei hier nur am Rande erwähnt.

Dr. med. Burkhard Jahn
Müller-Thaden-Weg 4 D
26419 Schortens

Depression in der Primärversorgung

Es ist noch immer nicht ausreichend bekannt, dass sich die meisten depressiven Patienten in der Primärversorgung befinden und hier noch ein großer diagnostischer und therapeutischer Optimierungsspielraum besteht. Daher ist der Beitrag von Ebel und Beichert (1) außerordentlich wichtig.

Allerdings ist zu dem Artikel anzumerken, dass unter „Instrumente zur Depressionserfassung“ noch der PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) empfohlen wird, der von Spitzer und Mitarbeitern entwickelt wurde (3). Diese Arbeitsgruppe hat 1999 selbst ausgeführt, dass dieses Instrument noch zu aufwendig sei und daher wenig in der Praxis eingesetzt wird.

Spitzer et al. empfehlen daher den von ihnen aus dem PRIME-MD weiterentwickelten, sehr viel kürzeren „Brief Patient Health Questionnaire“ (B-PHQ) zur Erkennung depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis (4).

In unserer eigenen vergleichenden Untersuchung (2), gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, zum Einsatz von Screeningfragebögen in der Primärversorgung, schnitt der „WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden“ (5), entwickelt von Bech, noch besser im Hinblick auf die Sensitivität, bei allerdings schlechterer Spezifität, ab. Dieser Selbstbeurteilungsfragebogen ist mit seinen fünf Fragen noch kürzer und enthält sehr positive Formulierungen, von denen vermutet werden kann, dass sie deutlich weniger Stigmatisierungsängste bei Patienten in der hausärztlichen Praxis auslösen.

Literatur

1. Ebel H, Beichert K: Depressive Störungen bei Patienten der Allgemeinmedizin. Dtsch Arztebl 2002; 99: A 124–130 [Heft 3].
2. Henkel V, Braun S, Kohnen R et al.: Identifying depression in primary care: A comparison of different methods. Submitted to BMJ.
3. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, de Gruy FV, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-D 1000 Study. JAMA 1994; 272: 1749–1756.
4. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD. The PHQ Primary Care Study. JAMA 1999; 282: 1737–1744.
5. WHO Info Package: Mastering depression in Primary Care. Frederiksberg: World Health Organization, Regional Office for Europe, Psychiatric Research Unit, 1998.

Dr. med. Verena Henkel
Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl
Psychiatrische Klinik und Poliklinik
Ludwig-Maximilians-Universität
Nußbaumstraße 7
80336 München
E-Mail: vhenkel@psy.med.uni-muenchen.de

Hoher Betreuungsbedarf ungünstig

Es ist ja schon lange Mode, irgendwelche Defizite zu beklagen (Schmerztherapie, Diabetikerbetreuung et cetera), sodass man den Eindruck gewinnen muss, die vertragsärztliche Versorgung bestehe nur aus Defiziten. Und

natürlich werden diese Defizite meist bei den Allgemeinärzten gefunden, die ja auch das breiteste Spektrum an Krankheitsbildern versorgen müssen. Ich frage mich aber schon, wie man festgestellt haben will, dass Allgemeinärzte angeblich so häufig Depressionen übersehen: Hat man Testpatienten in die Praxen geschickt oder alle Menschen, die eine Allgemeinpraxis verließen, eingefangen und psychiatrisch untersucht?

Auch ich habe über die Betreuung von depressiven Patienten zu klagen. Wartezeiten von bis zu vier Monaten für Psychotherapie, häufig durch Beipackzettel verunsicherte Patienten, die nicht bereit sind, die (vom Psychiater verordneten) Medikamente weiterzunehmen, sehr häufige Verweigerung der Patienten, überhaupt zum Psychiater zu gehen, weit mehr als 50 Prozent mit der psychiatrischen Therapie unzufriedene Patienten, in über 70 Prozent keine notwendigen Laborkontrollen, bei über 90 Prozent keine Rückmeldungen oder Berichte von Psychotherapeuten.

Für mich stellt sich die Frage, wo die größeren Defizite liegen, bei der Diagnostik in den Allgemeinpraxen oder bei der Therapie in Facharztpraxen, oder vielleicht auch bei der Compliance der heute mündigen Patienten. Jedenfalls bin ich sicher, dass die Beurteilung nicht bei einem Krankenhausarzt liegen kann und darf, der ein ganz anderes und ausgesuchtes Patientenkollektiv betreut.

Die Medien werden sich sicher gerne wieder auf die neu erkannten Defizite stürzen. Im Übrigen sind alle chronisch kranken Patienten mit hohem Betreuungsbedarf betriebswirtschaftlich ungünstig für Kassenärzte. Das haben Politik und KBV so gewollt und auch zu verantworten.

Dr. med. Henning Fischer
Scharnhorststraße 25
32052 Herford

Empirische Forschung nötig

Die Konsequenzen, die der Inhalt des Artikels für die ärztliche Ausbildung und allgemeinärztliche Weiterbildung hat, sind extrem schwierig durchzuset-

zen. 40 Stunden Einführung in die psychiatrische psychosomatische Grundversorgung im Rahmen der obligaten Kursweiterbildung in Allgemeinmedizin sind ein erster Schritt in diese Richtung. Dieses Vorgehen ist seit 1994 wirksam geworden. Psychiatrisch-psychosomatische Modellvorstellungen sind in internistischen differenzialdiagnostischen Werken selten.

Bei der Dominanz der Inneren Medizin für die Aus- und Weiterbildung müsste in allen Klinika ein selbstverständlicher engerer Konsultationsdienst und eine engere Zusammenarbeit zwischen ihr, den anderen großen Fächern und der Psychiatrie beziehungsweise Psychosomatik angestrebt werden. In Hamburg war dies in den 60er-Jahren möglich: im Universitätskrankenhaus Eppendorf erhielt der Psychosomatiker regelmäßig Einblick in die Arbeit der kardiologischen Intensivstation.

Der Allgemeinarzt in der Praxis wird mit unsicheren und untypischen Fällen konfrontiert – logischerweise ist auch seine Diagnostik daher weniger gezielt und mehr von der Verlaufsbeobachtung abhängig. Auch der Patient braucht diese Zeit, um von seiner somatisierten Fixierung über die negative internistische Diagnostik Abstand zu bekommen. Dies darf nur nicht in Sprachlosigkeit enden, gerade dann muss die Körpersprache interpretiert werden.

Im psychiatrischen Notfall die Zeit zu überbrücken bis zu einer möglichen psychiatrischen Konsultation, ist eine fachliche wie menschliche Herausforderung mit hohem Risiko. Empirische Forschung, welche Fähigkeiten dabei besonders wichtig sind und welche Strategien dabei die erfolgreichsten sind, muss gefördert werden, damit dies in die Ausbildung zum Arzt und in die Weiterbildung zum Hausarzt wissenschaftlich begründet einfließen kann. Vielleicht kann die Forschung des Kompetenznetzwerkes Depression in Freiburg zur Umsetzung beitragen.

Prof. Dr. med. Gernot Lorenz
Eberhard-Karls-Universität Tübingen
Keplerstraße 13
72074 Tübingen

Kurzzeitpsychotherapie kosteneffektiv

Die ausgezeichnete Überblicksarbeit sollte um den Hinweis ergänzt werden, dass Kurzzeittherapie (maximal zwölf Sitzungen) mit Gesprächspsychotherapie oder kognitiver Verhaltenstherapie bei einem hausärztlichen Patientenkollektiv mit leichter bis mittelschwerer Depression sich als mindestens so wirksam und kosteneffektiv erwies wie „übliche“ hausärztliche Versorgung (1, 4). Sie sollte daher nicht erst dann in Erwägung gezogen werden, wenn verschiedene Pharmaka wenig hilfreich waren.

Dies erscheint umso bemerkenswerter als das seit geraumer Zeit gerade bei pharmakritischen Patienten dieser Indikationsgruppe immer beliebter werdende Johanniskraut (*Hypericum perforatum*) zwar ein vergleichsweise günstiges Nebenwirkungsprofil hat, unter anderem durch Induktion des Zytochrom-P450-Systems, es aber sehr wohl zu klinisch relevanten Interaktionen mit Synthetika kommen kann, wenn diese über das gleiche Enzymsystem abgebaut werden, was auf eine ganze Reihe von Wirkstoffen zutrifft (2, 3, 5).

Hinzu kommt, dass die zunehmende Selbstmedikation der vermeintlich aufgeklärten Patienten hier böse Überraschungen bergen könnte: Eine große Einzelhandelskette bietet seit einiger Zeit ein „Over-the-counter“-Präparat von Johanniskraut mit einer empfohlenen Tagesdosis von 180 mg an. Das entspricht nur 20 Prozent der in der Übersichtsarbeit genannten Dosierung. Auf einer Tagesdosis von 900 mg beruhen aber die meisten Studien, die in die Metaanalyse zur Wirksamkeit von Johanniskraut eingingen, die in der Übersichtsarbeit zitiert wird. Interaktionen mit Synthetika sind auch bei derart niedriger Dosierung zumindest nicht auszuschließen, ohne dass es dabei einen Wirksamkeitshinweis gäbe.

Literatur

1. Bower P, Byford S, Sibbald B et al.: Randomized controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: Cost effectiveness. *BMJ* 2000; 321: 1389–1392.

2. Ernst E: The risk-benefit profile of commonly used herbal therapies: Ginkgo, St. John's wort, Ginseng, Echinacea, Saw Palmetto, and Kava. *Ann Intern Med* 2002; 136: 42–53.
3. Ruschitzka F, Meier PJ, Turina M, Luscher TF, Noll G: Acute heart transplant rejection due to Saint John's wort. *Lancet* 2000; 355: 548–549.
4. Ward E, King M, Lloyd M et al.: Randomized controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I. Clinical effectiveness. *BMJ* 2000; 321: 1383–1388.
5. Yue QY, Bergquist C, Gerdén B: Safety of St. John's wort (*Hypericum perforatum*). *Lancet* 2000; 355: 576–577.

Dr. med. Dr. phil. Peter Schuck
 Dipl.-Psych. Dr. phil. Heiner Vogel
 Dipl.-Psych. Thomas Steinbüchel
 Institut für Psychotherapie und
 Medizinische Psychologie der Universität Würzburg
 Klinikstraße 3
 97070 Würzburg

Schlusswort

Für die Diskussionsbeiträge möchten wir uns bedanken. Zu der uns von Herrn Klimm und Herrn Jahn vorgehaltenen Polarisierung beziehungsweise Schelte an den Hausärzten möchten wir ausdrücklich feststellen, dass dies in keiner Weise unsere Absicht war. Bedauerlicherweise ist es schlicht und einfach eine Tatsache, wie die im Übrigen zitierten Studien zeigen, dass die Identifikation von depressiven Störungen im primärärztlichen Bereich nach wie vor unzureichend ist. Nach den Ergebnissen einer in ausgewählten Arztpraxen zweier Regionen (Mainz und Berlin) 1991 durchgeführten Multicenterstudie der WHO (2) wurde nur jeder zweite Patient mit Angst- und depressiven Störungen auch vom Arzt als solcher erkannt, was sich in der 1994 durchgeführten Europäischen Multicenterstudie bestätigte (1). In der international einzigartigen bundesrepublikanischen Studie wurden dann 1999 nahezu 700 Allgemeinarztpraxen aus dem Bundesgebiet untersucht (3). Nach dieser Studie wurden zwar von den ausgeprägten depressiven Störungen 75 Prozent erkannt, dennoch aber leichtere und schwelennahe Depressionen in 41 Prozent der Fälle nicht identifiziert. Dennoch ist von einem Zuwachs an diagnostischer Kompetenz auszugehen, der ebenso ermutigend ist wie

das Ergebnis, dass depressive Patienten häufiger als in der Vergangenheit angemessene antidepressive Behandlungen (31 Prozent Verschreibung moderner Antidepressiva, nahezu 70 Prozent verstärkte Krisenintervention und Beratung) erhalten (3).

Ausgewählt wurden für die Studie im Übrigen primär Allgemein- und praktische Ärzte sowie zusätzliche internistische Praxen, sofern sie in der Region auch allgemeinärztliche Versorgungsaufgaben mit übernahmen. Bei der Stichprobe wurde darauf geachtet, dass eine hinsichtlich Hausarztfunktion, geographischer Verteilung sowie Praxisgröße möglichst repräsentative Auswahl getroffen wurde. Dies beantwortet vielleicht die kritische Frage von Herrn Knuth, auf welche an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Arztgruppen sich die Zahlen beziehen. Untersuchungen, die über die Erkennensrate von Depressionen bei Ärzten für Innere Medizin, Kinderärzten und Fachärzten für Psychiatrie Auskunft geben, sind uns nicht bekannt.

Wenngleich wir auch meinen, dass das Primärarztmodell weiterhin die relevante Betreuungsform für depressive Patienten darstellt, sehen wir, wie Herr Hegerl und Frau Henkel, noch großen Spielraum für Verbesserungen auf diagnostischem und therapeutischem Gebiet. Dies gilt umso mehr als Depressionen nicht nur Volkskrankheiten mit hohem Leidensdruck und immensen Gesundheitskosten sind, sondern auch die Hauptursache für Suizide darstellen! Zu danken ist den beiden Autoren für ihren Hinweis auf zwei weitere mit weniger Zeitaufwand verbundene Instrumente zur Depressionserfassung in der allgemeinärztlichen Praxis.

Herr Fischer weist mit seiner Kritik an den Wartezeiten für Psychotherapie, der mangelnden Compliance der Patienten und der schlechten Kommunikation zwischen Allgemeinarzt und Psychotherapeuten auf Defizite hin, denen unseres Erachtens nicht widersprochen werden kann. Dies unterstreicht unsere Ansicht, dass wir nicht einseitig den Allgemeinärzten Versorgungsmängel anlasten wollen, sondern uns in Kenntnis ihrer besonders

schwierigen Rolle der weiteren, darüber hinausgehenden Schwierigkeiten (zum Beispiel ambulante beziehungsweise stationäre Überweisungen) sehr wohl bewusst sind.

Voll und ganz ist daher Herrn Lorenz zuzustimmen, dass nicht nur die psychiatrische Kompetenz in der allgemeinärztlichen Weiterbildung intensiviert werden sollte, sondern auch die klinische Kommunikation von somatisch und psychiatrisch tätigen Ärzten durch Einrichtung fächerübergreifender Konsil- und Liaisondienste an den Krankenhäusern. Unbestreitbar ist auch die von Herrn Lorenz angesprochene schwierige Rolle des Allgemeinarztes, der in seiner Praxis nicht nur mit unsicheren und untypischen Fällen konfrontiert wird, sondern oft auch mit dem besonderen Druck des psychiatrischen Notfalles fertig werden muss.

Gerne greifen wir den Hinweis von Herrn Schuck, Herrn Vogel und Herrn Steinbüchel auf, das sich als wirksam erwiesene Gesprächspsychotherapien oder die kognitive Verhaltenstherapie therapeutisch immer in Betracht gezogen werden sollten, insbesondere angesichts der deutlich mehr in den Blickpunkt geratenen Medikamentenwechselwirkungen, die auch bei Phytopharmaka wie dem Johanniskraut nicht unbeträchtlich sind.

Literatur

1. Lepine JP, Gastpar M, Mendlenitz T, Tylee A: Depression in the community: the first pan-European study DEPPRES (Depression research in European society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12: 19–29.
2. Sartorius N, Üstün TB, Lecrubier Y, Wittchen HU: Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Brit J Psychiatry* 1996; 168 (Suppl. 30): 38–43.
3. Wittchen HU, Höfler M, Meister W: Depressionen in der Allgemeinarztpraxis. Die bundesweite Depressionsstudie. Stuttgart: Schattauer 2000.

Priv.-Doz. Dr. med. Hermann Ebel
 Klinik für Psychiatrie und
 Psychotherapie/Psychosomatik
 Posillipoststraße 4
 71640 Ludwigsburg