

AG Diabetischer Fuß der DDG – Postfach 28 – 63774 Mömbris

Herrn
Arnd Schümann
GKV Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Info-Büro:
AG Diabetischer Fuß e.V.
Bettina Baumann
Postfach 28
63774 Mömbris
info@ag-fuss-ddg.de
Fax: 06029 98 97 108

Dr. Michael Eckhard
Sprecher

Homepage:
<https://ag-fuss-ddg.de>

26. Mär. 2021

Ihr Schreiben vom 11.12.2020

Ermittlung des Fortschreibungsbedarfs für die Produktgruppe 31 „Schuhe“

Hier: Produktgruppe 31.03.07. „Diabetesadaptierte Fußbettung“ und 31.03.08 „Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom“

Sehr geehrter Herr Schümann,
sehr geehrte Damen und Herren,

die Studienlage zur schuhtechnischen Versorgung beim Diabetischem Fußsyndrom und seinen Komplikationen ist leider bisher wenig ergiebig. Das liegt einerseits an der Komplexität und Heterogenität des Krankheitsbildes, andererseits handelt es sich dabei nicht um Industrieprodukte von der Stange, sondern um individuelle, handwerkliche Versorgungen.

Seit Mitte der 90iger Jahre war diese Ausgangslage der Grund, weshalb am Krankheitsbild Diabetischer Fuß interessierte Ärzte verschiedener Fachrichtungen und Handwerker aus der schuhtechnischen Versorgung in einen interdisziplinären Austausch eintraten. Das Ergebnis dieser multidisziplinären Diskussionen war die sogenannte Risikogruppeneinteilung „Schuhversorgung und Risikoklassen beim Diabetischen Fußsyndrom und bei Neuro-Angio-Arthropathien“. Die nachstehend abgedruckte Fassung von 2006 hat sich bis heute in der Praxis als adäquate Abbildung der Versorgungssituation und für die realistische Umsetzung am Patienten bewährt. Überwiegend richten sich Verordner nach dieser Einteilung, selten nach der reinen PG 31.

**Schuhversorgung und Risikoklassen beim Diabetischen Fußsyndrom
- und analogen Neuro-Angio-Arthropathien**

Stand 25.02.2006

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	Orthopädeschuhtechnische Versorgung aufgrund orthopädischer Indikation
II	D.m. mit Sensibilitätsverlust durch PNP/ relevante pAVK,	PNP mit Sensibilitätsverlust pAVK	Diabetesschutzschuh mit herausnehmbarer konfektionierter Weichpolstereinlegesohle, ggf. mit orth. Schuhzurichtung Höherversorgung mit DAF oder orth. Maßschuhen bei Fußproportionen die nach einem konfektionierten Leisten nicht zu versorgen sind, Fußdeformität, die zu lokaler Druckerhöhung führt, fehlgeschlagene adäquate Vorversorgung, orthopädische Indikationen
III	Z. n. plantarem Ulcus	Deutlich erhöhtes Ulcusrezidiv-Risiko gegenüber Gr. II,	Diabetesschutzschuh i.d.R. mit diabetes-adaptierter Fußbettung, ggf. mit orth. Schuhzurichtung Höherversorgung mit orth. Maßschuhen bei Fußproportionen die nach einem konfektionierten Leisten nicht zu versorgen sind, fehlgeschlagene adäquate Vorversorgung, orthopädische Indikationen
IV	Wie II mit Deformitäten bzw. Dysproportionen	Nicht nach konfektioniertem Leisten zu versorgen	orth. Maßschuhe mit DAF,
V	DNOAP (Sanders II-V)/LEVIN III),	Orthesen i.d.R. bei DNOAP Typ IV-V (Sanders) oder bei starker Lotabweichung	Knöchelübergreifende orth. Maßschuhe mit DAF, Innenschuhe, Orthesen
VI	Wie II mit Fußteillamputation	mindestens transmetatarsale Amputation, auch als innere Amp.	Versorgung wie IV plus Prothesen
VII	Akute Läsion / floride DNOAP	stets als temporäre Versorgung	Entlastungsschuhe, Verbandsschuhe, Interimsschuhe, Orthesen, TCC ggf. mit DAF und orth. Zurichtungen

Kriterien für eine höhergradige Versorgung

- a) Kontralaterale Major-Amputation
- b) Arthropathie 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

Die Einführung der „Kriterien einer höhergradigen Versorgung“ ermöglicht das Aufzeigen von Versorgungsbesonderheiten, die in der individuellen Patientenversorgung von besonderer Tragweite

sind. So erfordert eine kontralaterale Majoramputation oder eine Beinparese ganz andere Versorgung als sie bei einem Menschen mit diabetischer Polyneuropathie und Zustand nach plantarem Ulkus ohne sonstige Besonderheiten erforderlich wäre.

Diese Kriterien dienen seither sowohl als Hilfestellungen für die Verordnung für in dieser Hilfsmittelversorgung noch unerfahrene Versorger, als auch zur Sensibilisierung für die speziellen Herausforderungen der zu versorgenden Patienten. Alles mit dem Ziel des Erhalts von Mobilität, Selbständigkeit und der Vermeidung von Rezidiven bzw. Transferläsionen.

Kostenträger, wie z.B. die Barmer Ersatzkasse oder die DAK, haben diese Argumentationshilfen zur individuellen Versorgung in Ihre Verträge zum Diabetischen Fußsyndrom übernommen.

- Die Kriterien für eine höhergradige Versorgung müssen überprüfbar dokumentiert und die dazugehörigen Diagnosen müssen auf der ärztlichen Verordnung enthalten sein.
- Im Einzelfall ist eine zu begründende Abweichung vom o. a. Schema mit aufwendigerer oder einfacherer Versorgung nach ärztlicher Indikation möglich
- Eine ärztliche Abnahme des verordneten Hilfsmittels zusammen mit dem Patienten ist immer erforderlich. Die Einweisung in das Hilfsmittel erfolgt durch den Hilfsmittellieferant

Sind die verordneten Komponenten enthalten?
Ist die Passform gewährleistet?
Sind Stand- Tritt- und Gangsicherheit gegeben?
Ist die Funktion hinsichtlich Schutz des Fußes und Ausgleich funktioneller Einschränkungen gegeben?
Würden die Kriterien für die Schuhversorgung beim DFS eingehalten?

Minimalkriterien für die Schuhversorgung beim DFS

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 Weichpolstereinlegesohle mit Druckspitzenreduktion im Ballenbereich um 30%. Möglichkeit einer orthopädischuhrtechnischen Zurichtung

- Der Begriff „Diabetesschutzschuh“ ist im selben Sinne zu verwenden wie „Diabetesspezialschuh“, „orthop. Aufbauschuh“, konfektionierte Therapieschuh“, „semiorthopädischer Schuh“. Bei der Abgabe muss die Funktion hinsichtlich Statik und Dynamik überprüft und nötigen falls durch orthopädische Zurichtungen optimiert werden.
- Die überprüfbare Dokumentation einer gezielten lokalen Druckentlastung durch eine diabetes-adaptierte Fußbettung ist unter dynamischen Bedingungen nur mit Hilfe pedobarographischer Meßsohlen möglich. Für die Dokumentation von Zonen erhöhten Druckes durch funktionelle Deformitäten ist die dynamische Pedographie statischen Verfahren (Blauabdruck) überlegen.
- Für die Korrektur oder den funktionellen Ausgleich einer höhergradigen Fußdeformität mittels Maßschuhen ist die manuelle Anfertigung eines individuellen Sonderleistsens nach Gipsabdruck oder in vergleichbarer Technik erforderlich. Der aktuelle Stand der Automatisierungstechnik erlaubt die Maßanfertigung nur für gering deformierte Füße.
- Bei einer akuten Läsion (Ulkus oder noch florider DNOAP) ist eine Totalentlastung mit einem Allgöwer-Apparat oder Thomas-Splint nur in Ausnahmefällen erforderlich. Beim Ulkus steht die Druckentlastung und Druckumverteilung im Vordergrund, bei der DNOAP die Ausschaltung der Fußgelenkbewegungen
- Zur Nachkontrolle sind ab Gruppe III minimal alle 3 Monate ambulante Untersuchungen nötig.

Empfehlung vorgelegt von:

„Interdisziplinäre Arbeitsgruppe

Schuhversorgung beim diabetischen Fußsyndrom“

Unter Mitwirkung von:

- Koller, Dr. Armin, Orthopäde
- Metzger, Dr. Christoph, Diabetologe
- Möller, Michael, OSM
- Stumpf, Jürgen, OSM
- Zink, Dr. Karl, Diabetologe

In Abstimmung mit:

- Wetz, Prof. Dr. med. Hans-Henning
- Spraul, Prof. Dr. med. Maximilian
- Dierolf, Werner, Präsident
- Schumacher, Reiner, Vors. Diab. ASS
- Perick, Hermann, OSM
- Jaszczuk, Thomas, OSM

Diese Risikoklasseneinteilung ist die Basis für das Flussschema „Anleitung zur schuhtechnischen Versorgung beim Diabetischen Fußsyndrom“. Ziel war hier, die interdisziplinäre Kommunikation zwischen den Mitgliedern der AG Fuß DDG, dem verordnenden Arzt (im Idealfall aus einer AG Fuß in der DDG zertifizierten Fußbehandlungseinrichtung), und dem Leistungserbringer (Orthopädienschuhmacher/-techniker), der sich ebenfalls regelmäßig weiterbildet. Die Versorgung wird am Patienten interdisziplinär erarbeitet und auf dem „Schuhverordnungsbogen“ skizziert. Das Einbeziehen des Patienten in den Verordnungsvorgang verbessert die Adhärenz und unterstreicht die Wichtigkeit der Maßnahmen. Dieser Versordnungsbogen wird vom Arzt und Handwerker unterschrieben und zusammen mit der ärztlichen Verordnung an den Kostenträger und ggf. an den Medizinischen Dienst weitergeleitet. Die Arbeitsgemeinschaft Fuß in der Deutschen Diabetes Gesellschaft hat in den Jahren 2008 und 2009 insbesondere die regionalen Medizinischen Dienste über dieses Procedere informiert. Bis heute sind die Rückmeldungen, dort wo diese Form der Verordnungspraxis von den Fußspezialisten der AG Fuß DDG gelebt wird, sehr positiv. Die über den Bogen bereitgestellten Informationen und die damit geschaffene Transparenz werden von Seiten der Kostenträger begrüßt, die dort anfallenden Bearbeitungszeiten haben sich erfreulich verkürzt, Nachfragen sind signifikant seltener erforderlich. Das führt in der Regel zu einer beschleunigten zielgerichteten Versorgung der Versicherten.

Auch nach der letzten Änderung der PG 31 durch die aktuell gültige Fortschreibung, halten viele der Krankenkassen an dieser bewährten Praxis fest, erübrigt sich aufgrund der transparenten und nachvollziehbaren Begründungen mehrheitlich eine Beurteilung durch den MD(K). Fehlverordnungen (Über- wie Unterversorgungen) werden damit wirksam vermieden.

Protokoll orthopädietechnische Versorgung bei Diabetes					
Patient: _____ geb.: _____		diab.adapt. Fußbettungen <input type="checkbox"/>		orthopädische Schuhe <input type="checkbox"/>	
Arzt: _____		KV-Datum: _____			
Orthopädie- schuhmacher: _____		Auftragseingang: _____			
Prüfung der diabetesadaptierten Fußbettung		1. Prüfung		ggf. 2. Prüfung	
Folgende Kriterien sind erfüllt:		links	rechts	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"/>
- Druckspitzen plantar um mind. 30% reduziert, in abgeheilten Ulcus- regionen um mind. 40% reduziert (Vergleich der dynamischen elektron. Druckmessung im fertigen Hilfsmittel im Verhältnis zur Vorhermessung im Neutralschuh)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Anmodellierung an plantare Fußform passgenau		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Entlastungselemente (Pelotten, Ulcuseinbettungen 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 Abzeichnungen im Schuh)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Weite, insbesondere im Vorfußbereich (keine Abzeichnungen im Schuh)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vorderkappen 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 Innennähte 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:					
- Lähmungskappe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Arthrodesenkappe/Feststellabrollschuh		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vorfußersatz		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Amputationsinnenteil		<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"/>
-		<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 OSM Datum:	
Erklärung bei Auslieferung durch OSM:					
* Die Einweisung in Handhabung, Hygiene und Funktionsweise ist erfolgt.					
* Die Gebrauchsanweisung wurde ausgehändigt.					
		Unterschrift OSM Datum:			

Nutzung durch die AG-Fuß RLP/Saarland mit Erlaubnis v. H. Kramp/Dillingen

Die Kriterien für die diabetesadaptierte Fußbettung, die orthopädischen Maßschuhe oder die zusätzlichen Einbauelemente können damit überprüft und nachvollziehbar dokumentiert werden. Die gemeinsame Nachschau unter Einbeziehen des Patienten ist ein wesentliches Element zur Verbesserung und Sicherung von Prozess- und Ergebnisqualität. Das Vorgehen erhöht zusätzlich die Adhärenz auf Seite des Patienten.

Die hier beschriebenen „Tools“ in der Hilfsmittelversorgung bei Patienten mit Diabetischem Fußsyndroms dokumentieren seit mehr als 15 Jahren interdisziplinären Austausch und dadurch ein hohes Maß an erworbener Erfahrungskompetenz rund um den diabetischen Fuß.

Die Idee dabei war und ist, durch den Einsatz wirksamer Hilfsmittel im Kontext einer individuellen Kosten-Nutzenabwägung eine Versorgung umzusetzen, mit der das Risiko für die Entstehung von Erst- oder Rezidiv-Ulcera bei Menschen mit Neuropathie, im Wesentlichen mit eingeschränktem oder aufgehobenem Schmerz- und Druckempfinden und zusätzlichen Risikofaktoren (nachweisliche Druckfehlbelastungen bei z.B. Deformitäten, Fehlstellungen, Exostosen) wirksam reduziert werden kann.

Neueste Daten (1) zum diabetischen Fußulkus zeigen in zwei unabhängig voneinander untersuchten Langzeit-Cohorten sehr hohe Rezidivraten: die Rezidivquoten lag im ersten Jahr bei 25-28%, innerhalb von zehn bzw. 15 Jahren follow up bei 68% bzw. 70 %.

Es ist somit festzuhalten, daß das diabetische Fußsyndrom nicht heilbar ist. Nach dem Ulkus ist quasi vor dem Ulkus.

Die Erkenntnisse aus der Pathophysiologie von Dekubitalgeschwüren belegen eine Entstehung dieser Läsionen infolge einer druckbedingten Fehlbelastung von INNEN („bottom up - Theorie“) (2). Dabei entstehen die Läsionen meist infolge einer erhöhten Druckbelastung über Knochenvorsprünge.

Die Definition der European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) und des amerikanischen National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) in der Leitlinie Prävention Dekubitus 2019 (3) beschreibt das sehr klar:

„Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprünge, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften“.

- (1) Ogurtsova, K., Morbach, S., Haastert, B., Dubský, M., Rümenapf, G., Ziegler, D., Jirkovska A. und Icks, A. (2020): Cumulative long-term recurrence of diabetic foot ulcers in two cohorts from centres in Germany and the Czech Republic. *Diabetes Res Clin Pract*, 172, 108621. doi:10.1016/j.diabres.2020.108621
- (2) Ko-7-ner, J.; Kröger, K.; Gerber, V.; Schröder, G.; Dissemond, J. (2018): Dekubitus erkennen und richti-7-g klassifizieren: ein Positi-7-onspapier. In: Der Hautarzt; Zeitschrift-7-für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete. DOI: 10.1007/s00105-018-4230-6.
- (3) European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.

Solche druckbedingten Läsionen lassen sich also nur vermeiden, wenn eine wirksame Druckentlastung erzielt wird. Die Besonderheit der Druckläsionen an den Füßen unseres neuropathisch erkrankten Kollektivs liegt einmal mehr in dem Verlust der protektiven Wahrnehmung („loss of protektive sensation“, LOPS) und damit dem Fehlen einer intrinsisch automatisch getriggerten Schutzreaktion auf solche Druckfehlbelastungen.

Folgerichtig gilt bereits das Stadium Wagner 0 als diabetisches Fußsyndrom DFS, nicht erst das Vorliegen eines aktiven Fußulkus. Darin begründet liegt nicht zuletzt die Verordnungsfähigkeit einer podologischen Komplextherapie in eben diesem Stadium eines DFS.

Analog sollte es möglich sein, die definierte Hochrisikogruppe sowohl in der Vermeidung der Rezidiv- als auch der Primär-Läsion mit entsprechenden Hilfsmitteln aus der PG31 zu versorgen. Die Versorgung mit einer DAF käme somit dann in Frage, wenn das Ausmaß der Druck-Fehlbelastungen mit Versorgungen niedriger Kategorie (zum Beispiel Weichschaumeinlagen) nicht adäquat gelingt - und zwar, falls diese Art von Vorversorgung nachweislich nicht ausreichend ist oder aufgrund von Fussmaßen und klinischen Befunden das Scheitern einer solchen Versorgung schon von im Vorhinein abzusehen ist (obligater Nachweis jeweils durch dynamische Druckmessungen, Dokumentation der Fussmaße und/oder Fehlbelastungen in geeigneter Weise, z.B. auch durch Röntgenbilder, Fotos oder anderen noch zu definierende Kriterien).

Innerhalb der AG Fuß der DDG e.V. konzentrieren sich langjährige Erfahrung und Expertenwissen der ärztlichen und handwerklichen Fachgruppen in Deutschland. Sie steht als Gruppe in regem Austausch mit den europäischen Fachgruppen, sammelt und analysiert internationale Entwicklungen und kommuniziert diese unter Berücksichtigung der Besonderheiten in der Versorgung in Deutschland in die Fläche.

Für die Subgruppen des Versorgungsfeldes „Diabetisches Fußsyndrom“ innerhalb der Produktgruppe 31, bedeutet dies einen definierten Ablaufplan und alltagsbewährte Versorgungsstrukturen.

Die medizinisch sinnvollen Indikationen, wie sie im Schuhverordnungsbogen über den Zustand nach plantarem Ulkus hinaus, aufgezeigt werden, sind in der Stellungnahme der DGOOC, die Ihnen gesondert zugeht, ausführlich herausgearbeitet. Die AG Fuß in der DDG e.V. schließt sich diesen Ausführungen an, weshalb wir an dieser Stelle auf eine Wiedergabe verzichten.

Die Stadieneinteilung diabetischer Neuro-Osteoarthropathien (DNOAP, sogenannte Charcot-Arthropathien) nach Levin bezieht sich auf klinischen Ausprägungen einer DNOAP während die Klassifikation nach Sanders die Lokalisation beschreibt.

Zur Akutversorgung dient eine Orthesenversorgung bzw. ein Total Contact Cast. Die Auswahl der Hilfsmittel wurde von A. Koller und J. Kersken (2) für den Arbeitsausschuss Orthopädieschuhmachermeister/-techniker (OSM/OST) der AG Fuß DDG (1) und in nachstehend genannten Publikationen ausführlich beschrieben. Diese Ausführungen entsprechen den in Fachkreisen allgemein gültigen und anerkannten Vorgehensweisen (3).

- (4) „(Schuh)-technische Versorgung beim Diabetischen Fußsyndrom in der Risikoklasse VII und analogen Neuro-Angio-Arthropathien. In: Orthopädieschuhtechnik 9/15, S. 34-37
- (5) Koller/Kersken „Hilfsmittel beim Diabetischen Fußsyndrom“ . In: Orthopädie-Technik 7/13
- (6) Kapitel „Entlastungstherapie“ der IWGDF Guideline 2019 (https://ag-fuss-ddg.de/fileadmin/user_upload/IWGDF-Guidelines-2019_Gesamt_german.Vers.2_20200625pdf.pdf)

Darüber hinaus verweisen wir auf die ausführlichen Ausarbeitungen zur Charcot-Artropathie seitens der DGOOC, die wir voll unterstützen.

Begleiterkrankungen und/oder zusätzliche Fußdeformitäten bedingen eine individuelle Versorgung und sollten daher bei der Verordnung von Hilfsmitteln transparent dargelegt und in der Konzeption und Ausführung der Versorgung entsprechend berücksichtigt werden. Grundsätzliches Ziel ist der Mobilitätserhalt und die Vermeidung von Rezidiv- oder Transferläsionen.

Ziel dieser Stellungnahme seitens der AG Fuß in der DDG ist die Darstellung in unserer Wahrnehmung im Versorgungsalltag bewährter Verordnungshilfen die auf Basis der der PG 31 sowohl Unter- als auch Überversorgungen vermeiden helfen und im individuellen Fall eine etwaige Höherversorgung transparent begründen. Daher schlagen wir vor, diese **bewährten Orientierungshilfen (Risikogruppeneinteilung, Schuhverordnungsbogen, Schuhkontrollbogen)** in der Verordnungspraxis zu **erhalten** und für die betreffenden Untergruppen in die Fortschreibung der PG31 aufzunehmen, ggf. auch eine eigene Untergruppe zu definieren.

Wir begrüßen den Willen zur Konkretisierung des Fortschreibungsbedarfs für die Produktuntergruppe 31.03.07. „Diabetesadaptierte Fußbettung“ und 31.03.08. „Spezialschuhe bei diabetischem Fußsyndrom“ und freuen uns auf die bereits in Aussicht gestellten Gesprächstermin.

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. M. Eckhard

Dr. J. Kersken

Dr. S. Brunk-Loch

Dr. K. Zink