

**Information:  
Druckentlastung bei  
diabetischem Fußsyndrom**

WZ-IN-001 V01  
Druckentlastung bei diabetischem  
Fußsyndrom  
gültig bis: 16.06.2022



Seite 1 von 10

**Ziele**

- Koordiniertes Vorgehen aller an der Behandlung beteiligten Personen
- Zielgerichtete Regelversorgung
- Vollständige Entlastung des diabetischen Fußulkus
- Vermeiden von Komplikationen
- Förderung des Wundheilungsprozesses und der Lebensqualität

**Definition**

Eine adäquate Druckentlastung des Fußulkus ist die Voraussetzung für die Wundheilung.

**Grundsätzliches**

Geeignetes Schuhwerk - Hausschuhe und Straßenschuhe - sollte immer dem individuellen Risikostatus des Patienten entsprechen.

**Verordnungskriterien zur Schuhversorgung beim diabetischen Fußsyndrom** (lt. AWMF Leitlinie NVL Typ-2-Diabetes Fußkomplikationen, Langfassung Februar 2010, Vers. 2.8)

| Verordnungsklasse  | Erläuterung  | Regelversorgung  |
|--|--|--|
| <b>0</b><br>Diabetes mellitus ohne PNP/pAVK                                      | Aufklärung und Beratung                                | Fußgerechte Konfektionsschuhe  |
| <b>I</b><br>Wie 0, mit Fußdeformität   | Höheres Risiko bei späterem Auftreten einer PNP/pAVK   | Orthopädieschuhtechnische Versorgung aufgrund orthopädischer Indikation  |
| <b>II</b><br>Diabetes mellitus mit Sensibilitätsverlust durch PNP/relevante pAVK | PNP mit Sensibilitätsverlust, pAVK                     | Diabetesschutzschuh mit herausnehmbarer konfektionierter Weichpolstersonhle, ggf. mit orthopädischer Schuhzurichtung<br><br>Höherversorgung mit diabetesadaptierter Fußbettung (DAF) oder orthopädischen Maßschuhen bei Fußproportionen, die nach einem konfektionierten Leisten nicht zu versorgen sind, Fußdeformität, die zu lokaler Druckerhöhung führt, fehlgeschlagener adäquater Vorversorgung, orthopädischen Indikationen |
| <b>III</b><br>Z. n. plantarem Ulkus  | Deutlich erhöhtes Ulkusrezidiv-Risiko gegenüber Gr. II | Diabetesschutzschuh in der Regel mit diabetesadaptierter Fußbettung, ggf. mit orthopädischer Schuhzurichtung<br><br>Höherversorgung mit orthopädischen Maßschuhen bei Fußproportionen, die nach einem konfektionierten Leisten nicht zu versorgen sind, fehlgeschlagener adäquater Vorversorgung, orthopädischen Indikationen  |

|   |                                      |                                   |
|---|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Erstellt/Revidiert: Standardgruppe WZHH | Überprüft: Leiter der Standardgruppe | Freigegeben: 1. Vorsitzender WZHH |
| Datum: 28.05.2020                       | Datum: 17.06.2020                    | Datum: 17.06.2020                 |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>IV</b><br>wie II mit Deformitäten<br>bzw. Dysproportionen   | Nicht nach<br>konfektioniertem<br>Leisten zu<br>versorgen                                       | Orthopädische Maßschuhe mit<br>diabetesadaptierter Fußbettung (DAF)   |
| <b>V</b><br>Diabetische<br>Neuroosteoarthropathie<br>(DNOAP, Sanders-Typ II-V,<br>Levin-Stadium III) | Orthesen in der<br>Regel bei<br>DNOAP Sanders-<br>Typ IV-V oder bei<br>starker<br>Lotabweichung | Knöchelübergreifende orthopädische<br>Maßschuhe mit diabetesadaptierter<br>Fußbettung, Innenschuhe, Orthesen                              |
| <b>VI</b><br>wie II mit Fußteilamputation  | Mindestens<br>transmetatarsale<br>Amputation, auch als<br>innere<br>Amputation                  | Versorgung wie IV plus Prothesen  |
| <b>VII</b><br>Akute Läsion/<br>floride DNOAP   | Stets als temporäre<br>Versorgung   | Entlastungsschuhe, Verbandsschuhe,<br>Interimsschuhe, Orthesen, Vollkontakt-Gips<br>(TCC) ggf. mit DAF und orthopädischen<br>Zurichtungen |

### Kriterien für eine höhergradige Versorgung

- a) Kontralaterale Major-Amputation
- b) Arthropathie Hüfte/Knie/OSG oder Gelenkimplantat mit Funktionsbeeinträchtigung/Kontraktur
- c) Amputation der Großzehe/Resektion MFK I
- d) Motorische Funktionseinschränkung/Parese eines oder beider Beine
- e) Höhergradige Gang- und Standunsicherheit
- f) Extreme Adipositas (BMI  $\geq 35$ )
- g) Dialysepflichtige Niereninsuffizienz
- h) Beruf mit überwiegender Steh- und Gehbelastung
- i) Erhebliche Visuseinschränkung

### Therapie

#### Maßnahmen zur Druckentlastung

Folgende Verordnungen und Anwendungen können zum Einsatz kommen:

- Protektives Schuhwerk, z. B. Verbandsschuhe, Interimsschuhe, ggf. mit diabetesadaptierter Fußbettung (DAF) und orthopädischen Zurichtungen
- Vollkontakt-Gips (Total-Contact-Cast) in Zwei-Schalen-Technik
- Konfektionierte bzw. maßgefertigte Orthesen, ggf. unterstützt durch Gehstützen, Rollstuhl oder initiale Bettruhe

#### Erklärungen

**Verbandschuh:** leicht, günstig, waschbar, vorrätig, hautfreundlich, Platz für Verbandmaterialien, zurichtbar, Platz für Bettungen: z. B. Modell Erfurt, Modell Leipzig

**Interimsschuh:** leichter, meist textiler orthopädischer Maßschuh für den vorübergehenden Einsatz, wird über einem Sonderleisten hergestellt und beinhaltet eine entsprechende Bettung, wenn ein Verbandschuh aufgrund der Fuß-/Zehenfehlstellung nicht möglich ist.

Alle Schuhzurichtungen sind mit Ausgleich auf der Gegenseite zu verordnen.



**Risikogruppe II**  
Diabetes mellitus mit PNP/pAVK

Fußdeformität

Hilfsmittel

Verordnungsvorschlag



|   |                      |                              |                      |                      |  |
|---|----------------------|------------------------------|----------------------|----------------------|--|
| Patientenname / Kennnummer  |                      | Geb. Ort, Geb. Datum, Gesch. |                      | Arztname             |  |
| Merkmal / Diagnose  |                      | Jahr                         |                      | Kategorie            |  |
| Kategorie   | Verordnungsart       | Verordnungsdatum             | Verordnungszeitpunkt | Verordnungsart       |  |
| Verordnungsart  | Verordnungszeitpunkt | Verordnungsart               |                      |                      |  |
| <input type="checkbox"/> 1 Paar diabetes-adaptierte Fußbettungen nach unbelastetem Abdruck mit Pedografie<br><input type="checkbox"/> 1 Paar Schuhzunchtungen |                      |                              |                      |                      |  |
| Merkmal   |                      | Verordnungsart               |                      | Verordnungszeitpunkt |  |
| Verordnungsart  |                      | Verordnungszeitpunkt         |                      | Verordnungsart       |  |

Fehlgeschlagene adäquate Vorversorgung .

Orthopädische Indikationen

|  |                      |                              |                      |                      |  |
|--|----------------------|------------------------------|----------------------|----------------------|--|
| Patientenname / Kennnummer   |                      | Geb. Ort, Geb. Datum, Gesch. |                      | Arztname             |  |
| Merkmal / Diagnose   |                      | Jahr                         |                      | Kategorie            |  |
| Kategorie  | Verordnungsart       | Verordnungsdatum             | Verordnungszeitpunkt | Verordnungsart       |  |
| Verordnungsart   | Verordnungszeitpunkt | Verordnungsart               |                      |                      |  |
| <input type="checkbox"/> 1 Paar orthopädische Schuhe/Stiefel mit DAF<br>ggf.nach Gips / Gehprobenmodell / mit Pedografie |                      |                              |                      |                      |  |
| Merkmal  |                      | Verordnungsart               |                      | Verordnungszeitpunkt |  |
| Verordnungsart   |                      | Verordnungszeitpunkt         |                      | Verordnungsart       |  |

**Risikogruppe III**  
Diabetes mellitus mit PNP/pAVK  
Z. n. plantarem Ulcus

Fußdeformität

Hilfsmittel

Verordnungsvorschlag



|  |                      |                              |                      |                      |  |
|--|----------------------|------------------------------|----------------------|----------------------|--|
| Patientenname / Kennnummer   |                      | Geb. Ort, Geb. Datum, Gesch. |                      | Arztname             |  |
| Merkmal / Diagnose   |                      | Jahr                         |                      | Kategorie            |  |
| Kategorie  | Verordnungsart       | Verordnungsdatum             | Verordnungszeitpunkt | Verordnungsart       |  |
| Verordnungsart   | Verordnungszeitpunkt | Verordnungsart               |                      |                      |  |
| <input type="checkbox"/> 1 Paar Diabetiker-Schutzschuhe<br><input type="checkbox"/> 1 Paar diabetes-adaptierte Fußbettungen mit Ulcus Einbettung u. Pedografie<br><input type="checkbox"/> 1 Paar Schuhzunchtungen |                      |                              |                      |                      |  |
| Merkmal  |                      | Verordnungsart               |                      | Verordnungszeitpunkt |  |
| Verordnungsart   |                      | Verordnungszeitpunkt         |                      | Verordnungsart       |  |

|  |                      |                              |                      |                      |  |
|--|----------------------|------------------------------|----------------------|----------------------|--|
| Patientenname / Kennnummer   |                      | Geb. Ort, Geb. Datum, Gesch. |                      | Arztname             |  |
| Merkmal / Diagnose   |                      | Jahr                         |                      | Kategorie            |  |
| Kategorie  | Verordnungsart       | Verordnungsdatum             | Verordnungszeitpunkt | Verordnungsart       |  |
| Verordnungsart   | Verordnungszeitpunkt | Verordnungsart               |                      |                      |  |
| <input type="checkbox"/> 1 Paar orthopädische Schuhe/Stiefel mit DAF<br>ggf.nach Gips / Gehprobenmodell / mit Pedografie |                      |                              |                      |                      |  |
| Merkmal  |                      | Verordnungsart               |                      | Verordnungszeitpunkt |  |
| Verordnungsart   |                      | Verordnungszeitpunkt         |                      | Verordnungsart       |  |

**Risikogruppe IV**  
 Diabetes mellitus mit PNP/pAVK  
 DNOAP (LEVIN III)

Fußdeformität



Hilfsmittel



Verordnungsvorschlag

|   |             |                                  |  |                        |  |
|---|-------------|----------------------------------|--|------------------------|--|
| Krankenhaus bzw. Kostenträger                                       |             | Kopf, Hals, Brust, Bauch, Becken |  | Hautarzt               |  |
| Name, Vorname des Verordners  |             | Jahr                             |  | Krankenhaus-Nr.        |  |
| Kranken-Nr.   | Vorname-Nr. | SSGK                             |  |                        |  |
| Verordner-Nr.   | Vergütung   | DAK                              |  |                        |  |
| Fig. -> siehe unten   |             |                                  |  |                        |  |
| 1 Paar orthopädische Schuhe/Stiefel mit DAF                         |             |                                  |  |                        |  |
| ggf. nach Gips / Gehprobenmodell / mit Pedografie / Schuhzurichtung |             |                                  |  |                        |  |
| Abstr. Bei Krankheitsfall   |             | Angehöriger                      |  | Instandhalt. des Items |  |
| ausfüllen!  |             | in der Spalte                    |  | Merkz. B.G. 2006       |  |
| Erreichte oder vorgeschriebene                                      |             |                                  |  |                        |  |

Fußdeformität



Hilfsmittel



Verordnungsvorschlag

|   |             |                                  |  |                        |  |
|---|-------------|----------------------------------|--|------------------------|--|
| Krankenhaus bzw. Kostenträger   |             | Kopf, Hals, Brust, Bauch, Becken |  | Hautarzt               |  |
| Name, Vorname des Verordners  |             | Jahr                             |  | Krankenhaus-Nr.        |  |
| Kranken-Nr.   | Vorname-Nr. | SSGK                             |  |                        |  |
| Verordner-Nr.   | Vergütung   | DAK                              |  |                        |  |
| Fig. -> siehe unten   |             |                                  |  |                        |  |
| 1 Paar orthopädische Stiefel mit DAF  |             |                                  |  |                        |  |
| nach Gips u. Gehprobenmodell mit Pedografie / Schaftversteifung und Schuhzurichtung |             |                                  |  |                        |  |
| Abstr. Bei Krankheitsfall   |             | Angehöriger                      |  | Instandhalt. des Items |  |
| ausfüllen!  |             | in der Spalte                    |  | Merkz. B.G. 2006       |  |
| Erreichte oder vorgeschriebene  |             |                                  |  |                        |  |

**Risikogruppe VI**  
**Diabetes mellitus mit PNP/pAVK**  
**mit Fußteillamputation**

Fußdeformität



Hilfsmittel



Verordnungsvorschlag

|  |  |
|--|--|
| 1 Paar orthopädische Stiefel mit DAF<br>nach Gips u. Gehprobenmodell<br>mit Pedografie / Vorfußersatz u. Schuhzurichtung |  |
|--|--|

|              |  |
|--------------|--|
| 1 Innenschuh |  |
|--------------|--|

**Risikogruppe VII**  
**Diabetes mellitus mit PNP/pAVK**  
**Akute Läsion / floride DNOAP**

Fußdeformität



Hilfsmittel



Verordnungsvorschlag

|  |  |
|--|--|
| 1 Vorfußentlastungsschuh<br>mit Ausgleich auf der Gegenseite |  |
|--|--|

|  |  |
|--|--|
| 1 Fersenentlastungsschuh<br>mit Ausgleich auf der Gegenseite |  |
|--|--|

## Risikogruppe VII

Diabetes mellitus mit PNP/pAVK  
Akute Läsion / floride DNOAP

Fußdeformität



Hilfsmittel



Verordnungsvorschlag

|   |                         |                                  |                |
|---|-------------------------|----------------------------------|----------------|
| Patientenname (von Nachnamen)                               |                         | Geb. Ort, Geb. Datum, Geschlecht |                |
| Mitarbeiter (Name)  |                         | Datum                            |                |
| Klinische Diagnose  | Verordnungsart          | Stadium                          | Verordnungsart |
| Verordnungsart  | Art (z.B. orthopedisch) | Stadium                          | Verordnungsart |
| <input type="checkbox"/> 1 Verbandsschuh / Entlastungsschuh |                         |                                  |                |
| Anlass  |                         | Anlass                           |                |
| Anlass  |                         | Anlass                           |                |
| Anlass  |                         | Anlass                           |                |

Fußdeformität



Hilfsmittel



Verordnungsvorschlag

|   |                         |                                  |                |
|---|-------------------------|----------------------------------|----------------|
| Patientenname (von Nachnamen)   |                         | Geb. Ort, Geb. Datum, Geschlecht |                |
| Mitarbeiter (Name)  |                         | Datum                            |                |
| Klinische Diagnose  | Verordnungsart          | Stadium                          | Verordnungsart |
| Verordnungsart  | Art (z.B. orthopedisch) | Stadium                          | Verordnungsart |
| <input type="checkbox"/> 1 Airwalker Diabetes / Vaccodaped<br><input type="checkbox"/> mit DAF und Gehhilfen<br><input type="checkbox"/> mit Ausgleich auf der Gegenseite |                         |                                  |                |
| Anlass  |                         | Anlass                           |                |
| Anlass  |                         | Anlass                           |                |
| Anlass  |                         | Anlass                           |                |

## Risikogruppe VII

**Diabetes mellitus mit PNP/pAVK**  
**Akute Läsion / floride DNOAP**

Fußdeformität



Hilfsmittel



Verordnungsvorschlag

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Krankenhaus oder Kostenträger           |  | Ruf-Nr. / Fax-Nr. / E-Mail-Adr. / Anschrift |  |
| Name, Vorname des Verschreibenden       |  | Mitarbeiter-Nr.                             |  |
| Kassen-Nr. / Versicherten-Nr. / Status  |  | 1. Verordnung                               |  |
| Mittelpunkt-Nr. / VK gültig bis / Datum |  | 2. Verordnung                               |  |
|   |  | 3. Verordnung                               |  |

Rg. über Leisten einzeichnen

Zweisohlenentlastungssorthe mit oder ohne Kondilenaufhängung mit Ausgleich auf der Gegenseite

1 Paar Gehhilfen

Wahlort:  Wahlzeitpunkt:  Wahlort:

Abgabefrist:  Wahlort:

Umfeld:

Fußdeformität



Hilfsmittel



Verordnungsvorschlag

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Krankenhaus oder Kostenträger           |  | Ruf-Nr. / Fax-Nr. / E-Mail-Adr. / Anschrift |  |
| Name, Vorname des Verschreibenden       |  | Mitarbeiter-Nr.                             |  |
| Kassen-Nr. / Versicherten-Nr. / Status  |  | 1. Verordnung                               |  |
| Mittelpunkt-Nr. / VK gültig bis / Datum |  | 2. Verordnung                               |  |
|   |  | 3. Verordnung                               |  |

Rg. über Leisten einzeichnen

Zweisohlenentlastungssorthe zur Wundentlastung mit Ausgleich auf der Gegenseite

1 Paar Gehhilfen

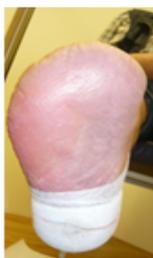
Wahlort:  Wahlzeitpunkt:  Wahlort:

Abgabefrist:  Wahlort:

Umfeld:

**Risikogruppe VII**  
 Diabetes mellitus mit PNP/pAVK  
 Akute Läsion / floride DNOAP

**Fußdeformität**



**Hilfsmittel**



Heelift® Fersen-Freilagerung



Oscar Plus Lagerungssorthe

**Verordnungsvorschlag**

|   |  |                          |  |
|---|--|--------------------------|--|
| Patienten-Nr. / Kassen-Nr.  |  | Geb. Ort, Geb. d. Fuß    |  |
| Name, Vorname des Versicherten  |  | Geburtsdatum             |  |
| Mittelpunkt Nr.   |  | Mittelpunkt              |  |
| Mittelpunkt Nr.   |  | Mittelpunkt              |  |
| Rp. (wie unten angegeben)<br>1 Fersenentlastungssorthe<br>Heelift® Fersen-Freilagerung oder<br>Oscar Plus Lagerungssorthe |  |                          |  |
| Bei Abrechnung<br>Anrechnung  |  | Anrechnung<br>Anrechnung |  |

**Hinweise**

AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie: Typ-2-Diabetes Präventions- und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen. Version 2.8. 2010. AWMF-Leitlinien-Register Nr. nvl/001c. (Seit 2010 nicht erneuert, z.Zt. in Überarbeitung)

Anleitung zur schuhtechnischen Versorgung bei diabetischem Fußsyndrom, gemäß Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes: Präventions- und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen der Interdisziplinären Arbeitsgruppe Schuhversorgung beim diabetischen Fußsyndrom der AG Fuß der DDG <https://ag-fuss-ddg.de/nc/arbeitsausschuesse/orthopaedie-schuhmacher-orthopaedie-techniker-osmot.html>

Rahmenvertrag zur Hilfsmittelversorgung Nr.: 07 der AOK Rheinland/Hamburg vom 01.07.2013 gem. § 127 Abs. 2 SGB V bzw. § 127 Abs. 2 a SGB V

Verordnungshilfen zum Ausdrucken finden Sie unterhalb des Unterschriftenfeldes dieses Standards.

| Erstellt                                    | Geprüft auf Richtigkeit / Inhalt         | Freigabe im Wundzentrum                | Freigabe und Inkraftsetzung |
|---|--|--|-----------------------------|
| 28.05.2020                                  | 17.06.2020                               | 17.06.2020                             |                             |
| Standardgruppe des Wundzentrum Hamburg e.V. | <br>Dr. Pflugradt<br>Ltg. Standardgruppe | <br>Dr. Münter<br>1. Vorsitzender WZHH | PDL<br>Ärztliche Leitung    |

**Verordnungsbeilage  
gemäß Rahmenvertrag zur Hilfsmittelversorgung Nr.: 07 der AOK Rheinland/Hamburg**

Beilage zur Verordnung von

Datum:

- Diabetesschutzschuhen       diabetesadaptierten Fußbettungen  
 orthopädische Maßschuhe       Innenschuh       Interimsschuh  
 Prothese       Orthese

**Versorgung mit der Indikationsgruppe:**  II  III  IV  V  VI ist erforderlich

**Es liegt vor:**

- pAVK  
 PNP mit Sensibilitätsverlust (fehlende 10g-Monofilamenterkennung)  
 Z. n. nicht plantarer Fußläsion  
 Z. n. plantarer Fußläsion  
DNOAP LEVIN:  I  II  III  IV  
Typ Sanders:  I  II  III  IV  V  
 Fußteillamputation transmetatarsale und höher  
 orthopädische Indikation  
 \_\_\_\_\_

**Eine Höherversorgung ist erforderlich aufgrund Punkt**

- a) Kontralaterale Major-Amputation  
 b) Arthropatie Hüfte/Knie/OSG oder Gelenkimplantat mit Funktionsbeeinträchtigung/ Kontraktur  
 c) Amputation der Großzehe/Resektion MFK I  
 d) Motorische Funktionseinschränkung/Parese eines oder beider Beine  
 e) Höhergradige Gang- und Standunsicherheit  
 f) Extreme Adipositas (BMI  $\geq$  35)  
 g) Dialysepflichtige Niereninsuffizienz  
 h) Beruf mit überwiegender Steh- und Gehbelastung  
 i) Erhebliche Visuseinschränkung  
 j) Fehlgeschlagene adäquate Vorversorgung  
 k) Fußdeformität, die zu lokaler Druckerhöhung führt

Unterschrift

Stempel