

Zeitschrift: Das Schweizerische Rote Kreuz
Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz
Band: 81 (1972)
Heft: 2

Artikel: Arzt und Diabetiker
Autor: Kurow, G.
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-974407>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 19.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Arzt und Diabetiker

Dr. G. Kurow

Eine Platzwunde an meinem Kinn, die nicht heilen wollte, erweckte den ersten Verdacht. Bei einem zwölfjährigen Jungen war dies ebenso ungewöhnlich wie die rapide Abmagerung bei unstillbarem Heisshunger und nicht zu löschendem Durst. Die Diagnose «Diabetes mellitus» wurde vom Hausarzt unserer Familie bald gestellt. Viele Jahre später erzählten mir meine Eltern, dass ihnen vom Arzt in einer ernsten Unterredung empfohlen wurde, möglichst noch ein Kind zu bekommen, weil im Jahre 1933, zwölf Jahre nach der Entdeckung des Insulins, die durchschnittliche Lebenserwartung eines diabetischen Jugendlichen etwa zehn Jahre betrug. Der damit ausgelöste Schock war gross, aber er bewirkte bei den Eltern den Entschluss, sich aller bis dahin bekannten wissenschaftlichen Erkenntnisse zu bedienen, die das Los ihres Jungen erleichtern konnten.

Das erste Jahr meines Diabetes schien die pessimistische Vorhersage des Arztes zu

bestätigen: Es trat völliger Wachstumsstillstand ein; ich konnte die Schule nicht mehr besuchen. Die körperliche Leistungsfähigkeit sank bei der damals üblichen, extrem fettreichen, kohlehydratarmen und an Eiweiss zu knapp bemessenen Kostform. Eine leichte Erkältung genügte, um die Harnzucker- und Acetonausscheidung so hoch zu treiben, dass ich ins Krankenhaus eingewiesen werden musste.

Als sich zwar der Zuckerstoffwechsel, nicht aber mein Allgemeinzustand besserte, hatte ich das Glück, einem Berliner Arzt vorgestellt zu werden, der soeben von einem Studienaufenthalt in den amerikanischen Joslin-Kliniken zurückgekehrt war. Er begann sofort eine seinerzeit völlig neue Behandlung: Abkehr von der auf grösste Schonung bedachten Therapie, eiweissreiche Diät, systematische Aufklärung über die Natur der Erkrankung; ferner Unterweisung darin, den Urin selber zu kontrollieren, Anleitung zur Führung eines Stoffwechsel- und Diättagebuches.

Die Erfolge waren rasch erkennbar: Wachstum und Körpergewicht nahmen zu, desgleichen das Interesse an der Schule. Die steigende körperliche Leistungsfähigkeit hob auch das darniederliegende Selbstbewusstsein. Wie bestimmend dieses Gefühl für einen Jugendlichen sein kann, der als einziger «Dauerkranker» inmitten einer grossen Schar gesunder Jungen lebt und sich behaupten will, um dem Schicksal des bedauerten Aussenseiters zu entgehen, kann nur ermassen, wer es selbst durchgemacht hat.

Die intensive Beschäftigung mit medizinischen Fragen weckte den Wunsch in mir, Arzt zu werden. Diese Absicht wurde gefördert durch den verständlichen Traum, selber mitwirken zu können, die Rätsel über die Diabetes-Entstehung aufzuklären, aber auch durch die Auskunft Joslins, dass unter allen Diabetikern diejenigen die grösste Lebenserwartung haben, die selber von Beruf Arzt sind. Der jugendliche Überschwang, verbunden mit einer Portion Selbstüberschätzung, hat zwar die hochfliegenden Pläne nicht verwirklichen können, war aber eine gute Hilfe in Perioden der Mutlosigkeit.

Die Praxis eines diabetischen Arztes hat natürlich grossen Zulauf von Diabetikern, die von ihm besonderes Verständnis für ihr Leiden erhoffen. Wahrscheinlich glauben die Patienten auch, dass der ärztliche Leidensgenosse ihnen nicht mehr «Entbehungen» auferlegen werde, als er sich selber zumutet. Das bedeutet einen Vertrauensvorschuss für den diabetischen Arzt, der ihn dazu aufruft, dieses Vertrauen nicht zu enttäuschen. Würde mich zum Beispiel ein Patient in einem Café bei Kuchen und Glace überraschen, wäre sein Vertrauen in meine diätetischen Anordnungen dahin.

Die eigenen Erfolge und Misserfolge bei der Diabetes-Langzeitbehandlung lenkten mei-

ne Aufmerksamkeit besonders auf die verheerenden Folgen eines fortwährend schlechten Stoffwechselzustandes als Resultat laxer Behandlung und unzureichender Kontrollen.

Es ist auch für den diabetischen Arzt schwer, bei dem doch «bedingt gesunden Diabetiker» die Änderungen der Lebensweise durchzusetzen, die das Leiden erzwingt. «Leider tut der Diabetes nicht weh», sage ich oft im Gespräch mit Patienten. Der Schmerz als sicheres Krankheitssignal für den Laien fehlt meist bei einer Verschlechterung des Zustandes. Daraus ist zu folgern, dass der Diabetiker eine regelmässige und dauernde Stoffwechselkontrolle braucht, die ihm – gewissermassen anstelle eines Fieberthermometers – seinen Krankheitszustand anzeigt.

Die Häufigkeit von diabetischen Stoffwechselkontrollen in der ärztlichen Praxis ist aus technischen und finanziellen Gründen beschränkt. Daher bin ich ein Anhänger der Selbstkontrolle des Urins durch den Patienten. Sie ermöglicht es, akute Stoffwechselentgleisungen rechtzeitig zu entdecken, bevor kostbare Zeit – etwa bis zum nächsten routinemässigen Arztbesuch – verstrichen ist. Es kostet viel Mühe, älteren Patienten klarzumachen, dass ein negativer Urinzuckertest keinen Freibrief darstellt, weil der nicht vom Diabetiker selber bestimmbare Blutzucker trotzdem erhöht sein kann.

Manchmal wirkt die anfängliche Furcht vor der Spritze grotesk. Gelegentlich wird aus Protest sogar mit Selbstmord gedroht. Bei solchen Gelegenheiten hilft mir eine primitive, den Patienten sehr beeindruckende Demonstration: ich führe ihm am eigenen Körper eine Injektion vor. Die Furcht vor dem Einstichschmerz, der bei modern geschliffenen Kanülen kaum noch zu spüren ist, lässt dann bereits nach. Auch die Bemerkung, dass ich mir in achtunddreissig Diabetesjahren etwa 28000 Spritzen gemacht habe, ohne die ich nicht mehr am Leben wäre, hilft, verständliche Hemmungen zu überwinden.

Schulung und Beratung der Diabetiker nehmen in der täglichen Sprechstunde die meiste Zeit in Anspruch, weil sie von schicksalshafter Bedeutung sein können. Berichte internationaler Experten über Beobachtungszeiträume von fast Jahrzehnten Diabetesdauer stellen fest, dass die Überlebenschancen eines Diabetikers um so besser sind, je korrekter er die klassischen Behandlungsrichtlinien – Diät, Insulin, körperliche Aktivität und/oder Tabletten – befolgen konnte. Besonders scheint dies für die ersten zehn bis fünfzehn Jahre nach Entdeckung seiner Krankheit zuzutreffen. Welche Folgerungen sind daraus zu ziehen? Im Vordergrund meiner Empfehlungen stehen praktisch durchführbare und dem Patienten verständliche Anordnungen. Sie sind nur selten in Lehrbüchern zu finden.

Eine der wichtigsten lautet: Passen Sie Ernährung und Lebensweise der ganzen Familie soweit wie möglich den Erfordernissen des diabetischen Angehörigen an! Diät ist bei Diabetes in jedem Lebensalter und bei allen Erkrankungsformen die wirkungsvollste Behandlung. Stets weise ich darauf hin, dass die heute weltweit propagierte eiweissreiche, fettarme, kalorisch knappe Ernährung mit mittleren Kohlehydratmengen der Diabetesdiät ungefähr entspricht. Wer die erlernbare Kunst des Austausches der verordneten Nahrungsmittel beherrscht, braucht als Diabetiker auch auf lange Sicht keine wirklichen Entbehrungen zu erdulden! So ist zum Beispiel auf der Speisekarte eines guten Restaurants stets eine passende Mahlzeit zu finden, ohne dass extra «Diabetesdiät» bestellt werden müsste. Für Menschen in höherem Lebensalter ist es schwierig, sich auf eine neue Ernährungsweise umzustellen. Verbotskataloge halte ich für psychologisch ungünstig. In meinem Wartezimmer steht ein Schaukasten, in dem diabetische Tagesmenüs in Plastik-Attrappen zusammengestellt sind. Sie erleichtern das «Begreifen» der Nahrungsmittelzusammensetzung. Ich habe gefunden, dass die Instruktion in Gruppen von drei bis zwölf Personen am wirkungsvollsten ist. Der Gruppenunterricht fördert die Kontakte und den Erfahrungsaustausch unter den Diabetikern und beseitigt die mitunter abenteuerlichen Vorstellungen über Wunderheilmittel.

Meine gut geschulten Diabetiker haben keinerlei Schwierigkeiten, auf Urlaubsreisen Diät einzuhalten. Vor weiten Reisen in unterentwickelte Gegenden mit ungenügender Hygiene rate ich allerdings dringend ab, weil dort häufig fieberhafte Durchfallerkrankungen vorkommen, die in kürzester Zeit zum diabetischen Koma führen können. Bei dieser Gelegenheit betone ich immer wieder, dass bei Fieber und Appetitlosigkeit weiter Insulin gespritzt werden muss, auch ohne Nahrungsaufnahme, weil sonst ebenfalls ein Koma droht.

Erholungs- oder Ferienaufenthalte sollten möglichst in der Nähe eines Ortes mit Klinik verbracht werden, damit bei eventuell eintretenden Komplikationen rasche Hilfe erhältlich ist. Körperliche Bewegung ist eines der wichtigsten Behandlungsprinzipien des Diabetes, wird aber erfahrungsgemäss am nachlässigsten gehandhabt. Chronische Krankheiten fördern die Inaktivität. Ältere, übergewichtige Diabetiker neigen besonders dazu. Ihnen empfehle ich als Vorbeugungsmittel gegen Durchblutungsstörungen eine gymnastische Übung: den einfachen Zehenstand, falls sie nicht mehr wandern können (oder wollen). Manche Patienten, die körperliche Bewegung sehr nötig haben, entschliessen sich auch zur Anschaffung eines Heimfahrrades. Jüngeren Diabetikern rate ich individuell zu Sportarten, die dem Lebensalter, der verbliebenen Leistungsfähigkeit und dem Stoffwechsellzustand angepasst sind. Ich selbst bevorzuge Radfahren und Schwimmen, habe als Jugendlicher vorübergehend auch Leistungssport getrieben. Da mir aber bei einer täglichen Arbeitszeit von acht bis zehn Stunden wenig Zeit bleibt, mache ich morgens sofort nach dem Aufstehen einige Minuten Freiübungen, am liebsten Seilspringen auf der Terrasse. Zur Verhütung von Unterzuckerungen (Hypoglykämien) trage ich in jeder Anzugasche ein Täfelchen Traubenzucker und einige Bonbons bei mir – womit ich wenigstens gelegentlich in den «Genuss» sonst verbotener Leckereien komme. Eigenen Erfahrungen folgend, empfehle ich insulinspritzenden Diabetikern, jedesmal vor einer körperlichen Anstrengung eine Zwischenmahlzeit einzulegen.

In der Sprechstunde stelle ich oft die Testfrage, wie sich der Diabetiker zu verhalten habe, wenn er Veranstaltungen besuchen möchte, deren Anfangszeiten sich mit Insulinspritze und Abendmahlzeit überschneiden. Die häufigste und falsche Antwort lautet, dass man die Injektion einfach weglasse, später aber etwas esse. Richtig ist, die

Injektion so weit vorzuziehen, dass die erste Abendmahlzeit noch vor Beginn der Veranstaltung eingenommen werden kann. Diese Regelung hat sich bei mir immer wieder bewährt. Oft wird übrigens vergessen, dass Tanzen eine erhebliche körperliche Anstrengung bedeutet.

In den Nachmittagsprechstunden werden viele berufstätige Diabetiker von mir beraten, die durch ihre Krankheit häufig Schwierigkeiten im beruflichen Aufstieg haben. Obwohl dies eher ein soziales als ein medizinisches Problem ist, erwarten Patienten von mir Rat und Hilfe bei vermeintlichen oder tatsächlichen Diskriminierungen. Die Hintanstellung der berufstätigen Diabetiker beruht aber nicht nur auf Vorurteilen, denn in der Tat weist eine Minderheit unter ihnen eine überdurchschnittliche Absenzeit – wegen schlechter oder völlig fehlender Disziplin – auf. Diese wenigen Zuckerkranken sind in Wirklichkeit die Schuldigen für die berufliche Behinderung der Mehrzahl von Diabetikern, deren Arbeitsausfälle durch Krankheit innerhalb der Durchschnittswerte liegen. Bei schweren Komplikationen ist ein Berufswechsel allerdings nicht zu umgehen. Die Hauptsorge gilt deshalb der richtigen Berufswahl der Jugendlichen. Hierbei verdienen alle medizinischen Hilfsberufe eindeutig den Vorzug.

Bei der Familiengründung ist zu berücksichtigen, dass die Heirat von zwei Diabetikern nur bei Verzicht auf Kinder anzuraten ist, falls man das erhöhte Risiko diabetischer Nachkommen nicht bewusst in Kauf nehmen will. Das niedrigste Risiko besteht bei einem Ehepartner, in dessen Familie väterlicher- und mütterlicherseits weder Diabetes, Herzinfarkt, Bluthochdruck, Fettsucht, Gicht, noch die Geburt überschwerer Kinder bekannt sind.