

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. Spezialschuh 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 Spezialschuhe 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 <b>oder</b> 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 orthopädiesschuhtechnischen 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 den 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