

	<p><b>AG-Fuß Rheinland-Pfalz/Saarland</b>  in der <b>Arbeitsgemeinschaft Diabetologie und Endokrinologie (ADE) Rheinland-Pfalz e.V.</b>  Landesgruppe Rheinland-Pfalz  der Deutschen Diabetes Gesellschaft</p>	
---	--	---

### Legende zur Dokumentationstabelle zur Ergebnisdokumentation:

1. Der für die Behandlung von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom zuständige Arzt/Ärztin ist nicht zwangsläufig der ärztliche Leiter der Behandlungseinrichtung, sondern der/diejenige, der/die verantwortlich die Fußbehandlung der Patienten durchführt bzw. die Behandlungsdurchführung unmittelbar delegiert. Er/Sie hat stets Facharztstatus.
2. Bei der Ausstattung der Einrichtung müssen die Mindeststandards nach den Richtlinien der AG-Fuß erfüllt sein:  
Fußbehandlungsraum und/oder Verbandswagen hauptsächlich für Fußbehandlung, Behandlungsstuhl oder –liege bzw. Bett. Ausreichende Beleuchtung. Apparative Mindestausstattung zur neurologischen (Stimmgabel, Reflexhammer, Monofilament) und angiologischen Basisdiagnostik (Doppler mit Ober- und Unterschenkelmanschette), Bilddokumentationsmöglichkeit, steriles Instrumentarium. Die vorhandenen Räume und deren Ausstattung sollten **kurz**, evtl. tabellarisch **nachvollziehbar und überprüfbar** beschrieben werden, die Bemerkung „vorhanden“ oder „entsprechend den Richtlinien“ oder Vergleichbares ist nicht ausreichend.
3. Hier sollten alle Personen aufgeführt werden, die unmittelbar an der Wundversorgung oder der logistischen Betreuung von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom in der jeweiligen Einrichtung beteiligt sind, **das Fußbehandlungsteam im engeren Sinne**. Zum Behandlungsteam gehört nur betriebsinternes Personal.
4. In der Liste müssen die jeweiligen externen und „betriebsinternen“ Kooperationspartner namentlich genannt werden. Zum Nachweis der interdisziplinären Zusammenarbeit muss eine **individuelle** Kooperationsvereinbarung vorgelegt werden, die mindestens folgende Inhalte umfasst:  
**Kooperationspartner, spezifizierte Kooperationsinhalte, individuelle Schnittstellendefinition.**  
Für die Prozessqualität sollten zudem vereinbarte Behandlungsprozesse der jeweiligen Kooperationspartner in der Vereinbarung beschrieben sein.  
Übernommene Muster von Kooperationsvereinbarungen können der individuellen Vereinbarungsgestaltung nicht gerecht werden. Hausinterne Kooperationen können durch Vorlage interner QM-Module z.B. im Rahmen von KTQ, QMKD, DQM oder ähnlichem belegt werden.
5. Bei ambulanten Behandlungseinrichtungen gilt der Tag als **Einschlussstag**, an dem der Patient mit einer **neuen Läsion oder** mit einer neu aufgetretenen **akuten OAP** (Levin 1) in der Einrichtung erstmalig betreut wird. Bei stationären Einrichtungen ist es der **Tag der stationären Aufnahme** in der jeweiligen Einrichtung.
6. Sowohl bei stationären als auch bei ambulanten Behandlungseinrichtungen ist ein **Nachuntersuchungstag** sechs Monate (+/- 1 Monat) nach Einschluss (Einschlussstag) eines Patienten einzuberaumen. Erfasst wird dann der aktuelle klinische Status unabhängig von der zum Einschluss führenden Läsion oder OAP.

**Begriffsdefinitionen:****Stadien nach Wagner/Armstrong:**

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>A</b>	Prä- oder postulcerative Läsion	Oberflächliche Wunde	Wunde bis zur Ebene von Sehne oder Kapsel	Wunde bis zur Ebene von Knochen oder Gelenk	Nekrose von Fußteilen	Nekrose des gesamten Fußes
<b>B</b>	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion	mit Infektion
<b>C</b>	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie	mit Ischämie
<b>D</b>	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie	mit Infektion und Ischämie

**Klassifikation der Osteoarthropathie:**Lokalisation nach Sanders:

1.	Interphalangealgelenke, Phalangen, Metatarsophalangealgelenke, Metatarsalia
2.	Tarsometatarsalgelenke
3.	Navikulocuneiformgelenk, Talonavikulargelenk, Calcaneocuboidalgelenk
4.	Sprunggelenk
5.	Calcaneus

*Diabetic neuropathic osteoarthropathy.*

*Sanders. In: Frykberg: The high risk foot i diabetes mellitus. Churchill Livingstone 297 (1991)*

Verlaufsstadien nach Levin:

1.	Akutes Stadium: Fuß gerötet, geschwollen, überwärmt (Rö. ggf. noch normal)
2.	Knochen- und Gelenkveränderungen; Frakturen
3.	Fußdeformität: ggf. Plattfuß, später Wiegefuß durch Frakturen und Gelenkzerstörungen
4.	Zusätzliche plantare Fußläsion

Minor-Amputation: Zehen(teil)-, Strahlresektion, Vorfuß(teil)amputation, Lisfranc-Amputation (tarsometatarsal), Chopart-Amputation (talonavicular/calcaneocubiod), Syme-Amputation (Fußexartikulation), Pirogoff-Amputation, Calcaneusresektion u.a.

Major-Amputation: Unterschenkelamputation, Kniegelenksexartikulation, Oberschenkelamputation u.a.

Sonst. Operationen: z.B. Metatarsale-Köpfchenresektion, Achillessehnenverlängerung, Hallux valgus-Operation u.a.

(nach AG Fuß DDG)