

Diabetischer Fuß – Leibesinselschwund

Dr. Alexander Risse, Städtische Kliniken Dortmund, Med. Klinik Nord, Münsterstraße 240, 44145 Dortmund

Der diabetische Fuß einmal anders betrachtet.

Der Leib – Leibesinseln - Leibliche Ökonomie. Was heißt das?

Dr. Alexander Risse zeigt eine andere Art, das diabetische Fußsyndrom zu betrachten. Aus der Sicht des Patienten: wie empfindet der Betroffene seine neuropathischen Füße? Wie steht er zu ihnen? Gehören sie noch zu ihm, zu seinem Leib? Leibesinseln gibt es viele, wir alle kennen die gastrale Leibesinsel in der Mittagspause.

Ontologische und anthropologische Grundlagen des DFS:

Die Neuropathie ist immer der Auslöser eines diabetischen Fußsyndroms. Es gibt die somatologische, naturwissenschaftliche Seite. Leitlinien und Standard versus anthropologischen Grundsätzen.

Diagnosestellung und Therapie: Es ist ALLES längst bekannt und ALLES banal.

Warum gibt es aber weiterhin über 2000 Amputationen pro Jahr?

Die Salami-Technik bezeichnet Risse als Kunstfehler. Viele Patienten leiden unter Depressionen nach einer Amputation. Was sich ändern muss, ist die Betrachtung, die Wertschätzung der Füße und das so früh wie möglich. Patienten mit katastrophalen Füßen finden wir gleich nebenan, darunter junge oder studierte Leute, bei denen man sich fragt warum ist es soweit gekommen, wo oder bei wem liegt das Versäumnis? Ist es das Nichtmehr-Empfinden des Fußes, der fehlende Sichtkontakt (Leibesinselschwund)? Ist es ein Versäumnis, eine Verharmlosung der Ärzte: „Den nekrotischen Zeh kriegen wir schon wieder hin!“

Anthropologischer Dualismus: Aufspaltung des Menschen in einem Körper (Maschine) und eine Seele

Der Leib – Leibesinseln – Leibliche Ökonomie

„Im Gegensatz zum eigenen Körper (den die naturwissenschaftliche Medizin begreifen kann) und wohl auch zum Körperschema ist der körperliche Leib diskret: er zerfällt in Inseln ohne stetigen räumlichen Zusammenhang.“ „Nun mache man aber einmal den Versuch, ebenso stetig (wie man sich betasten kann) an sich selbst herunter zu spüren, ohne Augen und Hände oder auch nur das durch Eindrücke früheren Beschauens und Betrachtens bereicherte Vorstellungsbild von sich zu Hilfe nehmen. Man wird gleich sehen, dass das nicht geht. Statt eines stetigen räumlichen Zusammenhangs begegnet dem Spürenden jetzt bloß noch eine unstete Abfolge von Inseln.“ (Risse)

Hypothese: Bei Umkehrung zu den Phantomgliedererlebnissen (Leib ohne Körper) besteht bei der diabetischen Polyneuropathie eine Körper (-maschine) ohne Leib, es ist sozusagen ein konstanter Leibesinselschwund. Leibesinselschwund konstituiert Verlust des vitalen Antriebs bei erhaltenden Körpermaschinenteilen (innerlich amputiert). Arzt und Patient begegnen sich so auf zwei unterschiedlichen

anthropologischen Ebenen: der Arzt auf Ebene der Körpermaschine, der Patient auf der Ebene subjektiver Tatsächlichkeit.

Genauer auf die Äußerungen des Patienten achten:

Wie der Patient zu seinem Füßen steht, kann man heraus hören, wenn man genauer auf seine Worte und Beschreibungen hört: „Das Bein gehört mit ja gar nicht mehr, das schleife ich nur noch hinter mir her.“ „Eine Leibesinsel ist verloren gegangen. Dann kann man es ja auch gleich abschneiden. Wie kann ich Schmerzen haben, wo ich gar nicht weiß, dass ich Zehen habe?“ „Ich ziehe mir schon Stützstrümpfe an, dann spüre ich meine Beine.“

Risse wies darauf hin, dass gerade dies oft ein Grund ist (unbewussterweise), sich zu enge Schuhe zu kaufen, um seine Füße endlich wieder zu spüren. Aus neophänomenologischer Sicht nachzuvollziehen, aus somatischer und medizinischer Sicht fällt dies sehr schwer. Patienten mit einer PNP versuchen auf viele verschiedene Arten und Weisen ihre verloren gegangenen Leibesinseln wieder zu spüren. Wie z. B. in den Krankenhausbetten der Klinik die Füße gegen das Brett am Fußende zu stemmen. Dies kann Druckstellen verursachen oder die Ausbildung von Krallenzehen begünstigen. Deshalb: Bei Patienten mit einer Neuropathie die Bretter aus den Betten! Eindrucksvolle, zufällig geschossene Bilder von Risse machten deutlich, wie ungünstig im Grunde Vorfußentlastungsschuhe der alten Generation sind, da gerade hier der Vorfuß erst recht belastet wird, da man sich keine andere Gangart angewöhnt. Die Stumme Form der PNP ist verbunden mit fortschreitenden Entfremdungserlebnissen im Gegensatz zu prominenter Form („Meine Füße kochen“) oder Mischformen. Anschaulich beschrieben hat dies Marlene Rupp in ihrem Buch „Mein Leben mit der sauersüßen Krankheit.“

Umdenken erforderlich?

„In der Traumatologie werden Füße ohne Sensibilität der Fußsohle amputiert.“ Frage: Warum?“ (Risse)

Antwort: Weil ein Fuß ohne Sensibilität lebenslang Probleme macht, die verletzen sich dauernd, verbrennen sich...“ (Chirurg der Traumatologie)

Chirurgisches Denken, somatisches Denken, normalerweise unser Denken. Was würde dies für unsere Patienten bedeuten? Prophylaktische Amputationen? Aber auf diese Idee würde wohl (Gott sei Dank) niemand kommen. Was heißt dies für unsere tägliche Praxis? Im Grunde sind wir wieder am Anfang: Den Sinn, das Bewusstsein, die Wertschätzung für unsere und die Füße der Patienten zu wecken.