



photocase.de

Alexander Risse:

Diabetische Neuropathie: Wenn die Füße „verloren“ gehen

Zusammenfassung:

Warum kümmern sich Patienten mit diabetischem Fußsyndrom nicht ausreichend um ihre Füße? Die Ursache liegt in der Polyneuropathie. Durch den Verlust der Empfindungen geht auch die Subjektivität im Bereich der „Leibesinseln“ der Füße verloren. Nicht nur die Warnfunktion des Schmerzes ist weg, sondern auch die spontane Sorge um die Füße. Was vom Arzt als „schlechte Compliance“ oder „Nachlässigkeit“ wahrgenommen wird, ist die Unfähigkeit der Patienten, auf Grund ihrer geänderten leiblichen Ökonomie, die vorgeschlagenen Maßnahmen durchzuführen. Aufklärung und Schulung alleine greifen deshalb zu kurz in der Vermeidung von Fußverletzungen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Alexander Risse
Diabeteszentrums Klinikum
Dortmund gGmbH
Münsterstr. 240
44145 Dortmund
E-Mail:
alexander.risse@klinikumdo.de

Die medizinischen Probleme rund um das diabetische Fußsyndrom sind geklärt. Trotzdem nimmt die Zahl der Amputationen zu. Kommen die Betroffenen zu spät zum Arzt? Unterschätzen Ärzte die Lage? Die Lösung könnte woanders liegen.

Die Ratschläge an Patienten sind ebenso banal wie effektiv:

1. Jeden Tag die Füße gründlich anschauen und auf Veränderungen untersuchen.
2. Schuhe passend kaufen.
3. Nicht barfuß laufen.
4. Keine scharfen Gegenstände zur Nagelpflege benutzen.

Die Leitlinien für Ärzte sind ebenso banal wie effektiv:

1. Füße der Patienten regelmäßig untersuchen.
2. Stimmgabel benutzen, Fußpulse tasten.
3. Bei Neuropathie entsprechendes Schuhwerk verordnen.
4. Bei Verletzungen: Druckentlastung, Antibiotikatherapie, lokale Wundversorgung durchführen.
5. Bei Vorliegen von Durchblutungsstörungen: Ballondilatation oder

Bypassoperation durchführen lassen.

Mit diesen Maßnahmen ließe sich die Rate der Amputationen drastisch senken, wenn nicht ganz verhindern.

Patienten interessieren sich nicht für ihre Füße

Trotz aller Aufklärung, spezieller Schulungsprogramme und wissenschaftlicher Leitlinien: Die Zahl der Amputationen hat in Deutschland nicht abgenommen. Es gibt keine ungeklärten medizinischen Probleme mehr in der Behandlung des diabetischen Fußsyndroms, aber die Behandlungsergebnisse werden nicht besser. Einzig das Problem der Druckentlastung konnte nicht gelöst werden: Die Patienten treten immer wieder auf ihre Verletzungen, benutzen ihre Orthesen nicht, tragen zu enges Schuhwerk usw. Irgendwie scheint sie das Problem an den Füßen nicht sonderlich zu interessieren.

Ärzte warten zu lange, sind zu wenig entschlossen

Auf der anderen Seite scheinen die Therapeuten die Schwere und Bedroh-

lichkeit einer Verletzung auch häufig zu unterschätzen: Sie warten zu lange mit einer ausreichend entschlossenen Therapie. Viel wertvolle Zeit geht verloren für Arzt und Patient.

Alle bisherigen Versuche der Erklärung, alle Versuche, das Problem in den Griff zu bekommen, sind gescheitert. Es scheint daher notwendig, über den Horizont der Organmedizin hinauszugehen. Hierdurch wird es notwendigerweise komplizierter. Der Leser möge dies dem Autor verzeihen.

Aus Sicht der Therapeuten, Ärztinnen, Diabetesberatern, Podologinnen, kommen die Patienten zu spät mit Verletzungen. Häufig bestehen schon sehr ausgedehnte Gewebedefekte, die konservativ nicht mehr beherrscht werden können. Nicht selten führt dies auch zu aggressiven Schuldzuweisungen.

Polyneuropathie als die Ursache aller Probleme

Die wesentliche Ursache liegt in der diabetesbedingten Polyneuropathie: Bei erhöhten Blutzuckerwerten lagert sich der Blutzucker unkontrolliert an alle Körpergewebe an, so auch an alle Nerven.

Die Nervenzerstörung verläuft nach zwei Prinzipien: Kleine Nerven werden als erste geschädigt, die längsten Nerven verändern sich vom Ende her. Die diabetische Polyneuropathie beginnt also an den Füßen: Die Schädigung der kleinen Nerven führt zum Verlust der Schweißsekretion. Die Füße werden trocken und rissig. Die Schädigung der langen Nerven führt zum Verlust der Schmerzempfindung mit weitreichenden Konsequenzen für die gesamte Persönlichkeit des Patienten.

Polyneuropathie verändert den gesamten Menschen

Während es bei anderen Körperkrankheiten (Knochenbruch, Durchblutungsstörungen, Lähmungen etc.) zu vom Patienten bemerkten Störungen kommt, verändert die Polyneuropathie den Menschen selbst, das heißt im Ganzen. Das klingt zunächst merkwürdig und 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 auch die Auffassung, Patienten mit Polyneuro-

pathie könnten so wie andere Menschen auch einfach besser auf ihre Füße aufpassen man müsse sie eben nur entsprechend aufklären, also schulen.

Leib und Leibesinseln statt Körperteile

Über die Körpermaschine und das Bewusstsein (Seele) hinaus gibt es aber noch eine Dimension, die von der Medizin nicht sachgerecht erfasst ist: Die Dimension des „Leibes“. Um auf dessen Spur zu kommen, kann man einmal versuchen, mit geschlossenen Augen an sich herunter zu spüren. Man merkt sofort, dass man nicht genauso kontinuierlich an sich herunterspüren, wie man sich betasten kann.

Das, was uns hier begegnet, ist eine lose Abfolge von Inseln in der Gegend unseres Körpers: Leibesinseln. Konstant vorhanden sind die Leibesinsel des Mundes (orale Zone), die des Magens, eine genitale und anale Insel und immer auch die beiden Leibesinseln der Füße.

Amputationen und Phantomglieder-Erlebnisse

Die Systematik der Leibesinseln wurde an Patienten erforscht, die im 1. Weltkrieg durch Kriegsverletzungen amputiert werden mussten und „Phantom-schmerzen“ hatten. Erstaunlicherweise hatten viele Patienten immer die gleichen Beschwerden im Bereich der amputierten, fehlenden Gliedmaßen. Trotz des fehlenden Körperteils bestand die Leibesempfindung weiter: Phantomglieder sind also „Leib ohne Körper“.

Die hier beschriebenen Forschungsergebnisse sind alt und daher in der Diabetologie und gesamten Medizin in Vergessenheit geraten. Es würde sich für Ärzte lohnen, hier noch einmal nachzulesen.

Neuropathie: innere Amputation

Bleibt man auf dieser Leibesinselspur, besteht bei diabetischer Polyneuropathie in Umkehrung der Phantomgliederlebnisse also nicht „Leib ohne Körper“, sondern „Körper ohne Leib“: Man kann die Beine sehen, aber die Leibesinseln sind durch die Polyneuropathie verschwunden. Die Subjektivität ist abgezogen. Man könnte auch von einer „inneren Amputation“ sprechen. Anthropologisch bedeutet dies:



Zu kleine Schuhe wider besseres Wissen: Patienten mit diabetischem Fußsyndrom haben nicht nur die Schmerzempfindung, sondern auch die Sorge um ihre Füße verloren.

„Leibesinselschwund“.

Ohne nachzudenken, also spontan, leben die Menschen in einer Welt der Empfindungen und dieser Leibesinseln. Man nennt dies auch die Welt der Subjektivität.

Diese Welt der Subjektivität ist es, die uns umtreibt und die uns zum Handeln drängt: Kein Patient geht zum Beispiel zum Arzt mit der Klage: „Herr Doktor helfen Sie mir, meine Nervenleitgeschwindigkeit hat abgenommen ..., der pH-Wert meines Magens ist zu hoch ...“.

Die Sorge um die Füße ist verloren gegangen

Das grundlegende Drama der diabetischen Polyneuropathie besteht nun 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 verloren gegangen, sondern auch die spontane Sorge um die Füße.

Nicht mehr mit beiden Beinen im Leben

Die Polyneuropathie hat 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: Die Oberflächenempfindung ist

verloren gegangen, man hat das Gefühl, gar keinen Schuh anzuhaben. Werden die Schuhe enger gewählt, vermittelt der dumpfe Druck, der dann entsteht, wieder das Gefühl, Schuhe anzuhaben. Verletzungen sind die logische Folge.

Verlorengegangene Subjektivität und fehlendes Schmerzempfinden machen dann auch erklärlich, warum die Patienten ihre hässlichen, breiten, flachen Schuhe, die lästigen Orthesen, nicht immer tragen, „nur zum Einkaufen“ gegangen sind und damit die Verletzungen immer wieder durch Druck unterhalten. Im Krankenhaus stehen die Patienten kurz nach einer Minimalamputation „mal eben zur Toilette“ auf und zerreißen sich die frischen Operationsnähte etc.

Häufig haben die Patienten schon Laserbehandlungen einer Retinopathie hinter sich. Sie können also ihre Füße auch nicht sehen und sind damit komplett getrennt von ihnen. Die Gefährdung nimmt weiter zu.

Patienten vermitteln dem Arzt falsche Signale

Eine weitere Konsequenz aus der verloren gegangenen Subjektivität der Füße besteht offenbar darin, dass die Patienten ihrem Arzt völlig falsche Signale vermitteln: Trotz manchmal grotesker Verletzungen sind die Patienten entspannt und signalisieren dem Therapeuten: „Es ist alles in Ordnung, mach Dir keine Sorgen“. Dies könnte er-

klären, 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 die 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 (Schuhe nachmittags kaufen, keine Scheren benutzen, nicht barfuß laufen etc.) immer wieder schlichtweg vergessen werden. Eine vertiefte, anthropologisch korrekte Sichtweise könnte hier helfen, das gegenseitige Verständnis zu verbessern.

Aufklärungsmaßnahmen alleine reichen nicht

Die diabetische Polyneuropathie verändert den gesamten Menschen und bleibt damit lebenslang eine Bedrohung für die Füße der Menschen mit Diabetes. Es handelt sich nicht um ein einfaches Problem der Nervenleitung, sondern greift in die Subjektivität der Menschen ein. Schulung und andere Aufklärungsmaßnahmen reichen nicht aus. Die Patienten sind auf Grund ihrer geänderten leiblichen Ökonomie einfach nicht in der Lage, die vorgeschlagenen Maßnahmen durchzuführen. Mit „schlechter Compliance“ oder „Nachlässigkeit“ hat das nichts zu tun.

Ist eine Polyneuropathie erkannt, so muss der Patient mit erhöhter Aufmerksamkeit reagieren. Die Therapeuten müssen in kürzeren Abständen die Füße untersuchen und müssen mehr Geduld aufbringen, wenn ihre Ratschläge und Hinweise nicht ausreichend von den Patienten angenommen werden.

Dies erfordert von beiden, Patienten wie Therapeuten, wesentlich mehr gegenseitiges Verständnis als andere triviale Organstörungen. Ein einfaches Rezept zur Lösung kann leider nicht angeboten werden. Das bringt die Komplexität der Sache mit sich. ■

Erstveröffentlichung:
Diabetes-Journal 8/2007; Nachdruck mit
freundlicher Genehmigung.