

Der Diabetologe

Organ der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, des Berufsverbandes Deutscher Internisten,
des Berufsverbandes Deutscher Endokrinologen und der
Arbeitsgemeinschaft niedergelassener diabetologisch tätiger Ärzte e.V.

Elektronischer Sonderdruck für

F. Petrak

Ein Service von Springer Medizin

Diabetologe 2010 · 6:541–550 · DOI 10.1007/s11428-010-0591-x

© Springer-Verlag 2010

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

F. Petrak · K. Plack

Depression bei älteren Menschen mit Typ-2- Diabetes

Depression bei älteren Menschen mit Typ-2-Diabetes

Depressionen zählen zu den häufigsten psychischen Komorbiditäten bei Diabetes mellitus und betreffen bis zu 2 Mio. Menschen mit Diabetes in Deutschland. Depressive Störungen interferieren oft mit dem Diabetesmanagement und stellen einen Risikofaktor dar, der sich auf praktisch alle relevanten Outcome-Parameter des Diabetes negativ auswirkt. Insbesondere ältere, depressive Diabetespazienten weisen ein hohes Komplikations- und Mortalitätsrisiko auf. Behandlungsansätze, die beide Erkrankungen berücksichtigen und auf ältere Patienten ausgerichtet sind, werden erst in jüngster Zeit intensiv erforscht.

Depression und Diabetes: Ältere Patienten besonders gefährdet

Depressionen treten bei Patienten mit Diabetes im Vergleich zu Nicht-Diabetes-Patienten etwa doppelt so häufig auf. So beträgt die Depressionsprävalenz in kontrollierten Studien etwa 9%. Zählt man jedoch auch subklinische Depressionssymptome hinzu, erhöht sich die Rate der Betroffenen auf 26% [1].

Der Zusammenhang zwischen Diabetes und Depression ist keine Einbahnstraße, sondern wirkt sich in beide Richtungen ungünstig aus: So zeigte sich in einer neueren Metaanalyse zum bidirektionalen Zusammenhang beider Erkrankungen, dass Depressionen das nachfolgende Risiko an Typ-2-Diabetes zu erkranken um etwa 60% erhöhen. Umge-

kehrt erhöht sich das Depressionsrisiko bei einem bereits bestehenden Typ-2-Diabetes um etwa 20% [2].

— Die Komorbidität von Diabetes und Depression ist potenziell lebensbedrohlich, da sie zu einer deutlich schlechteren medizinischen Prognose führt.

Insbesondere ältere depressive Diabetespazienten müssen nach den Ergebnissen mehrerer prospektiver Studien als Risikopazienten betrachtet werden: So konnte in einer großen prospektiven Kohortenstudie an älteren männlichen Diabetespazienten ein signifikanter Zusammenhang zwischen Depressionen und anhaltenden Hyperglykämien [3] sowie erhöhter Mortalität [4] gezeigt werden. Ein Befund, der sich auch konsistent in weiteren Untersuchungen zeigte [5, 6].

Beispielhaft sei auch auf die Kohortenstudie von Black und Kollegen hingewiesen. Vier Gruppen älterer Probanden (≥65 Jahre zu Beginn der Studie) wurden prospektiv über einen Zeitraum von 7 Jahren untersucht: Diabetes (ja/nein), Depression (ja/nein) und die Kombination der Gruppen. Die Ergebnisse zeigten, dass die Komorbidität von Diabetes und Depression mit einem im Vergleich zu Gesunden 2,4-fach erhöhtes Risiko für makrovaskuläre Komplikationen assoziiert war (Diabetes ohne Depression: 1,4-fach). Bei den mikrovaskulären Komplikationen hatten depressive Diabetespazienten je nach Schweregrad ein 8,6- bis 11,3-fach erhöhtes Risiko (Diabetes ohne

Depression: 2,3-fach). Auch das Mortalitätsrisiko war für depressive Pazienten mit Diabetes 4,6- bis 4,9-fach erhöht (Diabetes ohne Depression 1,9-fach; [7]). Besonders hervorzuheben ist die Tatsache, dass sich die negativen Auswirkungen der Depression bereits bei leichten depressiven Symptomen zeigen, ein Zustand, der in der Praxis nur selten als behandlungswürdig eingestuft wird [8].

Weitreichend sind auch die psychosozialen Auswirkungen einer komorbiden Depression bei Menschen mit Diabetes. So konnte wiederholt gezeigt werden, dass das Wohlbefinden und die Lebensqualität depressiver Diabetespazienten deutlich eingeschränkt sind [9]. Die Einschränkungen betreffen dabei nicht nur die Lebensqualität, sondern auch die spezifischen Belastungen durch den Diabetes [10].

Die Therapieadhärenz von Patienten mit Typ-2-Diabetes ist generell unzureichend [11], sie nimmt jedoch bei einer depressiven Komorbidität noch weiter ab: So konnte beispielsweise gezeigt werden, dass mit zunehmendem Schweregrad einer Depression die verordneten oralen Antidiabetika unregelmäßiger eingenommen werden und die Zufriedenheit mit der Diabetestherapie deutlich sinkt [12]. Weitere Befunde weisen zudem darauf hin, dass depressive Diabetespazienten im Vergleich zu nichtdepressiven Diabetespazienten körperlich inaktiver sind, sich weniger gesund ernähren und häufiger rauchen [13].

Ein umfassendes und gut validiertes Erklärungsmodell für die deutliche Risi-

F. Petrak · K. Plack

Depression bei älteren Menschen mit Typ-2-Diabetes

Zusammenfassung

Menschen mit Diabetes haben ein erhöhtes Depressionsrisiko – insbesondere bei älteren Patienten stellt dies eine lebensbedrohliche Komorbidität dar. Depressionssymptome sind assoziiert mit Hyperglykämie, mikro- und makrovaskulären Diabeteskomplikationen sowie einer deutlich erhöhten Mortalität. Auffallend ist dabei, dass ältere Patienten bereits bei leichten depressiven Symptomen eine deutliche Risikoerhöhung für Komplikationen und Mortalität zeigen. Die Betroffenen beklagen eine erhebliche Beeinträchtigung der generischen und diabetesspezifischen Lebensqualität, und ihre Therapieadhärenz ist deutlich vermindert. Bei älteren Diabetespatienten sind, im Unterschied zu jüngeren, Depressionen zusätzlich mit funktionalen und kognitiven Beeinträchtigungen assoziiert.

Nach dem aktuellen Forschungsstand stellen psychotherapeutische und psychopharmakologische Therapieansätze auch bei Patienten mit Diabetes effektive Möglichkeiten der Depressionstherapie dar. Hinsichtlich der diabetesbezogenen Risiken konnte jedoch bisher noch keine eindeutig wirksame Therapie identifiziert werden. Obwohl Depressionen auch im Alter nachweislich gut behandelbar sind, liegen Therapiestudien zur Behandlung von Depressionen bei älteren Diabetespatienten kaum vor.

Schlüsselwörter

Ältere Menschen · Depression · Komplikationen · Mortalität · Kompetenznetz Diabetes mellitus

Depression in elderly patients with type 2 diabetes

Abstract

Diabetes is associated with an increased risk of depression which represents a life-threatening comorbidity especially for elderly patients. The comorbidity with depression is associated with hyperglycemia, microvascular and macrovascular diabetes complications as well as increased mortality. This increased risk can even be observed when minor depression symptoms are present in the elderly. Generic and diabetes-specific quality of life as well as the adherence to therapy is decreased when depression occurs together with diabetes. In elderly depressed patients with diabetes the functional and cognitive decline is more pronounced than in age-controlled diabetes patients without depression. Depression can be treated with antidepressants, psy-

chotherapy or a flexible combination of both with relatively good results which are comparable to those of patients who have depression but not diabetes. However, no single form of treatment has been clearly identified which consistently leads to better medical outcomes in patients with both depression and diabetes. Despite the fact that depression can be treated in elderly patients with good results, there is a lack of research for the treatment of diabetes patients in advanced age.

Keywords

Elderly patients · Depression · Complications · Mortality · Competence network diabetes mellitus

choerhöhung bei älteren depressiven Diabetespatienten steht derzeit noch aus. Der aktuelle Forschungsstand ist überwiegend von Einzelbefunden, meist aus Querschnittstudien, charakterisiert (für eine Übersicht vgl. [14]). Ältere Patienten zeichnen sich im Unterschied zu Jüngeren dadurch aus, dass bei ihnen funktionale und kognitive Beeinträchtigungen häufiger auftreten. Diese können die Umsetzung des Diabetesselbstmanagements erschweren und damit zu einer schlechteren Prognose beitragen. So ist beispielsweise die meist eingeschränkte Mobilität älterer Diabetespatienten, bei einer komorbid vorliegenden Depression oft zusätzlich verringert. Diese Patienten haben einen eingeschränkten Bewegungsradius und sind häufiger auf Gehhilfen angewiesen als Patienten ohne depressive Störung [6]. Auf kognitiver Ebene zeigt sich, dass die Gedächtnisleistung depressiver älterer Diabetespatienten im Vergleich zu gleichaltrigen Patienten ohne Depression vermindert ist. Zur Erklärung der kognitiven Beeinträchtigungen in dieser Patientengruppe wird die so genannte „vaskuläre Depression“ infolge zerebrovaskulärer Schädigungen diskutiert, wenngleich hier abschließende Befunde fehlen. Kernmerkmale der vaskulären Depression sind eine späte Erstmanifestation der depressiven Symptome (erste Episode >60 Jahre), stärkere funktionale und kognitive Beeinträchtigungen und Hinweise auf zerebrovaskuläre Schädigungen (eine einheitliche Definition dieser Depressionsform steht jedoch bislang aus; [15]).

► Insbesondere ältere depressive Diabetespatienten stellen eine Risikogruppe dar

Zusammenfassend handelt es sich bei depressiven älteren Menschen mit Diabetes um eine ausgesprochene Risikogruppe. Neben den bekannten Beeinträchtigungen durch die Komorbidität von Depression und Diabetes liegen hier zusätzliche spezifische funktionale und kognitive Einschränkungen vor. Aktuelle Erklärungsmodelle unterscheiden sich in Teilbereichen von denen jüngerer Patienten. Dementsprechend sollten Therapieansätze bei depressiven Diabetespatienten über 65 Jahren die besonderen Einschränkungen

Hier steht eine Anzeige.



kungen in dieser Patientengruppe berücksichtigen und verbleibende Ressourcen intensiv und individuell nutzen.

Therapieziele: Fokus auf körperliche und psychische Variablen nötig

Bei der Therapie depressiver Diabetespatienten besteht immer die Gefahr der einseitigen Ausrichtung auf das primäre Therapieziel der Berufsgruppe, die den Patienten aktuell behandelt. Gut belegt ist der Befund, dass depressive Störungen von den behandelnden „Diabetesärzten“ oft übersehen und/oder nicht ausreichend therapiert werden [8]. Andererseits kann davon ausgegangen werden, dass insbesondere von Seiten der psychologischen Psychotherapeuten die körperlichen Aspekte des Diabetes oft unzureichend beachtet werden, wenngleich zu dieser Fragestellung keine Daten vorliegen.

Von zentraler Bedeutung ist es daher, dass die Behandlungsziele aufgrund der beschriebenen Wechselwirkungen zwischen körperlichen und psychischen Faktoren immer mindestens zwei Aspekte beinhalten:

- die Verbesserung der depressiven Symptomatik (primäres Behandlungsziel ist hier die vollständige Remission) und
- eine Verbesserung der körperlichen Parameter (Qualität der Stoffwechseleinstellung, Reduktion von Komplikationen und Mortalität).

Da medizinische Komplikationen in der Regel in größeren Zeitabschnitten auftreten, wird in den meisten Interventionsstudien die Qualität der langfristigen Blutzuckereinstellung (HbA_{1c}-Wert) als primäre körperliche Outcome-Variable herangezogen.

Therapieansätze: Stand der Forschung

Die Therapie der Depression bei Diabetespatienten wird erst seit 1997 systematisch in randomisierten kontrollierten Studien (RCT) evaluiert. Bislang wurden Ergebnisse von 16 RCT publiziert, in denen unterschiedliche Interventionen auf ihre Wirksamkeit untersucht worden sind

(**Tab. 1**). Im Folgenden soll ein knapper Überblick über den Forschungsstand gegeben werden, bevor auf die wenig untersuchte Gruppe älterer Patienten eingegangen wird.

Nach einer aktuellen Literaturrecherche (Pubmed, Stand Juli 2010) die RCT berücksichtigte, in denen Diabetespatienten mit einer gesicherten Depressionsdiagnose behandelt wurden, lassen sich die Studien nach ihren Behandlungsansätzen in psychologische, pharmakologische und kombinierte Interventionen gruppieren.

Psychologische Interventionen

Die Wirksamkeit psychotherapeutisch-psychoedukativer Interventionen auf die depressive Symptomatik und die Qualität der Stoffwechseleinstellung bei Diabetespatienten wurde bislang in insgesamt 5 RCT untersucht.

Erstmals konnten Lustman und Kollegen in einer kleinen Studie die Wirksamkeit einer Verhaltenstherapie kombiniert mit einer Diabetesschulung vs. einer Kontrollbedingung (alleinige Diabetesschulung) nachweisen. Nach 6 Monaten konnte bei den Patienten der Interventionsbedingung die Depressionssymptomatik reduziert und die Stoffwechseleinstellung verbessert werden [16]. In einer chinesischen Studie, in der die Wirksamkeit einer nicht näher beschriebenen psychologischen Gruppenberatung evaluiert wurde, konnten ebenfalls positive Effekte auf die depressive Symptomatik und die Stoffwechseleinstellung berichtet werden [17].

Psychologische Interventionen wirken sich positiv auf die depressive Symptomatik aus

Neuere Studien haben wesentliche methodische Mängel ihrer Vorgängerstudien überwunden und umfassen, teilweise multizentrisch, größere Stichproben. Auch wurden die Interventionsinhalte und zugrunde liegende Behandlungskonzepte ausführlicher beschrieben. In einer aktuellen niederländischen Studie wurde beispielsweise eine „minimale psychologische Intervention“ vs. einer Standardbehandlung auf ihre Wirksamkeit überprüft. In die Studie eingeschlossen wur-

den Patienten ab 60 Jahre mit Diabetes Typ 2 oder einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung, die komorbid an einer subklinischen oder leichten bis mittelgradigen Depression erkrankt waren. Nach 9 Monaten konnte die depressive Symptomatik in der Interventionsbedingung bei beiden Patientengruppen reduziert werden. Diabetespatienten, die an der Intervention teilnahmen, berichteten zudem über eine verbesserte Lebensqualität. Effekte auf die Qualität der Stoffwechseleinstellung oder anderer medizinischer Parameter sind in dieser Studie leider nicht erhoben oder nicht publiziert worden [18]. Die Ergebnisse einer weiteren Pilotstudie an stationär behandelten Patienten mit diabetischem Fußsyndrom erbrachten ebenfalls erste Hinweise auf eine effektive Behandlung der Depression durch eine „stützende Psychotherapie“, ohne dass jedoch ein positiver Effekt auf die Qualität der Stoffwechseleinstellung beobachtbar gewesen wäre [19].

In einer weiteren Studie mit leicht depressiven Diabetespatienten wurde Psychoedukation (über den Zusammenhang von Depression und Diabetes) gegenüber einer intensivierten Standardbehandlung evaluiert. In beiden Interventionsarmen konnten eine Verminderung der Depression und eine Verbesserung der Stoffwechseleinstellung beobachtet werden, wenngleich sich die Gruppen nicht signifikant voneinander unterschieden [20].

Zusammenfassend ergeben sich deutliche Hinweise auf die Wirksamkeit psychologischer Interventionen bei depressiven Diabetespatienten. Am deutlichsten sind die Befunde bezüglich der Verbesserung der Depressionssymptome, uneinheitlich sind sie im Hinblick auf medizinischen Outcome-Parameter, so dass eine abschließende Beurteilung hier noch nicht möglich ist.

Pharmakologische Interventionen

In insgesamt 6 RCT wurde die Wirksamkeit einer antidepressiven Medikation, in der Regel im Vergleich zu einer Placebobehandlung, bei depressiven Diabetespatienten überprüft (**Tab. 1**).

In einer frühen Studie mit dem trizyklischen Antidepressivum Nortriptylin konnte zwar in der Verumbedingung ein

Hier steht eine Anzeige.



Tab. 1 Aktueller Forschungsstand zur Therapie (RCT) von Depression und Diabetes

Jahr/ Publikation	Patientencharakteristika	n	Intervention	Ergebnisse
Psychotherapeutisch-psychoedukative Interventionen				
2010 [18]	Diabetes und leichte bis mittelgradige Depression	185	Minimale psychologische Intervention vs. „treatment as usual“	Int.>KG: Depression und Lebensqualität
2009 [20]	Diabetes und leichte bis mittelgradige Depression	50	Psychoedukation vs. intensivierte Standardbehandlung	Int.=KG: Depression und HbA1c
2008 [19]	Diabetes und Depression, stationäre Patienten mit diabetischem Fuß	30	Stützende Psychotherapie vs. „treatment as usual“	Int.>KG: Depression Int.=KG: diabetischer Fuß
2001 [17]	Diabetes und Depression	59	Gruppentherapie vs. „treatment as usual“	Int.>KG: Depression und HbA1c
1998 [16]	Typ-2-Diabetes und Depression	51	Verhaltenstherapie und Diabetes-schulung vs. Diabetes-schulung	Int.>KG: Depression und Hba1c
Pharmakologische Interventionen				
2009 [24]	Diabetes und schwere Depression	150	Sertralin vs. Placebo	Int.>KG: Hba1c und systolischer Blutdruck Int.=KG: Depression und Lebensqualität
2008 [26]	Typ-2-Diabetes und Depression und Magnesiummangel	23	Magnesium vs. Imipramin	Int.=KG: Depression
2007 [25]	Typ-2-Diabetes und subklinische bis leichte Depression	49	Paroxetin vs. Placebo	Int.=KG: Depression und HbA1c
2006 [23]	Diabetes und Depression (Responder einer Sertralin-Therapie)	152	Erhaltungstherapie mit Sertralin vs. Placebo	Int.>KG: Dauer depressionsfreier Intervalle Int.=KG: HbA1c
2000 [22]	Diabetes und Depression	60	Fluoxetin vs. Placebo	Int.>KG: Depression Int.=KG: HbA1c
1997 [21]	Diabetes und Depression, schlechte Stoffwechseleinstellung	28	Nortriptilin vs. Placebo	Int.>KG: Depression Int.<KG: HbA1c
Kombinierte Interventionen				
2010 [31]	Diabetes und Depression	387	Algorithmusbasierte Intervention vs. „treatment as usual“	Int.>KG: Depression, Angst, Lebensqualität
2008 [30]	Diabetes und Depression	85	Kombinierte Intervention vs. „treatment as usual“	Int.>KG: Depression, Lebensqualität, Aktivität
2007 [29]	Diabetes und Depression	123	Algorithmusbasierte Intervention vs. „treatment as usual“	Int.>KG: Überlebensrate nach 5 Jahren
2004 [27]	Diabetes und Depression	417	„Depression care management“ vs. „treatment as usual“	Int.>KG: Depression Int.=KG: HbA1c
2004 [28]	Diabetes und Depression	329	Algorithmusbasierte Intervention vs. „treatment as usual“	Int.>KG: Depression Int.=KG: HbA1c

Quelle: Pubmed (Stand: 07/2010): diabetes [Title] AND depression [Title] AND Randomized Controlled Trial [ptyp]. Int. Intervention, KG Kontrollgruppe, > signifikante Überlegenheit, < signifikante Unterlegenheit, = kein signifikanter Unterschied.

ne Verbesserung der Depression, jedoch auch eine Verschlechterung der diabetischen Stoffwechsellage beobachtet werden [21]. Nachfolgende psychopharmakologische Untersuchungen fokussierten dementsprechend überwiegend auf selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI).

So konnte gezeigt werden, dass Fluoxetin im Vergleich zu einem Placebo eine signifikante Verbesserung der Depression, jedoch nicht der Stoffwechseleinstellung bewirkte [22].

In einer neueren zweiphasigen Studie wurde in einer einleitenden nichtkontrollierten Studienphase Sertralin (ein SSRI) zur Behandlung depressiver Diabetespa-

tienten eingesetzt. In einer zweiten randomisierten Studienphase wurde ausschließlich bei den remittierten Patienten die Wirkung von Sertralin im Vergleich zu einem Placebo zur Rückfallprophylaxe der Depression untersucht. Sertralin führte zu signifikant längeren depressionsfreien Intervallen. Die initial beobachtete Verbesserung der Stoffwechseleinstellung konnte aufrecht erhalten werden, ohne dass sich jedoch ein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und der Placebo-bedingung beobachten ließ [23].

Sertralin wurde auch in einer aktuellen US-amerikanischen Studie an depressiven Diabetespatienten afro- und hispanoamerikanischer Abstammung im Vergleich zu

einer Placebobedingung evaluiert. Die mit Sertralin behandelten Patienten wiesen eine signifikante Verbesserung der HbA1c-Werte auf. In Bezug auf die Verbesserung der Depression und der Lebensqualität konnte jedoch kein Unterschied zwischen beiden Gruppen gefunden werden [24].

➤ SSRI sind bei der Therapie und Rückfallprophylaxe komorbider Depressionen bei Diabetespatienten wirksam

Lediglich zwei Studien mit kleinen Stichproben fokussierten auf ältere, depressive Diabetespatienten:

Hier steht eine Anzeige.



In der ersten Untersuchung wurden Patienten mit einer leichten Depression mit Paroxetin im Vergleich zu einer Placebobehandlung behandelt. Im Gegensatz zu den Ergebnissen an jüngeren Patienten konnten in dieser Patientengruppe weder signifikanten Unterschiede im Hinblick auf die Depression noch auf den HbA_{1c}-Wert zwischen beiden Behandlungsgruppen beobachtet werden [25].

Die zweite Untersuchung stellt eine Pilotstudie dar, in der ältere, depressive Patienten mit Typ-2-Diabetes und Magnesiummangel mit Magnesium im Vergleich zu dem trizyklischen Antidepressivum Imipramin behandelt wurden. Beide Interventionen führten zu einer Verbesserung der depressiven Symptomatik, ohne sich signifikant voneinander zu unterscheiden. In Bezug auf die Stoffwechseleinstellung wurde keine signifikante Veränderung festgestellt [26].

Die aktuelle Studienlage zeigt zusammenfassend, dass SSRI zur Therapie und Rückfallprophylaxe komorbider Depressionen bei Diabetespatienten überwiegend wirksam sind. Positive Auswirkungen auf die Stoffwechseleinstellung konnten jedoch bislang nur in einer randomisierten Studie für Sertralin nachgewiesen werden.

Kombinierte (psychotherapeutische und pharmakologische) Interventionen

In 5 RCT wurde die Wirksamkeit eines kombinierten, z. T. algorithmusbasierten Vorgehens im Vergleich zu einer Standardbehandlung evaluiert. In den meisten Studien wurden dabei eher rudimentäre psychologische Interventionen und psychoedukative Maßnahmen mit antidepressiver Medikation kombiniert (■ **Tab. 1**).

In zwei algorithmusbasierten RCT wurden psychologische Module auf ihre Wirksamkeit überprüft, die u. a. Problemlösetrainings und Psychoedukation beinhalteten, mit einer bei Bedarf zusätzlich angesetzten antidepressiven Medikation kombiniert. Die Ergebnisse beider Studien belegten bezogen auf die Depressionssymptomatik eine überlegene Wirksamkeit der Intervention im Vergleich zur medizinischen Standardbehandlung.

Ein positiver Effekt auf die Stoffwechseleinstellung war jedoch nicht beobachtbar [27, 28].

In einer Studie von Bogner et al. an älteren Diabetespatienten zeigte sich, dass sich die Kombination von interpersoneller Psychotherapie und antidepressiver Medikation mit Citalopram positiv auf das Mortalitätsrisiko auswirkte, ohne dass jedoch Daten über antidepressive Effekte publiziert worden wären [29].

In zwei weiteren Studien wurden positive Effekte einer kombinierten, interdisziplinären Intervention [30] bzw. einer Kombinationen aus verhaltenstherapeutischen Techniken und antidepressiver Medikation verglichen [31]. Beide Studien erbrachten positive Effekte in Bezug auf Lebensqualität und Depression. Günstige Effekte auf die Stoffwechseleinstellung konnten jedoch erneut nicht beobachtet werden.

■ Insgesamt zeigen sich gute antidepressive Effekte der algorithmusbasierten kombinierten Interventionen.

Offensichtlich fehlt diesen Vorgehensweisen jedoch ein überzeugender Ansatzpunkt, um auch günstige Effekte auf die Qualität der Stoffwechseleinstellung und somit die Prognose des Diabetes zu erreichen. Aufgrund der flexiblen Untersuchungsdesigns ist es nicht möglich, die wirksamen Komponenten dieser Therapieansätze eindeutig zu identifizieren.

Maßgeschneiderte Therapiemöglichkeiten für ältere Patienten im Kompetenznetz Diabetes mellitus

Obwohl ältere Menschen besonders häufig von subklinischen bis leichten depressiven Verstimmungen betroffen sind [32], wurde diese Patientengruppe in der Konzeption und Überprüfung spezieller Behandlungsmöglichkeiten bislang kaum berücksichtigt. Lediglich drei der aufgeführten RCT beziehen ältere Patienten (60 Jahre und älter) explizit in die Wirksamkeitsüberprüfung einer psychologischen [18], einer pharmakologischen [26] und einer algorithmusbasierten kombinierten Intervention [29] mit ein. Die Frage, welche Interventionen für ältere depressive Dia-

betespatienten am effektivsten sind, kann aufgrund der ungenügenden Datenbasis derzeit kaum beantwortet werden.

Um hier einen entscheidenden Erkenntnisgewinn zu ermöglichen, fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Kompetenznetz Diabetes mellitus die MIND-DIA (Minor Depression und Diabetes-) Studie. Das primäre Ziel ist es, neue Behandlungsansätze für älterer depressive Diabetespatienten zu entwickeln und in einer großen multizentrischen Studie zur evaluieren [33].

In der derzeit noch laufenden randomisierten, kontrollierten Studie werden Typ-2-Diabetes-Patienten im Alter von 65 bis 85 Jahren mit geringgradiger depressiver Symptomatik behandelt. In einer 12-wöchigen Kurzzeitphase und einer anschließenden einjährigen Langzeitphase werden drei verschiedene Interventionen verglichen:

- a) diabetesspezifische kognitive Gruppenverhaltenstherapie für Ältere,
- b) Gesprächs- und Aktivitätengruppe „Erfolgreich Altern mit Diabetes“,
- c) intensivierete ärztliche Standardbehandlung.

In der diabetesspezifischen Gruppenverhaltenstherapie werden verschiedene Strategien vermittelt, um depressive Verstimmungen oder Belastungen verbunden mit dem Diabetes besser bewältigen zu können. Wichtige Behandlungsbausteine sind eine altersgerechte, positive Aktivierung der Patienten, die Bearbeitung negativer Gedanken und Sorgen im Hinblick auf z. B. altersspezifische funktionale Beeinträchtigungen, die Integration der Erkrankung in das Leben sowie das Erlernen verschiedener Fertigkeiten im Bereich der sozialen Kompetenz oder der Problemlösefähigkeit. Die körperliche Aktivierung der Patienten wird durch die Anwendung eines Schrittzählers mit individualisierten Therapiezielen unterstützt.

Die Gesprächs- und Aktivitätengruppe „Erfolgreich Altern mit Diabetes“ wurde angelehnt an Prinzipien von Selbsthilfegruppen konzipiert. Im Vordergrund stehen der Erfahrungsaustausch, die gegenseitige soziale Unterstützung sowie das Planen gemeinsamer Aktivitäten.

Infobox 1 Versorgungsangebot für ältere Patienten mit Typ-2-Diabetes (MIND-DIA-Studie)

- Die MIND-DIA-Studie wird in Kooperation mit Praxen und Kliniken im Rhein-Main- und im Ruhrgebiet durchgeführt.
- Teilnehmen können Patienten im Alter von 65 bis 85 Jahren mit Typ-2-Diabetes und leichten depressiven Verstimmungen.
- Eine Teilnahme an der Studie ist noch *bis einschließlich September 2011* möglich.

Kontakt:

- Studienhotline: 0234 5077-3223 oder
- <http://www.beratung-diabetes.de>

Im Rahmen der intensivierten ärztlichen Standardbehandlung erhält der behandelnde Prüfarzt einen detaillierten diagnostischen Befund zur Depressions-symptomatik und gibt dem Patienten eine individuelle Therapieempfehlung („wait and see“, stützende Gespräche, Psychotherapie oder antidepressive Medikamente).

Die medizinische Behandlung des Diabetes erfolgt unabhängig von der Studie („treatment as usual“). Patienten, welche die Einschlusskriterien erfüllen, können derzeit noch im Rhein-Main-Gebiet und im Ruhrgebiet von dem Behandlungsangebot profitieren (■ Infobox 1).

Fazit für die Praxis

Depressive Störungen sind auch bei Patienten mit Diabetes ähnlich gut behandelbar wie bei depressiven Patienten, die nicht an einer chronischen körperlichen Erkrankung leiden. Die aktuelle Studienlage zeigt jedoch deutliche Forschungslücken auf. Bislang ist es nicht eindeutig gelungen, eine Behandlung zu identifizieren, die sich neben der Verbesserung der Depressionssymptomatik günstig auf relevante medizinische Parameter auswirkt. Zudem ist die Gruppe der älteren Diabetespatienten in der Entwicklung und Evaluation von Therapieoptionen bislang kaum berücksichtigt worden. Die Zunahme sowohl des Typ-2-Diabetes als auch der depressiven Erkrankungen bei über 65-Jährigen erfordert verbesserte diagnostische und therapeutische Optionen. In der hausärztlichen und diabetologischen Versorgung sollten auch leichte depressive Verstimmungen offen und

unterstützend vom Arzt angesprochen werden. Bei anhaltender depressiver Symptomatik sollte die Aufnahme einer psychopharmakologischen und/oder psychotherapeutischen Begleitbehandlung empfohlen werden.

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. F. Petrak



Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum
Alexandrinenstr. 1–3,
44791 Bochum
mail@dr-frank-petrak.de

K. Plack



Psychologisches Institut,
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz
Wallstr. 3, 55122 Mainz
kplack@uni-mainz.de

Danksagung. Die Arbeit wurde unterstützt durch das „Kompetenznetz Diabetes mellitus“, gefördert vom deutschen Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen 01G10805–07).

Interessenkonflikt. Die korrespondierenden Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ (2001) The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 24:1069–1078
- Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S, Golden SH (2008) Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diabetes Care* 31:2383–2390
- Richardson LK, Egede LE, Mueller M et al (2008) Longitudinal effects of depression on glycemic control in veterans with type 2 diabetes. *Gen Hosp Psychiatry* 30:509–514
- Richardson LK, Egede LE, Mueller M (2008) Effect of race/ethnicity and persistent recognition of depression on mortality in elderly men with type 2 diabetes and depression. *Diabetes Care* 31:880–881
- Egede LE, Nietert PJ, Zheng D (2005) Depression and all-cause and coronary heart disease mortality among adults with and without diabetes. *Diabetes Care* 28:1339–1345
- Bruce DG, Casey G, Davis WA et al (2006) Vascular depression in older people with diabetes. *Diabetologia* 49:2828–2836
- Black SA, Markides KS, Ray LA (2003) Depression predicts increased incidence of adverse health outcomes in older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 26:2822–2828
- Katon WJ, Simon G, Russo J et al (2004) Quality of depression care in a population-based sample of patients with diabetes and major depression. *Med Care* 42:1222–1229

- Moussavi S, Chatterji S, Verdes E et al (2007) Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 370:851–858
- Hermanns N, Kulzer B, Krichbaum M et al (2006) How to screen for depression and emotional problems in patients with diabetes: comparison of screening characteristics of depression questionnaires, measurement of diabetes-specific emotional problems and standard clinical assessment. *Diabetologia* 49:469–477
- Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T et al (2005) International DAWN advisory panel: resistance to insulin therapy among patients and providers: results of the cross-national Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care* 28:2673–2679
- Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE (2000) Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med* 160:3278–3285
- Lin EH, Katon W, Von Korff M et al (2004) Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care* 27:2154–2160
- Petrak F (2008) Depression und Diabetes mellitus. *Psychotherapie im Dialog* 9:365–369
- Sneed JR, Roose SP, Sackeim HA (2006) Vascular depression: a distinct diagnostic subtype? *Biol Psychiatry* 60:1295–1298
- Lustman PJ, Griffith LS, Freedland KE et al (1998) Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 129:613–621
- Huang X, Song L, Li T (2001) The effect of social support on type II diabetes with depression. *Chin J Clin Psychol* 9:187–189
- Lamers F, Jonkers CC, Bosma H et al (2010) A minimal psychological intervention in chronically ill elderly patients with depression: a randomized trial. *Psychother Psychosom* 79:217–226
- Simson U, Nawarotzky U, Friese G et al (2008) Psychotherapy intervention to reduce depressive symptoms in patients with diabetic foot syndrome. *Diabet Med* 25:206–212
- Pibernik-Okanovic M, Begic D, Adjukovic D et al (2009) Psychoeducation versus treatment as usual in diabetic patients with subthreshold depression: preliminary results of a randomized controlled trial. *Trials* 10:78
- Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE et al (1997) Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosom Med* 59:241–250
- Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, Clouse RE (2000) Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Diabetes Care* 23:618–623
- Lustman PJ, Clouse RE, Nix BD et al (2006) Sertraline for Prevention of Depression Recurrence in Diabetes Mellitus: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 63:521–529
- Echeverry D, Duran P, Bonds C et al (2009) Effect of pharmacological treatment of depression on A1C and quality of life in low-income Hispanics and African Americans with diabetes: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes Care* 32:2156–2160
- Paille-Hyvarinen M, Wahlbeck K, Eriksson J (2007) Quality of life and metabolic status in mildly depressed patients with type 2 diabetes treated with paroxetine: a double-blind randomised placebo controlled 6-month trial. *BMC Fam Pract* 8:34

www.SpringerMedizin.de Das Internet der Ärzte

26. Barragan-Rodriguez L, Rodriguez-Moran M, Guerrero-Romero F (2008) Efficacy and safety of oral magnesium supplementation in the treatment of depression in the elderly with type 2 diabetes: a randomized, equivalent trial. *Magnes Res* 21:218–223
27. Williams JW Jr, Katon W, Lin EHB et al (2004) The effectiveness of depression care management on diabetes-related outcomes in older patients. *Ann Intern Med* 140:1015–1024
28. Katon WJ, Von Korff M, Lin EHB et al (2004) The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Arch Gen Psychiatry* 61:1042–1049
29. Bogner HR, Morales KH, Post EP, Bruce ML (2007) Diabetes, depression, and death: a randomized controlled trial of a depression treatment program for older adults based in primary care (PROSPECT). *Diabetes Care* 30:3005–3010
30. Stiefel F, Zdrojewski C, Bel Hadj F et al (2008) Effects of a multifaceted psychiatric intervention targeted for the complexmedically ill: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 77:247–256
31. Ell K, Aranda MP, Xie B et al (2010) Collaborative care management of major depression among low-income, predominantly Hispanic subjects with diabetes: a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 33:706–713
32. Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Köhler L et al (2008) Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. *J Affect Disord* 111:153–163
33. Petrak F, Hautzinger M, Plack K et al (2010) Cognitive behavioural therapy in elderly type 2 diabetes patients with minor depression or mild major depression: study protocol of a randomized controlled trial (MIND-DIA). *BMC Geriatr* 10:21



© Konstantin Suttyagin / Fotolia.com

Sie möchten auf dem Laufenden bleiben? In umfassenden Zeitschriftenbibliotheken recherchieren? Sich fortbilden und CME-Punkte sammeln oder bei Experten Ihres Fachgebiets Rat suchen? Dann sind Sie auf SpringerMedizin.de, dem neuen Fachportal für Ärzte, goldrichtig. Denn dort erwartet Sie eine Fülle von nützlichen Informationen – maßgeschneidert auf Ihr Fachgebiet.

Von Anaesthetie bis Zahnmedizin – die ganze Welt der Medizin ist nur wenige Klicks entfernt. www.SpringerMedizin.de ist das Fachportal für Ärzte in Deutschland

Es lohnt sich, mehrmals am Tag mit SpringerMedizin.de online zu gehen. Täglich stellt Ihnen das Redaktionsteam neue interessante Themen aus Medizin und Gesundheitspolitik zusammen. Weitere News aus der Hauptstadt und Informationen, was sich in den einzelnen Bundesländern und KVen tut, stehen im Rubrikenkasten „Gesundheitspolitik“ bereit. Täglich neue Meldungen zu medizinischen Themen finden Sie unter „Medizin kompakt“. Kurz und bündig geben Ihnen diese Meldungen einen schnellen Überblick, was sich in der Medizin alles tut.

Fortbildung und CME

Unter dem Navigationspunkt „Fortbildung“ stehen Ihnen interessante Übersichtsarbeiten, spannende Kasuistiken und CME-Beiträge aus den Springer-Fachzeitschriften zur Verfügung. Unter „Zeitschriften“ finden Sie das gesamte Zeitschriftenangebot von Springer Medizin nach Fachgebieten und

Titeln geordnet. In dieser umfassenden Online-Bibliothek stehen für Abonnenten die Inhalte von über 70 renommierten Titeln bis in die 1990er-Jahre bereit.

Ihr personalisiertes Informationsangebot

SpringerMedizin.de ist ein Fachportal für Ärzte, daher sind alle medizinischen Inhalte passwortgeschützt. Die kostenlose Registrierung ist schnell erledigt und hat einen großen Vorteil: Sobald Sie bei der Registrierung Ihr Fachgebiet angegeben haben, erhalten Sie künftig automatisch als personalisierte Startseite das entsprechende Fachportal angezeigt. Ihre Startseite können Sie nach Wunsch weiter anpassen: Die grauen Rubrikenkästen (sog. Portlets) lassen sich verschieben, umgruppieren oder auch wegklicken. Über den Knopf „Mehr Inhalte hinzufügen“ können Sie weitere Rubriken auswählen und auf der Startseite anzeigen lassen. Möchten Sie auch News und Beiträge aus anderen Fachgebieten lesen – kein Problem, konfigurieren Sie Ihr Portlet ganz

nach Wunsch. Sobald Sie die Konfiguration abgespeichert haben, erscheint sie beim nächsten Log-in genau so wieder. Über den orangenen Button „Guided Tour“ erklären wir Ihnen alle Möglichkeiten der individuellen Anpassung in einem Film.

Diese Beispiele sind nur ein Bruchteil dessen, was SpringerMedizin.de zu bieten hat. Steuern Sie das Internet der Ärzte an und lassen Sie sich überraschen! Es lohnt sich.

Dr. Sonja Kempinski
Chefredakteurin SpringerMedizin.de