

Sibylle Brunk-Loch:

Verbesserung der schuhtechnischen Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms

Zusammenfassung:

Für die Prävention und Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms ist es von entscheidender Bedeutung, dass Ärzte und Fußbehandlungseinrichtungen nicht nur die Füße, sondern auch die Schuhe der Patienten begutachten und erkennen, wie eine angemessene Schuhversorgung gewährleistet werden kann. Da die verschiedenen Stadien des Diabetischen Fußsyndroms unterschiedliche schuhtechnische Versorgungen erfordern, hat die Arbeitsgemeinschaft Fuß der Deutschen Diabetesgesellschaft sieben Risikoklassen definiert und ihnen jeweils Regel- und Höherversorgungen zugeordnet.

Aufbauend darauf wurden in Rheinland-Pfalz und auf Bundesebene Schuhverordnungsbögen entwickelt, die der verordnende Arzt dem Rezept beilegt und schließlich den Kostenträgern vorlegt. Diese Schuhverordnungsbögen sollen zum einen die Kommunikation zwischen Arzt und Orthopädienschuhmacher verbessern, zum anderen den Krankenkassen die Gründe für eine Verordnung plausibel machen. Inzwischen liegen die ersten Erfahrungen im Einsatz des Schuhverordnungsbogens vor – mit überwiegend positiver Resonanz.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Sibylle Brunk-Loch
Internistin, Diabetologin DDG
Diabetes-Schwerpunktpraxis und
Diabetes-Fußambulanz
Flugplatzstraße 2
55743 Idar-Oberstein
E-Mail: dr.brunk-loch@t-online.de

Die Notwendigkeit, bei „Fußpatienten“ nicht nur die Füße, sondern auch die Schuhe anzuschauen, wird zunehmend erkannt und in den Fußbehandlungseinrichtungen umgesetzt. Allein das Sensibilisieren des ärztlichen Handelns dafür, nicht nur die Füße wahrzunehmen, sondern auch die Schuhe der Patienten, ist eine positive Entwicklung und ein wichtiger Meilenstein zur Verbesserung der Prozess- und letztendlich auch der Ergebnisqualität in der Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus.

Einteilung in Risikogruppen

In den Jahren 2004 und 2005 erarbeitete eine Arbeitsgruppe aus Orthopäden, Diabetologen und Orthopädienschuhmachern auf Initiative der Arbeitsgemeinschaft Fuß der Deutschen Diabetesgesellschaft eine neue Einteilung für die orthopädieschuhtechnische Versorgung, die verschiedene Risikoklassen definiert.

Neben den bekannten Risiken wie zum Beispiel Polyneuropathie, periphere arterielle Verschlusskrankheit oder Zustand nach Ulcus finden Fußdeformitäten und Dysproportionen – also vorwiegend orthopädische Gründe für eine orthopädieschuhtechnische Versorgung – Aufnahme in die Risikoliste.

Weichbettung und diabetesadaptierte Fußbettung wurden in der Arbeitsgruppe heftig diskutiert. Die verabschiedete Endfassung lässt die Verordnung einer Weichbettung ebenso wie die einer diabetesadaptierten Fußbettung zu.

Innerhalb der einzelnen Risikoklassen gibt es auch Kriterien für eine höhergradige Versorgung, die an die Basiseinteilung angefügt sind. Sie ergeben sich aus speziellen Diagnosen und Risiken.

Die Liste der Risikogruppen soll dem verordnenden Arzt das „richtige“ Eingruppieren und eine risikoadaptierte Verordnung erleichtern. Die Einteilung ist eine Hilfe, die aber

nicht verhindern kann, dass Fehlversorgungen aus Unwissenheit des Verordners vorkommen. So erfordert die Risikoerkennung und -einteilung vom Arzt Sachkenntnis und Erfahrung in der Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms.

Genauer kommunizieren mit dem Schuhverordnungsbogen

Bereits seit dem Jahr 2004 wird von den Behandlern des Diabetischen Fußsyndroms in der Arbeitsgemeinschaft Fuß Rheinland-Pfalz/Saarland ein „Schuhverordnungsbogen“ benutzt und kontinuierlich weiterentwickelt.

Dieser Schuhverordnungsbogen legt der Arzt obligatorisch dem Rezept zur schuhtechnischen Versorgung bei. Er dient als zusätzliche Information sowohl für die Kostenträger, als auch für den begutachtenden Medizinischen Dienst der Krankenkassen. Ausgehend von den Risikogruppen werden mögliche Verordnungspfade zu den entsprechenden Hilfsmitteln aufgezeigt, beim Patienten vorliegende Besonderheiten können individuell ergänzt werden.

Der Bogen dient zum Veranschaulichen der verordneten Versorgung und ergänzt die Diagnosen sowie die beim Patienten vorliegenden besonderen Risiken, für die das übliche Rezeptformular keinen Raum bietet.

Ergänzungen zu dem Rezept werden sowohl vom verordnenden Arzt als auch vom ausführenden Handwerker gemeinsam vorgenommen. Der Bogen verbessert somit die Kommunikation zwischen Arzt und Handwerker. Das Einbringen der Fachkompetenz und das individuelle Beurteilen durch beide Disziplinen tragen dabei entscheidend zu einer besseren Versorgung des Patienten bei.

Der Bogen bewirkt, dass der verordnende Arzt und der ausführende Handwerker miteinander über den zu versorgenden Patienten und sein spezielles Problem kommunizieren. Er führt damit weg von einer „Einheits-

versorgung“ zur patientenzentrierten Versorgung. Dieses Vorgehen signalisiert dem Patienten, dass sein Problem ernst genommen wird und zeigt ihm, dass seine Versorgung wichtig ist.

Arzt und Orthopädienschuhmacher nutzen die sich hier bietende Möglichkeit zur Schulung und Motivation des Betroffenen. Sie sprechen eine gemeinsame Sprache, um den Patienten zum regelmäßigen Nutzen seiner Hilfsmittel zu motivieren und damit eine möglichst langfristige Mitwirkung zu erreichen.

In Rheinland-Pfalz haben sich Mitglieder der AG Fuß mit dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) getroffen, um den Schuhverordnungsbogen vorzustellen und Informationswünsche der begutachtenden Kollegen zu erfahren. Die Zusammenkunft hat das gegenseitige Verständnis erheblich verbessert. Dieses Vorgehen hat dazu geführt, Nachfragen durch den MDK bei den Verordnungen durch die zertifizierten Fußbehandlungszentren auf unter ein Prozent zu senken.

Hohe Akzeptanz

Das Einführen des zusätzlichen Bogens baut den Aufwand an weiteren schriftlichen Begründungen bis hin zu ausführlichen Stellungnahmen erheblich ab und leistet damit einen Beitrag zur Entbürokratisierung der Verordnungen.

In Rheinland Pfalz gibt es 200, im Saarland 40 Orthopädienschuhmacher, nur acht von ihnen haben sich mit ihrer Zertifizierung (s. Beitrag Seite 29) zum konsequenten Nutzen des Schuhverordnungsbogens unter Mitwirkung des verordnenden Arztes verpflichtet.

Anfragen und Nachfragen haben sich seit Start des Projektes erheblich reduziert. Die Zusammenarbeit mit Kostenträgern, MDK, Verordnern und ausführenden Orthopädienschuhamachern befinden sich in einem kontinuierlichen Prozess einer optimierten fallbezogenen Kommunikation. Die Beteiligten sprechen übereinstimmend von einer Verbesserung in der Zusammenarbeit.

Seit 2009 fällt ein erneutes Steigen der Nachfragen auch bei den zertifizierten Behandlern und Handwerkern auf. Mögliche Ursachen können der zunehmende Kostendruck bei den Krankenkassen sein, sowie durch mögliche Trittbrettfahrer hervorgerufene, überzogene, nicht dem Wirtschaftsgebot entsprechende Kostenvorschläge, die Unmut bei den Gutachtern hervorrufen. Das Zunehmen der Verordnungen bedeutet ein Ansteigen der Quantität der Verordnungen, aber nicht unbedingt ein Ansteigen der Qualität. Nicht lösbar scheint das Problem, dass jeder Arzt, egal welche Fachrichtung oder welche Erfahrung zur Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms vorliegt, eine schuhtechnische Verordnung ausstellen darf.

Ebenfalls beeinflusst wird die positive Entwicklung beim Einsatz des Schuhverordnungsbogens durch die im Gesundheitswesen zunehmende Tendenz zur Pauschalierung. Der Schuhverordnungsbogen berücksichtigt einzelne Positionen der Produktgruppe 31, der jetzt verlassenen Abrechnungsbasis der Schuhversorgungen. Zunehmend erfolgen die Abrechnungen durch die Kostenträger in pauschalisierten Gruppen, Einzelpositionen werden bei einzelnen Krankenkassen

nicht mehr berücksichtigt. Jeder der Kostenträger entwirft ein eigenes Abrechnungsschema. Im Einzugsbereich der Region Rheinland-Pfalz/Saarland erfolgen die Abrechnungen durch die Kostenträger mit den ausführenden Handwerkern zu zirka 50 Prozent pauschaliert und die anderen anhand von Einzelpositionen. Diese Entwicklung muss beobachtet werden, gegebenenfalls ist der Schuhverordnungsbogen entsprechend zu ändern.

Bundesweiter interdisziplinärer Schuhverordnungsbogen

Seit dem Jahr 2008 bemüht sich die Arbeitsgemeinschaft Fuß der Deutschen Diabetesgesellschaft, einen nach den Vorlagen aus Rheinland-Pfalz modifizierten Schuhverordnungsbogen bundesweit zu etablieren. Der Bogen wurde durch eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe überarbeitet und ein Evaluationskonzept entwickelt. Die Innung der Orthopädienschuhmacher hat auf Bundesebene ihre Unterstützung zugesagt.

Ärzte und Orthopädienschuhmacher der AG Fuß DDG sind aufgerufen, Verordnungen mittels Schuhverordnungsbogen „Anleitung zur schuhtechnischen Versorgung“ (Abb. 1) zu ergänzen.

Der entwickelte Schuhverordnungsbogen wird als Verordnungsergänzung, sowohl den Medizinischen Diensten der Krankenkassen als auch den Kostenträgern, vorgestellt. Nur wenn alle Beteiligten vor Ort um Verständnis für den Bogen werben und Gründe für das Verwenden nennen (Verordnungstransparenz, Reduzieren von Rückfragen, interdisziplinäre Zusammenarbeit und Optimierung der Versorgung, aber



Propolis, das

„mechanische Keratolytikum“

und die „zweite biologische Haut“.



weitere Produkte unter www.remmele-propolis.de . Telefon 0049 30 34509104

Akzeptanz bei den Krankenkassen wächst

Orthopädieschuhmachermeister Roman Eggs, „Fuß-Orthopädietechnik“ Bexbach, und Orthopädieschuhmachermeister Siegfried Kramp, „Kramp Gut zu Fuß“ in Dillingen, nutzen den Schuhverordnungsbogen seit der ersten Stunde. Inzwischen haben sie einige Erfahrung damit gesammelt, wie die Krankenkassen auf den Schuhverordnungsbogen reagieren und wie praxistauglich und handhabbar er im Alltag der Orthopädieschuhtechnik ist.

„Die Kommunikation mit den Krankenkassen hat sich durch den Schuhverordnungsbogen sehr verbessert“, meint Siegfried Kramp. Der Schuhverordnungsbogen zeige den Krankenkassen und Medizinischen Diensten deutlich, dass sich der Verordner Gedanken gemacht hat und sich an den Leitlinien der DDG orientiert. „Rezepte allein werden schnell attackiert“, so Kramp, „doch seit wir den Schuhverordnungsbogen beilegen, sind die Nachfragen des Medizinischen Dienstes stark zurückgegangen. Die Medizinischen Dienste können seitdem besser nachvollziehen, wie es zu einer Verordnung kommt“.

Das ist auch die Erfahrung von Roman Eggs. „Ich habe von Anfang an den Schuhverordnungsbogen genutzt. Ich habe den Eindruck, dass die Krankenkassen kaum noch Rezepte beanstanden, wenn der Schuhverordnungsbogen beiliegt. Es ist ja für alle Beteiligten erfreulich, wenn sich die Anfragen und der zusätzliche Verwaltungsaufwand in Grenzen halten.“

Zusammenarbeit verbessert

Auch der Austausch zwischen Arzt und Orthopädieschuhmacher hat sich durch den Schuhverordnungsbogen weiter verbessert, sind sich Kramp und Eggs einig. „Der Schuhverordnungsbogen ist ein richtig angenehmes Kommunikationsinstrument“, findet Roman Eggs. In der Regel wird der Bogen zusammen ausgefüllt, zum Beispiel in der gemeinsamen Fußsprechstunde. „Der Arzt trägt seine Diagnosen ein und erklärt, was er sich vorstellt, und fragt den Handwerker, wie die entsprechende technische

Lösung aussehen kann. Dabei orientieren sich beide an den Versorgungsmöglichkeiten, die auf dem Bogen angegeben sind. Für den OSM ist es so noch klarer, in welche Kategorie der Fuß fällt und welche Versorgung in Frage kommen. Ist es eine Bettungseinlage oder eine diabetesadaptierte Fußbettung, oder darf es schon ein Schutzschuh sein – all das geht aus dem Bogen deutlich hervor und wird gemeinsam abgestimmt“, führt Eggs aus.



Siegfried Kramp

Auch der Patient profitiert

„Auch der Patient hat etwas davon“, meint Siegfried Kramp, „und dabei hat er keinen zusätzlichen Aufwand“. Der Patient merke, dass sich Arzt und Orthopädieschuhmacher als Team intensiv um ihn kümmern. „Das fängt schon bei der Befunderhebung an“, erklärt Kramp. „Hier ist es uns wichtig, dass ein Gesamtbild des Patienten entsteht. Wir klären alle möglichen Vorerkrankungen ab, fragen aber auch, wie aktiv der Patient im Leben steht und welches Schuhwerk er dafür braucht“.

Dabei ist es nicht so, dass durch den Schuhverordnungsbogen häufiger orthopädische Maßschuhe verschrieben werden. „Der Schuhverordnungsbogen schützt sowohl vor Unter- als auch vor Überversorgungen“, so die Erfahrung von Siegfried Kramp. Roman Eggs plädiert dafür, immer auch den Patienten mit einzubeziehen. „Was nützt eine teure Versorgung, wenn der Patient

sie nicht akzeptiert? Auch die Haltung des Patienten muss im Vorfeld genau abgeklärt werden“.

Nur auf den ersten Blick scheint es, als sei mit dem Schuhverordnungsbogen ein größerer Aufwand als bisher verbunden. „Wenn Sie sich vorstellen, wie viel Aufwand es vorher bedeutete, auf die Beanstandungen und Nachfragen des Medizinischen Dienstes zu reagieren, dann ist der Gesamtaufwand – trotz des zusätzlichen Formulars, durch den Schuhverordnungsbogen zurückgegangen“, sind sich Kramp und Eggs einig.

Offen für Veränderungen

Was würden die beiden am Schuhverordnungsbogen noch verändern? „Die AG Fuß ist offen für Veränderungswünsche am Schuhverordnungsbogen, der Bogen lebt“, meint Siegfried Kramp, „jeder ist eingeladen, Vorschläge bei der AG Fuß einzureichen.“ Er selbst ist aber derzeit voll und ganz zufrieden und hat nichts zu beanstanden.



Roman Eggs

Roman Eggs hält die Gesamtstruktur des Bogens für eine „super Sache“, lediglich kleine, formale Veränderungen sollten diskutiert werden, etwa ob man die ein oder andere neue Orthese auch in den Verordnungsbogen aufnimmt. Auch sei es sinnvoll, auf Bundesebene weiterzudis-

kutieren, inwieweit die derzeitigen Formulierungen den Begrifflichkeiten der einzelnen Bundesländer entsprechen und ob die unterschiedlichen Begriffe harmonisiert werden können. Für die Zukunft wünschen sich Siegfried Kramp und Roman Eggs, dass sich der Schuhverordnungsbogen bundesweit durchsetzt. ■ sw

Evaluationsprotokoll
(orthopädieschuhtechn. Versorgung von Pat. mit DFS gemäß Versorg.- Schema AG-Fuss DDG 2005)

Angaben zur Person:

Laufnummer : weibl. / männl. Alter des Pat.:
 Kostentr.: Z.n. Ulcus : ja / nein Regelversorgung /
 Termin der Erstversorgung: optionale Versorgung

Versorgung nach Kategorie: Typ II Typ III Typ IV Typ V Typ VI Typ VII

mit Schuhtyp: 1 2 3 4 5 **mit Bettung:** 1 2 3

Termine der Folgeversorgung:

1. Nachuntersuchung, 2 Wochen +/- 1 Woche, OSM

- Ulcusrezidiv wann: wo: 1 2 3 4 5 6
 : 1 2 3 4 5
 wann: wo: 1 2 3 4 5 6
 : 1 2 3 4 5
 wann: wo: 1 2 3 4 5 6
 : 1 2 3 4 5
 wann: wo: 1 2 3 4 5 6
 : 1 2 3 4 5
 wann: wo: 1 2 3 4 5 6
 : 1 2 3 4 5

- Bettung passend : ja / nein - Zahl der Korrekturen der Bettung
 : 1 2 3 4 5
 - Schuh passend : ja / nein - Zahl der Korrekturen des Schuhs
 : 1 2 3 4 5

- in podologischer Mitbehandlung: ja nein

2. Nachuntersuchung, 3 Monate +/- 2 Monate, verordnender Arzt

- Ulcusrezidiv wann: wo: 1 2 3 4 5 6
 : 1 2 3 4 5
 wann: wo: 1 2 3 4 5 6
 : 1 2 3 4 5
 wann: wo: 1 2 3 4 5 6
 : 1 2 3 4 5
 wann: wo: 1 2 3 4 5 6
 : 1 2 3 4 5
 wann: wo: 1 2 3 4 5 6
 : 1 2 3 4 5

- Bettung passend : ja / nein - Zahl der Korrekturen der Bettung
 : 1 2 3 4 5
 - Schuh passend : ja / nein - Zahl der Korrekturen des Schuhs
 : 1 2 3 4 5

- in podologischer Mitbehandlung: ja nein

3. Nachuntersuchung, 6 Monate +/- 2 Monate, verordnender Arzt

- Ulcusrezidiv wann: wo: 1 2 3 4 5 6

wann: wo: 1 2 3 4 5 6
 wann: wo: 1 2 3 4 5 6
 wann: wo: 1 2 3 4 5 6
 wann: wo: 1 2 3 4 5 6
 wann: wo: 1 2 3 4 5 6

- Bettung passend : ja / nein - Zahl der Korrekturen der Bettung
 : 1 2 3 4 5
 - Schuh passend : ja / nein - Zahl der Korrekturen des Schuhs
 : 1 2 3 4 5

- in podologischer Mitbehandlung: ja nein

4. Zeitdauer Schuhantrag bis Bewilligung: Wochen
5. Zeitdauer Bewilligung bis Auslieferung: Wochen
 Dr.Ch.Metzger, Stand 07.03.09

[...]

Legende:

Schuhtyp: 1 Schutzschuh als Halbschuh
 2 Schutzschuh als knöchelhoher Schuh
 3 OMS als Halbschuh
 4 OMS als knöchelhoher Schuh
 5 OMS mit Orthese

Bettung: 1 Standardweichbettung, langsohlig (sog. Regaleinlage)
 2 nach Maß und Formabdruck handwerklich gefertigte Weichbettung
 3 DAF

Ulcusrezidiv: 1 Zehen apikal /dorsal / lateral / interdigital
 2 Zehen plantar
 3 MFK-Köpfchen plantar
 4 plantarer Mittelfuß
 5 Ferse
 6 Sonstige Lokalisation

[...]

2 Auszug aus dem Evaluationsprotokoll zur orthopädieschuhtechnischen Versorgung von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom gemäß dem Versorgungsschema der AG Fuß DDG 2005.

und fügt ihr eine Handlungsanweisung für den OSM bei. Arzt und OSM nehmen den Bogen zu ihren Akten. Der jeweils Nachuntersuchende gibt eine Kopie an den Versorgungspartner, der seinen Bogen mit den übermittelten Informationen komplettiert. Abschließend gibt der verordnende Arzt den vervollständigten Evaluationsbogen an den Vorstand der AG-Fuß.

Aussagekräftige Zahlen zur Effektivität der schuhtechnischen Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms

fehlen bisher in der einschlägigen Literatur. Um Kontroversen in der Diskussion der Versorgung zu klären, sind diese Erhebungen längst überfällig, nicht zuletzt auch für künftige Versorgungsverhandlungen mit den Kostenträgern. Ärzte und Orthopädieschuhmacher beziehungsweise -techniker in der AG Fuß DDG haben das Potenzial und eine ausreichende Fallzahl zu einer ersten breit angelegten Evaluation der schuhtechnischen Versorgung beim Diabetischen Fußsyndrom. Mit

den ersten Auswertungen soll 2010 begonnen werden. ■

Infos und Unterlagen im Netz:

Der Schuhverordnungsbogen und das Evaluationsprotokoll können unter www.ag-fuss-ddg.de oder www.aderlp.de heruntergeladen werden.



R I C H T E R

L a d e n b a u

G m b H D r e s d e n

www.richter-ladenbau.de

Alles aus einer Hand für Ihr Geschäft

Planung - Fertigung - Montage - Baubetreuung

Wallstaße13
01067 Dresden
Tel.: 0351/8 02 20 40
Fax: 0351/8 02 12 59
E-Mail: Richter-Ladenbau@t-online.de

Fertigung
Salzburger Str. 38-40
01279 Dresden
Tel. / Fax: 0351/2 53 43 86



Photo: Siegfried Kramp

Sibylle Brunk-Loch:

Wie erkennen Arzt und Patient „DFS-kompetente“ Orthopädieschuhmacher?

Zusammenfassung:

Für die Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms ist der Austausch zwischen Arzt und Orthopädieschuhmacher besonders wichtig. Doch die Neueregulungen des § 128, SGB V legen der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Orthopädieschuhmachern enge Grenzen auf – allzu leicht entsteht der Verdacht, auf unzulässige Weise zu kooperieren. Umso wichtiger ist es, dass Orthopädieschuhmacher, die in der Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms kompetent sind, für Arzt und Patient erkennbar sind. Die regionale Arbeitsgruppe Fuß Rheinland-Pfalz/Saarland in der ADE – Diabetes-Fußnetz Südwest – bietet eine freiwillige Zertifizierung an, die Orthopädieschuhmachern die Kompetenz in der Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms bescheinigt.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Sibylle Brunk-Loch
Internistin, Diabetologin DDG
Diabetes-Schwerpunktpraxis und
Diabetes-Fußambulanz
Flugplatzstraße 2
55743 Idar-Oberstein
E-Mail: dr.brunk-loch@t-online.de

Der Versorgungsalltag zeigt, dass es in der Regel nicht ausreicht, ein Rezept auszustellen und es dem Menschen mit Diabetischen Fußsyndrom mit der Aufforderung in die Hand zu drücken „einen Orthopädieschuhmacher aufzusuchen“. Selbst die Kontaktaufnahme des Verordners mit dem ausgewählten Handwerker und das Ausfüllen des „Schuhverordnungsbogen“ gewährleistet nicht selbstverständlich eine adäquate Ausführung.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit für eine gute Versorgung beim Diabetischen Fußsyndrom bedeutet, dass der verordnende Arzt mit dem Orthopädieschuhtechniker die individuellen Probleme des Patienten bespricht. Neben der korrekten Indikationsstellung hat die vom Handwerker zu erbringende Qualität der Versorgung entscheidenden Einfluss darauf, ob der Patient das „Hilfsmittel“ annimmt. Damit sind Arzt und Orthopädieschuhtechniker Kooperationspartner mit dem gemeinsamen Ziel, Ulcera beziehungsweise Rezidiven vorzubeugen und damit die Versorgung des Patienten zu optimieren.

Die schuhtechnische Versorgung erfordert, ebenso wie die Wundbehandlung und sorgfältige Diabetestherapie, nicht nur vom Arzt, sondern auch vom Orthopädieschuhtechniker spezielle Er-

fahrungen. Allein zu verstehen, was eine sensomotorische Polyneuropathie bei Menschen mit Diabetes mellitus bedeutet und welche Konsequenzen dies für die Versorgung der Betroffenen hat, ist ein langwieriger Prozess und kann nicht als ubiquitär vorhanden vorausgesetzt werden. Dass Rezidivulcera in einem hohen Prozentsatz auf eine nichtadäquate Versorgung von Hochrisikopatienten zurückzuführen ist, zeigt jedoch, wie wichtig das Wissen um die schuhtechnische Versorgung beim Diabetischen Fußsyndrom ist.

§ 128: Balanceakt gefordert

Verordnende Ärzte geraten möglicherweise unter Verdacht auf Korruption oder Vorteilsnahme, wenn Sie einen bestimmten Orthopädieschuhmacher empfehlen oder regelmäßig mit ihm zusammenarbeiten. Die aktuelle Gesetzgebung mit dem erweiterten § 128, SGB V erschwert die interdisziplinäre und für eine qualitativ hochwertige Versorgung unabdingbar notwendige Zusammenarbeit von verordnendem Arzt und ausführendem Handwerker.

Einerseits ist es für das Optimieren der Versorgung der Patienten unbedingt erforderlich, mit einem fachlich kompetenten Orthopädieschuhtechniker zu kooperieren, andererseits ergibt

JÄGER / WERBUNG

Unser Team sagt Danke!

www.jaeger-werbung.com

VQZ Bonn
 Zertifizierungen ISO 9001, ISO 13485
 Schulungen QMB, Interner Auditor, MPG
 Hotline 0228 9431900 · www.vqz-bonn.de
JETZT INFORMATIONEN ANFORDERN!

Design für Schäfte...

Orthopädeschäfte
SHS – Orthopädie-Produkt- und Modellgestaltungs-GmbH
 Internet: www.SHS-Orthopaedie-Schaeffe.de
 E-Mail: geschaeftsfuehrung@SHS-Orthopaedie-Schaeffe.de
 96367 TSCHIRN · Schulweg 8
 Tel. 09268/6011 · Fax 09268/6012

MALKUSCH
 SCHÄFFTE

So individuell wie die Füße Ihrer Kunden sind unsere Schäfte - exklusiv für Sie aus Meisterhand gefertigt!

Wir sind Ihr Schäftepezialist mit über 30 Jahren Erfahrung. Wir garantieren Ihnen passgenaue Maßarbeit. Ein Ihre Patienten, individuell in Form und Farbe. Wir bieten Ihnen einzigartigen Service durch kurze Lieferzeiten und natürlich alles persönlich. Machen Sie sich bei uns - Wir freuen uns auf Sie!

Malkusch GmbH
 Heibach Straße 37 · 54123 Kaarst
 Telefon (0561) 52 86 09 · Fax (0561) 528 02 43
 www.malkusch.de · E-Mail info@malkusch.net



1 Rezepte und Überweisungen alleine verunsichern den Patienten oft, weiß er doch nicht, an welcher Arzt oder Leistungserbringer er sich wenden soll und wer auf die Behandlung seiner Beschwerden wirklich spezialisiert ist. Durch eine Zertifizierung kann ein Orthopädeschuhmacher auf seine Kompetenz aufmerksam machen.

man sich durch diese Zusammenarbeit in Misskredit oder in die Gefahr, der Vorteilsnahme mit allen gesetzlichen Konsequenzen beschuldigt zu werden.

Qualitativ minderwertige Versorgungen bedeuten für die betroffenen Patienten neue Ulcera, eine lange Krankheitsdauer, die Gefahr einer Amputation, Kosten für Wundversorgungen und gegebenenfalls Interventionen, stationäre Einweisung, kostenintensive Behandlungen, Verlust der Mobilität und Selbständigkeit und vor allem einen enormen Verlust an Lebensqualität. Für die Solidargemeinschaft der Versicherten – die Krankenkassen – entstehen erhebliche zusätzliche Kosten, die durch eine optimierte Versorgungsqualität von Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom zu einem erheblichen Teil vermieden werden können. Viele „Fußbehandler“ arbeiten mit Handwerkern zusammen, die sich um diese spezielle Versorgung engagiert kümmern und sich auf diesem Gebiet kontinuierlich weiterbilden.

Die Neufassung des § 128 SGB V lässt die Annahme zu, dass die Ärzte stattdessen mit nicht speziell qualifizierten Anbietern zusammenarbeiten sollen und müssen. Das würde jedoch einen Rückschritt für die betroffenen Patienten bedeuten – und dem Ansatz entgegenwirken, Qualität in die Versorgung von Menschen mit einer schwerwiegenden Erkrankung zu bringen.

Wie soll der Patient mit Diabetischem Fußsyndrom erkennen, welcher Orthopädeschuhtechniker ausreichend qualifiziert ist und seine vielschichtigen Probleme am besten lösen kann? Das kann der Patient bislang frühestens nach der Versorgung oder nach dem ersten Rezidiv feststellen.

Freiwillige Zertifizierung

In Rheinland-Pfalz hat sich die regionale Arbeitsgruppe Fuß – AG Fuß Rhein-

land-Pfalz/Saarland in der ADE – Diabetes-Fußnetz Südwest – bereits 2004 mit diesem Problem auseinandergesetzt.

Die rheinland-pfälzische interdisziplinäre Arbeitsgruppe hat eine Zertifizierung für Orthopädeschuhtechniker erarbeitet. Anhand dieser ist es für Arzt und Patient erkennbar, welche Orthopädeschuhtechniker sich diabetesspezifisch weitergebildet haben und zur Versorgung für Menschen mit Diabetischem Fußsyndrom geeignet sind. Diese bislang einzige für das diabetische Fußsyndrom existierende Zertifizierung der Orthopädeschuhtechniker zeichnet sich durch strenge Qualitätskriterien zur Struktur- und Prozessqualität aus:

Kriterien für die Strukturqualität

- Orthopädeschuhmachermeister mit Zusatzqualifikation „Orthopädeschuhtechnische Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms“ des Innungsverbandes für Orthopädeschuhtechnik;
- Pedographie;
- Photodokumentation.

Kriterien für die Prozessqualität

- Teilnahme an drei AG FUß/ADE-Treffen pro Jahr;
- Hygiene-Plan mit MRSA-Management;
- Verwendung des „Schuhverordnungsbogens“ nach zirka zwei Wochen und nach zirka fünf Monaten (siehe vorhergehenden Beitrag);
- Nennung des kooperierenden Diabetologen (gemeinsame Fallbesprechungen).

Kriterien für die Ergebnisqualität

Jährlicher Nachweis mit Photo, dazugehörigem Schuhverordnungs- und Schuhkontrollbogen von:

- 20 Versorgungen mit diabetesadaptierten Fußbettungen;

- 20 Versorgungen mit orthopädischen Maßschuhen;
- 5 Spezialversorgungen (Orthesen etc.).

Aufwändig, aber hilfreich

Das Erlangen des „Qualitätssiegels“ ist für die Handwerker mit einem enor-

men Aufwand verbunden, der zusätzlich zu durch Innung und Kostenträger geforderten Zertifizierungen zu bewältigen ist. Das erreichte Zertifikat bedeutet: Neben der geforderten Strukturqualität hat der Orthopädeschuhmachermeister 20 diabetespezifische

orthopädische Schuhversorgungen und 20 Versorgungen mit diabetesadaptierten Fußbettungen und Schuhzurichtungen vorgelegt und von der Arbeitsgemeinschaft bewerten lassen.

Lokale Kostenträger und MDK werden kontinuierlich durch die Arbeitsgemeinschaft Fuß Rheinland-Pfalz/Saarland über die zertifizierten Orthopädeschuhmacher und -techniker informiert. Die zertifizierten Handwerker stehen in Kooperation mit den Fußbehandlungseinrichtungen. Sie verpflichten sich ebenso wie die Ärzte, die den Patienten ausgelieferten Schuhversorgungen kurzfristig und spätestens vor Ablauf der Gewährleistungspflicht nochmals zu kontrollieren. Dabei ist ein Schuhkontrollbogen (Abb. 2) zu verwenden.

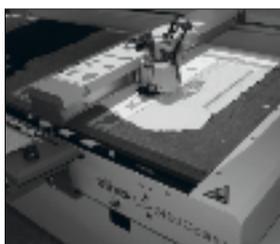
Aktuelle Verträge einiger Kostenträger beinhalten zwar ebenfalls eine Verpflichtung für die Handwerker, die ausgelieferten Schuhversorgungen in bestimmten zeitlichen Abständen bis zum Ablauf der Gewährleistungspflicht zu kontrollieren. Unklar sind dabei jedoch die zugrunde gelegten Kriterien für diese Überprüfung. Der abgebildete Schuhkontrollbogen formuliert klare Kriterien und sorgt so für Transparenz sowohl auf Seiten der Leistungserbringer als auch der Kostenträger. Er verdeutlicht den Kostenträgern, dass Qualitätskontrollen zum Wohle des Patienten im Mittelpunkt stehen und ein gemeinsames Bemühen von Verordner und Hilfsmittellieferant besteht.

Qualitätsverbesserung ist ein langwieriger Prozess, er benötigt viel Geduld und ständige Reflexion, er führt regional zu einer deutlichen Verbesserung der Ergebnisqualität. Eine flächendeckende oder bundesweite Umsetzung scheitert bisher an den unterschiedlichen regionalen Strukturen und der nicht oder nur bedingt vorhandenen Kommunikation ■

Protokoll orthopädietechnische Versorgung bei Diabetes				
Patient: _____ geb.: _____	diab adapt. Fußbettungen <input type="checkbox"/> orthopädische Schuhe <input type="checkbox"/>			
Arzt: _____ Orthopädeschuhmacher: _____	KV-Datum: _____ Auftragseingang: _____			
Prüfung der diabetesadaptierten Fußbettung Folgende Kriterien sind erfüllt:	1. Prüfung links	rechts	ggf. 2. Prüfung links	rechts
- Länge unter Belastung mind. 10 mm länger als Fuß an seiner größten Länge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Breite unter Belastung mind. absolute Fußbreite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dicke mind. 8 mm in druckbelasteten Risikobereichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Druckkapazität plantar um mind. 30% reduziert, in abgetheilten Ulcusregionen um mind. 40% reduziert (Vergleich der dynamischen elektron. Druckmessung im fertigen Hilfsmittel im Verhältnis zur Vorhermessung im Neutroschuh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Anmodellierung an primäre Fußform passgenau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Entlastungselemente (Polster, Ulcusentlastungen usw.) passgenau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prüfung der orthopädischen Schuhe Folgende Kriterien sind erfüllt:				
- Gesamtlänge des Schuhs unter Belastung mind. 10 mm länger als Fuß an seiner größten Länge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Höhe insbesondere im Zehenbereich (keine Abweichungen im Schuh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Weite insbesondere im Vorfußbereich (keine Abweichungen im Schuh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Verschluss ohne Zehenkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Futter und Obermaterial weich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- keine Innenrinne in druckgefährdeten Bereichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Führung und Halt im Rückfuß ohne Schlupf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dämpfung des Absatzes und Rollenwirkung der Sohle gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anforderungen folgender Funktionselemente erfüllt:				
- Längenschnalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Arthrodesenocapae/Prostabilisatorschuh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vorfußstütze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Amputationsrinne I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Änderungen				
links: _____	rechts: _____	durchgeführt von: _____		
		Unterschrift DSM: Datum _____		
Erklärung bei Auslieferung durch DSM:				
* Die Einweisung in Handhabung, Hygiene und Funktionsweise ist erfolgt.				
* Die Gebrauchsanweisung wurde ausgehändigt.				
Unterschrift DSM: Datum _____				

Nutzung durch die AG Fuß Rheinland-Pfalz/Saarland mit Erlaubnis v. H. Köster/Dillingen

2 Orthopädeschuhmacher, die nach den Kriterien der AG Fuß Rheinland-Pfalz /Saarland DDG zertifiziert sind, verpflichten sich, für die Kontrolle ihrer Versorgungen diesen Schuhkontrollbogen zu verwenden (aus www.ade-rlp.de).



ORTHOPÄDIESCHÄFTE



Kronacher Schäftefabrikation

96328 Küps/Burkersdorf
Pfründestrasse 4

Tel. 09264/968 754
Fax 09264/968 755
www.kronacher-schaefte.de
info@kronacher-schaefte.de



Sibylle Brunk-Loch:

Schuhtechnische Versorgung: Wie lässt sich die Akzeptanz bei Patienten erhöhen?

Sie ist schon fast sprichwörtlich: Die mangelnde Compliance vieler Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom. Ihre Ursachen sind vielfältig und liegen nicht nur darin, dass diese Menschen ihre Füße kaum noch spüren. Auch scheinbar uneinsichtige Menschen lassen sich erreichen – wenn man ihnen zuhört.

Gelingt es uns nicht, den Patienten von der Notwendigkeit zu überzeugen, sein Hilfsmittel zu tragen, bringen alle Bemühungen wie interdisziplinäre Kommunikation, Schuhverordnungsbogen, Risikoeinteilung, Versorgungskontrollen und auch zertifizierte Fußbehandlungseinrichtungen und Orthopädieschuhmacher keine Versorgungsverbesserung. Viele Einlagen, teure Maßschuhe und Orthesen verschwinden bei den Patienten weiterhin im Keller, auf dem Speicher oder der hintersten Ecke des Schrankes, statt dort zu sein, wo sie sein sollten – an den Füßen.

Wir – alle Disziplinen, die wir Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom betreuen – sollten mit diesen Patienten und ihrem Verhalten umgehen können.

Erst einmal die Gründe verstehen
Rationale Erklärungen zum medizinischen Hintergrund und physikalischen Gesetzen reichen keineswegs aus, diese meist an vielen Organsystemen erkrankten Menschen von der Notwendigkeit zu überzeugen, andere Schuhe zu tragen.

Nur wenige der Patienten sind mit dieser Art der Motivation erreichbar. Eine lange Krankengeschichte, verbunden mit vielen Einschränkungen in



Einen Patienten für eine orthopädieschuhtechnische Versorgung zu gewinnen, erfordert häufig Überzeugungsarbeit. Hier ist besonderes Einfühlungsvermögen von Arzt und Orthopädieschuh-techniker gefordert – und Verständnis für innere Widerstände des Patienten.

ihrem häuslichen oder beruflichen Umfeld, hat sie geprägt. Zudem spielen häufig die aktuelle Mode und gesellschaftliche Normen, wie ein schicker Schuh auszusehen hat, für die Akzeptanz des Hilfsmittels Schuh eine wesentliche Rolle. Die Betroffenen wollen nicht schon von außen als krank erkennbar sein, wollen vielfach ihre Erkrankung nicht oder immer noch nicht wahrhaben und akzeptieren. Das Hilfsmittel Schuh erinnert sie zudem jeden Tag daran, dass der Diabetes vorhanden ist und bereits „zugeschlagen“ hat.

Wer bereit ist zuzuhören und sich für die individuelle Problemwelt jedes Einzelnen zu interessieren, erhält mit der Zeit zu ein genaueres Verständnis und kann dann erkennen, wo individuelle Ansatzpunkte zu finden sind – eine wesentliche Basis, um fußkranke Menschen zu erreichen und damit eine nachhaltige Verhaltensänderung bei der Schuhauswahl zu bewirken.

Den Patienten abholen

Ärzte und Handwerker müssen die Sprache der Patienten verstehen und für ihre Intentionen nutzen. Handwerker und „Fußarzt“ sind gefordert, dem Patienten Zuwendung und Einfühlvermögen entgegenzubringen. Beide müssen die Kontakte nutzen, um diesen kontinuierlich und individuell in der Sekundär- beziehungsweise Ter-

tiärprophylaxe zu schulen. Gefragt ist im wahrsten Sinne des Wortes eine „bei-Fuß-Schulung“, die den Betroffenen immer wieder dort abholt, wo er momentan steht.

Es reicht nicht, nur die „professionelle“ Behandlung zu vollziehen. Mindestens so wichtig ist es, Betroffenen mit einem tiefer gehendes Interesse für deren Situation zu begegnen. Nicht unsere medizinischen Vorstellungen sind bei dem Patienten Zielführend. Die Möglichkeiten und die persönliche Situation der Betroffenen limitieren vielmehr das Erreichbare immer wieder.

Letztlich entscheidet der Patient

Stellen wir ein „Fehlverhalten“ des Patienten fest, zeigt uns das, wir haben diesen Menschen noch nicht erreicht. Wir dürfen uns dies nicht als Versagen ankreiden und unsere Enttäuschung auf den Patienten übertragen. Vielmehr muss uns bewusst werden, dass wir Ratgeber und Berater sind. Der Patient hat das Recht zu entscheiden, welchen Weg er gehen will – und damit, welchen Schuhen er seine Füße anvertraut.

Erfreulich ist es zu erleben, einen Patienten „erreicht“ haben. Es sind dies die schönen Momente, aus denen Fußbehandler und Handwerker neue Motivation schöpfen. ■

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Sibylle Brunk-Loch
Internistin, Diabetologin DDG
Diabetes-Schwerpunktpraxis und
Diabetes-Fußambulanz
Flugplatzstraße 2
55743 Idar-Oberstein
E-Mail: dr.brunk-loch@t-online.de