

Diabetologie in Wissenschaft und Praxis: Bemerkungen des neophänomenologisch beunruhigten Laien

Was ist Diabetes mellitus?

Diabetes mellitus bezeichnet eine Stoffwechselstörung bei der durch zu hohe Glukosewerte im Blut sämtliche Struktur- und Funktionseiwieße des Körpers, Bindegewebe, Blutkörperchen, Abwehrzellen, Nerven, Gefäße etc. durch Zuckermanlagerung verändert werden. Diabetes ist eine chronische Erkrankung, die den Betroffenen immer eine Änderung des Lebensstils und ein hohes Maß an Disziplin abverlangt: Die Ernährung muß angepaßt, Blutzuckerwerte müssen z.T. täglich mehrfach selbst bestimmt, Insulin muß täglich eigenhändig gespritzt werden. Viele Ärzte und der Gesetzgeber fordern von den Patienten vorab eine u.U. erhebliche Gewichtsreduktion und eine drastische Bewegungsvermehrung (Disease Management Programm für Typ 2 Diabetes, Bundesgesundheitsministerium, 2003).

Der folgende Beitrag versucht die im Kontext von diabetologischer Wissenschaft und Praxis bestehenden Probleme mit neophänomenologischem Instrumentarium zu beleuchten und Lösungsansätze aufzuzeigen.

Akutmedizin und chronische Erkrankungen

Die Behandlung akuter Erkrankungen mit technischen Mitteln ist in den letzten 30 Jahren immer perfekter geworden, erfreut sich größten Interesses, der Bewunderung der Bevölkerung und der Medien und dient dem sehr hohen Selbstwertgefühl des Ärztestandes. Der Drang nach Weltbemächtigung und Verewigung (Schmitz 1981, S. 16), konstruktives, planendes, rechnendes Denken (Schmitz 1995, S. 291) mit Entlastung von übergroßer Kom-

plexität (Schmitz 1990, S. 327) hat zu unzweifelhaften Erfolgen geführt (Penicillin, Insulin, Genmanipulation ...) die auch der Autor selbst unter keinem Umständen missen möchte. Das Paradigma der Akutmedizin (Handlungsautonomie des Arztes unter Einsatz möglichst vieler technischer Hilfsmittel an einem idealerweise bewußtlosen Patienten mit folgerichtig »guter Compliance«.(d.i.: kein Widerstand gegen die ärztlichen Anordnungen) wird an den Universitäten gelehrt und findet seine adäquate Spiegelung in den Akutkrankenhäusern. Der Umgang mit chronischen Erkrankungen wird nirgends gelehrt. Theoretisch und praktisch stehen Ärzte nach mehr als sechsjähriger Hochschul- und Klinikausbildung dem Patienten mittellos gegenüber. Im Gegensatz zu den akuten Erkrankungen, bei denen der Therapieerfolg vom technischen Können des Arztes abhängt, ändern sich die Verhältnisse bei chronischen Erkrankungen radikal: Der Patient gibt den Handlungsspielraum vor, der Erfolg der Behandlung ist nicht mehr vom Können des Arztes abhängig, die vom Arzt beherrschte Technik wird immer unwichtiger, ist höchstens noch notwendige, aber nicht mehr hinreichende Voraussetzung. Beziehungs- und Kommunikationsaspekte, ethische, moralische, sittliche Aspekte infiltrieren den Behandlungsablauf. In allen diesen Bereichen agieren Ärzte mangels Ausbildung individuell zufällig, insgesamt als therapeutische Laien.

Symptom, Phänomen, Sachverhaltlichkeit und Tatsächlichkeit

Phänomene

»Ein Phänomen ist nach meiner Begriffsbestimmung für jemand zu einer Zeit ein Sachverhalt, dem der Betreffende dann, wie sehr er ihn auch durch Variation von Annahmen auf die Probe stellt, die Anerkennung als Tatsache nicht im Ernst verweigern kann. Daß es für jedermann solche Phänomene tatsächlich gibt, ist an trivialen Beispielen leicht zu zeigen. Stets oder unter geeigneten Umständen beschreiben z. B. Aussprüche der Sätze »Es gibt etwas«, jetzt wird gedacht«, »Etwas tut mir weh«, »Dieses Weiß ist andersfarbig als jenes Schwarz« Phänomene, die jedem Durchschnittsmenschen vertraut sind«. (Schmitz 1980, S. 23)

Phänomene in der Diabetologie

Phänomene in der Diabetologie sind selten: die anhand von Studien festgesetzte Höhe der Blutzuckerwerte zum Beispiel, die als pathologisch, also behandlungspflichtig definiert werden, unterliegen bis heute einer anhaltenden Diskussion. Die Forderung, auch erhöhte BZ-Werte nach dem Essen zu senken wird von vielen Wissenschaftlern als überzogen angesehen. Andere empfinden diese Forderung als unbedingt beachtenswert. Ob überhaupt hohe Blutzuckerwerte für die Entwicklung von bestimmten Gefäßkomplikationen (Herzinfarkt, Schlaganfall) verantwortlich sind, wird von namhaften Forschergruppen bestritten, andere wiederum halten diese Position für moralisch verwerflich, usw. Diabetologie kann in weiten Teilen als »Protomedizin« bezeichnet werden: Konstrukte von Stoffwechselfathologie mit Optionen auf die Entwicklung von Folgeerkrankungen (Goodwin, 1999). Evidenz mit der Autorität von Normen (Schmitz 1990, S. 229, 237) findet sich allenfalls in Notfallsituationen (z.B. hypoglykämischer Schock, Ketoazidose, Kreislaufkollaps bei Herzinfarkt). Aber auch hier wird über die Art und den Erfolg der Therapien anhaltend gestritten (Wagner 1999).

Sachverhalte

»Sachverhalte sind das Ausgesagte nicht-absurder Aussagen, d.h. solcher, die keinen Widerspruch zur logischen Folge haben. Da viele Sätze verschiedene Sachverhalte darstellen, je nach dem, wer wann spricht, lässt sich von »dem« ausgesagten Sachverhalt einer Aussage im Allgemeinen nur sprechen, wenn die Aussage als einmaliger, dem Sprecher und der Zeit nach bestimmter Ausspruch eines Aussagesatzes – natürlich auch in schriftlicher Form – verstanden wird. In der einfachsten und bequemsten Weise lassen sich Sachverhalte durch Daß-Sätze benennen« (Schmitz 1994, S. 56)

Sachverhalte sind 1) keiner Anlehnung an die Sprache bedürftig, 2) vorsprachliche Gegenstände eigenen Rechts, 3) nicht abstrakte Entitäten, die erst durch Operationen intellektueller Verarbeitung des Gegebenen zu Stande kommen, 4) nicht weniger elementar

oder natürlich als Farben, Dinge oder Substanzen und 5) nächstliegende Bestandteile unmittelbarer Lebenserfahrung (Schmitz 1994, S. 58).

Objektive und subjektive Tatsachen und Sachverhalte

»Einen Sachverhalt, der eine Tatsache oder untatsächlich sein kann, nenne ich *objektiv*, wenn jeder ihn aussagen kann, sofern er nur genügend viel weiß und gut genug sprechen kann, und subjektiv, wenn höchstens einer im eigenen Namen ihn aussagen kann, wenngleich Andere in der Lage sein mögen, ihn eindeutig zu kennzeichnen, zu benennen und daher ebenso wie der eventuell Aussagende über ihn zu reden.« (Schmitz 1997, S. 15)

Sachverhalte, Tatsachen in der Diabetologie

Der offizielle diabetologische, wissenschaftliche Diskurs kennt nur »Tatsachen«, die er als wissenschaftliche Wahrheit, möglichst ewig geltend, unhinterfragt annimmt. Die von Schmitz neben der Differenzierung von Sachverhalten (die untatsächlich sein können) und Tatsachen eingeführte Unterscheidung von objektiven und subjektiven Tatsachen (Schmitz 1994, S. 58ff., 1995, S. 1ff. S. 1997, S. 34) ist in der gesamten Medizin unbekannt. Ärztliche Forderungen sind immer von vermeintlich objektiven Tatsachen abgeleitet und generieren hierdurch ihre Begründung als Handlungsanweisung an den Patienten (»Ärztliche Anordnung«). Schon durch ihre Eigenschaft als protomedizinisches Konstrukt (Goodwin 1999) sind diese Begründungen eher schwach. Da für Patienten aber subjektive Tatsächlichkeit den Handlungs- und Verständnisrahmen begrenzt, gehen die ärztlichen Forderungen häufig ins Leere: Patienten nehmen die verordneten Tabletten nicht ein, nehmen an Gewicht nicht ab, oder behaupten gar, durch Wasser zuzunehmen ...

Symptome

»Es gibt drei Typen von Mitteilung (mit oder ohne Sender), wodurch ein Empfänger von einem Medium Aufschlüsse (zutreffende oder trügerische) erhält: Nachricht, Symptom und Aus-

druck. Bei der *Nachricht*, die sprachlich oder durch Zeichen anderer Art erfolgen kann, besteht das Mitgeteilte aus einzelnen Sachverhalten, Programmen oder (etwa in Frageform vorgelegten) Problemen, beim *Symptom* in einer Konstellation von Zuständen oder Ereignissen, die als Ursache erschlossen werden, beim *Ausdruck* in dem, was ein vielsagender Eindruck zu sagen hat. Solche Eindrücke sind die natürlichen Einheiten der Wahrnehmung« (Schmitz 1997, S. 119).

Symptome in der Medizin

In der Akutmedizin begnügen sich Ärzte mit Symptomen, in der Triagemedizin ebenfalls, obwohl hier überwiegend mit vielsagenden Eindrücken gearbeitet wird, welche im Nachhinein zu Symptomkonstellationen mit Entscheidungshierarchien umgedeutet werden. Im Umgang mit chronisch Kranken fordert der Arzt (ohne dies so ausdrücken zu können) *Nachrichten* vom Patienten: präzise formuliert, ohne affektive Tönung, erschöpfend, aber problembezogen. Da Patienten immer Bemerkungen zu subjektiver Tatsächlichkeit vermitteln, werden Therapeuten unzufrieden, häufig ungehalten. Darüber hinaus werten Ärzte Symptome immer nur als transiente Hinweise auf eine dahinterliegende »Realität« (z.B. Krankheit) und gehen daher in der Kommunikation schnell über sie hinweg, hin zu »objektiven Befunden«. In allgemeiner Übereinstimmung wird auch gewußt, daß Patienten über ihren Zustand nicht Bescheid wissen können. Die Formulierung »Der Patient fühlt sich subjektiv wohl« impliziert z.B. objektive Erkrankung, erkannt durch den Arzt bei Ignoranz, Abwehr oder Widerstand des Patienten. Die gängige Formulierung »Das sind ja rein subjektive Aussagen« gehen in die gleiche Richtung. Auf die Frage »Wie viele Zigaretten rauchen Sie?« und die Antwort: »10« wird habituell 20 eingetragen. Das gleiche gilt für die Anamnesefrage nach Alkoholkonsum usw. Die verpaßte Begriffsklärung über Kommunikation, Sachverhaltlichkeit und (subjektive) Tatsächlichkeit mündet in einem anhaltenden Mißverständnis zwischen Arzt und Patient. (Risse, 1998a)

Wissenschaftsphantasien im somatologischen Diskurs

Etablierte deutsche Diabetologen empfinden den Wissenschaftsbetrieb entweder pragmatisch als Karrieremaschine (Prof. Dr. H.: »Ich habe meinen ersten wissenschaftlichen Vortrag auf der Tagung der Deutschen Diabetes-Forschungs-Gesellschaft gehalten und bin Ordinarius für Innere Medizin in T. geworden« Kerner, 1997), verbitten sich – zumindest in der derzeit aussterbenden Generation – jedwelcher Einmischung durch besinnendes Fragen (Prof. Dr. Federlein: »Über Wissenschaft diskutieren, sollen die, die Wissenschaft betreiben und nicht die, die nur darüber reden.«, Kerner, 1997) und versuchen so, nach der in der deutschen Medizin vorherrschenden streng hierarchischen Ständeordnung und habitueller Herrenreitermanier, kritisches Nachfragen zu unterbinden – 30 Jahre mit Erfolg. Die kategorische Phantasie über die Grundlagen diabetologischer Wissenschaft formuliert ein zu seiner Zeit anerkannter C3-Professor des deutschen Diabetes Forschungsinstitutes naiv so: »Unsere Aufgabe ist die wissenschaftliche Wahrheitsfindung« (Prof. Dr. Griese, Kerner 1997)

Die Welt dieses Wissenschaftsverständnisses nach Art des Reise- und Besuchsmodells der Erkenntnis (Schmitz 1994, S. 217) wird als unendlich große Menge kleinster von sich aus bedeutungsloser Einzelteile verstanden, denen der Wissenschaftler mittels seiner analytischen Intelligenz (Schmitz 1994, S. 221) Bedeutung durch naturwissenschaftliche Forschungsergebnisse verleiht. Die Masse an Einzelergebnissen bei gleichzeitiger Überbetonung maximaler Explikation i.S. dieser analytischen Intelligenz beinhaltet auch, daß häufig der »Wald vor lauter Bäumen nicht (gesehen) wird« (ebd.). Neben diesem bis heute nicht revidierten Glauben finden sich wie überall in der Medizin die Grundtheoreme des anthropologischen Dualismus (Schmitz 1965, S.XIII), des Reduktionismus (Schmitz 1994b, S.10f), die Verkennung der Situationen im Gegensatz zu den Konstellationen (Schmitz 1997, S. 109 ff.) und das komplette Unverständnis gegenüber chaotischer, also nicht zählbarer Mannigfaltigkeit (Schmitz 1981, S. 243ff.; 1994,

S. 135ff, S. 243 ff, 1997, S. 119ff). »Wahrheit«, von Griese pathetisch gesteigert zu »wissenschaftlicher Wahrheit« wird ebenso naiv als die unabhängig vom Beobachter bestehende und durch Studien aus der Welt hervorgezwungene angenommen. Vorrang somatologischer Daten, Überbetonung der Grundlagenforschung, Primat der Massenstudien, die Geringschätzung von Einzelbeobachtungen, Ratlosigkeit gegenüber dem Placeboeffekt, Panmathematismus (Schmitz 1981, S. 398), Mathematisierung und Essentialisierung (Böhme 1994, S. 101ff.) sind weitere Kennzeichen mit Konsequenz der Patientenferne. »Psychische Phänomene« werden eher unwillig zur Kenntnis genommen und in der sich als naturwissenschaftlich mißverstehenden Medizin, ähnlich wie in der Geschichte der Vergegenständlichungsweisen, als Problem minderen Realitätsgehaltes Pfarrern, Psychologen oder dem »gesunden Menschenverstand« überlassen (Risse 1998a): Dieser Abladeplatz ist die Seele oder anders bezeichnete Innenwelt des einzelnen Menschen, in der die betreffenden Bestandteile der Lebenserfahrung als Privatangelegenheiten, die »bloß subjektiv« und für das Urteil über die Tatsachen als unverlässlich suspekt sind, abgelegt werden, in Pflege gegeben bei Priestern, Dichtern und Frauen usw., die damit eine Kultur der Gefühle und Ahnungen treiben. » (Schmitz 1994, S. 7). Entsprechend mager ist die Ergebnislage im Bereich psychologischer, psychotherapeutischer Arbeiten auf dem Gebiet der Diabetologie. »Lebensqualität« wird allerwegen als Ziel der Therapie und Forschung, leider nur als Lippenbekenntnis, im Munde geführt, ohne daß hier Forschungsaktivität folgen würde. Hierzu passend wird die exzessive Jagd nach Impactpunkten und Kongreßpräsenz, als »zum Wohle unserer« Patienten rationalisiert.

Charakteristika medizinischer Praxis

Unterhalb der Ebene der in Deutschland nur sehr gering präsenten diabetologischen Hochschulforschung (nur drei Lehrstühle für klinische Diabetologie in Gesamtdeutschland) entstehen nahezu unüberwindbare Probleme beim Transfer der wissenschaftlichen Ergebnisse in die medizinische Praxis der streng voneinander getrennten Bereiche von ambulanten Institutionen und Krankenhäusern.

»Naturwissenschaften verfahren nomothetisch (allgemeine Naturgesetze aufstellend), Geisteswissenschaften idiographisch (Einzelfälle beschreibend).

Der Arzt hat eine nomothetische Methodik in eine idiographische zu überführen. (...) Dieses statistische und physiologische Material, dem der Arzt seinen wissenschaftlichen Durchblick verdankt, kann er, wenn er einen Menschen behandelt, nicht verwenden, ohne aus der Ereignisontologie in die Dingontologie hinüberzuspringen, denn nun hat er es nicht mehr mit Folgen von Raumzeitpunkten zu tun, sondern z.B. mit Menschen, Betten, Krankenhäusern, Fieberthermometern, Spritzen und Messern. (...) Während es für den Übergang von der nomothetischen zur idiographischen Betrachtung z.B. in der juristischen Lehre von der Auslegung der Gesetze überreiche Literatur gibt, bietet niemand dem Arzt für seine zusätzliche Übersetzungsaufgabe, zwei Ontologien zu tauschen, irgend welche Anleitung.« (Schmitz 1998a)

Neben diesen grundsätzlichen, bisher weder offiziell thematisierten, noch näherungsweise behobenen Problemen, existieren banale Probleme des Wissenstransfers in die flächendeckende Versorgung: Anerkanntes diabetologisches Wissen gelangt über Fortbildungsveranstaltungen, Fachzeitschriften und Kongresse nur zufällig an die praktischen Anwender, je nach deren Neigung und Interessenlage. Behandlungen können aber ohne Nachweis qualifizierten Wissens ohne externe Kontrolle oder Überprüfung der Behandlungsergebnisse durchgeführt werden. Der Transfer des Wissens aus dem Wissenschaftsbetrieb in die medizinische Praxis ist insgesamt unsystematisch. Die Umsetzung etablierten Wissen ist zusätzlich abhängig von Finanzierungen durch die Kostenträger. Diese sind wiederum auf die Beratung des sog. »Medizinischen Dienstes der Krankenkassen« angewiesen, dem sehr häufig aufgrund innerer Struktur- und Organisationsmängel die notwendige Detailkompetenz fehlt.

Dieser allgemeinen Charakteristik der Organisation des deutschen Gesundheitswesens, zusätzlich kompliziert durch die Föderalstruktur mit, Finanzierungsautonomie durch sog. Kassenärztliche Vereinigungen und Länderautonomie der einzelnen Krankenkassen, treten diabetesspezifische Defizite zur Seite:

Patienten mit diabetesbedingten Folgeerkrankungen werden in den einzelnen Fachdisziplinen (Augenheilkunde, Kardiologie, Chirurgie etc.) behandelt. Hier fehlt überwiegend die Kompetenz zur Stoffwechseleoptimierung mit zum Teil dramatischen Folgen für die Patienten, zwei Beispiele: 1) Bei geeigneter Kompetenz zur Blutzuckernormalisierung auf Intensivstationen könnte z.B. die Sterblichkeit der Patienten auf nahezu die Hälfte gesenkt werden (van den Berghe, 2001). Obwohl seit Jahren bekannt, wird dieses Wissen nur vereinzelt in der konkreten Therapie auf kardiologischen Intensivstationen genutzt: Folge: es sterben weiterhin doppelt so viele Patienten wie nötig. 2) Durch Anwendung des seit nunmehr 20 Jahren bekannten Wissens in der Behandlung des diabetischen Fuß-Syndroms könnte die Rate unnötiger hoher Amputationen dramatisch gesenkt werden (Larsson, 1995). Dies würde die Umsetzung der diabetologischen Empfehlungen und die interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit erfordern (Morbach, 2004). Im chirurgischen Behandlungsmilieu, dort wo die meisten der Patienten primär behandelt werden, findet weder Blutzuckernormalisierung, noch interdisziplinäre Kooperation statt. Zusätzlich hält sich eine völlig absurde Vorstellung über die Genese des diabetischen Fuß-Syndroms im chirurgischen Behandlungsmilieu: Die durch keine Aufklärungsmaßnahme korrigierbare Grundannahme besteht in der Auffassung, die kleinen und kleinsten Gefäße am Fuß seien verschlossen (»okklusive, diabetische Mikroangiopathie«). Umso bemerkenswerter ist dieses Phänomen, als die Gefäße bei Diabetes gerade besonders weitgestellt sind, die Durchblutung also vermehrt ist. Die tatsächliche Ursache für Läsionen am Fuß besteht in einer Nervenstörung (Diabetische Polyneuropathie). Diese wiederum ist in weiten Bereichen des chirurgischen Denkstils völlig unbekannt.

Ergebnisse des reduktionistischen, naturwissenschaftlichen Paradigmas in der Medizin

In der Behandlung des Diabetes und seiner Folgeerkrankungen ist die deutsche Medizin im europäischen Vergleich zwar besonders teuer aber erfolglos (Sachverständigenrat, 2001). So wurde bereits

vor 15 Jahren in der »St. Vincent-Deklaration« von 1989 (WHO, 1990, The Acropolis Affirmation, 1995) gefordert, die Zahl der diabetesbedingten Herzinfarkte und Schlaganfälle deutlich, die Zahl der Erblindungen um 30% und die Zahl der Dialysen um 30% zu senken. Die Zahl der unnötigen Oberschenkelamputationen sollte um 50% gesenkt werden. Bei einer geschätzten Zahl von ca. 25000 / Jahr ist in diesen 15 Jahren keine Änderung eingetreten (Trautner, 2001). In Bayern hat die Zahl der Amputationen sogar noch zugenommen (Standl 1996, Stiegler 1998). Trotz breit subventionierter Grundlagenforschung und großer Mengen an Detailkompetenz in Fachkreisen scheint sich das diabetologische Wissen nur sehr langsam zu verbreiten, in Praxis umzusetzen und für Patienten nutzbar zu werden.

Zusammenfassung: naturwissenschaftlich mißverständene Medizin

Falsches wissenschaftliches Paradigma und chaotische Praxis mit prekären Resultaten rufen hier zu philosophischer Besinnung auf: möglicherweise ist die ontologische und anthropologische Basis der heutigen Medizintechnik nicht in der Lage, die Versorgungsdefizite zu coupiere und dem Patienten mit chronischer Erkrankung gerecht zu werden: Medizin, bei Bewußtsein aber leider besinnungslos, bedarf einer tiefgreifenden Revision. Der Rangierbahnhof der zahllosen Zitierärzte mit hoher Impactzahl muß ähnlich dem Rangierbahnhof der Zitierphilosophen (Schmitz 1994, S. XII) geöffnet werden.

Neophänomenologische Voraussetzungen

Zitierärzte im etablierten wissenschaftlichen aber auch verbandspolitischen Rangierbahnhof zitieren überwiegend sich selbst, dann aber überwiegend Massenstudien. Diese Studien an z. T. Zehntausenden von Patienten, die durch strenge Ein- und Ausschlußkriterien für bestimmte Fragestellungen und Ergebniserwartungen kompatibel selektiert wurden, sind notwendig, weil die überwiegend bearbeiteten Fragen (Überlegenheit eines Medikamentes,

Bedeutung postprandialer Blutzuckerwerte etc.) nur sehr schwache Evidenz spiegeln, weit ab davon, ein »Phänomen« im o.g. Sinne zu sein. Die publizierten Ergebnisse, üblicherweise durch statistische Methoden künstlich auf ein nicht näher hinterfragtes Wahrscheinlichkeitsniveau gehoben (Zur Fragwürdigkeit der p-Werte und des gesamten statistischen Verfahrens in der Medizin siehe auch Beck-Bornholdt, 1999, 2001, 2003), werden nach Publikation folgerichtig hochaversiv diskutiert, und die Interpretation entspricht in ihren Schlußfolgerungen dann üblicherweise dem Denkstil des Interpreten. Die Auslegung der Ergebnisse und die Folgerungen für die Praxis sind somit in der Mehrzahl zufällig und beliebig.

Grundsätzliche Besinnung würde aber auch die Grundlagen der ärztlichen Praxis beleuchten. Neophänomenologie hat hier wesentliche Beiträge geleistet, die im offiziellen medizinisch-industriellen Komplex der Hochschulmedizin und der Diabetologie bisher nicht rezipiert wurden. Cursorisch sei hier auf vier Dimensionen hingewiesen.

Einleibung vor Kommunikation

Protopathisches ärztliches Weltverständnis versteht unter Kommunikation den Austausch von Qualen (Schmitz 1987, S.21f) über Sinneskanäle. In Unkenntnis des Leibes dient ärztliche Kommunikation daher der Information des Patienten zur Entscheidungsfindung über Therapien. Psychotherapie und Psychosomatik haben dem Kommunikationsverständnis einige interessante Details hinzugefügt. Ärztliches Handeln in der Begegnung insbesondere mit dem chronisch Kranken beinhaltet jedoch viel mehr. Vor allen Interpretationen von Kommunikationsmodi steht »Einleibung« als Bildung eines übergreifenden Leibes mit gemeinsamer leiblicher Ökonomie.

Einleibung:

»Leibliche Kommunikation von der Art, daß mindestens ein Leib – eventuell mehrere, auf diese Weise sich innig verbindende Leiber – in ein ad hoc sich bildendes übergreifendes Gefüge eingeht (eingehen) und diese Einbettung durch Bezug auf die Enge des

Leibes zu Stande kommt, bezeichne ich als Einleibung« (Schmitz 1981, S. 95).

Einleibung bezeichnet die »spontane Bildung übergreifender, quasi-leiblicher Einheiten, die die Struktur gemäß dem Alphabet der Leiblichkeit besitzen, aber über den einzelnen, eigenen Leib hinausgehen (Schmitz 1990, S.137).

»Die leibliche Kommunikation, wobei sich der innerleibliche Dialog von Spannung und Schwellung durch Verteilung der Rollen an Partner gleichsam spreizt, hat also schon im einzelnen Leib eines Menschen oder Tieres Gelegenheit zur Entfaltung. Dieselbe Struktur kommt in größeren, den einzelnen Leib übergreifenden und mit anderen Gegenständen vereinigenden Zusammenhängen vor und wird dann von mir als Einleibung bezeichnet. Fast alle Wahrnehmung ist Einleibung, schon das gewöhnliche Sehen« (Schmitz 1994, S. 125).

Die Bedeutung des Leibes und der Einleibung für die Diabetes-therapie wurden an anderer Stelle extensiv ausgearbeit. Praktische Umsetzung leiblicher Übungen für ärztliche und nicht-ärztliche Therapeuten wurden seit 1998 zum Beispiel im Horizont eigener Therapeutenbefindlichkeit, im Umgang mit blinden Patienten, oder im Problemhorizont des Durstes bei Dialysepatienten oder der Adipositas bearbeitet (Risse, 1998 b). Alle diese Aktivitäten wurden nur möglich durch Engagement der Pharmaindustrie. Der etablierte wissenschaftliche Diskurs hätte derartige Erfahrungen nie ermöglicht. Eine Änderung in den nächsten Jahren ist auch nicht in Sicht.

Subjektive vor objektiven Tatsachen

Die Naivität diabetologischen Erkenntnisbemühens und des Wahrheitsverständnisses wurde unter Pkt. 4 beschrieben. Hierzu gehört auch, daß alle Tatsachen als objektive phantasiert werden so wie Wissenschaft als Tatsachenentbergung durch Massenuntersuchungen. Die Integration des Konzeptes subjektiver Tatsächlichkeit in die diabetologische Therapie, bzw. gesamte Therapie chronischer

Erkrankungen, könnte Problemlösungen anbieten, die bisher undenkbar waren. Vor allem aber könnte sie die repetitiven Mißverständnisse im Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten mit der Folge ihrer dauernden Entwertung («Dick, doof, Diabetes»; »Dem ist der Zucker aufs Hirn geschlagen«, »schlechte Compliance« u.v.m.) beheben und das Verhältnis entkrampfen.

Subjektive Sachverhalte und Tatsachen:

»Die Existenz subjektiver Sachverhalte zeige ich am affektiven Betroffensein. Als Beispiel dient mir gewöhnlich ein Ausspruch des Satzes: »Ich bin traurig« (a). Mit dem von diesen Worten ausgesagten Sachverhalt (a) vergleiche ich den Sachverhalt (b), daß Hermann Schmitz traurig ist, ohne Rücksicht darauf, daß ich (Hermann Schmitz) er bin. Der Sachverhalt (b) ist das, was den Anderen zu sagen übrig bleibt, wenn sie sagen wollen, was ich mit den Worten »Ich bin traurig« sagen kann. Jetzt frage ich, ob (a) derselbe Sachverhalt wie (b) ist. Dieselbe Frage lässt sich auch so ausdrücken: Ist die Sprachfunktion, für die die deutsche Sprache das Pronomen der ersten Person des Singulars neben der zugehörigen Flexion des Verbums vorsieht, nur für die innersprachliche Ökonomie von Bedeutung (wie der Gebrauch von Pronomina der dritten Person), oder gestattet sie dem Sprechenden, Sachverhalte auszusagen, die keine objektiven Sachverhalte sind? Das Zweite ist der Fall. In dem Sachverhalt (b) ist nicht enthalten, daß ich Hermann Schmitz bin, daher auch nicht, daß die Trauer gerade *mir* nahe geht, daß *ich* darin befangen bin: mein affektives Betroffensein, meine Ergriffenheit von Trauer. Das ist aber ein wesentlicher Zug des Sachverhaltes (a). Er könnte beim Übergang von (a) nach (b) sozusagen durch Zufall oder aus Versehen verloren gegangen sein; dann müsste man ihn wie eine Fundsache auflesen und in den (b) aussagenden Satzausspruch hineinstecken können, so daß dieser zur Aussage eines weiteren Sachverhaltes (b') würde, etwa in der Form: »Hermann Schmitz ist mit Ergriffenheit traurig«. Das mag ich bedauern, aber wenn nicht hinzukommt und mitbedacht wird, daß ich Hermann Schmitz bin, liegt darin nichts, das mir so nahe geht, wie, wenn ich traurig bin, dies, daß ich traurig bin, es sei denn, daß es sich um Trauer eines Mitmenschen handelt,

die ich zu meiner Sache mache, so daß sie mir etwa so zu Herzen geht wie meine eigene Trauer; um dies zu sagen, ist aber wieder ein Satzausspruch nötig, für den entsprechendes gilt wie für »Ich bin traurig«. Um meine Ergriffenheit, mein affektives Betroffensein, mit auszusagen, genügt also nicht die Ergänzung der Aussage eines objektiven Sachverhaltes (wie b) zur Aussage eines reicheren, ebenfalls objektiven Sachverhaltes (wie b'), sondern dazu ist die Aussage eines subjektiven Sachverhaltes erforderlich. Also gibt es subjektive Sachverhalte, nämlich mindestens in allen Fällen affektiven Betroffenseins, und daher auch subjektive Tatsachen, da nichts in der Lebenserfahrung so unmittelbar, evident und unablässig vorkommt wie affektives Betroffensein.« (Schmitz 1994, S. 59f.). »Sachverhalte sind objektiv, wenn jeder sie aussagen kann, falls er genügend Sachkenntnis und Fähigkeit zum Sprachgebrauch besitzt; sie sind, ohne Rücksicht auf diese Talente, subjektiv, wenn prinzipiell höchstens einer im eigenen Namen sie aussagen kann, obwohl beliebig viele Andere in der Lage sein können, sie eindeutig zu kennzeichnen und daher ebenso gut wie – gegebenenfalls – er darüber zu sprechen. Subjektive Sachverhalte sind daher immer für jemand subjektiv. Diese Sinnggebung, die nicht auf Zugehörigkeit zu Subjekten oder Objekten, sondern auf Weisen der Aussagbarkeit Bezug nimmt, lässt sich von den Sachverhalten leicht auf Programme wie Wünsche und Probleme wie Sorgen übertragen.« (Schmitz 1996, S. 127–145)

Die diabetologische Vergegenständlichungsweise, das diabetologische Paradigma kennt ausschließlich objektive Tatsachen und Sachverhalte, die nach Beschreibung in Fachzeitschriften, ggf. nach Begutachtung durch ein komplexes mathematisches und statistisches Bewertungsverfahren (sog. »*evidence based medicine*«; Sackett, 1997, Medline mit PubMed, Knowledge Finder, Health Star, Cochrane Library, Embase u.v.a.m.), individuell zufällig an die Patienten weitergegeben werden, üblicherweise durch »ärztliche Anordnung«. In diesem Dialog (eher Monolog) stehen sich dann Arzt (objektive Tatsächlichkeit) und Patient (subjektive Tatsächlichkeit) unvereinbar und primär nicht kommunizierfähig gegenüber. Die vorprogrammierten Mißverständnisse wurden an

anderer Stelle beschrieben (Risse 1998a). Die besondere Dramatik kann am Beispiel des diabetischen Fuß-Syndroms noch deutlicher aufgezeigt werden. Komplizierend tritt hier hinzu, daß Arzt und Patient sich zudem auf anthropologischem Niveau nicht verstehen können (s.u.: Leiblichkeit vor Körpermaschine)

Leiblichkeit vor Körpermaschine

Neben dem allzu hochangesetzten Ziel der wissenschaftlichen Wahrheitsfindung (Griese, s.o.), ist der Handlungsfokus und die Existenzbegründung der Diabetologen, die defekte Körpermaschine, die es zu reparieren gilt, oder deren Defekte durch Stoffwechsellnormalisierung vorab zu verhindern sind. Streng im Glaubenshorizont des anthropologischen Dualismus, erteilt das Bewußtsein des Arztes dem Bewußtsein des Patienten über die sensorischen Kanäle Anweisungen (»ärztliche Anordnung«, z.B. »Diätvorschriften«, »Spritzplan«) zu Verhaltensmodifikationen. Das Bewußtsein des Patienten setzt bei idealer Compliance diese Verhaltensregeln durch Maßgabe an seine eigene Körpermaschine komplett um (z.B. »Weniger essen«, »Mehr bewegen«). Oder der Arzt nimmt Manipulationen an der defekten Körpermaschine vor (z.B. Bypass-Operation), die das Bewußtsein des Patient bereitwillig und dankbar über sich ergehen lässt. Wenn nicht, nimmt das semantische Feld umgehend eine vorwurfsvolle und moralisierende Tönung an (»Pat. lehnt die Untersuchung ab«, »Entlassung auf eigenen Wunsch gegen ärztlichen Rat«) (Risse 1997a). Die Körpermaschine wird ortsräumlich gedacht (umkehrbar abbildbare Lage- und Abstandsbeziehungen (Schmitz 1998, S.192; § 159; Schmitz 1990, S.285). Tiefere Schichten der Räumlichkeit (Weiteraum, Richtungsraum, Gefühlsraum etc.; Schmitz 1998, S.50ff.) bleiben außer Betracht. Weitere wesentliche Voraussetzung für die Beschäftigung des Arztes mit der Körpermaschine des Patienten ist deren Vermeßbarkeit und damit die Möglichkeit zur Darstellung und Kommunikation der Meßergebnisse auf Kongressen. Hierdurch erst erhält die Maschine den Realitätsgehalt der notwendig ist, Störungen seitens des Arztes anzuerkennen, ihnen also den Status objektiver Tatsächlichkeit zu attribuieren. Im

Gegensatz zu diesem trivialen, mechanistischen und konservativen Verständnis, sind weder Patient noch Arzt aus Körpermaschine und Bewußtsein zusammengesetzt, sondern bestehen aus Leibern, die durch Einleibung in Kontakt treten. Der Begriff des Leibes – im anglo-amerikanischen Sprachraum, dem Sprachraum in dem die diabetologische, wissenschaftliche Kommunikation stattfindet, gänzlich unbekannt – verdient daher genauere Darstellung:

Leib, Einleibung

»Wenn man sich dagegen besinnt, was für das Spüren am eigenen Leib übrig bleibt, wenn man von den Zeugnissen des Sehens und Tastens und des davon abgezogenen perzeptiven Körperschemas absieht, kommt eine ganz andere Struktur zum Vorschein. Es handelt sich um ein *Gewoge verschwommener Inseln* in beständiger Bildung und Umbildung und Verschiebung. Einige entstehen und vergehen flüchtig, andere beharren und sind beständig, aber meist unauffällig spürbar. Solche beharrlichen *Leibesinseln* befinden sich in der oralen, analen und genitalen Zone sowie im Bereich der Fußsohlen, die im perzeptiven Körperschema kaum eine Rolle spielen, im spürbaren Leib – aber als Leibesinseln ohne Oberfläche – dagegen eine beträchtliche« (Schmitz 1994 a, S. 79f.).

»Der gespürte Leib wird anders als durch eine Haut zusammengehalten, nämlich durch einen alle Leibesinseln umspannenden absoluten Ganzort« (Schmitz 1994a, S. 80).

»Dieser Leib ist der Herd von Resonanz und Gestaltungskraft, weil hier die sinnfälligen Eindrücke und die ergreifenden Gefühle angreifen und antwortende, spontane Initiativen inspirieren, und außerdem ist er mit seiner bei Menschen und Tieren prinzipiell übereinstimmenden Eigenart für die Bildung der menschlichen Persönlichkeit, die in Prozessen personaler Emanzipation und personaler Regression beständig aus ihm geschöpft wird und auf ihn zurückgeht, die tragende und speisende Grundlage« (Schmitz 1994 a, S. 85).

»Im Gegensatz zum eigenen Körper (den die naturwissenschaftliche Medizin begreifen kann {Anm.Ri.}) und wohl auch zum Körperschema ist der körperliche Leib diskret; er zerfällt in Inseln ohne stetigen räumlichen Zusammenhang« (Schmitz 1997, S. 69).

Der geneigte Therapeut kann in Kontakt treten mit seinen Leibesinseln:

»Nun mache man aber einmal den Versuch, ebenso stetig (wie man sich betasten kann) an sich selbst herunterzuspüren, ohne Augen und Hände oder auch nur das durch Eindrücke früheren Beschauens und Betastens bereicherte Vorstellungsbild von sich zu Hilfe zu nehmen. Man wird gleich sehen, daß das nicht geht. Statt eines stetigen räumlichen Zusammenhanges begegnet dem Spürenden jetzt bloß noch eine unstete Abfolge von Inseln.« (Schmitz 1965, S. 1)

Leibesinseln

»Solche Leibesinseln sind voluminös, aber unteilbar ausgedehnt und nie flächig begrenzt.« Sie haben also unteilbare Ausdehnung und prädimensionales Volumen (Beides gibt es in allen flächenlosen Raumstrukturen wie z.B: in der Räumlichkeit des Schalls). »Die Leibesinseln werden also nicht durch die umspannende Haut eines Körpers zusammengehalten; sie kommen sogar außerhalb der Haut vor«. (z.B: im Falle der Phantomglieder bei Amputierten). »Der gespürte Leib wird anders als durch eine Haut zusammengehalten, nämlich durch einen alle Leibesinseln umspannenden absoluten Ganzort« (Schmitz 1994 a, S. 80). Das Konzept der Leiblichkeit umfaßt darüber hinaus auch das des Bewußtseins als Funktion der leiblichen Ökonomie (Schmitz 1995, S. 20f.) und integriert damit die zuvor getrennten Anteile von Körpermaschine und Bewußtsein. Da es sich aber um Phänomene handelt, die sich aufgrund ihrer Wandelbarkeit und ihres unscharfen Umrisses der Vermeßbarkeit und Quantifizierbarkeit entziehen, finden sie folgerichtig keinerlei Repräsentanz im offiziellen wissenschaftlichen Betrieb.

Leibesinselschwund und diabetisches Fuß-Syndrom

Fruchtbar für die konkrete Diabetestherapie wird die Neophänomenologie in der Anwendung für die Therapie des Diabetischen Fuß-Syndroms. Da die Grundlagen und Ergebnisse bereits an vielen Stellen dargestellt wurden (Risse 1994, 1995, 1995a, 1997, 1998, 1999), folgen an dieser Stelle nur einige verkürzte Anmerkungen.

Die Behandlung des diabetischen Fuß-Syndroms kann auf drei Ebenen beschrieben werden; 1) Auf der somatologischen, reduktionistischen Ebene: Hier ist die Berücksichtigung der bekannten medizinischen Voraussetzungen notwendig: Feuchte Wundbehandlung, Blutzuckernormalisierung, Antibiotikatherapie etc. Schon auf dieser Ebene sind wesentliche Defizite zu verzeichnen. 2) Auf der psychodynamischen Ebene: Die Therapie erfordert die kontinuierliche Zusammenarbeit von Therapeuten unterschiedlicher Fachgebiete (Diabetologe, Chirurg, Gefäßchirurg, Radiologe, Schuhmacher etc.). Entscheidend für den Therapieerfolg sind hier die ausgewogenen Übertragungs- und Gegenübertragungsverhältnisse kompatibler Charakterorganisationen. Da hier besonders extreme Charaktere (Chirurg – Internist) aufeinandertreffen, sind Probleme vorprogrammiert, die häufig durch Ausagieren eine adäquate Therapie verhindern. 3) Neophänomenologisch: Im Verständnishorizont reduktionistischer Diabetologie besteht der Mensch aus Körper und Seele (Bewußtsein) zusammengesetzt (Anthropologischer Dualismus). Neophänomenologisch besteht Leib, der Bewußthaben konstituiert. Im Zentrum der Behandlungsproblematik des diabetischen Fuß-Syndroms steht das Verständnis der Leibesinseln. Unsere Hypothese aus 1993 war:

In Umkehrung zu den Phantomgliederlebnissen (Leib ohne Körper) besteht durch diabetische Polyneuropathie (Körper(maschine) ohne Leib) »konstanter Leibesinselschwund«. Leibesinseln mit ihrem vitalen Antrieb konstituieren subjektive Tatsächlichkeit, Körpermaschinenteilen abgeschälte Subjektivität (= verarmte Wirklichkeit), d.h. Umgebungsbestandteile. Leibesinselschwund konstituiert Verlust des vitalen Antriebs auf den betroffenen Leibesinseln bei erhaltenen Körpermaschinenteilen. Folge für das therapeutische Setting:

Arzt (integre leibliche Ökonomie) und Patient (defiziente leibliche Ökonomie) begegnen sich auf zwei unterschiedlichen anthropologischen Niveaus: Der Arzt auf der Ebene der Körpermaschine (abgeschälte Subjektivität, Umgebungsbestandteile), der Patient auf der Ebene subjektiver Tatsächlichkeit. Bei den auf Körpermaschinenniveau relevanten Daten fragt der Arzt nach Beschwerden in den Beinen/Füßen, wenn er durch Messungen eine Polyneuropathie festgestellt hat. Manche Patienten schildern diese Beschwerden in der Tat («Kribbeln in den Beinen», «Gefühl des zu engen Strumpfes», «Brennen» etc.). Viele Patienten geben hier aber an, keine Beschwerden zu haben. Üblicherweise wird die Anamnese hier beendet. Unter den o.g. Hypothesen haben wir in diesen Fällen die Patienten gebeten, uns zu beschreiben, was sie in der Gegend ihrer Füße spüren. Mit erstaunlichen, z.T. bedrückenden Ergebnissen. Zwei Beispiele: Patientin, 54 J.; 16 Jahre Typ-2-Diabetes:

»Seit 2 Jahren »Schmerzen in beiden Füßen;« alle Zehen sind taub; »alle Zehen sind ohne Gefühl;« »wie kann ich Schmerzen haben, wo ich gar nicht weiß, daß ich Zehen habe?;« beim Auftreten ist es »wie in Nichts getreten;« »ich stolpere über meine eigenen Beine;« »die Eltern werden schon gefragt: ›trinkt Ihre Tochter?;« »trotzdem tut es auch weh;« »abends ist es als wenn ich Eisklumpen an den Füßen hätte, aber die Füße sind warm – wenn ich sie anfasse. Dann muß sich meine Katze auf die Füße legen, die ist das schon gewohnt;« »es gibt Tage, da liege ich den ganzen Tag im Bett, weil ich nicht laufen kann; die Fußpflege ist besonders unangenehm: ich spüre, daß die da dran ist, aber das ist ein ganz komisches Gefühl, ganz unangenehm; ich sage dann, sie soll aufhören, weil ich das nicht aushalten kann.«

Pat., 60 J., 20 Jahre Typ-1-Diabetes:

»Die Schmerzen sind ganz komisch; das sind keine Schmerzen, das ist ein unangenehmes Kribbeln; von dem könnte ich verrückt werden; das kommt immer nachts und sobald ich aufstehe, ist

es weg; ich ziehe mir schon Stützstrümpfe an, denn dann spüre ich meine Beine, die sind sonst gar nicht da. Der Druck ist dann angenehm, ja, weil ich die Beine spüre. Manchmal, wenn ich ins Bett gehe, stecke ich die Beine zwischen die Matratzen, das macht auch Druck, dann kann ich schlafen. Die Leute können das nicht verstehen, wenn ich ihnen von dem Kribbeln erzähle. Das hat mich übrigens auch noch kein Arzt nach gefragt, die interessiert das überhaupt nicht. Einmal war ich bei einem, dem habe ich das erzählt, der hat mir dann sofort ein Medikament gegeben, mit -cid oder so ähnlich, das hat überhaupt nicht geholfen«.

Das Phänomengebiet des eigenleiblichen Spürens hier mit der Nuance des Toten, Abgestorbenen, Ichfremden, der Derealisation und des Bedrohlichen, konnte durch neophänomenologischen Zugang freigelegt und für der Therapie nutzbar gemacht werden. Ohne auf Einzelheiten eingehen zu können, waren die wichtigsten Ergebnisse dieser Anamnesetechnik:

1. Auch bei fehlenden Beschwerden unterliegen die Patienten einer schweren Alteration ihrer leiblichen Ökonomie, konsekutiv mit Änderung ihrer personalen Emanzipation aus primitiver Gegenwart.
2. Der Leidensdruck ist häufig so groß, daß diese Patienten daran denken, sich zu suizidieren. Unsere Anamnese schließt daher grundsätzlich die Frage nach Suizidalität ein.
3. Durch die Frage nach Suizidalität signalisiert der Therapeut dem Patienten meistens erstmalig das Verständnis für sein Leiden.
4. Durch fehlende Beschwerden, bei aber bestehendem Leibesinselschwund, werden die Füße bei diesen Patienten zu Umgebungsbestandteilen, die aufgrund der Abschälung der Subjektivität auch als solche behandelt werden. Die häufig zu verzeichnende mangelhafte Pflege und das vermeintliche Desinteresse am Behandlungsfortschritt gründen darin.
5. Die Kenntnis des konstanten Leibesinselschwundes bei Polyneuropathie mit Abschälung der Subjektivität wiederum ermöglicht die Entkrampfung des Arzt-Patienten-Verhältnisses durch tieferes Verständnis der Dynamik.

Schlußfolgerungen

Im Gegensatz zur Therapie akuter Erkrankungen und zur Grundlagenforschung, die mit beeindruckenden Ergebnissen auf dem Boden ihrer reduktionistischen und panmathematischen Arbeitsweise aufwartend kann, ist die Therapie chronischer Erkrankungen wenig etabliert und in weiten Teilen frustrierend, weil erfolglos. Ärzte, im naturwissenschaftlichen Denkstilmilieu der Hochschulmedizin ausgebildet und sozialisiert, stehen den Patienten mit Diabetes mellitus als chronischer Erkrankung hilflos gegenüber. Eine Besinnung auf die ontologischen, erkenntnistheoretischen und anthropologischen Grundlagen der Medizin ist dringend notwendig. Anhand verschiedener Beispiele wurden die Defizite des habituellen, protopathischen Medizinparadigmas aufgezeigt. Gleichzeitig konnte aufgezeigt werden, daß neophänomenologische Besinnung Lösungsmöglichkeiten bietet, die schnell in therapeutische Praxis umgesetzt werden können. Es ist zu hoffen, daß der derzeitige Medizinbetrieb, mit Konzentration narzißtischer Größenphantasien zur Weltbemächtigung, mit enthemmter Jagd nach Impactpunkten ungeachtet der therapeutischen Relevanz und ohne Frage nach dem Sinn der Betriebsamkeit, durch Zuspitzung des Ressourcenmangels zum Nachdenken gezwungen wird. Erst hier eröffnet sich die Chance zur Rezeption der Neophänomenologie, weil die drängenden Wertefragen nicht durch weiteres Ausagieren über Technik möglich sind. Diabetologie, trotz aller Kritik, hat hier im Konzert der medizinischen Disziplinen bereits wichtige Arbeit geleistet.

Literatur

- Beck-Bornholdt, H.-P./Dubben, H.H. (1999): Was ist p und warum ausgerechnet 0,05?; Medizinische Klinik 94: Suppl. II S. 3f.
- Beck-Bornholdt, H.-P./Dubben, H.H. (2001): Der Hund, der Eier legt. Reinbeck.
- Beck-Bornholdt, H.-P./Dubben, H.H. (2003): Der Schein der Weisen – Irrtümer und Fehlurteile im täglichen Denken. Reinbek.

- Böhme, G. (1994): Am Ende des baconschen Zeitalters. Frankfurt/M.
- Bundesgesundheitsministerium: Anlage 1 (zu §§ 28b bis 28g), Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus (Typ 2), 1. Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) <http://www.bmggesundheits.de/rechts/gkv/rsa/anl1.pdf>
- Goodwin, J.S. (1999): Geriatrics and the Limits of Modern Medicine, *The New England Journal of Medicine* 340: 1283–1285.
- Kerner, J. (1997): DDG 2000: Die neue Struktur der Deutschen Diabetes-Gesellschaft; Tagung Wiesbaden.
- Larsson, J., J. Apelquist, C. D. Agardh, A. Stenström (1995): Decreasing incidence of major amputation in diabetic patients: a consequence of a multidisciplinary foot care team approach. *Diabet. Med.* 12; 770–776.
- Morbach, S./Reike, H./Rieschbiter, E./Risse, A./Spraul, M.: Diagnostik, Therapie, Verlaufskontrolle und Prävention des diabetischen Fußsyndroms; Scherbaum, W.A.; W. Kiess: Wissenschaftliche Leitlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft, Bochum 2004; http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/redaktion/mitteilungen/leitlinien/Leitlinien_Fussyndrom_250304.pdf
- Risse, A./Steinmann, K.-H./Reike, H. (1994): »Praktische Übungen zur Leibesinselbildung«; München-Dortmunder-Symposium: Das Diabetische Fuß-Syndrom«. München.
- Risse, A./Steinmann, K.-H./Bauer, S. (1994): »Die Leibesinsel«. In: »6. Dortmunder Symposium: Diabetes mellitus und Angiologie: Das Syndrom des Diabetischen Fusses«. Delecke.
- Risse, A. (1995a): »Phänomenologie und Diabetologie«. In: Großheim, M.: »Leib und Gefühl«. Berlin.
- Risse, A. (1995b): »Die Bedeutung der Phänomenologie für die Behandlung des diabetischen Fuß-Syndroms«. In: Chantelau, E. (Hrsg.): »Amputation? – Nein Danke!«. Mainz.
- Risse, A. (1997a): Das Verräterische in der Sprache zwischen Arzt und Patient; *Subcutan* 2: 20–22.
- Risse, A. (1997b): »Neo-Phänomenologische Aspekte der diabetischen Polyneuropathie«; *Schulungsprofi Diabetes* 3: 40–45.
- Risse, A. (1998a): Naturwissenschaft versus »Gesunder Menschenverstand«, oder: Wie gelangt der Diabetologe von Sachverhalten zu Tatsachen?. In:

Alexander Risse

- Risse, A.: Phänomenologische und psychopathologische Aspekte in der Diabetologie. Berlin.
- Risse, A. (1998b): Phänomenologische und psychopathologische Aspekte in der Diabetologie. Berlin.
- Risse, A. (1998c): Adiposologie – Eine Streitschrift. In: Risse, A.: Phänomenologische und psychopathologische Aspekte in der Diabetologie; Berlin.
- Risse, A. (1999): Besonderheiten von Patienten mit diabetischem Fuß-Syndrom und ihren Therapeuten; Internist 40: 1051–1055.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit; Addendum zum Gutachten 2000/2001; Bd. 1–3; Bonn.
- Sackett, D. L./Richardson, W. S./Rosenberg, W./Haynes, R.B. (1997): Evidence-Based Medicine – how to Practice and Teach EBM. Churchill-Livingstone, Edinburgh.
- Schmitz, H. (1981): Die Gegenwart; System der Philosophie; Band I; Bonn.
- Schmitz, H. (1965): Der Leib; System der Philosophie; Band II,1. Bonn.
- Schmitz, H. (1980): Neue Phänomenologie. Bonn.
- Schmitz, H. (1981): Der Gefühlsraum; System der Philosophie, Bd. III, 2. Bonn.
- Schmitz, H. (1987): Die Wahrnehmung, System der Philosophie; Band III, 5. Bonn.
- Schmitz, H. (1990): Der unerschöpfliche Gegenstand. Bonn.
- Schmitz, H. (1994): Neue Grundlagen Der Erkenntnistheorie. Bonn.
- Schmitz, H. (1994a): Der Gespürte Leib und der Vorgestellte Körper; in: Wege zu einer Vollerer Realität. Berlin.
- Schmitz, H.: Wozu Neue Phänomenologie?, in: Wege zu einer Vollerer Realität. Berlin 1994 (b)
- Schmitz, H. (1995): Selbstdarstellung als Philosophie – Metamorphosen der entfremdeten Subjektivität«. Bonn.
- Schmitz, H. (1996): Anthropologie ohne Schichten; In: Barkhaus, A. (Hrsg.): Identität, Leiblichkeit, Normativität. Frankfurt/Main; S. 127–145.
- Schmitz, H. (1997): Höhlengänge – Über Die Gegenwärtige Aufgabe der Philosophie; Lynkeus: Studien zur Neuen Phänomenologie. Berlin.

- Schmitz, H. (1998): Der Leib, der Raum und die Gefühle. Stuttgart.
- Schmitz, H. (1998a): Einführung in eine umfassende Wahrnehmungslehre; Vortrag: 26. Symposium Diabetes und Angiologie: Das Syndrom des diabetischen Fußes. Delecke, 23.10.1998.
- Standl, E./Mendler, G./Zimmermann, R./Stiegler, H. (1996): Zur Amputationshäufigkeit von Diabetikern in Deutschland. Ergebnisse einer Erhebung in zwei Landkreisen. Diabet. Stoffw. 5: 29 ff.
- Stiegler, H./Standl, E./Frank, S./Mendler, G. (1998): Failure of reducing lower extremity amputations in diabetic patients: results of two subsequent population-based surveys 1990 and 1995 in Germany. Vasa 27: 10ff.
- The Acropolis Affirmation (1995): Diabetes care – St. Vincent in progress. Diabet. Med. 12: 636 ff.
- Trautner, C./Haastert, B./Spraul, M./Giani, G./Berger, M. (2001): Unchanged Incidence of Lower-Limb Amputations in a German City, 1990–1998. *Diabetes Care* 24: 855–859
- Van den Berghe, G. et al. (2001): Intensive Insulin Therapy in Critically ill Patients; *New England Journal of Medicine* 345: 1359 ff.
- Wagner, A./Risse, A./Brill, H.L./Wienhausen-Wilke, V./Rottmann, M./Sondern, K./Angelkort, B. (1999): Therapy of severe diabetic ketoacidosis. Zero-mortality under very-low-dose insulin application. *Diabetes Care* 22: 674 ff.
- World Health Organisation (Europe) and International Diabetes Federation (Europe) (1990): Diabetes care and research in Europe. The Saint Vincent Declaration. *Diabet. Med.* 7: 360 ff.

Korrespondenzadresse

Dr. Alexander Risse
Ltd. Oberarzt der Medizinischen Klinik Nord
Diabeteszentrum Nord (Dir. Prof. Dr. B. Angelkort)
Klinikum Dortmund GmbH
Münsterstr. 240
44145 Dortmund
E-Mail: risse@diabetes.de
Internet: www.diabetes.de