

**Information:
Druckentlastung bei
diabetischem Fußsyndrom**

WZ-IN-001 V01
Druckentlastung bei diabetischem
Fußsyndrom
gültig bis: 18.03.2020



Seite 1 von 9

Ziele

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

Definition

Eine adäquate Druckentlastung des Fußulkus ist die Voraussetzung 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
0 Diabetes mellitus ohne PNP/pAVK	Aufklärung und Beratung	Fußgerechte Konfektionsschuhe
I Wie 0, mit Fußdeformität	Höheres Risiko bei späterem Auftreten einer PNP/pAVK	Orthopädiestechnische Versorgung aufgrund orthopädischer Indikation
II Diabetes mellitus mit Sensibilitätsverlust durch PNP/relevante pAVK	PNP mit Sensibilitätsverlust, pAVK	Diabetesschutzschuh mit herausnehmbarer konfektionierter Weichpolster-Sohle, ggf. mit orthopädischer Schuhschulung 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 Schuhschulung 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: 25.01.2018	Datum: 19.03.2018	Datum: 19.03.2018

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 Fußteilamputation	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

In diesem Standard wird die Schuhversorgung bei einem akuten Fußulkus beschrieben (Verordnungsklasse VII).

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



Klinische Diagnose / Anamnese		<input type="checkbox"/> 1. Verordnung <input type="checkbox"/> 2. Verordnung <input type="checkbox"/> 3. Verordnung <input type="checkbox"/> 4. Verordnung
Name / Vorname des Patienten: <input type="text"/>		Geburtsdatum: <input type="text"/>
Adresse: <input type="text"/>		Telefon: <input type="text"/>
Beruf: <input type="text"/>		Krankenkasse: <input type="text"/>
Arzt: <input type="text"/>		Unterschrift: <input type="text"/>
Datum: <input type="text"/>		Unterschrift: <input type="text"/>
Unterschrift: <input type="text"/>		Unterschrift: <input type="text"/>

1 Paar diabetes-adaptierte Fußbettungen nach unbelastetem Abdruck mit Pedografie
 1 Paar Schuhzunchtungen

Fehlgeschlagene adäquate Vorversorgung .



Klinische Diagnose / Anamnese		<input type="checkbox"/> 1. Verordnung <input type="checkbox"/> 2. Verordnung <input type="checkbox"/> 3. Verordnung <input type="checkbox"/> 4. Verordnung
Name / Vorname des Patienten: <input type="text"/>		Geburtsdatum: <input type="text"/>
Adresse: <input type="text"/>		Telefon: <input type="text"/>
Beruf: <input type="text"/>		Krankenkasse: <input type="text"/>
Arzt: <input type="text"/>		Unterschrift: <input type="text"/>
Datum: <input type="text"/>		Unterschrift: <input type="text"/>
Unterschrift: <input type="text"/>		Unterschrift: <input type="text"/>

1 Paar orthopädische Schuhe/Stiefel mit DAF
 ggf.nach Gips / Gehprobenmodell / mit Pedografie

Orthopädische Indikationen

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

Fußdeformität

Hilfsmittel

Verordnungsvorschlag



Klinische Diagnose / Anamnese		<input type="checkbox"/> 1. Verordnung <input type="checkbox"/> 2. Verordnung <input type="checkbox"/> 3. Verordnung <input type="checkbox"/> 4. Verordnung
Name / Vorname des Patienten: <input type="text"/>		Geburtsdatum: <input type="text"/>
Adresse: <input type="text"/>		Telefon: <input type="text"/>
Beruf: <input type="text"/>		Krankenkasse: <input type="text"/>
Arzt: <input type="text"/>		Unterschrift: <input type="text"/>
Datum: <input type="text"/>		Unterschrift: <input type="text"/>
Unterschrift: <input type="text"/>		Unterschrift: <input type="text"/>

1 Paar Diabetiker-Schutzschuhe
 1 Paar diabetes-adaptierte Fußbettungen mit Ulcus Einbettung u. Pedografie
 1 Paar Schuhzunchtungen



Klinische Diagnose / Anamnese		<input type="checkbox"/> 1. Verordnung <input type="checkbox"/> 2. Verordnung <input type="checkbox"/> 3. Verordnung <input type="checkbox"/> 4. Verordnung
Name / Vorname des Patienten: <input type="text"/>		Geburtsdatum: <input type="text"/>
Adresse: <input type="text"/>		Telefon: <input type="text"/>
Beruf: <input type="text"/>		Krankenkasse: <input type="text"/>
Arzt: <input type="text"/>		Unterschrift: <input type="text"/>
Datum: <input type="text"/>		Unterschrift: <input type="text"/>
Unterschrift: <input type="text"/>		Unterschrift: <input type="text"/>

1 Paar orthopädische Schuhe/Stiefel mit DAF
 ggf.nach Gips / Gehprobenmodell / mit Pedografie

Risikogruppe VI
Diabetes mellitus mit PNP/pAVK
mit Fußteillamputation

Fußdeformität



Hilfsmittel



Verordnungsvorschlag

1 Paar orthopädische Stiefel mit DAF nach Gips u. Gehprobenmodell mit Pedigrafit / Vorfußersatz u. Schuhzurichtung	
--	--

1 Innenschuh	
--------------	--

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

Fußdeformität



Hilfsmittel



Verordnungsvorschlag

1 Vorfußentlastungsschuh mit Ausgleich auf der Gegenseite	
--	--

1 Fersenentlastungsschuh 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	Stärke	Einheit
Verordnungszeitraum	Abgabedatum	Abgabeort	Abgabemittel
<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	Stärke	Einheit
Verordnungszeitraum	Abgabedatum	Abgabeort	Abgabemittel
<input type="checkbox"/> 1 Airwalker Diabetes / Vaccodaped <input type="checkbox"/> mit DAF und Gehhilfen <input type="checkbox"/> mit Ausgleich auf der Gegenseite			
Anlass		Anlass	
Anlass		Anlass	
Anlass		Anlass	

