



| Risikogruppe | | 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 | Orthopädieschuhtechnische Versorgung aufgrund orthopädischer Indikation |
| II a | Diabetes mellitus mit Sensibilitätsverlust durch PNP/ relevante pAVK, | Hohes Risiko von nicht wahrgenommenen Verletzungen der Füße z.B. durch nicht passende Schuhe Gesonderte Aufklärung notwendig | für DFS geeigneter Schuh mit herausnehmbarer Weichpolstersohle |
| II b | D.m. mit Sensibilitätsverlust durch PNP und / oder pAVK Mit folgenden Zusatzkriterien: 1. drohenden dorsalen Ulcera 2. Präluzerative Veränderungen 3. Dialysepflichtige Niereninsuffizienz | Zu 1. bei nichtausreichender Zehenfreiheit im einlagengerechten Konfektions-/ Bequemschuh, z. B. bei ausgeprägten Krallen- oder Hammerzehen. Zu 2. z.B. eingeblutete Hyperkeratosen | Spezialschuh bei DFS mit DAF (diabetes-adaptierter Fußbettung) |
| III | Z. n. Ulcus | Deutlich erhöhtes Ulcusrezidiv-Risiko gegenüber Gr. II | Spezialschuh bei DFS mit DAF ggf. mit orth. Schuhzurichtung |
| IV | Wie II + III mit Deformitäten bzw. Dysproportionen | Nicht nach konfektioniertem Leisten (z. B. Spezielschuh bei DFS) zu versorgen | orth. Maßschuhe mit DAF |
| V | inaktive CNO, mit erkennbaren radiologischen Gelenk- und oder Knochenzerstörungen / Pseudoexostosen / Fehlstatik | Innenschuhe/Orthesen i.d.R bei inaktiver CNO im Rückfußbereich oder bei starker Lotabweichung Ggf. bei minderdeformierten Füßen mit erhaltener Belastbarkeit Spezielschuhe bei DFS mit DAF möglich | Knöchelübergreifende orth. Maßschuhe mit DAF, Innenschuhe, Orthesen |
| VI | Wie II mit Fußteillamputation | mindestens transmetatarsale Amputation, auch als innere Amp. | Versorgung wie IV + V plus ggf. Prothesen |
| VII a | Nicht plantare Läsionen | Bei vorhandener suffizienter orthopädieschuhtechnischer Versorgung, die in Verbindung mit dem Wundverband die Ulkusregion entlastet, kann diese Schuhversorgung weiter benutzt werden | Verbandsschuhe |
| VII b | Aktive CNO ohne Läsion | Drohende Sinterung der knöchernen Strukturen Versorgungsprinzip ist die Ausschaltung der Fußgelenkbewegungen und der Tibiarotation Nicht abnehmbare Versorgungen sind den abnehmbaren überlegen konfektionierte Orthesen können nur bei nicht deformierten Füßen verordnet werden | Individuelle kniehohe Orthese mit DAF Vollkontaktgips (TCC) |

| | | | |
|-------|--------------------------------|--|---|
| VII c | Plantare Läsionen, außer Ferse | Bei PNP oder milder Infektion und milder pAVK Oder Moderater Infektion oder moderater pAVK Bei Vorliegen von infizierten Ulzerationen, AVK oder starker Exsudation sind nicht-abnehmbare kniehohe Orthesen mit besonderer Vorsicht anzuwenden, als 2. Wahl abnehmbare Orthese oder als 3. Wahl Verbandsschuhe mit entsprechender Druckentlastung verwenden | Nicht abnehmbare kniehohe Orthese (Gewichtslimitierung beachten, Passform muss gewährleistet sein ansonsten individuelle Orthese) Interimsschuh TCC |
| VII d | Plantare Fersenläsion | Hohes Risiko einer Unterschenkelamputation Ausführung mit Kondylenführung und Reduktion axialer Kräfte, konfektionierte Fersenentlastungsorthesen erfüllen diese Funktionsanforderungen nicht Bei Vorliegen von infizierten Ulzerationen, AVK oder starker Exsudation sind nicht-abnehmbare kniehohe Entlastungsvorrichtungen mit besonderer Vorsicht anzuwenden | Nicht abnehmbare kniehohe individuelle Fersenentlastungsorthese TCC |

- In der gesamten Risikogruppe VII ist ggf. vor der Hilfsmittelverordnung eine notwendige chirurgische Intervention abzuklären.
- Im Einzelfall ist eine zu begründende Abweichung vom o. a. Schema mit einfacherer oder aufwendigerer Versorgung z.B. nach fehlgeschlagener adäquater Vorversorgung oder bei orthopädischen/neurologischen Zusatzkomplikationen nach ärztlicher Verordnung möglich.
- Eine ärztliche Abnahme des verordneten Hilfsmittels zusammen mit dem Patienten ist **immer** erforderlich. Die Einweisung in das Hilfsmittel erfolgt durch orthopädie(schuh)technisches Fachpersonal.

Abnahmekriterien:

Sind die verordneten Komponenten enthalten?

Ist die Passform gewährleistet?

Sind Stand- Tritt- und Gangsicherheit gegeben?

Ist die Funktion hinsichtlich Schutzes des Fußes und Ausgleich funktioneller Einschränkungen gegeben?

Wurden die Kriterien für die Schuhversorgung beim DFS eingehalten?

Minimalkriterien für die Schuhversorgung beim DFS sind:

Genügend Raum für die Zehen in Länge und Höhe, ausreichende Breite, Vermeiden von drückenden Nähten, weiches Material über druckgefährdeten beweglichen Fußregionen, keine auf den Fuß einwirkende Vorderkappe, herausnehmbare konfektionierte Polstersohle mit Druckspitzenreduktion im Ballenbereich um 30%.

Möglichkeit einer orthopädieschuhtechnischen Zurichtung

- Die erfolgreiche Druckentlastung durch eine diabetes-adaptierte Fußbettung ist mit Hilfe pedobarographischer Messsohlen nach dem aktuellen Standard durchzuführen und zu dokumentieren.
- Für die Korrektur oder den funktionellen Ausgleich einer höhergradigen Fußdeformität mittels orthopädischen Maßschuhen ist die manuelle Anfertigung eines individuellen Sonderleistsens nach Gipsabdruck oder in vergleichbarer Technik erforderlich.

- Bei der Versorgung mit konfektionierten Hilfsmitteln (z.B. Fertigorthesen) muss die Passform gewährleistet sein, ansonsten Verordnung eines individuellen Hilfsmittels erforderlich (z.B. Einschalen- oder Zweischalenthese, Rahmenorthese oder Interimsschuh)
- Zur Nachkontrolle sind ab Gruppe III minimal alle 3 Monate ambulante Untersuchungen nötig.
- Begriffsdefinition: Die Benennung der Charcot-Neuro-Osteoarthropathie (CNO) wurde an die internationale Namensgebung der IWGDF Leitlinie 2023 angepasst. Frühere Bezeichnungen sind DNOAP / Charcotfuß.
- Die Empfehlungen zur Schuhversorgung beim DFS orientieren sich an den Leitlinien der International Working Group of the Diabetic Foot (IWGDF, Version 2023).

Entwurf vorgelegt von:

Interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Schuhversorgung beim diabetischen Fußsyndrom“

Bestehend aus Mitgliedern des DGOOC Beratungsausschusses für Orthopädieschuhtechnik:

Prof. Bernd Greitemann, Prof. Markus Walther, Dr. Hartmut Stinus, Dr. Reinhard Deinfelder,

Dr. Dietmar Rohland, Herbert Türk, Frank Schievink, Jürgen Stumpf

Dem Vorstand der Arbeitsgemeinschaft diabetischer Fuß in der DDG:

Dr. Michael Eckhard, Dr. Claudia Fischer, Dr. Karl Zink, Dr. Sibylle Brunk-Loch, Dr. Ulrike Schmitz,

Dr. Florian Thienel, Sabine Karl-Greubel, Leo Lelgemann

Und Mitwirkung von:

Dr. Armin Koller, Dr. Christoph Metzger, Michael Möller