

**Information:
Druckentlastung bei
diabetischem Fußsyndrom**

WZ-IN-001 V03
Druckentlastung bei diabetischem
Fußsyndrom
gültig bis: 07.02.2029



Seite 1 von 11

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 diabetischen Fußulkus ist die Voraussetzung für die Wundheilung.

Grundsätzliches

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

Tipp: Straßenschuhe sind alle 2 Jahre, Hausschuhe alle 4 Jahre verordnungs- und erstattungsfähig. Als Erstausrüstung stehen dem Patienten zwei Paar Straßenschuhe und ein Paar Hausschuhe zu.

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

Verordnungsklasse	Erläuterung	Regelversorgung
0 Diabetes mellitus ohne PNP/pAVK	Aufklärung und Beratung	Fußgerechte Konfektionsschuhe
I Wie 0, mit Fußdeformität	Höheres Risiko bei späterem Auftreten einer PNP/pAVK	Orthopädiesschuhtechnische Versorgung aufgrund orthopädischer Indikation
II Diabetes mellitus mit Sensibilitätsverlust durch PNP/relevante pAVK	PNP mit Sensibilitätsverlust, pAVK	Diabetesschutzschuh mit herausnehmbarer konfektionierter Weichpolstersohle, ggf. mit orthopädischer Schuhzurichtung 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
III Z. n. plantarem Ulkus	Deutlich erhöhtes Ulkusrezidiv-Risiko gegenüber Gr. II	Diabetesschutzschuh in der Regel mit diabetesadaptierter Fußbettung, ggf. mit orthopädischer Schuhzurichtung 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. Vorsitzende WZHH
Datum: 08.02.2024	Datum: 08.02.2024	Datum: 08.02.2024

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

Kriterien für eine höhergradige Versorgung

- Kontralaterale Major-Amputation
- Arthropathie Hüfte/Knie/OSG oder Gelenkimplantat mit Funktionsbeeinträchtigung/Kontraktur
- Amputation der Großzehe/Resektion MFK I
- Motorische Funktionseinschränkung/Parese eines oder beider Beine
- Höhergradige Gang- und Standunsicherheit
- Extreme Adipositas (BMI ≥ 35)
- Dialysepflichtige Niereninsuffizienz
- Beruf mit überwiegender Steh- und Gehbelastung
- Erhebliche Visuseinschränkung

Therapie

Maßnahmen zur Druckentlastung

Folgende Verordnungen und Anwendungen können zum Einsatz kommen:

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

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 I

Diabetes mellitus ohne PNP/pAVK
mit Fußdeformität

Fußdeformität



Hilfsmittel



Verordnungsvorschlag

Patientennummer		Jahr	
Name		Geburtsdatum	
Geburtsort		Geburtszeit	
Krankengeschichte		Diagnose	
Verordnung		Verordnungsdatum	
1 Paar Weichbettungseinlagen			

Patientennummer		Jahr	
Name		Geburtsdatum	
Geburtsort		Geburtszeit	
Krankengeschichte		Diagnose	
Verordnung		Verordnungsdatum	
1 Paar Schuhzurichtungen			
z.B. Mittelfußrollen / Pufferabsatz			

Patientennummer		Jahr	
Name		Geburtsdatum	
Geburtsort		Geburtszeit	
Krankengeschichte		Diagnose	
Verordnung		Verordnungsdatum	
1 Paar orthopädische Schuhe/Stiefel			

Risikogruppe II

Diabetes mellitus mit PNP/pAVK

Fußdeformität



Hilfsmittel



Verordnungsvorschlag

Patientennummer		Jahr	
Name		Geburtsdatum	
Geburtsort		Geburtszeit	
Krankengeschichte		Diagnose	
Verordnung		Verordnungsdatum	
1 Paar Diabetiker-Schutzschuhe			
mit Weichpolstersohle			

Patientennummer		Jahr	
Name		Geburtsdatum	
Geburtsort		Geburtszeit	
Krankengeschichte		Diagnose	
Verordnung		Verordnungsdatum	
1 Paar Diabetiker-Schutzschuhe			
1 Paar diabetis-angepasste Fußbettungen			
nach unbeletem Abdruck mit Pedografie			

Risikogruppe II

Diabetes mellitus mit PNP/pAVK

Fußdeformität

Hilfsmittel

Verordnungsvorschlag

Verordnung von:		RZT: RZT: RZT:	Datum:
Name:	geb. am:	Unterschrift:	
Adresse:	Wohnort:	Unterschrift:	
Telefonnummer:	Fax:	Unterschrift:	
Rg:		Unterschrift:	
1 Paar diabetis-adaptierte Fußbettungen nach unbelastetem Abdruck mit Pedografie			
1 Paar Schuhzurichtungen			
Ich/Er:		Unterschrift:	
Datum:		Datum:	

Fehlgeschlagene
adäquate
Vorversorgung .

Orthopädische
Indikationen

Verordnung von:		RZT: RZT: RZT:	Datum:
Name:	geb. am:	Unterschrift:	
Adresse:	Wohnort:	Unterschrift:	
Telefonnummer:	Fax:	Unterschrift:	
Rg:		Unterschrift:	
1 Paar orthopädische Schuhe/Stiefel mit DAF ggf. nach Gips / Gehprobenmodell / mit Pedografie			
Ich/Er:		Unterschrift:	
Datum:		Datum:	

Diabetes mellitus mit PNP/pAVK

Fußdeformität

Hilfsmittel

Verordnungsvorschlag

[illegible]

Fehlgeschlagene
adäquate
Vorversorgung .

Orthopädische Indikationen

[illegible]

Risikogruppe III

Diabetes mellitus mit PNP/pAVK
Z. n. plantarem Ulcus

Fußdeformität	Hilfsmittel	Verordnungsvorschlag

Diabetes mellitus mit PNP/pAVK
Z. n. plantarem Ulcus

Z. n. plantarem Ulcus

Fußdeformität

Hilfsmittel

Verordnungsvorschlag



The screenshot shows a medical form for a patient named 'Müller, Hans-Joachim'. The form includes fields for patient data, medical history, and a list of medical equipment. The equipment list includes: 1 Paar Diabetiker-Schutzschuhe, 1 Paar diabetisch-adaptierte Fußbettungen mit Ulcus Einbettung u. Pedografie, and 1 Paar Schutzzunchtionen. The form is dated 10.10.2010.

[illegible]

Risikogruppe IV

Diabetes mellitus mit PNP/pAVK
DNOAP (LEVIN III)

Fußdeformität



Hilfsmittel



Verordnungsvorschlag

Patientenname (Vor- Nachname)		Geburtsdatum		Geburtsort	
Muttername des Verordnenden		Geburtsdatum		Geburtsort	
Kranken-Nr.	Verordnender-Nr.	Stadium			
Verordnender-Nr.	VN gültig bis	Stadium			
Fig. 100 (Levin III) (Levin III) 1 Paar orthopädische Schuhe/Stiefel mit DAF ggf. nach Gips / Gehprobenmodell / mit Pedografie / Schuhzurichtung					
Ich übernehme die Verantwortung für die Ausführung der Verordnung. Unterschrift des Verordnenden:		Unterschrift des Patienten:		Unterschrift des Arztes:	

Risikogruppe V

Diabetes mellitus mit PNP/pAVK
mit Deformitäten bzw. Dysproportionen

Fußdeformität



Hilfsmittel



Verordnungsvorschlag

Patientenname (Vor- Nachname)		Geburtsdatum		Geburtsort	
Muttername des Verordnenden		Geburtsdatum		Geburtsort	
Kranken-Nr.	Verordnender-Nr.	Stadium			
Verordnender-Nr.	VN gültig bis	Stadium			
Fig. 100 (Levin III) (Levin III) 1 Paar orthopädische Stiefel mit DAF nach Gips u. Gehprobenmodell mit Pedografie / Schaftversteifung und Schuhzurichtung					
Ich übernehme die Verantwortung für die Ausführung der Verordnung. Unterschrift des Verordnenden:		Unterschrift des Patienten:		Unterschrift des Arztes:	

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

Fußdeformität

Hilfsmittel

Verordnungsvorschlag



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

Fußdeformität

Hilfsmittel

Verordnungsvorschlag



Risikogruppe VII

Diabetes mellitus mit PNP/pAVK
Akute Läsion / floride DNOAP

Fußdeformität



Hilfsmittel



Verordnungsvorschlag

Krankengeschichte / Anamnese		Vitalzeichen	
Name: ...		Datum: ...	
Geburtsdatum: ...		Geburtsort: ...	
Körpergröße: ...		Gewicht: ...	
Blutdruck: ...		Puls: ...	
Temperatur: ...		Sättigung: ...	
Diagnose: ...		Verordnung: ...	
1 Verbandsschuh / Entlastungsschuh			
Arzt: ...		Datum: ...	

Risikogruppe VII

Diabetes mellitus mit PNP/pAVK
Akute Läsion / floride DNOAP

Fußdeformität



Hilfsmittel



Verordnungsvorschlag

Krankengeschichte / Anamnese		Vitalzeichen	
Name: ...		Datum: ...	
Geburtsdatum: ...		Geburtsort: ...	
Körpergröße: ...		Gewicht: ...	
Blutdruck: ...		Puls: ...	
Temperatur: ...		Sättigung: ...	
Diagnose: ...		Verordnung: ...	
1 Airwalker Diabetes / Vecodaped			
mit DAF und Gehhilfen			
mit Ausgleich auf der Gegenseite			
Arzt: ...		Datum: ...	

Risikogruppe VII

Diabetes mellitus mit PNP/pAVK
Akute Läsion / floride DNOAP

Fußdeformität



Hilfsmittel



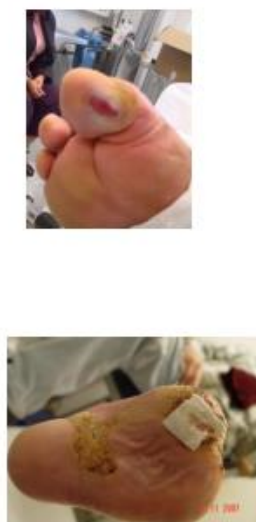
Verordnungsvorschlag

Patientenname (Vor- Nachname)		Geburtsdatum	
Name (Vorname des Verschreibenden)		Geburtsdatum	
Kranken-Nr.	Kranken-Nr.	Station	Station
Verordnungs-Nr.	VK gültig bis	Station	Station
Rp. (Bitte Lesarten berücksichtigen) Zweisohlenentlastungsohse mit oder ohne Kondülentaufrichtung mit Ausgleich auf der Gegenseite 1 Paar Gehhilfen Ist/ist nicht bei Anwesenheit (ausgegeben) (in der Apotheke) (ausgegeben) (in der Apotheke)			
Unterschrift des Arztes (Name, Datum)			

Risikogruppe VII

Diabetes mellitus mit PNP/pAVK
Akute Läsion / floride DNOAP

Fußdeformität



Hilfsmittel



Verordnungsvorschlag

Patientenname (Vor- Nachname)		Geburtsdatum	
Name (Vorname des Verschreibenden)		Geburtsdatum	
Kranken-Nr.	Kranken-Nr.	Station	Station
Verordnungs-Nr.	VK gültig bis	Station	Station
Rp. (Bitte Lesarten berücksichtigen) Zweisohlenentlastungsohse zur Wundentlastung mit Ausgleich auf der Gegenseite 1 Paar Gehhilfen Ist/ist nicht bei Anwesenheit (ausgegeben) (in der Apotheke) (ausgegeben) (in der Apotheke)			
Unterschrift des Arztes (Name, Datum)			

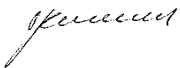
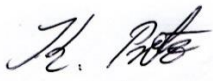
Akute Läsion / floride DNÖAP

Verordnungsvorschlag



Oscar Plus
Lagerungsorthese

Seite 9 von 11

Erstellt	Geprüft auf Richtigkeit / Inhalt	Freigabe im Wundzentrum	Freigabe und Inkraftsetzung
08.02.2024	08.02.2024	08.02.2024	
Standardgruppe des Wundzentrum Hamburg e.V.	 Dr. Pflugradt Ltg. Standardgruppe	 Kerstin Protz 1. Vorsitzende WZHH	PDL 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 ≥ 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