

Erstmals Patientenleitlinie: Psychosoziales und Diabetes

Lesen Sie hier die Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse zum Thema „Psychosoziales und Diabetes“. Sie basiert auf den Ergebnissen wissenschaftlicher Studien und einem Konsens nationaler wie internationaler Experten.

Psychosoziales und Diabetes

Einleitung

Bei der Diabetestherapie kommt dem Patienten die entscheidende Rolle zu, da dieser die wesentlichen Therapiemaßnahmen des Diabetes in seinem persönlichen Alltag dauerhaft und eigenverantwortlich umsetzen muß. Die Prognose des Diabetes hängt daher zu einem großen Teil davon ab, inwieweit dies dem Betroffenen auf dem Hintergrund seines sozialen, kulturellen, familiären und beruflichen Umfeldes gelingt.

Dies wird erschwert, wenn eine Person mit Diabetes

- zu wenig Wissen über die Erkrankung und deren Behandlung hat und ungenügende Fertigkeiten besitzt, um damit im Alltag zurechtzukommen,
- den Diabetes gefühlsmäßig nicht akzeptiert hat,
- eine sehr negative Einstellung gegenüber der Erkrankung und der Diabetestherapie hat,
- Probleme im Umgang mit den Anforderungen der Diabetestherapie und möglichen schweren Komplikationen hat (z.B. Folgeerkrankungen, schwere Unterzuckerungen),
- Lebensgewohnheiten nicht verändert, die einer erfolgreichen Selbstbehandlung entgegenstehen (z.B. Essensgewohnheiten),
- Persönliche Probleme oder schwierige Lebensumständen hat, die einer erfolgreichen Diabetesbehandlung im Alltag entgegenstehen,
- zusätzliche psychische Probleme oder Erkrankungen hat (z.B. Depressionen, Ängste, Essstörungen, Suchterkrankungen).

Es gibt eine Reihe wirksamer psychosozialer Hilfsmöglichkeiten, die Patienten mit Diabetes unterstützen, möglichst erfolgreich mit ihrer Therapie zurechtzukommen und trotz der Erkrankung eine gute Lebensqualität zu erhalten.

Die Patientenschulung

- In der Diabetesschulung sollen Patienten mit Diabetes Kenntnisse und Fertigkeiten im Umgang mit ihrer Erkrankung erlernen, die sie befähigen, auf der Basis eigener Entscheidungen den Diabetes in das eigene Leben zu integrieren, akute (z.B. Unterzuckerungen) oder langfristige negative Konsequenzen des Diabetes (z.B. Folgeerkrankungen) zu vermeiden und die Lebensqualität zu erhalten.
- Die strukturierte Patientenschulung ist ein unverzichtbarer Teil der Behandlung von Menschen mit Diabetes.
- Jede Person mit Diabetes hat ein Recht auf eine Diabetesschulung. Eine Basisschulung sollte nach Möglichkeit unmittelbar zu Beginn der Erkrankung erfolgen. Entsprechend dem Wissens- und Kenntnisstand, den Therapieanforderungen, wie auch den Bedürfnissen der Patienten sollte eine erneute Grund-, Aufbau-, Wiederholungs- oder problemspezifische Schulung wahrgenommen werden.

- Die Inhalte und Methodik einer Diabeteschulung hängen vom Diabetestyp, der Therapieform wie auch dem Alter, den Fähigkeiten und der Motivation einer Person ab. Daher müssen Schulungsangebote angemessen diese verschiedenen Einflußfaktoren berücksichtigen. Eine gemeinsame Schulung von Patienten mit verschiedenen Formen der Erkrankung (z.B. Typ-1- und Typ-2-Diabetes), unterschiedlichen Therapieformen (z.B. ohne und mit Insulintherapie) oder sehr unterschiedlichem Vorwissen, Fertigkeiten oder Alter (z.B. Jugendliche mit Diabetes und Senioren) ist daher nicht sinnvoll.
- Im Rahmen der Patientenschulung sollen Patienten motiviert werden, persönliche Behandlungsziele zu formulieren. Sie sollen angemessene Hilfestellungen erhalten, um diese Ziele im Alltag zu erreichen.
- Eine moderne Schulung sollte folgende Inhalte enthalten:

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

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 Diabetes-therapie, Insulintherapie etc.)
Erlernen von Selbstkontrollmaßnahmen (Blutzuckerselbstkontrolle, Ketonmes-sung, 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 (Kohlenhydrat-gehalt von Nahrungsmitteln, Erarbeitung eines Ernährungsplanes unter Berück-sichtigung der individuellen Lebensgewohnheiten und Therapieform etc.)
Bedeutung der körperlichen Bewegung im Kontext der Diabetesbehandlung. Ver-mittlung 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 Gesund-heitssystems für einen gesundheitsbewussten Umgang mit dem Diabetes

Hilfestellungen im Umgang mit der Erkrankung

Blutzucker-Wahrnehmungs-Training

- Ca. 20-30 Prozent aller Patienten mit Typ-1-Diabetes sind von schweren, wiederkehrenden Unterzuckerungen (Hypoglykämien) betroffen; diese können verschiedene Ursachen haben. Hierzu zählt vor allem eine fehlende Wahrnehmung erster Anzeichen einer Unterzuckerung (Hypoglykämie-Wahrnehmungsstörung).
- Zur Therapie einer gestörten Hypoglykämie-Wahrnehmung hat sich ein strukturiertes Blutzucker-Wahrnehmungs-Training als wirksam erwiesen.
- Patienten mit einer unzureichenden Hypoglykämie-Wahrnehmung und/oder schweren wiederkehrenden Unterzuckerungen und/oder Problemen im Zusammenhang mit Unterzuckerungen sollten daher an einem Blutzucker-Wahrnehmungs-Training teilnehmen.

Streß

- Bei Typ-1-Diabetes gibt es keine überzeugenden Belege für einen direkten Einfluß von Stress auf die Diabetesentstehung. Hingegen scheint Streß die Entstehung des Typ-2-Diabetes zu fördern.
- Streß hat zwar nachweislich einen Einfluß auf die Stoffwechsellage bei Patienten mit Diabetes. Allerdings kann sich dieser Streß in verschiedenen Situationen, bei verschiedenen Personen und abhängig von Art und Ausmaß des Stresses gänzlich unterschiedlich auf die Blutzuckerwerte auswirken.
- Ein erhöhtes Ausmaß an Streß kann vor allem zu Problemen bei der angemessenen Therapiedurchführung und damit zu schlechteren Therapieergebnissen führen.
- Die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Verringerung des Stresses (z.B. Entspannungsverfahren wie progressive Muskelentspannung oder autogenes Training) mit dem Ziel einer besseren Blutzuckerlage konnte trotz einzelner Wirksamkeitsnachweise noch nicht zweifelsfrei bewiesen werden.
- Maßnahmen zur Verringerung von erhöhtem Stress sind jedoch generell bei Menschen mit Diabetes genauso sinnvoll wie bei Menschen ohne Diabetes.

Förderung der Krankheitsbewältigung

- Die gefühlsmäßige Akzeptanz und Bewältigung des Diabetes ist eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Selbstbehandlung des Diabetes; gelingt diese nicht, so hat das oft negative Auswirkungen auf das Therapieverhalten und die Blutzuckerlage.
- Personen mit Diabetes, die bereits gravierende Folgeerkrankungen und/oder psychische Probleme haben, berichten auch über mehr Schwierigkeiten mit der Bewältigung und dem Umgang mit der Erkrankung.
- Bei Patienten mit schwerwiegenden Problemen, ihre Krankheit zu akzeptieren, kann eine Psychotherapie mit dem Ziel einer verbesserten Krankheitsbewältigung sinnvoll sein.

Mangelnde Unterstützung durch andere

- Eine gute Unterstützung durch andere Menschen (z.B. Partner, Familie, Freunde, Arbeitskollegen) und/oder einem Arzt/ein Diabetesteam ist eine wichtige, fördernde Bedingung für eine erfolgreiche Selbstbehandlung des Diabetes.

- Eine mangelnde oder fehlende Unterstützung kann die erfolgreiche Umsetzung der Therapie im Alltag erschweren und eine Barriere für eine gute Stoffwechseleinstellung darstellen.
- Bei Patienten mit schwerwiegenden Problemen mit anderen Menschen und einer mangelnden Unterstützung durch andere sollte im Einzelfall geprüft werden, ob psychologische/psychotherapeutische Gespräche mit dem Ziel einer verbesserten Unterstützung bei der Umsetzung der Therapieanforderungen hilfreich sein können.

Psychische Erkrankungen bei Patienten mit Diabetes

Depressionen

- Menschen mit Diabetes haben gegenüber Menschen ohne Diabetes ein etwa doppelt so hohes Risiko, an einer Depression zu erkranken. Frauen erkranken häufiger an einer Depression als Männer.
- Das Auftreten einer Depression geht häufig einher mit Problemen der Therapiedurchführung im Alltag, einer ungünstigeren Blutzuckerlage (erhöhte HbA1c-Werte), einer erheblichen Verminderung der Lebensqualität und der Therapiezufriedenheit der betroffenen Personen mit Diabetes.
- Das Risiko, an einer Depression zu erkranken, steigt mit der Anzahl der diabetischen Folgeerkrankungen.
- Sehr schwere, wiederkehrende Unterzuckerungen (Hypoglykämien) können das Risiko für die Entwicklung einer Depression erhöhen.
- Menschen, die an einer depressiven Symptomatik leiden, haben ein erhöhtes Risiko, an Typ-2-Diabetes zu erkranken.

Wie erkennen?

- Die hauptsächlichen Anzeichen einer Depression sind eine veränderte, depressive Stimmung, Interessensverlust, Verlust der Freude an sonst angenehmen Tätigkeiten, Antriebsmangel sowie gesteigerte Ermüdbarkeit. Diese Symptome müssen mindestens 2 Wochen anhaltend auftreten und dürfen nicht durch anderer Erkrankungen oder Medikamente ausgelöst worden sein.
- Zusätzliche Anzeichen einer Depression sind ein vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen, ein Mangel an Gefühlsreaktionen auf sonst freudige Ereignisse, der Verlust des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühles, unbegründete Selbstvorwürfe und Schuldgefühle, Schlafstörungen, ein Appetit- oder Gewichtsverlust (selten auch -zunahme) sowie wiederkehrende Gedanken an den Tod, Selbstmord oder Selbstmordhandlungen.
- Personen, bei denen diese Anzeichen vorliegen, sollten sich an ihren Arzt/ihre Ärztin wenden, um ein fachliches Urteil zu erhalten, ob eine Depression besteht. Die Diagnose ist im allgemeinen sehr einfach im Arzt-Patienten-Gespräch zu stellen. Es gibt auch Fragebögen, mit denen unkompliziert und schnell die richtige Diagnose gestellt werden kann.

Wie behandeln?

- Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung ist die Einsicht des Patienten, an einer Depression erkrankt zu sein, und der Wille, diesen Zustand zu verändern. Bei rechtzeitiger und richtiger Diagnose einer Depression und der richtigen Behandlung sind die Behandlungserfolge sehr gut (ca. 80 Prozent Besserung bzw. Heilung).

- Die beiden wichtigsten Therapiemaßnahmen sind therapeutische Gespräche (Psychotherapie) und Medikamente gegen die Depression (Antidepressiva). und. Die besten Therapieerfolge sind bei einer Kombination beider Verfahren zu verzeichnen.
 - Psychotherapeutische Gespräche haben das Ziel, auslösende Bedingungen einer Depression und negative Denkweisen und Handlungen zu erfassen und zu verändern sowie gemeinsam mit dem Patienten bessere Strategien zu erarbeiten, mit Stress und belastenden Lebensereignissen umzugehen. Die Patienten werden in der emotionalen Verarbeitung der chronischen Erkrankung und der psychosozialen Beeinträchtigung unterstützt.
 - Moderne Medikamente gegen Depressionen haben nur wenige Nebenwirkungen und machen nicht abhängig. Ihre Wirkung setzt erst nach einer gewissen Zeitspanne (in der Regel 2-6 Wochen) ein. Sie sollen nicht plötzlich abgesetzt werden. Medikamente vom Typ „trizyklische Antidepressiva“ können zu einer Verschlechterung der Blutzuckereinstellung und einer Gewichtszunahme führen. Bei Patienten mit Diabetes sind daher eher Medikamente vom Typ der „Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)“ empfehlenswert. Es sollte kontrolliert werden, ob in Folge der Medikamenteneinnahme eine Anpassung der Insulintherapie notwendig wird.
- Die Behandlung kann ambulant, stationär oder teilstationär erfolgen. Die richtige Form der Behandlung sollte gemeinsam mit dem Arzt entsprechend der Art und dem Schweregrad der Depression, dem Vorliegen anderer Erkrankungen, den bisherigen Therapieerfolgen und dem Wunsch des Patienten festgelegt werden.

Ängste

- Die Angst vor Folgekomplikationen und Unterzuckerungen (Hypoglykämien) sind die beiden stärksten Belastungen im Zusammenhang mit der Diabetestherapie. Diese können eine erhebliche seelische Beeinträchtigung sein und zu Problemen in der erfolgreichen Therapiedurchführung führen.
- Menschen mit Diabetes haben verglichen mit Menschen ohne Diabetes ein etwa gleich hohes Risiko, an einer Angststörung zu erkranken (aktuell: ca. 9 Prozent) .
- Das Auftreten einer Angststörung geht häufig einher mit Problemen der Therapiedurchführung im Alltag und einer Verminderung der Lebensqualität der betroffenen Personen mit Diabetes.

Wie erkennen?

- Die hauptsächlichen Anzeichen von Angststörungen sind Angstzustände und Besorgnis vor bzw. in bestimmten Situationen (z. B. Menschenmengen, öffentliche Plätze, Reisen). Aufgrund dieser Ängste vermeiden betroffene Personen diese Situationen. Je nach Ausprägung und Art der Angststörung können diese Ängste nur in spezifischen Situationen („spezifische Phobien“), in sehr verschiedenen Situationen („Agoraphobie“) und Lebensbereichen auftreten („Generalisierte Angststörungen“). Vereinzelt können sie auch mit Panikattacken verbunden sein („Panikstörungen“). Auch Erinnerungen an sehr belastende Erfahrungen (z.B. schwere Unfälle, Vergewaltigung, sexueller Mißbrauch) können Ängste auslösen („Posttraumatische Belastungsstörungen“). Immer wiederkehrende, drängende Zwangsgedanken, die Angst und/oder Unbehagen auslösen und/oder Zwangshandlungen zur Folge haben, sind Merkmale einer Zwangsstörung.
- Personen, die diese Anzeichen haben, sollten sich an ihren Arzt wenden, der feststellen kann, ob eine Angststörung vorliegt. Leitfragen und/oder Fragebögen ermöglichen zumeist eine unkomplizierte und schnelle Diagnosestellung.

Wie behandeln?

- Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung sind die Einsicht des Patienten, an einer Angststörung erkrankt zu sein, und der Wille, diesen Zustand zu verändern. Bei rechtzeitiger und richtiger Diagnose einer Angststörung und der richtigen Behandlung sind die Behandlungserfolge sehr gut.
- Die beiden wichtigsten Therapiemaßnahmen sind therapeutische Verfahren (Psychotherapie) und Medikamente gegen die Angststörung. Die Therapie der ersten Wahl ist eine Psychotherapie.
 - Ergeben sich Hinweise auf diabetesspezifische Ängste (z.B. Unterzuckerangst, Angst vor dem Insulinspritzen), sollte als Methode der ersten Wahl eine Verhaltenstherapie bei einem diabetologisch erfahrenen Psychotherapeuten erfolgen.
 - Liegt eine mittelgradige oder schwere Angststörung bei einem Patienten mit Diabetes vor und konnte mit bisherigen Behandlungsversuchen keine durchgreifende Besserung erreicht werden, wird eine Psychotherapie bei einem mit Angstbehandlungen erfahrenen Psychotherapeuten empfohlen.
 - Medikamente können gegebenenfalls auch eine Hilfe zur Verringerung der Ängste sein (z.B. Serotonin-Wiederaufnahmehemmer oder ggf. kurzfristig Benzodiazepine). Benzodiazepine können bei längerer Einnahme eine Abhängigkeit auslösen.
- Die Behandlung kann ambulant, stationär oder teilstationär erfolgen. Die richtige Form der Behandlung sollte gemeinsam mit dem Arzt entsprechend der Art und dem Schweregrad der Angststörung, dem Vorliegen anderer Erkrankungen, den bisherigen Therapieerfolgen und dem Wunsch des Patienten festgelegt werden.

Eßstörungen

Magersucht (Anorexia nervosa)

- Magersucht tritt besonders bei jugendlichen Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren auf (bei etwa 0,3 - 2,1 Prozent). 90-95 Prozent aller Erkrankten sind weiblichen Geschlechts. Bei Menschen mit Diabetes tritt eine Magersucht nicht häufiger auf als in der übrigen Bevölkerung.
- In Verbindung mit Diabetes geht eine Magersucht zumeist mit gravierenden Problemen der Therapiedurchführung und einem deutlich erhöhten Risiko für das Auftreten von Folgeerkrankungen einher. Magersucht ist eine lebensgefährliche Erkrankung, die Gefahr, daran zu sterben ist bei Personen mit Diabetes erhöht.

Wie erkennen?

- Das Körpergewicht ist mindestens 15 Prozent unter dem erwarteten Gewicht (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder der Body Mass Index (BMI) beträgt 17,5 oder weniger. Bei Patienten in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch die Vermeidung hochkalorischer Speisen, durch selbst herbeigeführtes Erbrechen oder häufigen Gebrauch von Abführmitteln, übertriebene körperliche Aktivität und/oder den Gebrauch von Appetitzüglern oder Entwässerungsmitteln.
- Magersüchtige Patientinnen erleben sich in der Regel als nicht untergewichtig, haben eine panische Angst davor, zu dick zu werden, und einen negativen Bezug zu ihrem Körper.

Wie behandeln?

- Eine psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung dieser Patienten wird dringend empfohlen.

Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa)

- Die Bulimie tritt besonders bei jungen Frauen auf (bei etwa 2 bis 4,5 Prozent). 90-95 Prozent aller Erkrankten sind Frauen. Bei Menschen mit Diabetes tritt eine Bulimie nicht häufiger auf.
- Das Auftreten einer Bulimie in Verbindung mit Diabetes bedeutet in der Regel, daß die Therapiedurchführung erschwert ist und ein deutlich erhöhtes Risiko für das Auftreten von Folgeerkrankungen besteht. Sehr häufig besteht gleichzeitig eine Depression.

Wie erkennen?

- Patientinnen, die an einer Bulimie erkrankt sind, beschäftigen sich sehr häufig mit Gedanken an das Essen und mit dem eigenen Körpergewicht. Sie haben eine krankhafte Furcht, zu dick zu werden.
- Immer wieder treten Heißhungerattacken auf, bei denen große Mengen Nahrung in kurzer Zeit konsumiert werden.
- Anschließend versuchen die Patientinnen, dem dickmachenden Effekt des Essens durch selbsterbeigeführtes Erbrechen, durch die Einnahme von Abführmittel, strikte Diät oder absichtliches Weglassen von Insulin (um infolge sehr hoher Blutzuckerwerte kurzfristige abzunehmen) entgegenzuwirken.

Wie behandeln?

- Eine psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung dieser Patienten wird dringend empfohlen.

Unkontrollierbare Essanfälle („binge eating“)

- Unkontrollierbare Essanfälle treten in der Normalbevölkerung bei ca. 2 Prozent aller Menschen auf. Bei Menschen mit Diabetes tritt diese Störung nicht häufiger auf.
- Die Binge-Eating-Störung ist besonders für Typ 2 Diabetiker von Bedeutung, da sie in der Regel mit Übergewicht einhergeht. Der Anteil an erkrankten Männern beträgt hier mindestens 30 Prozent. Bei Menschen mit Diabetes tritt diese Störung nicht häufiger auf.
- In Verbindung mit Diabetes wird aufgrund der unkontrollierten Essanfälle die Therapiedurchführung erschwert und es besteht ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Folgeerkrankungen.

Wie erkennen?

- Menschen, die an einer solchen Störung leiden, haben wiederholte Episoden von Essanfällen. In einem abgrenzbaren Zeitraum (z.B. 2 Stunden) werden große Mengen an Nahrungsmittel aufgenommen.
- Während des Essens tritt das Gefühl auf, daß man mit dem Essen nicht aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was und wieviel man ißt. Nach dem übermäßigen Essen bestehen Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Depressivität oder Schuldgefühle.
- Die Essanfälle treten im Durchschnitt an mindestens zwei Tagen in der Woche für sechs Monate auf. Sie werden nicht durch Verhaltensweisen ausgeglichen, die zu einer raschen Gewichtsabnahme führen (z.B. Erbrechen).

Wie behandeln?

- Bei Personen mit unkontrollierbaren Essanfällen sollte zunächst die Essstörung psychotherapeutisch behandelt werden. Bei in der Regel gleichzeitig vorliegenden Gewichtsproblemen wird erst zu einem späteren Zeitpunkt die Teilnahme an einem

Gewichtsreduktionsprogramm möglichst unter Einbezug psychologischer Elemente empfohlen.

Abhängigkeit von Alkohol

- Alkoholmißbrauch liegt aktuell bei 4 Prozent aller Personen in Deutschland vor. 2,4 Prozent der Bevölkerung ab 18 Jahren sind akut alkoholabhängig. 10-12 Prozent der Bundesbürger konsumieren Alkohol in einer Größenordnung (Männer > 40 g Reinalkohol/d; Frauen > 20 g Reinalkohol/d), die zwar akut nicht gefährlich ist, aber langfristig ein hohes Risiko von gesundheitlichen und sozialen Schäden mit sich bringt.
- Alkoholabhängigkeit tritt bei Menschen mit Diabetes nicht häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung.
- Alkoholmißbrauch erhöht das Risiko, an einem Typ-2-Diabetes zu erkranken.
- Chronischer Alkoholmißbrauch kann zu einer alkoholbedingten Bauchspeicheldrüsenentzündung führen, welche eine Diabeteserkrankung zur Folge haben kann.
- Die Abhängigkeit vom Alkohol erhöht das Risiko für Folge- und Begleiterkrankungen des Diabetes (z.B. Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte, Nervenschmerzen an den Beinen/Füßen, diabetesbedingte Fußprobleme oder Erektionsstörungen bei Männern).
- Die erfolgreiche Selbstbehandlung ist in der Regel bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit sehr erschwert.

Wie erkennen?

- Es ist Teil des Krankheitsbildes, daß betroffene Personen den Alkoholmißbrauch und dessen negative Auswirkungen über lange Zeit nicht erkennen oder leugnen.
- Kennzeichen einer Alkoholabhängigkeit sind folgende Merkmale: starkes Verlangen nach Alkohol, verminderte Kontrolle über das Trinkverhalten, körperliche Entzugsanzeichen (falls kein Alkohol getrunken wird), Toleranzentwicklung gegenüber Alkohol, Einengung des Lebens aufgrund des Alkoholmißbrauches und anhaltender Alkoholkonsum trotz eindeutig bestehender schädlicher Folgen und dem Bewußtheit über das Ausmaß des Schadens.
- Die Diagnose kann ein erfahrener Arzt aufgrund der Trinkgewohnheiten und des Trinkverhaltens sowie der körperlichen und psychischen Begleitprobleme sehr einfach stellen. Hierzu gibt es auch einfach zu bearbeitende Fragebögen.

Wie behandeln?

- Wegen der erhöhten gesundheitlichen Gefahren durch die Abhängigkeit und ihre negative Wirkung auf die Diabetesbehandlung hat die Therapie der Abhängigkeitserkrankung bei Patienten mit Diabetes eine besondere Bedeutung. Jeder alkoholabhängige Patient sollte daher mit seinem Arzt gemeinsam überlegen, welches Therapieangebot zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit sinnvoll ist. Die Behandlung kann ambulant, stationär oder teilstationär erfolgen.

Abhängigkeit von Nikotin

- Insgesamt rauchen in Deutschland 28,3 Prozent der Bevölkerung über 15 Jahre (Männer 34,7 Prozent, Frauen 22,2 Prozent), 96 Prozent der Raucher konsumieren Zigaretten, 87 Prozent rauchen regelmäßig. Rund 70-80 Prozent der Raucher sind nikotinabhängig.
- Menschen mit Diabetes rauchen nicht weniger als Menschen ohne Diabetes.
- Rauchen erhöht mit steigendem Konsum das Risiko, an einem Typ-2-Diabetes zu erkranken.

- Rauchen ist ein wichtiger zusätzlicher Risikofaktor für die Entwicklung diabetesbedingten bzw. -assoziierter Folge- und Begleiterkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Bluthochdruck, Nervenschmerzen an den Beinen/Füßen, Durchblutungsstörungen, diabetesbedingten Fußproblemen und bei Männern Erektionsstörungen. Rauchen erhöht zudem sehr bedeutsam das Risiko für eine diabetische Nierenerkrankung.
- Rauchen ist in Verbindung mit Diabetes mit einer erhöhten Sterblichkeit verbunden. Das Risiko ist abhängig von der Dauer des Rauchens und der Anzahl der gerauchten Zigaretten.

Wie erkennen?

- Betroffene leugnen oft eine Nikotinabhängigkeit und unterschätzen die negativen Auswirkungen bezüglich des Risikos diabetesbedingter bzw. -assoziierter Folge- und Begleiterkrankungen.
- Der Grad der Nikotinabhängigkeit ist u.a. von der Zahl der täglich gerauchten Zigaretten (Zigarren, Pfeife), vom Zeitpunkt der ersten morgens gerauchten Zigarette und vom Raucher-Tagesprofil, der Inhalationstiefe und von der verwendeten Zigarettenmarke abhängig.
- Die Diagnose Nikotinabhängigkeit kann ein Arzt aufgrund der Rauchgewohnheiten und des Konsumverhaltens sehr einfach stellen. Es stehen auch einfach zu bearbeitende Fragebögen zur Selbstbeurteilung zur Verfügung.

Wie behandeln?

- Wegen der erhöhten gesundheitlichen Gefahren durch die Nikotinabhängigkeit haben Nichtrauchertrainings bei Patienten mit Diabetes eine besondere Wichtigkeit. Jeder nikotinabhängige Patient sollte daher mit seinem Arzt darüber sprechen, welches Therapieangebot zur Behandlung der Nikotinabhängigkeit für ihn sinnvoll ist.

Dieser Entwurf einer Patientenleitlinie basiert auf der wissenschaftlichen Version (Herpertz et al., 2003) und der Praxis-Version (Albus et al., 2004) der gemeinsamen Leitlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG) und des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) zum Thema „Psychosoziales und Diabetes“. Die Autoren dieser Praxisleitlinie sind: B. Kulzer, S. Herpertz, F. Petrak, C. Albus, A. Hirsch, J. Kruse.

Kontakt:

Dr. Bernhard Kulzer
 (Sprecher der Leitliniengruppe)
 Diabetes Zentrum Mergentheim
 Theodor-Klotzbücher-Str. 12
 97980 Bad Mergentheim