

Besonderheiten von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom und ihren Therapeuten

Zum Thema

Der Autor dieser Arbeit versucht, das Problem des diabetischen Fuß-Syndroms über medizinische Gesichtspunkte hinaus unter philosophischen und psychologischen Aspekten zu sehen und zu behandeln. Das Theorem der okkludierenden diabetischen Mikroangiopathie – so wird vorgetragen – gelte im Bereich der naturwissenschaftlichen Medizin unverändert, obwohl es seit wenigstens 10 Jahren als falsch erkannt sei. Verschleppte Erkennung diabetischer Fußläsionen, verspätete Krankenhauseinweisungen und unnötige hohe Amputationen seien Ausdruck dieses Irrtums.

Ob die in dieser Arbeit angestellten Überlegungen neue Wege weisen und dem Ziel dienen, unsere Patienten möglichst effektiv zu führen und zu beraten und mit evaluierten Methoden konservativ und operativ optimal zu behandeln, bleibt dem kritischen professionellen Leser dieser Zeitschrift zur Entscheidung vorbehalten.

Schlüsselwörter

Diabetes, Komplikationen · Diabetischer Fuß, Therapie · Podopathie, diabetische

Die in diesem Band zusammengetragenen Ergebnisse der Therapie des diabetischen Fuß-Syndroms zeigen das große Verdienst naturwissenschaftlich-reduktionistischer Techniken. Die soziale Durchsetzung, insbesondere im nicht diabetologischen Denkstil von Angiologie, Chirurgie und Angiochirurgie bleibt dagegen schwierig, wie die immer noch unzähligen und unnötigen hohen Amputationen in Deutschland zeigen. Neben den Problemen des interdisziplinären Wissenstransfers stellen sich hier die Übertragungs- und Gegenübertragungsprobleme auf der interaktiven Ebene der Therapeuten als beharrlich und schwieriger lösbar dar. Die immer wieder beschworene interdisziplinäre Arbeit scheint Ärzten auf Dauer verwehrt und ist auch beim diabetischen Fuß-Syndrom nur gelegentlich für bestimmte Zeiten vorzufinden.

Die vorliegende Arbeit beschränkt sich auf die Darstellung einer tieferliegenden Schicht medizinischer und ärztlicher Tätigkeit, die der wissenschaftlichen Betrachtung bisher nahezu völlig entgangen zu sein scheint.

Die ontologisch-anthropologische Dimension des diabetischen Fuß-Syndroms

Zentrierungspunkt vieler ungelöster Probleme in der Behandlung des diabetischen Fuß-Syndroms ist die nicht ausreichende bzw. fehlende Beachtung und Bewertung des symmetrischen, sensiblen Polyneuropathie-Syndroms. Häufig ist dies alleiniger Grund einer diabetischen Läsion. Aber auch dort, wo makroangiopathische Veränderungen belegbar sind, sind die neuropathiebedingten Störungen Ursache für

die Auslösung und Aufrechterhaltung von Therapieversagen (hohe Amputation).

Probleme im Umkreis des diabetischen Fuß-Syndroms lassen sich in den nachfolgenden Fragen zusammenfassen:

1. Warum kann sich ein offensichtlich falsches Theorem – das der okkludierenden, diabetischen Mikroangiopathie – in großen Denkstilgemeinschaften (Chirurgie, Innere Medizin, Angiochirurgie) über Dekaden unhinterfragt etablieren, obwohl es seit nunmehr mindestens 10 Jahren als falsch erkannt wurde.
2. Warum kann es auf dem Boden eines solchen, falschen Theorems zu der flächendeckend fatalen Auffassung kommen, daß beim DFS „Salamitaktik“ die notwendige Folge von Teilresektionen ist, und daß daher „beim diabetischen Fuß“ besser gleich hoch amputiert werden muß?
3. Warum wird eine große Zahl unnötiger hoher Amputationen pro Jahr bei Patienten mit Diabetes toleriert, wo doch bei jeder Anmutung einer Mißempfindung im Herzbereich sofort EKGs geschrieben, Notärzte bewegt und Intensivbetten zur prophylaktischen Überwachung belegt werden?
4. Wie kommt es zu den z.T. erheblichen Verzögerungen der Krankenhauseinweisung auch bei schon weit fortgeschrittenen Fuß-Läsionen?

Dr. A. Risse
Medizinische Klinik Nord/Diabetologie,
Städtische Kliniken, Münsterstraße 240,
D-44145 Dortmund

5. Warum gehen die Patienten so spät zum Arzt, bzw. bemerken ihre Läsion nicht als wichtig?
6. Warum stimmt das Alarm- und Kommunikationssystem zwischen Arzt und Patient im Falle des diabetischen Fuß-Syndroms nicht?

Immer wenn Fragen innerhalb eines (hier des diabetologischen, oder medizinisch-naturwissenschaftlichen) Diskurses nicht lösbar sind, hilft eine Bestandsaufnahme unter geändertem Standpunkt. Somatologische Daten werden im Weiteren mit dem Instrumentarium der Neo-Phänomenologie bearbeitet. Die nachfolgenden Betrachtungen imponieren dem Ungeübten zunächst vielleicht als abstrakt oder zu theoretisch. Sie können aber denjenigen Therapeuten helfen, die häufig mit Patienten mit DFS umgehen müssen (oder wollen), sich und ihre Patienten besser zu verstehen, operationale Überforderung auf beiden Seiten zu vermeiden und die allerwegen vorherrschende Atmosphäre von Aggressivität mit Schuldzuweisung an den Patienten („indolenter Patient“, „raucht immer noch“, etc.) abzumildern.

Anthropologische Grundlagen

„Naturwissenschaftliche“ Medizin: Primat der Körpermaschine gegenüber dem Leib

Abendländische Medizin versteht den Menschen als aus einer Seele (Bewußtsein) und einem Körper zusammengesetzt (sog. „Anthropologischer Dualismus“) [10], wobei dieser als komplizierte Maschine aufgefaßt wird, die es möglichst vollständig zu beherrschen gilt [7, 8]. Bestreben und Selbstwertschätzung medizinischer Arbeit sind daher auf eine möglichst genaue Vermessung dieser Körpermaschine gerichtet. Dort, wo ein rein somatologischer Ansatz offenkundig nicht ausreicht, wird dieser um die Dimension der „Seele“ zur „Psycho-Somatik“ erweitert. Obwohl hierdurch wesentliche Fortschritte erreicht werden konnten, bleibt – so zeigt es schon der Name der Disziplin – die Grundauffassung des anthropologischen Dualismus erhalten. Der in der vordemokratischen, vorplatonischen Ära habituelle Begriff des „Leibes“ [10, 11, 16, 22] als der ontologischen und anthropologischen Grund-

lage menschlicher Existenz wird komplett vernachlässigt [22]. Die Erfassung der Körpermaschine wird nahezu ausschließlich über eine möglichst erschöpfende Sammlung ihrer Meßdaten gesucht. Zwischen den Patienten und sich selbst, hat der Arzt immer eine Maschine gestellt, die ihm zwar solche Meßdaten liefert, den Zugang zum Patienten aber verwehrt [7, 8].

Leibliche Phänomene [16] sind aber gerade solche, die dem Patienten wesentlich näher und realer sind als die Meßdaten, die an seinem Körper erhoben werden können. Hier entsteht Verständnis- und Sprachlosigkeit zwischen Arzt und Patient. Treten diese auf, versucht die sich als Naturwissenschaft mißverstehende Medizin, durch Vermehrung der Meßdaten näher an den Patienten heranzukommen („Panmathematisierung“: „Wuchern des Berechnungs- und Vermessungsgeistes“ [9]).

Annäherung an den vergessenen Leib

Mit dem Begriff „Leib“ wird ein Phänomenbereich ins Auge gefaßt der neben dem sichtbaren und tastbaren Tier- und Menschenkörper (der Medizin) in erster Linie das beschreibt, was jemand von sich in der Gegend seines Körpers ohne Beistand der fünf Sinne (Sehen, Hören, Tasten, Fühlen, Schmecken) spürt, wie z.B. Schmerz, Hunger, Schreck, würgende Angst, Ekel, oder müde Beine [19]. „Leib“ beschreibt somit ein phänomenales Gegenstandsgebiet, das jedem Menschen unmittelbar zugänglich ist, sich den naturwissenschaftlichen Meßversuchen moderner Medizin aber entzieht. Eine Annähe-

rung an dieses Phänomengebiet wird auch für den Therapeuten durch eigenleibliches Spüren möglich, wenn er versucht, an sich herunterzuspüren, ohne seine Sinnesorgane zu gebrauchen. Hierbei wird jeder sofort feststellen, daß der so erspürte Leib nicht kontinuierlich ausgedehnt ist (wie die vermeßbare Körpermaschine), sondern in „Leibesinseln“ ohne festen Zusammenhang zerfällt [10]. Konstante Leibesinseln finden sich bei diesem Versuch als „orale“, „genitale“ und „anale“ Zone und als die Leibesinseln der Füße. Alle diese Leibesinseln haben einen unscharfen Umriß und eine über die Zeit, unterschiedliche Ausdehnung [10]. Diese Unschärfe macht es für die traditionelle Medizin schwierig bis unmöglich, sie zu erfassen, ist sie doch nur in der Lage, aufgrund ihrer Forschungsmethode, „an festen Körpern im zentralen Gesichtsfeld“ zu messen [15] und, weil meßbar, als real und wichtig anzuerkennen (=radikale, artifizielle Reduktion der Abstraktionsbasis).

Das diabetische, symmetrische, sensible Polyneuropathie-Syndrom

Die diabetische Polyneuropathie zeigt sich auf der Ebene der Körpermaschine als Störung der Nervenleitgeschwindigkeit, als Alteration der ableitbaren elektrischen Potentiale [1, 5] und ggf. als Alteration klinischer Zeichen (Areflexie, Anhidrose, Hyp- und Allästhesie etc.). Alle Versuche, auf diesem Niveau Verständnis für die Beschwerden des Patienten zu bekommen oder Therapieoptionen hieraus abzuleiten müssen, sind gescheitert. Ein augenfälliges Symptom

Tabelle 1
Beschwerdeschilderungen

Polyneuropathie

Stumme Form

„wenn ich über den Teppich laufe, habe ich das Gefühl, als würde ich über Kieselsteine laufen“
Konsequenzen für das Körperschema und die Gesamtbefindlichkeit
„durch die Gefühlsstörung habe ich immer Angst, daß ich hin falle, obwohl ich den Stock benutze; dadurch ist mein Körper die ganze Zeit verkrampft – das merke ich richtig“

Prominente Form:

„Gefühl, als ob trockener Zement in den Füßen wäre“

Mischform:

„Dieses tote Gefühl und (beginnt zu weinen) dieses schmerzhaftes Kribbeln im Arm (weinend): schneiden Sie ihn ab“

dieses falschen Ansatzes ist der Jahrzehnte währende Versuch mit Säureapplikationen, die Störungen zu beeinflussen. Das Beharren auf einer Sichtweise, die allein die Körpermaschine und physikalisch-naturwissenschaftlich verkürzte Daten als real (im trivial-wissenschaftlichen Jargon: „hart“) berücksichtigt, erklärt das Phänomen, daß sich die Auffassung von einer „diabetischen Mikroangiopathie“ als okklusive Mikroangiopathie so lange im Verständnis der Behandler halten konnte (mit der Konsequenz unnötiger hoher Amputationen (s.o.), erklärt ggf. auch die erhebliche Latenz, bis Patienten mit diabetischem Fuß-Syndrom einer adäquaten Behandlung zugeführt werden und ist der Grund dafür, das somatologisch orientierte Behandler, dem Phänomen mangelnden affektiven Betroffenseins der Patienten so hilflos, z.T. mit heftigem aggressivem Gegenagieren („indolenter Patient“, „schlechte Compliance“) gegenüberstehen.

Auf der Ebene des Leibes, die dem Patienten durch „subjektive Tatsächlichkeit“ [13, 16, 18] wesentlich näher ist als die dem Arzt so wichtigen „harten“ Meßdaten, entsteht durch die diabetische Polyneuropathie „Leibesinselschwund“ [6], ein Phänomen, das die Umkehrung der an Amputierten erhobenen Phantomgliederlebnisse [10] darstellt. Besteht bei diesen „Leib ohne Körper“, findet sich bei Patienten mit diabetischer Polyneuropathie „Körper ohne Leib“ [6, 7, 8]. Somatologische Therapie zielt in ihrem Bemühen auf den Körper, die Patienten aber leben in der Welt des Leibes. Ärzte bemühen sich somit auf einer Ebene der Vergegenständlichung, die für Patienten mit Polyneuropathiesyndrom ohne Beschwerden nicht mehr relevant ist. Behandler (intakte leibliche Ökonomie) und Patienten (defizitäre leibliche Ökonomie) leben somit in unterschiedlichen Welten.

Entsprechend der oben geschilderten Überbetonung einer mathematisch-naturwissenschaftlichen Vergegenständlichungsweise in der abendländischen Medizin bleibt sowohl die neurologische als auch die diabetologische Literatur bis ins letzte Jahrhundert hinein dilettantisch bis stumm, wenn es um Beschwerdeschilderungen von Patienten mit Polyneuropathie geht: Immer wiederkehrende Beschwerden („Gefühl des

Tabelle 2

Interpretationsniveaus der Diabetischen Polyneuropathie

Beispiel 1

Beschwerde:

„I feel as though I'm walking on stumps“, or „I feel there is a layer of something over my skin“ [2]

Panmathematisch:

„Negative symptoms (...) include reduction of cutaneous touch-pressure sensitivity and hypalgesia [2] „Both large and small fiber modalities may be involved (...) a disproportionate loss of large fiber functions ... [4]

Phänomenologisch:

„Hier scheint ein Entfremdungserleben im Spiel zu sein, das nicht den ganzen Leib oder, wie bei Depersonalisation und Derealisation, den ganzen Menschen betrifft, sondern nur die einzelne, neuropathisch gestörte Leibesinsel. (...) Die Chancen taktiler Einleibung oder, wie man volkstümlicher sagt, des Aufnehmens von Kontakt in der Berührung, dürften durch eine solche Störung im Sinne eines partiellen Entfremdungserlebens beeinträchtigt sein“ [17]

Beispiel 2

Symptom:

Pallhypästhesie

Panmathematisch:

„(...) vermutlich mit der Unfähigkeit geschädigter, insbesondere entmarkter Nervenfasern, Impulserien frequenzgetreu zu leiten, zusammen“ [5]

Phänomenologisch:

Schwer gestört dürfte dagegen der vitale Antrieb auf den betreffenden, neuropathisch affizierten Leibesinseln sein; fruchtbar wird hier die Hypothese, daß es einen vitalen Antrieb nicht nur für den Leib im ganzen gibt, sondern auch für die einzelnen Leibesinseln (...) vielleicht besonders im Bereich der rhythmischen Schwingung, wofür der öfters hervorgehobene Ausfall des Vibrationsempfindens sprechen könnte [17].

zu engen Strumpfes“, „Ameisenlaufen“, „Brennende Füße“, „Tonnenschwere Bettdecke“, „Totes Gefühl“) werden vermischt mit medizinischen Fachtermini, die bereits wieder weit von der Patientenrealität entfernt sind (Hypästhesie, Analgesie, Pallhypästhesie etc.). Das Problem des Patienten mit fehlenden Beschwerden – in phänomenologischer Diktion: mit „reinem Leibesinselschwund“ [6] – findet keine oder wenig Beachtung. Der einzige, der diesem Symptomenkomplex zumindest protopathisch nahegekommen ist, ist Boulton mit seinem Begriff des „painful-painless leg“ [3].

Annäherung an die Patienten: Der Neo-phänomenologische Zugang

Die diabetische Polyneuropathie ist phänomenologisch wie gesagt gekennzeichnet durch „Leibesinselschwund“ („Körper ohne Leib“). Auf dem Boden der Hypothese gestörter Leiblichkeit wurden Patienten mit neurologischen

Zeichen der Polyneuropathie, die auf die Eingangsfrage: „Haben Sie Beschwerden in den Füßen?“ mit „Nein“ geantwortet hatten, näher befragt. Sie wurden gebeten, über ihre Empfindungen an den Füßen eingehendere Auskunft zu geben.

Tabelle 1 gibt eine selektionierte Übersicht über die geäußerten Beschwerden. Zu beachten ist hier, daß Patienten bei phänomenologisch induziertem Nachfragen auch positive Symptome äußerten.

Die Ebenen der Interpretation von Patientenbeschwerden

Neben der menschlich anrührenden Dimension der geschilderten Beschwerden, die auf der rein meßtechnischen Ebene nicht erfaßt werden, lassen neophänomenologische Gesichtspunkte verschiedene Deutungen zu, die näher an die Patientenrealität herankommen und möglicherweise therapeutische Optionen bieten, die bisher nicht genutzt werden konnten.

Tabelle 2 zeigt zunächst ein Literaturbeispiel einer Patientenbeschwerde (Beisp. 1), anschließend ein die Patientenbeschwerden verkürzend zusammenfassendes neurologisches Zeichen (Beisp. 2). Beide Begrifflichkeiten werden dann auf den beiden unterschiedlichen Interpretationsniveaus, dem panmathematischen auf der Ebene der „Körpermaschine“, und anschließend dem neo-phänomenologischen auf der Ebene des Leibes beleuchtet.

Während der panmathematische Zugang, wenngleich wesentliche Deutungen zur Pathogenese bietend, die Patientenrealität außer Acht und die therapeutischen Konsequenzen dem Zufall der ärztlichen Charakterorganisation überläßt, bietet der neo-phänomenologische Zugang Ansätze zu einer systematischen Deutung der geänderten leiblichen Ökonomie und somit zu einem vertieften Verständnis der Situation des Patienten [20, 21].

Unabhängig vom philosophischen Hintergrund zeigen die Patientenschilderungen, daß es sich bei diabetischer Polyneuropathie – auch bei fehlenden prominenten Symptomen – um ein schweres Krankheitsbild handelt, das zu weiterer phänomenologischer Forschung Anlaß geben sollte, wenn wir unsere Aufgabe ärztlichen Handelns, also Leiden zu lindern, nicht über dem Faszinosum technischer Beherrschung von Detailproblemen vergessen wollen.

Konsequenzen

Als erste Konsequenz schlagen wir vor, bei Beleg neurologischer Zeichen (Pallhypästhesie, Areflexie etc.), Patienten intensiver zu befragen („Können Sie bitte ihre Empfindungen an den Füßen näher beschreiben?“; „Wie fühlt sich das an, „nichts“ zu spüren?“ etc.).

Angesichts der schweren Beeinträchtigung der Patienten, insbesondere auch der tiefgreifenden Störung des „In-der-Welt-Seins“ besteht die zweite Konsequenz darin, auch bei fehlenden faßbaren Beschwerden, bewußt und aktiv auf das Problem der Suizidalität einzugehen: Viele Patienten fühlen sich durch das aktive Ansprechen der möglichen Suizidgedanken entlastet und – erstmalig – auch in der Schwere ihres Leidens verstanden.

Die dritte Konsequenz besteht in dem Vorschlag, die diabetischen Polyneuropathien zusätzlich neo-phänomenologisch zu klassifizieren, um einen systematischen Zugang zum Patienten zu gewinnen:

Klassifikation der Diabetischen Polyneuropathien:

1. Phänomenologisch stumme Form: Neurologische Zeichen ohne „Positive“ Beschwerden (*Reiner Leibesinselfschwund: Störung des vitalen Antriebs, Entfremdungserlebnisse)
2. Phänomenologisch prominente Form: Neurologische Zeichen+Beschwerden (*Dissoziierte Leibesinselbildung; Störung der leiblichen Ökonomie der betroffenen Leibesinsel)
3. Mischform: Neurologische Zeichen +Beschwerden+Anzeichen des Leibesinselfschwundes (* Störung des vitalen Antriebs+Dissoziation der leiblichen Ökonomie)

(*: Neo-phänomenologische Deutung in Bezug auf die Kategorialanalyse der leiblichen Ökonomie)

Schlußfolgerungen

Anthropologische Dimensionen

Das diabetische Polyneuropathie-Syndrom stellt unabhängig von den quantifizierbaren Parametern, eine schwere Beeinträchtigung des Patienten nicht nur seines Wohlbefindens, sondern auch seiner gesamten Persönlichkeit, dar. Ohne hier näher auf die anthropologischen Dimensionen des Problems oder seiner therapeutischen Optionen eingehen zu können (weiterführende Literatur bei Schmitz und Risse s.u.), kann die vorgeschlagene Klassifikation helfen, eine größere Sensibilität für das Leiden der Patienten zu entwickeln. In der jetzigen Situation apparatgesteuerter Medizin ist es schon ein Fortschritt, Fragen formulieren zu können, auch wenn spektakuläre Lösungen noch nicht in Sicht sind.

Therapeutische Optionen?

Zur Entwicklung therapeutischer Optionen bietet der neo-phänomenologisch zentrale Begriff der „Einleibung“ (=Bildung eines übergreifenden Leibes

mit konsekutiver Umorganisation der je individuellen leiblichen Ökonomie) [10, 16, 21, 22], Ansätze sowohl der Hypothesengenerierung, als auch einer systematischen Betrachtungsweise der Arzt-Patient-Interaktion. Zusätzlich werden z.B. bisher nur schwer erklärbar und die somatologische Forschung unkontrolliert verzerrende „Plazebo-Effekte“ wissenschaftlich exakt eingrenzbar. Ein Umdenken in der Forschungsmethodologie, die allerdings auch eine Umverteilung der derzeit betonten kanalisiertem Forschungsgelder und Sponsorressourcen impliziert, scheint sowohl aus neo-phänomenologischer Sicht, als auch durch die sich rasch ändernden sozio-ökonomischen Bedingungen dringend angeraten.

Auch ohne diese weitreichenden Umstrukturierungen des Denkstils und des gesamten Diskurses, zeitigt die Beschäftigung mit neo-phänomenologischen Aspekten der Polyneuropathie individuelle Änderungen im Umgang des Therapeuten mit den Patienten und des therapeutischen Settings:

Diese können sein:

- 1) Annäherung an den Patienten über die Beschwerdeschilderungen,
- 2) besseres Verständnis der Schwere der Erkrankung durch Vorrangstellung des subjektiven Erlebens des Patienten vor sog. objektiven Meßwerten („abgeschälte“, also schwächere Realität),
- 3) Vermeidung von Frustrationen der Therapeuten, mit Reduktion übertriebener Erwartungen (Aggressionsabbau),
- 4) differenziertere und engagiertere strukturierte Wundbehandlung durch geänderte Wertschätzung der Erkrankung und des Patienten,
- 5) „leibnähere Therapie“ mit Änderung der Arzt- (Therapeuten-) Interaktion und Reduktion des aggressiven Potentials auf beiden Seiten.
- 6) Verlängerung des intentionalen Bogens der therapeutischen Maßnahmen mit therapeutischer Bescheidenheit anstelle von medizinischen (akademischen) Allmachtsphantasien.

Zusammenfassung

Der naturwissenschaftlich fundierte Zugang zum organmedizinischen Problem des diabetischen Fuß-Syndroms

hat in den letzten Jahrzehnten erhebliche und beeindruckende Erfolge erzielen können, allerdings nur dort, wo die Erkenntnisse auch angewandt wurden. Die deprimierende reale Versorgungssituation entsteht zum einen durch eine belangvolle Verzögerung adäquater Therapie durch den Patienten und den Primärbehandler, zum anderen durch ein scheinbar nicht zu änderndes Theorem der okklusiven Mikroangiopathie bei Diabetes mellitus, besonders im chirurgischen und orthopädischen Denkstil. Ursache ist möglicherweise die einseitige reduktionistische, biomechanische Vergegenständlichungsweise derzeitiger Humanmedizin, die die entscheidenden anthropologischen Dimensionen des DFS übersieht. Unter Beibehaltung der verdienstvollen somatologischen Techniken empfiehlt sich hier eine Erweiterung der Diagnostik, Therapie und sozialen Intervention durch das Instrumentarium der Neo-Phänomenologie, das einen Zugang zum „Leib“ des Patienten erlaubt und die tieferliegenden Dimensionen der Erkrankung an diabetischem Polyneuropathie-Syndrom entdeckt. Hierdurch werden möglicherweise auch die denkstilbedingten Verzerrungen des reduktionistischen Paradigmas reversibel. Das diabetische Polyneuropathie-Syndrom wird in seiner ganzen Dramatik und Bedrohung für den Patienten deutlich.

Fazit für die Praxis

Die diabetische Polyneuropathie wird in der vorliegenden Arbeit in 3 Formen klassifiziert, die

- phänomenologisch stumme Form mit neurologischen Zeichen ohne „positive“ Beschwerden und mit reinem Leibesinselschwund,
- phänomenologisch prominente Form mit neurologischen Zeichen und Beschwerden sowie dissoziierter Leibesinselbildung,
- Mischform mit neurologischen Zeichen, Beschwerden, vitalen Antriebsstörungen und Anzeichen des Leibesinselschwundes.

Den hier vorgetragenen Gedanken ist zu entnehmen, daß der Leib nicht kontinuierlich ausgedehnt sei, sondern in sogenannte Leibesinseln ohne festen Zusammenhang zerfalle. Konstante Leibesinseln fänden sich als orale, genitale und anale Zone sowie als Leibesinsel der Füße.

Der Humanmedizin gegenwärtiger Prägung wird zum Vorwurf gemacht, sie verharre in biomechanischer Vergegenständlichungsweise, die entscheidende anthropologische Dimensionen übersehe. Primat der „Körpermaschine“ und panmathematischer Zugang versus Begriffe wie neo-phänomenologischer Zugang und geänderte leibliche Ökonomie werden gegenübergestellt, gewissermaßen als verschiedene medizinische Denkstile.

Als absolut unstrittig darf immer wieder der Appell für eine bessere ärztliche Zuwendung zum Patienten und seinem Beschwerdebild gelten. Diese Haltung ist Teil der ärztlichen Ethik und kann nicht von der neo-phänomenologischen Richtung im Gegensatz zur „naturwissenschaftlichen“ Medizin für sich beansprucht werden.

Literatur

1. Adams RD, Victor M (1985) **Principles of neurology, 3rd. ed.** McGraw Hill New York
2. Asbury AK, Gilliatt, RG (1984) **The clinical approach to neuropathy.** In: Asbury, AK, Gilliatt, RW (eds) *Peripheral nerve disorders – a practical approach.* Butterworth, London
3. Boulton AJM (1991) **Diabetic neuropathy.** In: Frykberg RG (ed) *The high risk foot in diabetes mellitus.* Churchill Livingstone, New York

4. Brown MJ, Greene DA (1984) **Diabetic neuropathy: pathophysiology and management.** In: Asbury AK, Gilliatt RW (eds) *Peripheral nerve disorders – a practical approach.* Butterworth, London
5. Ludin HP, Tackmann H (1983) **Polyneuropathien.** Thieme, Stuttgart
6. Risse A (1995) **Die Bedeutung der Phänomenologie für die Behandlung des diabetischen Fuß-Syndroms.** In: Chantelau E (Hrsg) *Amputation? – Nein Danke!* Mainz
7. Risse A (1995) **Phänomenologie und Diabetologie.** In: Großheim M (Hrsg) *Leib und Gefühl.* Berlin
8. Risse A (1998) **Phänomenologische und Psychopathologische Aspekte in der Diabetologie.** Berlin
9. Schmitz H (1964) **Die Gegenwart, System der Philosophie,** Band I. Bonn
10. Schmitz H (1965) **Der Leib, System der Philosophie,** Band II, 1. Teil. Bonn
11. Schmitz H (1966) **Der Leib im Spiegel der Kunst, System der Philosophie,** Band II, 2. Teil. Bonn
12. Schmitz H (1967) **Der leibliche Raum, System der Philosophie,** Band III, 1. Teil. Bonn
13. Schmitz H (1969) **Der Gefühlsraum, System der Philosophie,** Band III, 2. Teil. Bonn
14. Schmitz H (1978) **Die Wahrnehmung, System der Philosophie,** Band III, 5. Teil. Bonn
15. Schmitz H (1990) **Der unerschöpfliche Gegenstand.** Bonn
16. Schmitz H (1994) **Neue Grundlagen der Erkenntnistheorie.** Bonn
17. Schmitz H (1994) **Brief an den Autor.** Kiel
18. Schmitz H (1995) **Selbstdarstellung als Philosophie – Metarmorphosen der entfremdeten Subjektivität.** Bonn
19. Schmitz H. (1996) **Husserl und Heidegger.** Bonn
20. Schmitz H (1997) **Neo-Phänomenologische Interpretation polyneuropathischer Beschwerden.** In: Schmitz H, Chantelau E, Risse A (Hrsg) *Phänomenologie – Diabetischer Fuß – Placebo.* Gut Höhne, Düsseldorf
21. Schmitz H (1997) **Neo-Phänomenologische Epikrise.** In: Schmitz H, Risse A (Hrsg) *Phänomenologische Epikrise.* Gut Höhne, Düsseldorf
22. Schmitz H (1997) **Höhlengänge – Über die gegenwärtige Aufgabe der Philosophie.** Bonn