

Leibesinselschwund – ein haftungsrechtliches Problem bei Diabetes mellitus?*

Von Dr. Alexander Risse und Prof. Dr. Volker Großkopf

Einleitung

Der Begriff des „Diabetischen Fußsyndroms“ kennzeichnet Verletzungen am Fuß bei Menschen, die unter der Stoffwechselkrankheit Diabetes mellitus leiden. Die Einordnung als Syndrom gründet sich in der Variabilität der verschiedenen Symptome, vor allem aber in der häufigen Kumulation verschiedener Pathogenesefaktoren: Durchblutungsstörungen, Lymphabflussstörungen und chronische venöse Insuffizienz. Während diese Störungen wichtige Auslöser des Diabetischen Fußsyndroms darstellen, ist das symmetrische, sensible Polyneuropathiesyndrom – z. B. die diabetogene Polyneuropathie – die wesentliche Ursache der meist ausgedehnten Verletzungen: In fast zwei Drittel aller Fälle ist die Neuropathie allein verantwortlich. Nur in maximal 20 Prozent ist ausschließlich eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK), in 25 Prozent eine Kombination von Neuro- und Angiopathie als

auslösendes Moment der diabetischen Plantarulzerationen nachweisbar.¹ Zwei grundlegende Charakteristika sind bemerkenswert:

1. Die Läsionen zeigen häufig außergewöhnlich ausgedehnte Weichteil- und Knochenstrukturen, die z. B. bei einer pAVK nicht gesehen werden.
2. Das einzige wissenschaftlich ungelöste Problem in der Behandlung stellt die Druckentlastung dar.

Das Ausmaß der Gewebedestruktion, die durch das normalpsychologisch nicht nachvollziehbare Warten des Patienten verursacht wurde, zeigt beispielhaft die Abbildung unten links.

Grundlagen

Das Diabetische Fußsyndrom kann aus vier Perspektiven betrachtet werden: Medizinisch – d. h. somatologisch-reduktionistisch –, psychiatrisch, spieltheoretisch und phänomenologisch (anthropologisch). Die psychiatrische und spieltheoretische Perspektive – obwohl interessant und auf-

* Dr. Alexander Risse ist leitender Arzt des Diabeteszentrums an der Klinikum Dortmund gGmbH.

¹ Lobmann (2005).



Patienten laufen zum Teil über Jahre mit offenen Läsionen herum. Die Folge sind massive Hornhautbildungen, die durch Druckbildung nach innen die Knochen aufweichen. Gleichzeitig bildet die offene Wunde eine ideale Eintrittspforte für Bakterien. Nicht selten ist dann eine Blutvergiftung (Sepsis) das auslösende Moment für eine medizinische Behandlung. Die rechte Abbildung zeigt ein typisches Malum perforans.

schlussreich – kommt hier nicht zur Darstellung.

Die medizinische Perspektive erscheint hingegen trivial. Insbesondere, da alle Probleme der Therapie gelöst sind. Mit einer Ausnahme: Die der Druckentlastung, die vordergründig banal erscheint.

Auf Seiten der Patienten können dabei häufig folgende Feststellungen gemacht werden:

- Die Patienten kaufen sich zu enge Schuhe.
- Die Patienten gehen zu spät zum Arzt.
- Die Patienten nutzen die Mittel der Druckentlastung (Orthesen, Rollstühle u. v. m.) nicht.
- Die Patienten laufen auf den offenen Wunden herum.
- Die Patienten erleiden häufig Rezidive.

Im Gegenzug zeigen sich auf Seiten der Therapeuten regelmäßig folgende Phänomene:

- Ärzte reagieren in der Regel zu spät mit adäquaten Therapien.
- Ärzte unterschätzen die Gefährlichkeit einer Läsion.
- Ärzte reagieren „fassungslos“ (Gegenübertragung im Sinne von „Das gibt es doch gar nicht“).
- Die Gegenübertragung ist häufig von Aggressivität gekennzeichnet („schlechte Compliance“).
- Der Mythos der „okklusiven Mikroangiopathie“ hält sich, obwohl wissenschaftlich seit Jahrzehnten widerlegt.
- Die Zahl der unnötigen hohen Amputationen nimmt nicht ab.
- Es wird repetitiv versucht, durch Schulungsprogramme das Problem der fehlenden Druckentlastung zu beherrschen.

Da eine schulmedizinische Erklärung für den offensichtlichen Wahrnehmungsverlust bei einem Diabetischen Fußsyndrom – d. h. das Gehirn nimmt die Fußläsion nicht wahr – aussteht, rückt die anthropologische Sicht in den Vordergrund. Dies setzt notwendigerweise eine Aus-

einandersetzung mit dem Begriff des „Leibes“ voraus,² also derjenigen anthropologischen Tiefenschicht, die von einer sich als Naturwissenschaft missverstehenden abendländischen Medizin nicht erfasst wird. Leib bezeichnet das, was in der Gegend des Körpers unmittelbar gespürt werden kann. Dies hat verschiedene Folgen:

1. Es kann hierzu keinen evidenzbasierten Stand des Wissens geben, da „evidence based medicine“ (EbM) lediglich Zählbares berücksichtigen kann, der Leib des Menschen aber eine nicht zählbare (chaotische) Mannigfaltigkeit spiegelt.³
2. Aus dem Erstgenannten folgt, dass leibliche Phänomene in reduktionistischen, sog. „Evidenzbasierten Leitlinien“ nicht berücksichtigt werden können.⁴
3. Gerade weil Phänomene der Leiblichkeit nicht in das EbM-Weltbild passen, entsprechen sie umso mehr der Patientenperspektive.

Therapeuten betrachten Patienten aus dem naturwissenschaftlichen Blickwinkel als Objekte mit einer „Körpermaschine“ und einer „Psyche“. Die Körpermaschine wird als objektiv angesehen, „Subjektives“ findet sich allenfalls in der Psyche (anthropologischer Dualismus). Therapeuten zielen auf objektive Ergebnisse, Patienten leben in einer Welt subjektiver Tatsachen. Subjektivität findet sich in der Gesamtheit des Leibes. Therapeuten und Patienten begegnen sich somit dauernd auf unterschiedlichen Niveaus. Dieser anthropologische Grundkonflikt geht mit einem permanenten, gegenseitigen Missverständnis zwischen Behandlern und Behandelten einher. Ärzte stehen dem Verhalten der Patienten oftmals fassungslos gegenüber und neigen zu aggressiven Schuldzuweisungen.⁵

² Schmitz (2011).

³ Schmitz (1994).

⁴ Morbach (2004).

⁵ Risse (1995 und 1998).

Erkenntnistheoretische Anmerkungen

Wird der organmedizinische Horizont mit dem anthropologischen Ansatz verbunden, gewinnen im Problembereich des Diabetischen Fußsyndroms zwei Phänomene an besonderer Bedeutung:

1. Das symmetrische, sensible Polyneuropathiesyndrom als einzige notwendige und gleichzeitig hinreichende Bedingung für die Entwicklung und Permanenz eines Diabetischen Fußsyndroms,
2. die Betrachtung des Leibes und der leiblichen Ökonomie über die Körpermaschinengrenzen hinaus als entscheidender Deutungskontext.

Das symmetrische, sensible Polyneuropathiesyndrom führt zur Änderung aller Empfindungsqualitäten bis hin zur Anästhesie. Hiermit erlangt die diabetogene Polyneuropathie die gleichrangige Bedeutung wie Lepra, Syringomyelie, Tabes dorsalis (Neurosyphilis).

Während es bei anderen Körperkrankheiten (beispielsweise Knochenbruch, Durchblutungsstörung, Lähmung etc.) zu bemerkbaren und quälenden Störungen kommt, verändert die Polyneuropathie den Menschen im Ganzen. Das bedarf der Erklärung: In unserem Selbstverständnis sind wir zusammengesetzt aus Körper und Seele (Bewusstsein). Entsprechend dieser Theorie beschäftigt sich die „Psycho-Somatik“ auch mit beiden Anteilen des Menschen. Aus diesem (verkürzten) Verständnis entsteht die Auffassung, Patienten mit Polyneuropathie könnten – so wie andere Menschen auch – gut auf ihre Füße aufpassen – man müsse sie eben nur entsprechend aufklären, also schulen.

Diese Auffassung sollte durch die Beachtung der Dimension des Leibes erweitert werden. Um auf dessen Spur zu kommen, sollte man versuchen, bei geschlossenen Augen an sich herunterzuspüren. Man merkt, dass der Körper sich nicht in der gleichen Weise erspüren wie ertasten lässt. Gespürt werden kann eine lose Abfolge von Inseln unseres Körpers: Leibesinseln. Konstant vor-

handen sind folgende Leibesinseln: der Mund, der Magen, der Genital- und Analbereich – und die beiden Leibesinseln der Füße.⁶

Die Systematik der Leibesinseln wurde an Patienten erforscht, die im Ersten Weltkrieg durch Kriegsverletzung amputiert wurden und an „Phantomschmerzen“ litten. Erstaunlicherweise hatten viele von ihnen immer gleichartige Beschwerden im Bereich der amputierten Gliedmaßen. Trotz fehlenden Körperteils bestand die Leibesempfindung weiter: Phantomglieder sind also „Leib ohne Körper“. Diese Forschungsergebnisse sind alt und in der Diabetologie sowie der gesamten Medizin in Vergessenheit geraten.

Bleibt man auf der Spuren der Leibesinseln und des Leibes, besteht bei einer diabetogenen Polyneuropathie nicht das Phänomen „Leib ohne Körper“ sondern „Körper ohne Leib“. Die Beine werden gesehen, aber die Leibesinseln sind verschwunden. Die Subjektivität ist vom Körperteil abgezogen. Man könnte auch von einer „inneren Amputation“ sprechen. Anthropologisch bedeutet dies: „Leibesinselschwund“.

Ohne darüber nachzudenken leben die Menschen (Patienten wie Therapeuten) in einer Welt der Empfindungen und dieser Leibesinseln. Man nennt dies auch die Welt der Subjektivität. Diese ist es, die uns umtreibt und zum Handeln drängt: Kein Patient geht zum Arzt mit der Klage „Herr Doktor helfen Sie mir, meine Nervenleitgeschwindigkeit hat abgenommen, meine Lipoproteinlipase arbeitet zu langsam!“

Konsequenzen

Das grundlegende Drama der diabetogenen Polyneuropathie besteht darin, dass durch den Verlust der Empfindungen auch die Subjektivität im Bereich der Leibesinseln der Füße verloren geht: Menschen mit Polyneuropathie behandeln ihre Füße wie Umgebungsbestandteile. Nicht nur die Warnfunktion des Schmerzes ist

⁶ Schmitz (1965).

verloren gegangen, sondern auch die spontane Sorge um die Füße. Es handelt sich also nicht nur um einen „Wahrnehmungsverlust“; der Leibesinselschwund verändert den gesamten Menschen.

Die Polyneuropathie hat noch weitere Konsequenzen: Die Betroffenen haben das Gefühl, nicht mehr „mit beiden Beinen im Leben“ zu stehen; beim Schuhkauf werden häufig Schuhe ausgesucht, die mehrere Nummern zu klein sind. Der Grund hierfür: Die Oberflächenempfindung ist verloren gegangen und es herrscht das Gefühl, keinen Schuh am Fuß zu haben. Werden die Schuhe enger gewählt, vermittelt der dann entstehende dumpfe Druck dem Betroffenen wieder das Gefühl, Schuhe anzuhaben. Hier hilft das Aufzeichnen der Füße und der Vergleich mit dem Grundriss der Schuhe nicht. Das Verhalten der Patienten wird sich hierdurch nicht ändern, denn nicht die Wahrnehmung ist gestört, sondern das gesamte In-der-Welt-sein.

Verlorengegangene Subjektivität und fehlendes Schmerzempfinden machen dann auch erklärlich, warum die Patienten ihre hässlichen breiten, flachen Schuhe oder die lästigen Orthesen nicht mehr tragen und damit immer wieder Druckverletzungen hervorrufen. Im Krankenhaus stehen die Patienten kurz nach einer Minimalamputation „mal eben zur Toilette“ auf und zerreißen sich die frischen Operationsnähte etc.⁷

Häufig haben die Patienten auch schon Laserbehandlungen einer Retinopathie hinter sich. Sie können also ihre Füße nicht sehen und sind damit komplett getrennt von ihnen. Die Gefährdung nimmt weiter zu. Hier verstärkt sich die durch den Leibesinselschwund bedingte Änderung der gesamten leiblichen Ökonomie durch einen „echten“ Wahrnehmungsverlust bedingt durch die Visuseinschränkung bei Retinopathie.

⁷ Risse (2006).

Konkrete medizinische Konsequenzen

1. Der sogenannte „Vorfußentlastungsschuh“:

Der Begriff suggeriert, dass es mit diesem Schuh gelingt, den Vorfuß, häufige Lokalisation diabetogener Läsionen (z.B. Malum perforans), zu entlasten. „Vorfußentlastungsschuhe entlasten den Vorfuß aber nur bei Patienten die den Vorfuß auch ohne diesen Schuh – schmerzbedingt – entlasten würden. Patienten mit diabetogenen Neuropathie zeigen aufgrund der Anästhesie eine normale Gangphase, d.h. sie bringen den verletzten Fuß hinter den Gesunden. Damit wandelt sich der „Vorfußentlastungsschuh“ in einen „Vorfußüberlastungsschuh“. Aufklärungen, Schulungen, Ermahnung, den betroffenen Fuß beim Gehen grundsätzlich vor dem verletzten zu halten, laufen ins Leere und führen bei fehlender Deutungskompetenz zu dem Eindruck, die Patienten nähmen ihre Erkrankung nicht ernst.

2. Konventionelle Krankenhausbetten: Kranken-

hausbetten sind in typischer Weise mit Abschlussbrettern am Bettende konstruiert. Werden diese Bretter nicht entfernt, rutschen die Patienten im Laufe des Tages/der Nacht mit ihren verletzten Füßen dagegen. Anders als Patienten mit normaler Nervenfunktion, die reflektorisch die Füße zurückziehen, bleiben die Patienten mit Polyneuropathie mit vollem Gewicht und in unveränderter Position vor den Brettern liegen. Folge: Es entsteht eine iatrogene, okklusive Mikroangiopathie, die nicht krankheitsimmanent, sondern durch die Therapeuten, induziert ist.

Beide Phänomene bedürfen keiner Massenzustudie im Sinne der evidenzbasierten Medizin, denn sie spiegeln Evidenz, das heißt Autorität der Wirklichkeit. Die Ursache dafür, dass beide Probleme von Organtherapeuten so häufig übersehen werden, liegt in der denkstilgebundenen Wahrnehmungsverarmung der auf dem Gebiet des Diabetischen Fußsyndroms agierenden Paradimgemeinschaften und der zugrundeliegenden Vergegenständlichungsweise des anthropologischen Dualismus.



Die linke Abbildung zeigt einen Vorfußentlastungsschuh. Die rechte Abbildung zeigt ein konventionell konstruiertes Krankenhausbett mit typischem Abschlussbrett.

Konsequenzen für die Beziehung zwischen Arzt und Patient

Nicht nur die Wahrnehmung des Patienten scheint verändert, die geänderte leibliche Ökonomie scheint auch die habituelle Wahrnehmung des Arztes zu verändern. Aus der verloren gegangenen Subjektivität der Füße entsteht eine falsche Signalvermittlung an den Therapeuten. Trotz grotesker Verletzungen sind die Patienten entspannt und signalisieren dem Arzt: „Es ist alles in Ordnung, mach dir keine Sorgen“. Dies könnte erklären, warum auch die Therapeuten häufig nicht schnell genug handeln. Umgekehrt können die Therapeuten, solange sie von Körper und Geist ausgehen, die Patienten, deren Subjektivität durch Polyneuropathie verändert ist, nicht verstehen. Sie nennen dieses Verhalten „schlechte Compliance“ und werden entweder aggressiv, zynisch oder resignieren. Das gilt insbesondere dann, wenn die zuvor mehrfach vermittelten Schulungsinhalte auf kognitiver Ebene immer wieder vergessen werden.

Eine vertiefte, anthropologisch korrekte Sichtweise könnte hier helfen, das gegenseitige Verständnis zu verbessern: Die diabetogene Polyneuropathie führt nicht nur zum „Wahrnehmungsverlust“, sondern verändert den gesamten Menschen. Sie bleibt, auch nach behobener Störung der defekten Körperteilfunktion, eine lebenslange Bedrohung für die Füße der Menschen

mit Diabetes mellitus. Es handelt sich nicht um ein einfaches Problem der Nervenleitung, sondern greift in die Subjektivität des Menschen ein. Schulungen und andere Aufklärungsmaßnahmen reichen daher alleine nicht aus.⁸

Zivilrechtliche Haftungsgrundlagen

Die Bestrebungen die Rechtsstellung der Patienten abzusichern sind durch das Patientenrechtgesetz⁹ zum 1. Februar 2013 gestärkt worden. Seither richtet sich die Bewertung des Verhältnisses zwischen Ärzten und Patienten in rechtlichen Auseinandersetzungen an den §§ 630a ff. BGB aus. Das ärztliche Schadensersatzrecht präsentiert sich nun als eigenständiger haftungsrechtlicher Komplex, in dessen Vordergrund die einheitliche, vertragliche Haftung des Arztes für die Erfüllung seiner Berufspflichten steht. Daneben hat der Gesetzgeber die ärztlichen Informations- und Aufklärungspflichten in den §§ 630c und 630e BGB in einen strukturierten Rahmen gegossen. Es zeichnet sich ab, dass die ärztliche Eigenmacht und der Behandlungsfehler auch in der Zukunft die beiden Hauptsäulen der Haftung des Arztes sein werden. Ärztliche Eigenmacht liegt vor, wenn der Arzt einen Eingriff in die körperliche Integri-

⁸ Risse (1999).

⁹ BT-Drucks. 17/10488; vgl. Thole/Schanz (2013, S. 64).

tät des Patienten ohne die wirksame Einwilligung des Einwilligungsberechtigten vornimmt. Ein Behandlungsfehler ist demgegenüber anzunehmen, wenn die Behandlung nicht nach den zum Zeitpunkt der Behandlung anerkannten Standards erfolgt. In beiden Haftungsmodalitäten kann jedoch auch vom Patienten verlangt werden, dass er die Heilung nicht aus einer passiven Konsumhaltung heraus als vertraglich geschuldete „Reparaturleistung“ des Arztes betrachtet, sondern selbst Verantwortung für seine Gesundheit sowie für sein Vorgehen bei behandlungsbedürftiger Erkrankung übernimmt, und dass er sich aktiv an der Gesprächsführung beteiligt.¹⁰ Damit rücken die Obliegenheiten des Patienten, an den Heilbehandlungsbemühungen des Arztes mitzuwirken, in den Blick. Dass solche Obliegenheiten bestehen, ist allgemein anerkannt.¹¹ Im modernen Sprachgebrauch der Medizin werden diese Obliegenheiten mit dem Begriff der „Compliance“ umschrieben.

Aufklärung

Zu Beginn eines jeden Behandlungsverhältnisses steht die umfassende Aufklärung des Patienten über die Art und Weise der geplanten Behandlung, um dem Patienten eine sinnvolle Ausübung seines Selbstbestimmungsrechts zu ermöglichen.¹² Erfolgt die Aufklärung fehlerhaft und wird dem Patienten nicht das erforderliche Wissen um die Behandlungsdetails vermittelt, ist die Behandlung grundsätzlich rechtswidrig. Mit anderen Worten der Arzt setzt sich einem Haftungsanspruch aus, wenn der Patient einen Schaden erleidet, der mit dem Aufklärungsversäumnis in einem kausalen Zusammenhang steht. Unerlässliche Voraussetzung zur ordentlichen Durchführung eines Aufklärungsgesprächs ist die mitwirkende Einbindung des Patienten. Nur wenn dieser hinreichende Auskunft über seine gesundheitlichen

Einschränkungen erteilt, wird der Arzt in die Lage versetzt auf der Basis einer richtigen Diagnose Informationen über Behandlungsoptionen und -risiken zu vermitteln. Ist es erkennbar, dass der Patient – wie im Falle der **polyneuropathischen Diabetiker** – in seiner Sinneswahrnehmung beeinträchtigt ist, müssen die Auswirkungen dieses Defizits vom Arzt im Aufklärungsgespräch antizipiert werden. Unterbleiben Belehrungen über die Auswirkungen von Druckschädigungen setzt sich der Arzt einem Haftungsrisiko wegen eines Aufklärungsversäumnisses aus. Aus Gründen der Beweissicherung sollte die eindeutige Dokumentation dieses Gesprächsinhaltes ausdrücklich festgehalten werden.

Behandlungsfehler

Der ärztliche Behandlungsfehler ist ein zentraler Begriff des Arzthaftungsrechts. Er bezeichnet das nach dem Stande der medizinischen Wissenschaft und Forschung unsachgemäße Verhalten des Arztes. Erfasst werden nicht nur die eigentlichen Fehler bei der Behandlung selbst, sondern auch unrichtige Dispositionen bei der Therapie und Nachsorge. Die Rechtsprechung fragt danach, ob der Arzt unter Einsatz der von ihm zu fordernden medizinischen Kenntnisse und Erfahrungen im konkreten Fall vertretbare Entscheidungen über die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen getroffen und diese Maßnahmen sorgfältig durchgeführt hat.¹³ Für die Praxis der Versorgung von Patienten mit einer Polyneuropathie bedeutet dies, dass die situationsorientierte Festlegung der Behandlungsoptionen exakt auf das Krankheitsbild der in ihrer Empfindung gestörten Patienten abgestellt sein muss. Die Entscheidung für oder gegen ein bestimmtes Verfahren ist bei diesem Patientenkreis in besonderer Weise durch eine Abwägung vielfältiger physischer, psychischer und sozialer Aspekte gekennzeichnet. Erweist sich die Auswahl eines Behandlungsmittels als objektiv fehlerhaft und schädigt den Patienten, vermag

¹⁰ BVerfG NJW 1979, S. 1925 [1930].

¹¹ Katzenmeier (2002, S.372).

¹² BVerfG NJW 1979, S.1925 [1931].

¹³ BGH NJW 1987, S. 2291 [2292].

dies einen haftungsrechtlich relevanten Vorwurf zu begründen. Wenngleich die Verordnung eines Vorfußentlastungsschuhs für Patienten, die unter Wahrnehmungsstörungen leiden als solche keinen Behandlungsfehler darstellt, kann der Einsatz eines solchen Hilfsmittels dennoch haftungsrechtliche Risiken bergen. Denn der Arzt ist verpflichtet, zu überprüfen, ob der Patient in der Lage ist, den Vorfußentlastungsschuh richtig zu verwenden. In der Regel bestehen für die Patienten aufgrund der geänderten anthropologischen Matrix beim ordnungsgemäßen Tragen des Schuhwerks Schwierigkeiten. Diese gilt es zu erfassen und durch engmaschige Kontrollen sicherzustellen, dass der Patient das Hilfsmittel sachgerecht verwendet. Wird dies versäumt und erleidet der Patient durch die unsachgemäße Anwendung des Schuhwerks eine Druckstelle, kann dies als Kontrollverschulden zur Begründung eines Schadensersatzanspruches führen.

Sogenannte „Non-Compliance“

Mit der durch Polyneuropathie (Leibesinselschwund) bedingenen Wahrnehmungsbeeinträchtigung und der damit zusammenhängenden Tendenz zur Selbstschädigung, bzw. Außerachtlassung von Therapieempfehlungen stellt sich zudem die Frage, ob hierauf gründende therapeutische Misserfolge oder Komplikationen auch dem medizinischen Personal zugerechnet werden können. Grundsätzlich gilt in diesem Bereich die gefestigte Ansicht, dass die Behandelnden keinen Heilungserfolg schulden, weil die Genesung von vielen, in der individuellen Sphäre des Patienten liegenden Faktoren abhängig ist. Je bedeutender die Mitwirkung des Patienten für die komplikationslose Erzielung des Behandlungserfolges ist, umso mehr trifft den Arzt die Verpflichtung, auf die Notwendigkeit und Dringlichkeit hinzuweisen.¹⁴ Allerdings kann dem Arzt nicht abverlangt werden, den Patienten zur Behandlung zu zwingen. Ist der Patient mitwir-

kungsunwillig kann auch diese Verweigerung einen zu beachtenden Willen ausdrücken. Dies setzt einerseits voraus, dass der Patient einsichtsfähig ist und andererseits der Arzt die in § 630c Abs. 2 BGB geforderten Schutz- und Warnhinweise dem Patienten gegenüber eindringlich vorgetragen hat. Entscheidet sich der Patient trotz dieser vorgenommenen therapeutischen Aufklärung gegen ein therapiegerechtes Verhalten, so liegt die Verantwortung für einen daraus resultierenden Schaden nicht in der Sphäre des Arztes sondern im Haftungskreis des Patienten. Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass die vorgenommene Patientinformation durch die ärztliche Dokumentation belegbar sein sollte. Eine gründliche Verschriftlichung der besonderen therapiebegleitenden Umstände in der Versorgungssituation von Patienten mit Diabetischem Fußsyndrom ist daher dringend anzuraten.

Literatur

- Katzenmeier C (2002): *Arzthaftung*. Tübingen: Mohr Siebeck
- Lobmann R (2005): „Pathogenese, Epidemiologie und Klassifikation des diabetischen Fußsyndroms.“ In: Eckard A, Lobmann R: *Der diabetische Fuß*. Berlin: Springer
- Morbach S, Müller E, Reike H, Risse A, Spraul M (2004): „Diabetisches Fußsyndrom. Praxisleitlinie der Deutschen Diabetes-Gesellschaft.“ In: *Diabetes und Stoffwechsel Suppl. 2*, S. 73-76
- Risse A (1995): „Phänomenologie und Diabetologie.“ In: Großheim M: *Leib und Gefühl*. Berlin: Akademie Verlag, S. 241-270
- Risse A (1998): *Phänomenologische und psychopathologische Aspekte in der Diabetologie*. Berlin: de Gruyter
- Risse A (1999): „Besonderheiten von Patienten mit diabetischem Fußsyndrom und ihren Therapeuten.“ In: *Der Internist* 40(10), S. 1051-1055
- Risse A (2006): „Anthropologische Bedeutung der Polyneuropathien für Patienten und Versorgung – Qualitativer, neophänomenologischer Beitrag.“ In: *Der Diabetologe* 2(2), S. 125-131
- Schmitz, H (1965): *System der Philosophie*. Bd. II, 1. Teil. *Der Leib*. Bonn: Hermann
- Schmitz H (1994): *Neue Grundlagen der Erkenntnistheorie*. Bonn: Bouvier
- Schmitz H (2011): *Der Leib*. Berlin: de Gruyter
- Thole L, Schanz M (2013): „Die Rechte der Patienten – transparent, verlässlich und ausgewogen.“ In: *RDG* 10(2), S. 64-69

¹⁴ BGH VersR 1977, S. 449; OLG Stuttgart VersR 2002, S.1563.