

Diabetes und Depression: die «bösen» Schwestern

Diabetes und Depression treten häufig in Kombination auf: Depressive haben ein erhöhtes Risiko, an Diabetes zu erkranken; Diabetiker sind wiederum häufig depressiv. Dr. Lukas Villiger ist Diabetologe und Mitleiter des Instituts DiaMon in Baden-Dättwil (Institut für Diabetes, Schilddrüse und Hormone). Er beobachtet in seiner praktischen Tätigkeit, dass die Kombination beider Krankheiten trotz der hohen Prävalenz oftmals übersehen wird.

Psychiatrie & Neurologie: Wie häufig kommen Depression und Diabetes gemeinsam vor?

Dr. Lukas Villiger: Menschen mit Diabetes erkranken zwei- bis dreimal häufiger an einer Depression als die Normalbevölkerung. Beim Typ-1-Diabetiker liegt die Prävalenz, im Lauf des Lebens an Depression zu erkranken, bei 30 Prozent. Bei mehr als 50 Prozent der Depressiven tritt die Depression larviert auf und wird unter anderem deshalb nicht behandelt. Was es noch dramatischer macht: Die Suizidgefahr ist bei Diabetikern mit Depression doppelt so hoch wie bei rein depressiven Patienten!

Die Zahlen sind beeindruckend. Aber warum erkennen Hausärzte die Kombination nicht häufiger?

Lukas Villiger: Patienten mit Diabetes haben jeweils sehr viele Dinge, die gesucht, behandelt und geschult werden müssen. Und die Depression ist oft nur bei aktivem Nachfragen erkennbar. Das Problem dabei ist: Erkennt man die Depression nicht, kann man auch den Diabetes nicht richtig einstellen (Kasten 1). Denn die Depression führt unter anderem zur Vernachlässigung der Therapieadhärenz und damit zu massiven Folgen auf somatischer Ebene.

Welche Folgen haben die Krankheiten auf somatischer Ebene?

Lukas Villiger: Dazu ein Vergleich: Ein 60-jähriger Mann hat heute ohne Risikofaktoren eine geschätzte Mortalität von 2 bis 4 Prozent in zehn Jahren. Die Depression hat in diesem Fall eine Mortalität von geschätzt 10 bis 14 Prozent; ein neu diagnostizierter Diabetes eine solche von 20 Prozent, was gleich hoch ist wie beim neu diagnostizierten Herzinfarkt! Allerdings potenzieren sich die Risikofaktoren, wenn Depression und Diabetes gemeinsam auftreten. Die Komplikationsgefahren bei Diabetes sind immens: Es kommt oft zu Polyneuropathie mit der Gefahr offener Füsse, therapieresistenter Schmerzen oder erektiler Dysfunktion, zu Verengungen der grossen Gefässe, mit der Gefahr der koronaren Herzkrankheit oder der peripher arteriellen Verschlusskrankheit an den Extremitäten, und der kleinen Gefässe, mit der Gefahr der Retino- oder Nephropathie. Weitere gehäufte Begleiterkrankungen sind die Schlafapnoe, Essstörungen, Karzinome oder im höheren Alter die Demenz. Beide Erkrankungen haben zahlreiche



Lukas Villiger

Komplikationen, deshalb sollte man in der Praxis die «Schwester» jeweils aktiv suchen, da beide Erkrankungen oft larviert vorkommen.

Wie zeigt sich die mangelnde Compliance in der Praxis?

Lukas Villiger: Der Blutdruck, die Lipide und der Blutzucker bleiben hoch, da Tabletten nicht adäquat eingenommen werden. Diese Trias von Blutdruck, Lipiden und Blutzucker ist verantwortlich für arteriosklerotische Folgeschäden. Diabetes braucht sehr viel Eigendisziplin, man muss bei einer Insulintherapie täglich an die Injektionen denken, die Kohlenhydrate abschätzen und so weiter (Kasten 2). Das nimmt Betroffenen die Spontanität und ist ein weiterer Faktor für eine Verstimmung. Einige Antidepressiva verursachen zusätzlich eine Gewichtszunahme, wodurch das Risiko für Diabetes steigt und die Einstellung bei bereits diagnostiziertem Diabetes erschwert wird. Bei Depression ist die Compliance oft schlecht. Diabetes und Depression sind deshalb wie zwei Schwestern, aber keine süssen, sondern «böse» Schwestern.

Wovor haben Menschen mit Diabetes die grösste Angst?

Lukas Villiger: Wenn einmal eine schwere Hypoglykämie eingetreten ist, beispielsweise im Fall einer potenziell hypoglykämisierenden Substanz wie Sulfonylharnstoff und Gliniden, kann man die Angst davor fast nicht mehr mindern. In der Folge lässt sich der Diabetes kaum mehr gut einstellen und eine depressive Sym-

ptomatik verstärkt sich. Zusätzlich besteht die Angst vor der sozialen Stigmatisierung. Einige Patienten verheimlichen die Diagnose und spritzen beispielsweise versteckt Insulin.

Wo sehen Sie Ihre Aufgabe?

Lukas Villiger: In der besseren Beratung des Menschen mit Diabetes, aber auch in der verbesserten Information von Psychiatern und Neurologen. Ich arbeite in einem Ärztenetzwerk und zusätzlich eng mit einem lokalen Ärztezentrum zusammen, das einen Psychiater hat. Ich profitiere davon, dass ich Probleme mit Kollegen aus anderen Disziplinen besprechen kann. Aber wir haben in der Schweiz ein Manko: Es gibt zu wenig Psychotherapeuten, die sich mit diesem Thema beschäftigen, aber auch zu wenig Diabetesspezialisten gegenüber einer steigenden Anzahl von Diabetikern. Derzeit sind 8 Prozent der Bevölkerung Diabetiker, in 30 Jahren werden es wahrscheinlich 15 Prozent sein. Hilfreich wäre eine elektronische Vernetzung mittels eHealth. Gerade die umfangreichen und oft unvollständigen, weil ständig geänderten Medikationslisten erschweren die interdisziplinäre Behandlung des Patienten sehr. Eine elektronische Krankengeschichte auf einer Plattform mit Einsicht für alle involvierten Leistungserbringer oder eine elektronische Karte mit diesen Daten wäre da sehr hilfreich.

Was müsste sich in der Behandlung von Menschen mit Diabetes und Depression verbessern?

Lukas Villiger: Hausärzte und Diabetologen sowie Psychiater müssen mehr miteinander kommunizieren. Die Depression muss aktiv erfragt, gesucht und adäquat behandelt werden. Meiner Ansicht nach sollten Patienten mit einem Diabetes a priori über die Remission hinaus eine Rezidivprophylaxe erhalten. Denn wir sollten Diabetes als Risikofaktor für eine Depression betrachten.

Korrespondenzadresse:
 Dr. Lukas Villiger
 Ärztezentrum Täfernhof
 Mellingerstrasse 207
 5405 Baden-Dättwil
 E-Mail: Lukas.Villiger@hin.ch

Kasten 1:

ICD-10-Kriterien einer depressiven Episode:

Mindestens 2 (für eine schwere Depression 3) der folgenden Symptome liegen vor:

1. depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen deutlich ungewöhnlichen Ausmass, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen und mindestens zwei Wochen anhaltend;
2. Verlust von Interesse oder Freude an Aktivitäten, die normalerweise angenehm waren;
3. verminderter Antrieb oder gesteigerte Ermüdbarkeit.

Eines oder mehr der folgenden Symptome zusätzlich, wobei die Gesamtzahl der Symptome je nach Schweregrad mindestens 4 bis 8 beträgt:

1. Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls;
2. unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle;
3. wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid, suizidales Verhalten;
4. Beklagen oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit;
5. psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv);
6. Schlafstörungen jeder Art;
7. Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung.

Kasten 2:

Die Last des Menschen mit Diabetes

- Regelmässige Blutzuckerkontrollen
- Einhalten der Lifestylemassnahmen (gesunde Ernährung und Bewegung)
- Regelmässige Arztbesuche, intensive Schulung
- Regelmässige Medikamenteneinnahme und Insulininjektionen
- Umgang mit Therapiekomplikationen wie beispielsweise Hypoglykämie
- Fehlende Spontanität bei hypoglykämisierenden Substanzen, Alltag muss geplant werden (insbesondere beim Autofahren)
- Teilweise Schuld- und Schamgefühle

Diagnose des Diabetes:

- Blutzucker zu irgendeinem Zeitpunkt > 11,1 mmol/l
- 2 Stunden nach 75 g Glukose > 11,1 mmol/l
- Nüchternblutzucker > 7 mmol/l