Diabetologie und Stoffwechsel

Diabetologie und Stoffwechsel

Oktober 2011 • Seite S105–S206 • 6. Jahrgang www.thieme-connect.de/ejournals S2 • 2011

Supplement 2 • Oktober 2011 • 6. Jahrgang • Seite S105–S206

Supplement

Praxisempfehlungen der Deutschen Diabetes-Gesellschaft

Hrsg.:
M. Kellerer, S. Matthaei im Auftrag der DDG

Aktualisierte Version 2011

Deutsche Diabetes Gesellschaft

Offizielles Organ der Deutschen Diabetes-Gesellschaft

This journal is listed in Science Citation Index, EMBASE and SCOPUS

125 Jahre Thieme

Psychosoziales und Diabetes mellitus

Autoren B. Kulzer[1], C. Albus[2], S. Herpertz[3], J. Kruse[4], K. Lange[5], F. Lederbogen[6], F. Petrak[7]

Institute Die Institutsangaben sind am Ende des Beitrags gelistet.

Erstveröffentlichung
5 / 2004 in: „Diabetes und Stoffwechsel", Kirchheim Verlag; Autoren der Erstveröffentlichung: C. Albus, B. Kulzer, F. Petrak, J. Kruse, A. Hirsch, S. Herpertz

Letzte Aktualisierung
4 / 2008

Bibliografie
DOI 10.1055/s-0031-1283767
Diabetologie 2011; 6 Suppl 2: S 143–S 149
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York ·
ISSN 1861-9002

Korrespondenzadresse
Dr. phil. Dipl.-Psych. Bernhard Kulzer
Diabetes-Zentrum
Bad Mergentheim
Theodor-Klotzbücher-Straße 12
97980 Bad Mergentheim
Tel.: 07931/594151
Fax: 07931/5948 9151
kulzer@diabetes-zentrum.de

Voraussetzungen und Basismaßnahmen

Bei der Diabetestherapie kommt dem Patienten die entscheidende Rolle zu, da er die wesentlichen Therapiemaßnahmen in seinem Alltag dauerhaft und eigenverantwortlich umsetzen muss. Die Prognose des Diabetes mellitus hängt wesentlich davon ab, inwieweit dies dem Betroffenen auf dem Hintergrund seines sozialen, kulturellen, familiären und beruflichen Umfeldes gelingt. Entsprechend muss ein Diabetiker

- Wissen und Fertigkeiten zur Selbstbehandlung und deren Umsetzung im Alltag erwerben;
- den Diabetes mellitus emotional und kognitiv akzeptieren und krankheitsbezogene Anforderungen bewältigen;
- Lebensgewohnheiten verändern, die einer erfolgreichen Selbstbehandlung entgegenstehen;
- erfolgreich mit Krisen, Problemen oder anderen Erkrankungen umgehen lernen, die den Umgang mit dem Diabetes mellitus erschweren (z. B. psychosoziale Belastungen, psychische Probleme wie Depressionen, Ängsten, Essstörungen, Abhängigkeitssyndrome).

Es gibt eine Reihe evidenzbasierter Empfehlungen, die Patienten mit Diabetes mellitus unterstützen, möglichst erfolgreich mit ihrer Therapie zurechtzukommen.

Patientenschulungen

Strukturierte Patientenschulungen sind eine unverzichtbare Therapiemaßnahme bei Menschen mit Diabetes mellitus. Durch den Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten über die Erkrankung und deren Behandlung soll der Patient in die Lage versetzt werden, auf der Basis eigener Entscheidungen

- den Diabetes bestmöglich in das eigene Leben zu integrieren,
- akute oder langfristige negative Konsequenzen des Diabetes zu vermeiden und
- eine hohe Lebensqualität zu erhalten.

Entsprechend ergeben sich für die Praxis folgende Empfehlungen:

- Jeder Patient hat das Recht auf eine Diabetesschulung. Diese soll möglichst unmittelbar nach Manifestation des Diabetes angeboten werden.
- Die Patientenschulung ist integraler Bestandteil der Behandlung und muss in enger Abstimmung mit der medikamentösen Diabetestherapie erfolgen.
- In der Patientenschulung soll der Patient aktiv in den Schulungsprozess einbezogen werden. Neben der Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten über den Diabetes und dessen Behandlung sollen persönliche Behandlungsziele erarbeitet und konkrete Hilfestellungen zur Verhaltensveränderung und zum Transfer der Schulungsinhalte in den Lebensalltag angeboten werden (Selbstmanagement / Empowerment).
- Die Schulung muss die didaktischen Voraussetzungen der Patienten, den Diabetes-Typ, die Therapieform, spezielle Problemsituationen und die Prognose der Erkrankung berücksichtigen. Entsprechend dem Wissens- und Kenntnisstand sowie den Bedürfnissen der Patienten ist eine Grund-, Aufbau-, Wiederholungs- oder problemspezifische Schulung anzubieten.
- Ein Schulungs- und Behandlungsprogramm für Typ-1-Patienten soll mindestens eine Dauer von 20 Stunden (je 45 Minuten) umfassen.
- Bei Patienten mit Typ-2-Diabetes im mittleren Lebensalter (unter 65 Jahre), die ein hohes Risiko aufweisen, Folgeerkrankungen zu bekommen und / oder eine arterielle Hypertonie aufweisen, soll das Schulungsprogramm mindestens 20 Stunden (je 45 Minuten) umfassen.
- Für Patienten mit Typ-2-Diabetes im höheren Lebensalter (über 65 Jahre), die ein geringes Risiko aufweisen, Folgeerkrankungen zu erleiden, soll das Schulungsprogramm mindestens

8 Stunden (je 45 Minuten) beinhalten. Die Inhalte des Schulungsprogramms müssen an das Alter der Patienten und die Prognose des Diabetes angepasst werden.

Praxistool (s. Anhang)

Tab. 1: Von der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) empfohlene Inhalte eines strukturierten Schulungsprogramm für Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes

Verhaltensmedizinische Interventionen

Verhaltensmedizinische Interventionen in der Diabetologie zielen auf eine Verbesserung der kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Fähigkeiten der Patienten, um typische Probleme im Zusammenhang mit der Erkrankung und der Diabetestherapie zu bewältigen.

Blutzucker-Wahrnehmungstraining

- Ca. 20–30 % aller Typ-1-Diabetiker sind von schweren, rezidivierenden Hypoglykämien betroffen. Bei einem größeren Teil der Patienten liegt eine gestörte Hypoglykämie-Wahrnehmung vor.
- Eine gestörte Hypoglykämie-Wahrnehmung kann effektiv mit einem strukturierten Blutzucker-Wahrnehmungstraining behandelt werden. Nachgewiesen ist eine verbesserte Wahrnehmung niedriger Blutglukosewerte, eine verbesserte glykämische Kontrolle, eine Reduktion schwerer Hypoglykämien und die Verringerung Hypoglykämie-bedingter Verkehrsauffälligkeiten.
- Patienten mit unzureichender Hypoglykämie-Wahrnehmung und schweren rezidivierenden Hypoglykämien sollte deshalb ein Blutzucker-Wahrnehmungstraining angeboten werden.

Interventionen zur Stressreduktion

- Ein erhöhtes Ausmaß an Stress kann zu Problemen bei der Therapiedurchführung und einer schlechten glykämischen Kontrolle führen.
- Die Wirksamkeit von Stressreduktionsmaßnahmen zur Verbesserung der Stoffwechseleinstellung (z. B. Progressive Muskelentspannung, Biofeedback) ist trotz einzelner Wirksamkeitsnachweise nicht zweifelsfrei belegt. Interventionen zur Stressreduktion / Entspannung mit dem primären Ziel einer verbesserten Blutzuckereinstellung können deshalb für den klinischen Alltag nicht uneingeschränkt empfohlen werden. Diese Maßnahmen sind jedoch ein wirksames Verfahren im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung bzw. Psychotherapie. Es gibt keine Kontraindikationen für die Anwendung bei Menschen mit Diabetes mellitus.

Interventionen zur Förderung der Krankheitsbewältigung

- Eine adäquate emotionale Krankheitsbewältigung ist eine entscheidende Voraussetzung für ein effektives Selbstbehandlungsverhalten und den langfristigen Therapieerfolg.
- Diabetesbezogene negative Emotionen und andere Probleme der Krankheitsbewältigung treten im Verlauf der Erkrankung häufig auf und können die glykämische Kontrolle und das Therapieverhalten negativ beeinflussen.

Zur Förderung der Krankheitsbewältigung stehen eine Reihe unterschiedlicher einzel- bzw. gruppentherapeutischer Interventionen zur Verfügung. In der Mehrzahl der Studien, in denen derartige Interventionen unabhängig von Schulungen evaluiert wurden, konnte jedoch keinen signifikanten Effekt auf die glykämische Kontrolle oder die Lebensqualität nachgewiesen werden. Eine routinemäßige Anwendung psychotherapeutischer Maßnahmen zur Förderung der Krankheitsbewältigung kann deshalb nicht empfohlen werden.

Bei Patienten mit schwerwiegenden Problemen der Krankheitsakzeptanz sollen im Einzelfall psychotherapeutische Interventionen zur verbesserten Krankheitsbewältigung angeboten werden, da deren Wirksamkeit bei anderen chronischen Erkrankungen (z. B. KHK, Asthma) gesichert ist.

Interventionen zur Verbesserung interpersoneller Probleme

- Mangelnde soziale Unterstützung und interpersonelle Probleme können die Umsetzung der Therapie im Alltag erschweren und eine Barriere für eine gute Stoffwechseleinstellung darstellen.
- Positive soziale Unterstützung kann zu einer Verbesserung der glykämischen Kontrolle beitragen.

Gruppenpsychotherapeutische Verfahren zur Verbesserung interpersoneller Probleme sind wirksam im Hinblick auf die soziale Kompetenz. Ein generell positiver Effekt auf die Stoffwechseleinstellung konnte nicht konsistent nachgewiesen werden. Psychotherapeutische Interventionen zur Verbesserung interpersoneller Probleme sind deshalb nur indiziert bei Patienten mit schwerwiegenden interpersonellen Problemen, die sich negativ auf die Diabetestherapie auswirken.

Psychische Komorbidität

▼

Depressionen

Patienten mit Diabetes mellitus haben im Vergleich zur Normalbevölkerung ein erhöhtes Risiko, an einer Depression zu erkranken. Dabei überwiegen Anpassungsstörungen, die sich als Reaktion auf die Bewältigung der Erkrankungen entwickeln, (v. a. depressive und depressiv-ängstliche Reaktionen) sowie depressive Episoden (leichte, mittelgradige, schwere).

Diabetiker mit einer Depression:

- Patienten mit Diabetes mellitus und einer Depression haben mehr Probleme im Diabetes-Selbstmanagement und bei der Umsetzung der Therapie. Sie weisen eine ungünstigere Stoffwechseleinstellung (HbA_{1C}) auf.
- Menschen mit einem Diabetes und einer Depression haben ein deutlich erhöhtes Risiko für die Entwicklung von Folgekomplikationen und eine geringere Lebenserwartung.
- Depressionen und depressive Stimmungen gehen mit einer erheblichen Reduktion der Lebensqualität und der Therapiezufriedenheit der betroffenen Diabetiker einher.
- Depressive Personen mit einem Diabetes haben ein deutlich erhöhtes Risiko für funktionelle Einschränkungen im Alltag (z. B. Arbeitsfähigkeit).
- Frauen mit Diabetes erkranken deutlich öfter an Depressionen als Männer mit Diabetes.
- Das Risiko, an einer Depression zu erkranken, steigt mit der Entwicklung und der Anzahl der diabetischen Spätkomplikationen.
- Patienten weisen in den ersten 30 Tagen nach einer schweren Hypoglykämie eine erhöhte depressive Symptomatik auf.
- Die Kosten der medizinischen Versorgung sind bei Personen mit einem Diabetes und einer komorbiden Depression deutlich erhöht gegenüber Personen mit Diabetes ohne Depression.

Diagnostik

- Das zentrale diagnostische Instrument ist das Arzt-Patienten-Gespräch. Als Screening für depressive Störungen sollte der Arzt die depressive Stimmung (Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit), den Verlust von Interesse und Freude sowie die Antriebsminderung erfragen.
- Liegen Anzeichen für eine Depression vor, so ist immer die Suizidgefährdung des Patienten aktiv anzusprechen. Schwere Ketoazidosen oder Hypoglykämien können Ausdruck eines Suizidversuchs u. a. im Rahmen depressiver Störungen oder eines selbst schädigenden Verhaltens sein.
- Ein Screening auf depressive Symptome ist ferner durch Einsatz von standardisierten Fragebogen (WHO-Fragebogen zum Wohlbefinden, WHO 5; Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS; General Health Questionnaire, GHQ; Allgemeine Depressionsskala, ADS; Beck Depressions Inventar, BDI) möglich. In der Praxis hat sich besonders der sehr kurze, ökonomisch auswertbare Fragebogen WHO 5 bewährt.

Praxistool (s. Anhang)

Tab. 2: WHO-Fragebogen zum Wohlbefinden

Psychosomatische Basisversorgung

Der psychosomatischen Basisversorgung durch den Hausarzt/Diabetologen kommt eine wesentliche Bedeutung in der Behandlung depressiver Diabetiker zu. Im Falle weniger ausgeprägter Symptome ist sie häufig bereits ausreichend.

Praxistool (s. Anhang)

Tab. 3: Empfehlungen für das Vorgehen bei einer psychosomatischen Basisversorgung

Psychotherapie

Folgende Therapieverfahren haben sich bei der ambulanten oder stationären Behandlung der Depression als effektiv erwiesen:

- Verhaltenstherapie,
- interpersonelle Psychotherapie,
- tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

Psychopharmaka

Für die Therapie unipolarer depressiver Störungen werden folgende Pharmaka empfohlen:

- SSRI ist der Vorzug vor trizyklischen Antidepressiva zu geben, da letztere mit Gewichtszunahme und Hyperglykämien einhergehen können;
- atypische und neue Antidepressiva;
- adjuvant können bei zusätzlichen Ängsten Benzodiazepine (cave Suchtpotenzial; zeitlich limitierte Therapie) und/oder niederpotente Neuroleptika eingesetzt werden (**Tab. 4**).

Praxistool (s. Anhang)

Tab. 4: Diagnostik und Therapie der Depression bei Diabetes

Angststörungen

Es besteht keine erhöhte Prävalenz von Angststörungen im Vergleich zur Normalbevölkerung. Die vorliegenden Angststörungen sind zwar meist nicht spezifisch für diese Patientengruppe, sie sind jedoch teilweise eng mit diabetesbezogenen Themen verknüpft. Ängste vor Folgekomplikationen und Hypoglykämien stellen die beiden stärksten krankheitsspezifischen Belastungen im Zusammenhang mit der Diabetestherapie dar.

- Eine pathologische Hypoglykämie-Angst ist charakterisiert durch übermäßige Angst vor möglichen zukünftigen Hypoglykämien. Zur Vermeidung der gefürchteten Hypoglykämien werden meist deutlich überhöhte Blutzuckerwerte in Kauf genommen. Je nach Ausgestaltung der Hypoglykämie-Angst können die Kriterien einer Panikstörung, Agoraphobie oder sozialen Phobie erfüllt sein.
- Übermäßige Ängste und Sorgen über mögliche Spätfolgen und Komplikationen des Diabetes können im Rahmen einer generalisierten Angststörung auftreten.
- Die Spritzenphobie ist ein seltenes Angstsymptom bei Patienten mit insulinbehandeltem Diabetes.

Die Angst vor negativer Bewertung durch Andere kann als soziale Phobie negative Auswirkungen auf das Diabetesmanagement haben (z. B. aus Angst, unangenehm aufzufallen, wird in der Öffentlichkeit auf das Blutzuckermessen und Insulinspritzen verzichtet).

Angststörungen bzw. subklinische Ängste können die Ursache für eine schlechte Stoffwechseleinstellung sein. Diabetiker mit einer Angststörung sind zudem durch den Diabetes überdurchschnittlich belastet und weisen eine deutlich verminderte gesundheitsbezogene Lebensqualität auf.

Diagnostik

Bei Verdacht auf eine Angststörung sollten eine fundierte Diagnostik und Differenzialdiagnostik erfolgen. In Zweifelsfällen oder bei schwerwiegender Symptomatik ist eine konsiliarische Abklärung durch einen Arzt für Psychotherapeutische Medizin/Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder durch einen psychologischen Psychotherapeuten indiziert.

Dem ärztlichen Anamnesegespräch kommt eine zentrale Bedeutung in der Diagnostik zu. Folgende Fragen stehen im Mittelpunkt:

- Bestehen Angstattacken oder chronische Angst?
- Treten die Angstattacken unerwartet auf?
- Bestehen Erwartungsangst, Vermeidungsverhalten und soziale Beeinträchtigungen?
- Besteht übermäßige Angst vor Diabetesfolgen oder Hypoglykämie-Angst?

Ergänzend können psychometrische Fragebogen eingesetzt werden: Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D), Hypoglykämie-Angstinventar (HAI), Fragebogen zu Alltagsbelastungen bei Diabetikern (FBD-R).

Psychosomatische Basisversorgung

Bei subklinischen Ängsten oder leichterer Symptomatik kann durch den Hausarzt/Diabetologen ein Behandlungsversuch im Rahmen der psychosomatischen Basisversorgung erfolgen. Diese umfasst:

- Beratung und Aufklärung über die Störung
- Bei geringgradigen Phobien: Ermutigung und Anleitung zur Exposition gegenüber angstbesetzten Situationen
- Selbsthilfemanuale

Erfolgt nach etwa 4 Wochen keine Besserung, ist die Einleitung einer Psychotherapie und/oder einer Pharmakotherapie zu empfehlen.

Psychotherapie

Angststörungen können generell durch Psychotherapie wirksam behandelt werden.

Eine Psychotherapie ist indiziert, wenn eine mittelgradige oder schwere Angststörung vorliegt oder im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung keine durchgreifende Besserung erreicht werden konnte.
Geeignete Therapieverfahren sind die kognitive Verhaltenstherapie und die psychodynamische Psychotherapie. Bei diabetesspezifischen Ängsten (z. B. Hypoglykämie-Angst, Insulinspritzen-Phobie) sollte als Methode der ersten Wahl eine Verhaltenstherapie bei einem diabetologisch erfahrenen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten erfolgen.

Psychopharmaka

Folgende Psychopharmaka können als Ergänzung zur Psychotherapie in der Behandlung von Angststörungen bei Diabetikern empfohlen werden:

- Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI; sind gegenüber den trizyklischen Antidepressiva aufgrund des günstigeren Nebenwirkungsprofils zu bevorzugen),
- Benzodiazepine (cave: Suchtpotenzial → nur zeitlich limitierter Einsatz).

Psychogene Essstörungen

Psychogene Essstörungen stellen neben den Depressionen und Angststörungen die wichtigsten psychischen Krankheiten bei Patienten mit Diabetes mellitus dar. Neben den klassischen Essstörungen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa ist v. a. die so genannte „Binge-Eating-Störung" (Heißhungerattacken ohne gegensteuernde Maßnahmen wie Erbrechen etc.) von Bedeutung.
Im Hinblick auf die Stoffwechseleinstellung können alle Formen gestörten Essverhaltens einen negativen Effekt haben.

- Die Anorexia nervosa ist eine seltene Erkrankung und tritt bei Diabetikern nicht häufiger als bei Stoffwechselgesunden auf. Bei der Bulimia nervosa ist in den letzten Jahrzehnten ein deutlicher Anstieg der Prävalenz zu beobachten, ca. 3 bis 6 % junger Frauen mit Diabetes leiden an dieser Essstörung. Mindestens 90 % aller Diabetiker mit einer Anorexia oder Bulimia nervosa sind Frauen. Junge Frauen mit Diabetes und einer Anorexia oder Bulimia nervosa nehmen nicht selten bewusst Insulinreduktionen vor, um mittels der nachfolgenden Glukosurie Kilokalorien bzw. Gewicht zu verlieren. Dieses „Insulin-Purging" kann auf Dauer zu erheblichen Folgeschäden führen.
- Die Binge-Eating-Störung ist insbesondere für Typ-2-Diabetiker von Bedeutung, da sie in der Regel mit Übergewicht und Adipositas einhergeht. Der Anteil an erkrankten Männern beträgt hier mindestens 30 %.

Bei jungen Mädchen mit Diabetes mellitus liegt im Vergleich zu stoffwechselgesunden Gleichaltrigen häufiger ein gestörtes Essverhalten vor, das zwar nicht alle Kriterien (z. B. einer bulimischen Essstörung) erfüllt, welches aber (z. B. durch Heißhungerattacken) ein erhöhtes Risiko für eine Entgleisung des Stoffwechsels und die Entwicklung von diabetischen Spätschäden beinhaltet.

Diagnostik

Dem ärztlichen Gespräch kommt eine entscheidende Bedeutung in der Diagnostik der psychogenen Essstörungen zu. Folgende Fragen sollten bei Untergewicht (BMI unter 18,5), Adipositas (BMI über 30) und / oder deutlich gestörter Stoffwechselregulierung gestellt werden:

- Bei Untergewicht: Ist das Untergewicht selbst verursacht (Fasten oder exzessive gegensteuernde Maßnahmen, z. B. Sport oder Insulin-Purging)? Besteht die Überzeugung, trotz Untergewicht zu dick zu sein (Körperschemastörung)?
- Bei schlechtem Stoffwechsel: Liegen Essanfälle (Verzehr von großen Mengen Nahrung in kurzer Zeit, Kontrollverlust) vor? Besteht die panische Befürchtung, zu dick zu werden? Bestehen gegensteuernde Maßnahmen?
- Bei Übergewicht: Liegen Essanfälle ohne gegensteuernde Maßnahmen vor?

In Zweifelsfällen sollte konsiliarisch ein Arzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, ein ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut hinzugezogen werden.

Psychotherapie

Eine Psychotherapie ist bei allen psychogenen Essstörungen indiziert und der wichtigste einzelne Behandlungsansatz. Geeignete Verfahren sind die kognitive Verhaltenstherapie, die psychodynamische Psychotherapie, die interpersonelle Psychotherapie und insbesondere bei jungen Menschen, die noch in ihren Familien leben, die Familientherapie.

- Eine psychotherapeutische Behandlung sollte auch bei isoliertem „Insulin-Purging" erwogen werden, da dieses selbst schädigende Verhalten mit einer deutlich schlechten Stoffwechselkontrolle einhergeht.
- Ein frühzeitiger Behandlungsbeginn und eine ausreichende Behandlungsdauer sind wesentlich, um die Gefahr einer Chronifizierung zu vermindern.
- Die Frage, ob eine ambulante oder stationäre Behandlung sinnvoll ist, sollte durch einen entsprechenden Facharzt geklärt werden.
- Diabetische Patienten mit einer Binge-Eating-Störung sind in aller Regel adipös, sodass Überlegungen zu allen drei Krankheitsentitäten (Diabetes mellitus, Adipositas, Binge-Eating Störung) in die Behandlung einfließen müssen. Von daher ist ein multimodales Behandlungskonzept sinnvoll, dessen integrale Bestandteile eine Psychotherapie und ein Gewichtsmanagement (entsprechend den Leitlinien der Deutschen Adipositas-Gesellschaft) darstellen.

Psychopharmaka

Bei der Bulimia nervosa können ergänzend zur Psychotherapie Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) eingesetzt werden (in höheren Dosen Hemmung des Appetits und Verminderung von Heißhungeranfällen). Bei der Anorexia nervosa oder der Binge-Eating Störung sind spezifisch wirkende Psychopharmaka bislang unbekannt.

Abhängigkeit von Alkohol und Nikotin

Alkoholmissbrauch tritt bei Menschen mit Diabetes genauso häufig auf wie in der Allgemeinbevölkerung (ca. 4 %). Akut alkoholabhängig sind ca. 2,4 % der Bevölkerung ab 18 Jahren.
Die metabolische Kontrolle wird durch die direkten Einwirkungen des Alkohols auf den Glukosestoffwechsel sowie indirekt aufgrund des ungünstigen Einflusses des Alkoholkonsums auf das Selbstbehandlungsverhalten negativ beeinflusst.
Es besteht ein erhöhtes Risiko für Begleiterkrankungen wie Hypertonie oder Hyperlipidämie sowie diabetesbedingte Akut- und Folgekomplikationen (Polyneuropathie, diabetisches Fußsyndrom, erektile Dysfunktion, schwere Hypoglykämien und Ketoazidosen mit Todesfolge).
Die Diabetesbehandlung wird häufig aufgrund mangelnder Behandlungsmotivation, Fehler bei der Selbstbehandlung und gesundheitlicher chronischer Folgen des Alkoholabusus (z. B. gast-

rointestinale Störungen) sowie einer unzureichenden, diskontinuierlichen medizinischen Betreuung sehr erschwert.

Diagnose

Eine frühe Diagnose ist wegen des Chronifizierungsrisikos und der negativen Auswirkungen von Substanzabhängigkeiten auf die Diabetestherapie besonders wichtig.

Häufig ist eine Leugnungstendenz der Alkoholabhängigkeit vorzufinden, die im Prozess der Diagnostik berücksichtigt werden muss.

Zur individuellen Diagnose bedarf es einer ausführlichen Anamnese der Trinkgewohnheiten und der körperlichen bzw. psychischen Begleitprobleme, einer körperlichen Untersuchung und spezifischer Laborparameter.

Ein Screening auf Alkoholabhängigkeit kann auch mittels psychometrischer Fragebogen erfolgen. Geeignet sind: Lübecker Alkoholabhängigkeits- und Alkoholmissbrauchs-Screening-Test (LAST), Trierer Alkoholismusinventar und Münchner Alkoholismus-Test (MALT).

Therapie

- Jeder alkoholabhängige Patient sollte ein strukturiertes Therapieangebot gemäß aktuellen Leitlinien (vgl. American Psychiatric Association) erhalten.
- Die Diabetestherapie muss sich an der Abhängigkeit orientieren, solange ein Entwöhnungserfolg nicht erreicht oder möglich ist.
- Soweit verfügbar, sollten Suchtberater und Angehörige in die Diabetesbetreuung einbezogen werden.

Nikotinabhängigkeit ist die am weitesten verbreitete Abhängigkeit in Deutschland. Insgesamt rauchen 28,3% der Bevölkerung über 15 Jahre (Männer 34,7%, Frauen 22,2%). Entsprechend den IDC-10-Kriterien sind ca. 70 bis 80% der Raucher nikotinabhängig. Die Prävalenz der Tabakabhängigkeit bei Patienten mit Diabetes unterscheidet sich im Durchschnitt nicht von der in der Allgemeinbevölkerung.

Nikotinabhängigkeit ist teilweise mit einem schlechten Selbstbehandlungsverhalten und schlechter metabolischer Kontrolle assoziiert. Diabetiker, die rauchen, haben ein global erhöhtes Mortalitätsrisiko im Vergleich zu Personen, die noch nie geraucht haben. Das Risiko ist abhängig von der Dauer des Rauchens und der Anzahl der gerauchten Zigaretten. Bei Rauchern besteht ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung diabetesbedingter bzw. -assoziierter Folge- und Begleiterkrankungen, wie kardiovaskuläre Erkrankungen, Schlaganfall, Hypertonie und diabetische Nephropathie.

Bei terminaler Nierenerkrankung ist Rauchen ein wichtiger Risikofaktor für eine erhöhte Mortalität. Nikotinabstinenz kann eine bestehende Proteinurie verbessern.

Diagnose

Häufig leugnen Betroffene eine Abhängigkeit und unterschätzen die negativen Auswirkungen auf diabetesbedingte bzw. -assoziierte Folge- und Begleiterkrankungen. Deshalb ist es wesentlich, jeden Patienten aktiv auf sein Rauchverhalten anzusprechen. Allgemeine Fragen sind:

- Zahl der täglich gerauchten Zigaretten (Zigarren, Pfeife),
- Zeitpunkt der morgendlich gerauchten Zigarette, Raucher-Tagesprofil sowie
- Inhalationstiefe.

Für die Bestimmung der Nikotinabhängigkeit empfiehlt sich der Fagerström-Test, mit dem der Schweregrad der Abhängigkeit auf der Basis von 6 Fragen bewertet werden kann.

Therapie

- Die Problematik des Rauchens sollte in jeder Einzelberatung und strukturierten Diabetesschulung thematisiert werden.
- Jeder nikotinabhängige Patient mit Diabetes sollte darüber hinaus ein strukturiertes Therapieangebot zur Behandlung seiner Abhängigkeit bekommen. Empfohlen werden Interventionen gemäß den Leitlinien der WHO, der American Psychiatric Association, den Empfehlungen der American Diabetes Association und der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft.

Wird das Angebot zur strukturierten Raucherentwöhnung von dem Patienten zunächst nicht angenommen, sollten wiederholt ärztliche Kurzinterventionen eingesetzt werden mit dem Ziel, die Motivation zum Aufhören zu steigern.

Adressen im Internet

▼

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de

- Aktuelle und ausführliche Fassung der evidenzbasierten Leitlinien

www.diabetes-psychologie.de

Arbeitsgemeinschaft Psychologie und Verhaltensmedizin in der DDG

- u. a. Download der verschiedenen Leitlinienversionen in Deutsch und Englisch; Adressen von Fachpsychologen Diabetes

www.idf.org

International Diabetes Federation (IDF)

- u. a. Global Guideline for type 2 diabetes, chapter 4 “psychological case”

www.dkpm.de

- Homepage des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin

www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/II_psytm.htm

- u. a. Leitlinien für Diagnostik und Therapie im Bereich Psychotherapie und Psychosomatik

www.testzentrale.de

- Medizinische Informationen und Fragebogen zu den verschiedenen medizinpsychologischen Testverfahren

www.psych.org

Website der American Psychatric Association

- u. a. Practice Guidelines

www.adipositas-gesellschaft.de

Deutsche Adipositas-Gesellschaft

- u. a. evidenzbasierte Leitlinien

www.diabetes-deutschland.de

Informationssystem zum Diabetes mellitus

Institutsangaben

[1] Diabetes-Zentrum Bad Mergentheim, Forschungsinstitut der Diabetes Akademie, Mergentheim
[2] Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Universität zu Köln, Köln
[3] Abt. für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Westfälische Kliniken Dortmund, Dortmund
[4] Klinik für Psychotherapeutische Medizin der Heinrich-Heine-Universität, Rheinische Kliniken Düsseldorf, Düsseldorf
[5] Forschungs- und Lehreinheit Medizinische Psychologie, Medizinische Hochschule, Hannover
[6] Zentralinstitut für seelische Gesundheit, Mannheim
[7] Westfälische Kliniken Dortmund / Ruhr-Universität Bochum

Anhang: Praxistools

▼

– Hilfestellung zur Krankheitsakzeptanz, Aufbau einer adäquaten Behandlungsmotivation; Unterstützung zum eigenverantwortlichen Umgang mit dem Diabetes (Empowerment).
– Formulierung und Bewertung individueller Therapieziele.
– Vermittlung von Kenntnissen über die Erkrankung (Ursachen, klinische Merkmale, Verlauf und Prognose etc.).
– Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten zur Behandlung der Erkrankung (Typ-1-Diabetes: Prinzipien der Insulintherapie, Anpassung der Insulindosis etc.; Typ-2-Diabetes: Verhaltensmodifikation, Prinzipien der medikamentösen Diabetestherapie, Insulintherapie etc.).
– Erlernen von Selbstkontrollmaßnahmen (Blutzuckerselbstkontrolle, Ketonmessung, Blutdruckselbstkontrolle etc.).
– Erlernen von Selbstbeobachtungs-, Selbstbewertungs- und Selbstkontrollstrategien in Bezug auf diabetesrelevante Verhaltensweisen (Ernährung, Bewegung, Fußpflege etc.).
– Erkennung, Behandlung und Prävention von Akutkomplikationen (Hypoglykämien, Infektneigung etc.).
– Erkennung, Behandlung und Prävention von Risikofaktoren (Hyperlipidämie, Hypertonie, Nikotin etc.) für makroangiopathische Folgeerkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall etc.).
– Erkennung, Behandlung und Prävention von diabetischen Folgeerkrankungen (Nephropathie, Retinopathie, Neuropathie, erektile Dysfunktion, diabetischer Fuß etc.).
– Bedeutung der Ernährung im Kontext der Diabetesbehandlung. Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten bezüglich einer gesunden Ernährung (Kohlenhydratgehalt von Nahrungsmitteln, Erarbeitung eines Ernährungsplans unter Berücksichtigung der individuellen Lebensgewohnheiten und Therapieform etc.).
– Bedeutung der körperlichen Bewegung im Kontext der Diabetesbehandlung. Vermittlung von Kenntnissen bezüglich der Auswirkung von körperlicher Aktivität auf die Blutzuckerregulation (Hypo-, Hyperglykämien etc.).
– Verhalten in besonderen Situationen (Ketoazidose, Reisen etc.).
– Hilfestellung zum erfolgreichen Umgang mit Erschwernissen der Diabetestherapie im Alltag (Wechselschichten, längere Autofahrten etc.).
– Schwangerschaft, Vererbung, Kontrazeption (v. a. Typ-1-Diabetes).
– Sozialrechtliche Aspekte des Diabetes (Beruf, Führerschein, Versicherungen etc.).
– Kontrolluntersuchungen (Gesundheitspass Diabetes) und Nutzung des Gesundheitssystems für einen gesundheitsbewussten Umgang mit dem Diabetes.

Tab. 1 Von der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) empfohlene Inhalte eines strukturierten Schulungsprogramms für Menschen mit Typ-1- und Typ-2-Diabetes

Tab. 2 WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzen zwei Wochen ...	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1	0
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0

Auswertung

Der Rohwert kommt durch einfaches Addieren der Antworten zustande. Der Gesamtwert kann sich von 0 bis 25 erstrecken, wobei 0 das geringste Wohlbefinden / niedrigste Lebensqualität und 25 das größte Wohlbefinden, höchste Lebensqualität bezeichnen. Den Prozentwert von 0–100 erhält man durch Multiplikation mit 4. Der Prozentwert 0 bezeichnet das schlechteste Wohlbefinden, 100 das beste Wohlbefinden.

Bei einem Punktwert < 13 liegt ein Verdacht auf eine Depression vor. Eine weitgehend diagnostische Abklärung wird empfohlen.

– Aufbau einer vertrauensvollen, verlässlichen und konstanten Beziehung zum Patienten.
– Aktives, flexibles und stützendes Vorgehen.
– Intensive Information und Aufklärung über die Depression, Entwicklung eines gemeinsamen Krankheitskonzeptes.
– Vermittlung von Hoffnung und Ermutigung; Entlastung von Vorwürfen, Schuldgefühlen und Versagensgefühlen.
– Akzeptanz des Verhaltens (auch der Klagen) des Patienten.
– Positive Verstärkung nicht depressiver Kognitionen.
– Erhöhte Verletzbarkeit des Patienten antizipieren; unangemessene Kritik oder überzogene Therapieerwartungen (z. B. bei Übergewicht) vermeiden.
– Aktivierung und Motivierung des Patienten, ohne ihn zu überfordern.
– Bei Verdacht Suizidalität aktiv ansprechen; Patienten ggf. durch gezielte Überweisung oder Unterbringung schützen.
– Erfolgt keine rasche Symptomlinderung oder liegen die Voraussetzungen für eine initiale Basisversorgung nicht vor, sollten unmittelbar eine fachspezifische Psychotherapie und / oder eine Pharmakotherapie eingeleitet werden.

Tab. 3 Empfehlungen für das Vorgehen bei einer psychosomatischen Basisversorgung

Screening
– klinischer Eindruck.
– WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden [WHO 1998] (Score < 13).
– PAID-Fragebogen [Polonky et al., 1996] (Score > 40).
Diagnose
– Abfragen der depressiven Kernsymptome (depressive Stimmung, Verlust von Interesse und Freude, verminderter Antrieb und Zusatzsymptomen (verminderte Konzentration oder Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektive, Gedanken an oder erfolgte Selbstverletzungen / Suizidalität, Schlafstörungen, verminderter Appetit).
– Abfragen von besonderen kranheitsspezifischen Belastungen (z. B. Auftreten und Umgang mit drohenden / bestehenden Folgeerkrankungen, Hypoglykämien, chronischen Schmerzen) und psychosozialen Problemen.
– Eventuell: Einsatz eines spezifischen Depressionsfragebogens (z. B. Beck Depressions Inventar [BDI], Allgemeine Depressions-Skala [ADS]).
– Abklärung anderer psychischer oder somatischer Erkrankungen.
Therapieoptionen
– Psychosomatische Basisversorgung durch den Hausarzt / Diabetologen.
– Psychotherapie (nach Möglichkeit von ärztlichem / psychologischem Psychotherapeut / in mit zusätzlicher Expertise in der Behandlung des Diabetes).
– Antidepressivum (nach Möglichkeit SSRI-Hemmer).
– Fachärztliche psychiatrische Mitbehandlung (besonders bei akuter Suizidalität, bipolaren Störungen, behandlungsbedürftige Komorbidität anderer psychischer Erkrankungen, Komedikation, Therapieresistenz).
– Fachärztliche diabetologischen Mitbehandlung (besonders bei längerfristiger hyperglykämischer Stoffwechselentgleisung [HbA1C > 8,5 %], ausgeprägten Problemen der selbständigen Therapiedurchführung).

Tab. 4 Diagnostik und Therapie der Depression bei Diabetes