

Diabetische Neuropathie und diabetisches Fußsyndrom

Ein krasser Anachronismus

Dr. med. Alexander Risse vom Klinischen Diabeteszentrum DDG, Dortmund, regt zu einem Dialog über die anthropologische Dimension diabetischer Komplikationen an.

Keine Frage: Naturwissenschaftliche Medizin hat größte Verdienste. Allerdings überlegen heute viele Forscher, ob die Methode, Patienten in wissenschaftlichen Studien zu untersuchen, für praktische Ärzte sinnvoll ist. Denn Patienten in Studien müssen „Einschlusskriterien“ erfüllen, reale Ärzte behandeln Patienten mit „Ausschlusskriterien“. Die Fragestellung einer Studie muss trivial sein, Patienten weisen Problemstellungen auf, die sich trivialen Erklärungsmustern widersetzen. Der Transfer von Forschung in Praxis ist weiter unsystematisch.

Auslöser oder Ursache?

Beim diabetischen Fußsyndrom (DFS) und bei diabetischer Neuropathie

(DNP) sind alle Behandlungs- und Prophylaxestrategien seit Jahrzehnten bekannt. Die Behandlungsergebnisse verbessern sich aber nicht: Die Zahl der Amputationen bleibt gleich. Besonders im chirurgischen Milieu ist der Begriff der diabetischen Mikroangiopathie – ein krasser Anachronismus – betonierte und dient als Argumentation der frühen hohen Amputation. Wer heute empfiehlt, Herzinfarkt mit Heparintropf zu Hause zu behandeln, macht sich lächerlich. Von Mikroangiopathie zu reden, daraus absurde Therapiekonsequenzen zu ziehen, ist flächendeckender Standard. Ein weiteres Phänomen: Patienten mit DFS und DNP warten zu lange, bis sie zum Arzt gehen, Ärzte warten zu lange, bis sie zum Diabetologen überweisen und die stationäre Einweisung erfolgt häufig wegen „Sepsis“, nicht wegen einer Fußläsion. Offenbar wird die Behandlungspraxis von anderen Einflussgrößen bestimmt, als von den längst bekanntesten Ergebnissen der Forschung. Beim DFS wird die Neuropathie außerhalb der Diabetologie zu wenig diagnostiziert, Diabetologen unterschätzen ihre enorme anthropologische Bedeutung. Zwar gibt es (in seltenen Fällen) eine Durchblutungsstörung als Auslöser

des DFS. Regelhaft ist aber die Neuropathie die Ursache einer Fußläsion. Nicht nur, weil die Warnfunktion des Schmerzes fehlt, sondern weil sich der Patient in seiner gesamten leiblichen Ökonomie, also seinem „In-der-Welt-Sein“ grundlegend ändert, ähnlich wie bei Syringomyelie, Tabes dorsalis oder Lepra. Durch die Polyneuropathie kommt es zu einer „inneren Amputation“: Wir können zwar die Füße noch sehen, die Patienten stehen aber nicht mehr „mit beiden Beinen im Leben“.

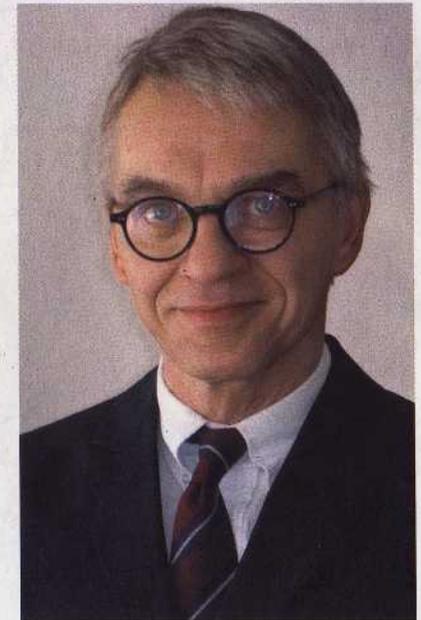
„Die Ärzte interessiert das nicht!“

Warum ist das so? Das, was uns alle betrifft, womit wir ohne nachzudenken umgehen, ist der „Leib“. Das, was wir vermessen und manipulieren können, ist der so genannte „Körper“: Wir sind eben „mit Leib und Seele dabei“, nicht mit Körper und Seele. Wir haben einen „Unterleib“ und nur einen Oberkörper – nicht umgekehrt, und es ist der Leib Christi, nicht dessen Körper, der die Religiösen unter uns beschäftigt. Auf der Ebene der Körpermaschine ist alles bekannt. Die Ebene des Leibes wird von der traditionellen Medizin („Papierdiabetologie“)

ausgespart. Hier ist erheblicher Nachholbedarf anzumelden, welcher durch die unverändert hohen Amputationszahlen (30.000/Jahr in Deutschland) deutlich wird.

Was können wir tun? In erster Näherung die Füße untersuchen und auf folgende Symptome achten: trockene Füße durch Verlust der Schweißsekretion als Zeichen der autonomen Neuropathie, Krallenzehen als Zeichen der motorischen Neuropathie, negativer Weinstein-Filament-Test als Zeichen der sensiblen Neuropathie. Finden Sie diese Symptome, fragen Sie die Patienten: „Können Sie mir bitte erzählen, was Sie in der Gegend ihrer Füße spüren?“

Dies könnte eine Antwort sein: „Dieses tote Gefühl!“ Der Patient beginnt zu weinen: „Dieses schmerzhaftes Kribbeln.“ Die Ausführung endet weinend: „Schneiden Sie ihn ab!“ Eine zweite Antwortmöglichkeit könnte lauten: „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 an-



Dr. med. Alexander Risse

nehm, 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. Da hat mich übrigens auch noch kein Arzt nachgefragt, die interessiert das überhaupt nicht.“

Wenn uns Patienten diese Geschichten erzählen, können wir ahnen, welche tief greifenden Änderungen in ihnen vorgegangen sind, können gegebenenfalls schon verstehen, warum viele schon daran gedacht haben, sich umzubringen, können die enorme anthropologische Dimension des Problems erahnen, von dem uns die Papiermedizin bisher nichts zu berichten wusste.

