

Loht sich ein Screening auf psychosoziale Belastungen bei insulinbehandelten Typ 2-Diabetikern in der diabetologischen Schwerpunktpraxis?

Maier B., Kulzer B., Hermanns N., Mahr M. & Haak T.
Forschungsinstitut Diabetes-Akademie Bad Mergentheim (FIDAM)
Diabetes Zentrum Mergentheim (DZM)



Einleitung: In diabetologischen Schwerpunktpraxen werden bevorzugt Patienten behandelt, deren Diabetes in der hausärztlichen Versorgung nicht mehr befriedigend eingestellt werden kann. Neben somatischen Faktoren kommen häufig auch psychosoziale Faktoren als Ursache für die Probleme der DiabetesEinstellung in Betracht. Es ist daher damit zu rechnen, dass bei Diabetikern, die in diabetologischen Schwerpunktpraxen behandelt werden, häufig ein reduziertes Wohlbefinden und erhöhte diabetesbezogene Belastungen anzutreffen sind. Diese Studie untersucht die Häufigkeit eines eingeschränkten psychischen Wohlbefindens und erhöhter diabetesbezogener Belastungen bei in diabetologischen Schwerpunktpraxen behandelten insulinpflichtigen Typ 2-Diabetikern. Darüber hinaus sollen Merkmale identifiziert werden, in denen sich Patienten mit einem reduzierten Wohlbefinden und ausgeprägten diabetesbezogenen Belastungen von nichtbelasteten Patienten unterscheiden.

Methodik: Die Untersuchung basiert auf Daten von Patienten aus 18 verschiedenen diabetologischen Schwerpunktpraxen in Deutschland. Insgesamt füllten 184 insulinbehandelte Typ 2-Diabetiker (Alter $62,9 \pm 8,3$ J.; 44,6% weiblich; Diabetesdauer $13,7 \pm 7,6$ J.; HbA1c $8,3 \pm 1,4\%$; BMI $33,3 \pm 5,9$ kg/m², vgl. Tabelle 1) den WHO-5-Fragebogen zum psychischen Wohlbefinden aus. Ein Maximalscore von 25 spricht für ein optimales Wohlbefinden. Ab einem Score von <13 ist von einem reduzierten Wohlbefinden, ab einem Score von $<=10$ von einer erhöhten Depressivität auszugehen. Zusätzlich bearbeiteten die Teilnehmer den PAID-Fragebogen zur Erfassung diabetesbezogener Belastungen. Leichte diabetesbezogene Belastungen liegen ab einem PAID-Score von $>=33$ vor, während ein PAID-Score von $>=40$ für deutlich ausgeprägte diabetesbezogene Belastungen spricht. Patienten, bei denen entweder ein WHO-5-Score <13 oder ein PAID-Score von $>=40$ vorlag, wurden als „belastet“ klassifiziert. Weiterhin bearbeiteten die Patienten den CES-D-Fragebogen zur Erfassung von Depressivität, den Diabetes-Wissenstest DWT T2 für Typ 2-Diabetiker, die Skala „Zufriedenheit mit der Diabetestherapie“, den ITEQ-Fragebogen zur Erfassung der Zufriedenheit mit der Insulintherapie sowie den SF-12-Fragebogen zur Bestimmung der körperlichen und psychischen Lebensqualität. Mit Hilfe von t-Tests für unabhängige Stichproben wurden Unterschiede zwischen „nicht belasteten“ und „belasteten“ Patienten bezüglich soziodemographischer, erkrankungs- und therapiebezogener Merkmale sowie Maßen der Zufriedenheit mit der Diabetes- und Insulintherapie, Depressivität und Lebensqualität ermittelt.

Ergebnisse: Im WHO-5 Fragebogen berichteten 29% der Stichprobe ein reduziertes psychisches Wohlbefinden und bei 20% lag der Wohlbefindensscore $<=10$. Nach den Ergebnissen des PAID-Fragebogens lagen bei 26% der Stichprobe diabetesbezogene Belastungen vor, bei 18% waren diese Belastungen sogar besonders stark ausgeprägt. Bei 34% der Stichprobe waren entweder eine reduzierte psychische Befindlichkeit oder ein hohes Ausmaß diabetesbezogener Probleme präsent. Diese Patientengruppe war im Mittel jünger (Alter $59,3 \pm 9,0$ J.) im Vergleich zu nichtbelasteten Patienten ($65,2 \pm 6,9$ J., $p < .0001$, vgl. Abbildung 1A), hatte einen höheren Anteil an weiblichen Patienten (23,9 % vs 20,7 %, $p < .0001$, vgl. Abbildung 1B) und wies eine kürzere Diabetesdauer auf ($12,1 \pm 6,7$ J. vs $14,7 \pm 7,9$ J., $p < .02$, vgl. Abbildung 2A). Belastete Patienten wiesen einen höheren HbA1c auf ($8,6 \pm 1,3$ vs $8,2 \pm 1,5$, $p = .05$, vgl. Abbildung 2B) und waren besser über den Diabetes informiert (DWT-Score $25,3 \pm 3,5$ vs $24,2 \pm 2,7$, $p < .04$, vgl. Abbildung 3A). Weiterhin war diese Patientengruppe unzufriedener sowohl mit der Diabetestherapie im Allgemeinen (Zufriedenheitsscore $30,2 \pm 6,8$ vs $24,3 \pm 6,4$, $p < .0001$, vgl. Abbildung 3B) als auch mit der Insulintherapie (ITEQ-Score $75,7 \pm 13,0$ vs $70,9 \pm 12,2$, $p < .0001$, vgl. Abbildung 4A). Belastete Patienten beschrieben sich depressiver (CES-D-Score $21,6 \pm 9,1$ vs $11,2 \pm 5,5$, $p < .0001$, vgl. Abbildung 4B), sowohl eine reduzierte körperliche Lebensqualität (SF-12-Score $37,4 \pm 10,1$ vs $42,1 \pm 10,0$, $p < .004$, vgl. Abb. 5A) als auch eine geringere psychische Lebensqualität (SF-12-Score $44,3 \pm 10,5$ vs $55,6 \pm 7,0$, $p < .0001$, vgl. Abbildung 5B). Eine nähere Analyse ergab, dass von den 28,7% der Patienten mit reduziertem Wohlbefinden 11,0% starke diabetesbezogene Belastungen beschrieben. Umgekehrt berichteten von den 18,2% der Patienten mit starken diabetesbezogenen Belastungen 11,0% über eine reduzierte Befindlichkeit (vgl. Tab. 2).

Schlussfolgerung: Etwa ein Drittel der in einer diabetologischen Schwerpunktpraxis therapierten Typ 2-Diabetiker mit Insulinbehandlung weisen psychosoziale Probleme auf, die sich in einem reduzierten Wohlbefinden oder diabetesbezogenen Belastungen äußern. Patienten mit psychosozialen Problemen sind im Mittel jünger, sind unzufriedener mit der Diabetes- und Insulintherapie und berichten sowohl über eine reduzierte körperliche als auch psychische Lebensqualität. Sowohl ein reduziertes Wohlbefinden als auch starke diabetesbezogene Belastungen wie auch das Vorliegen beider Merkmale können Barrieren einer guten glykämischen Kontrolle darstellen. Ein regelmäßiges Monitoring des psychischen Wohlbefindens und des Auftretens diabetesbezogener Belastungen ist daher auf der Ebene der diabetologischen Schwerpunktpraxis sinnvoll.

Tabelle 1: Stichprobencharakteristik

Stichprobencharakteristika	n = 184
Mittleres Alter (Jahre) \pm SD	$62,9 \pm 8,3$
Mittlere Diabetesdauer (Jahre) \pm SD	$13,7 \pm 7,6$
Mittlere Dauer der Insulinbehandlung (Jahre) \pm SD	$5,4 \pm 5,0$
HbA1c (%) \pm SD	$8,3 \pm 1,4$
Mittlerer BMI (kg/m ²) \pm SD	$33,3 \pm 5,9$
Mittlere IE kg per diem \pm SD	$0,67 \pm 0,44$
Mittlere Anzahl der Insulininjektionen \pm SD	$3,7 \pm 1,4$
Mittlere Anzahl der Blutzuckerselbstkontrollen per diem \pm SD	$3,3 \pm 1,4$

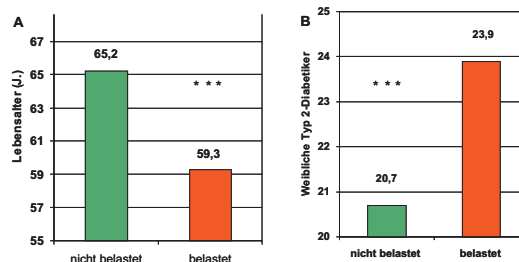


Abbildung 1: Zusammenhang diabetesbezogener Belastung mit Alter (A) und Geschlecht (B)

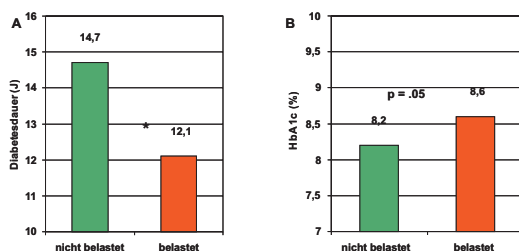


Abbildung 2: Zusammenhang diabetesbezogener Belastung mit Diabetesdauer (A) und HbA1c (B)

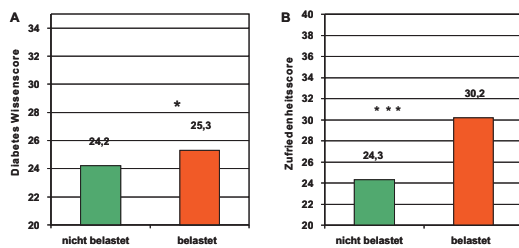


Abbildung 3: Zusammenhang diabetesbezogener Belastung mit Diabeteswissen (A) und Therapiezufriedenheit (B)

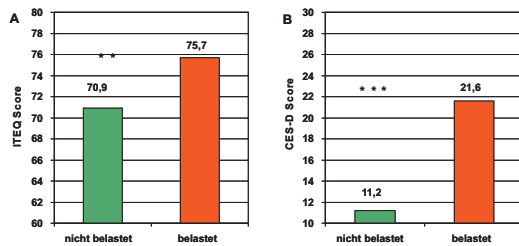


Abbildung 4: Zusammenhang diabetesbezogener Belastung mit Erfahrungen bezüglich Insulintherapie (A) und Depressivität (B)

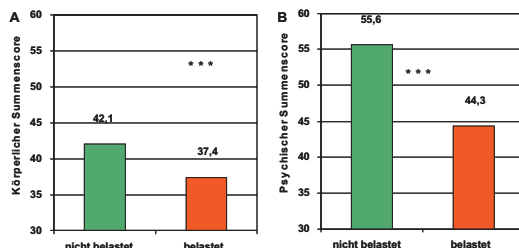


Abbildung 5: Zusammenhang diabetesbezogener Belastung mit körperlicher Lebensqualität (A) und psychischer Lebensqualität (B)

Tabelle 2: 4-Felder Tafel zum Zusammenhang diabetesbezogener Belastungen und psychischem Wohlbefinden

	Starke diabetesbezogene Belastungen (Anteil der Patienten in %)			
	nein	ja	insgesamt	
Reduziertes Wohlbefinden (Anteil der Patienten in %)	Nein	64,1	7,2	71,3
	Ja	17,7	11,0	28,7
insgesamt		81,7	18,2	