

Depressionen bei ambulanten Patienten eines regionalen Tumorzentrums

Screeningergebnisse und unerkannter Behandlungsbedarf

Sharpe M, Strong V, Allen K, et al. Major depression in outpatients attending a regional cancer centre: screening and unmet treatment needs. *Br J Cancer* 2004;90:314–20.

Fragestellung

Wie viele Patienten eines großen regionalen Tumorzentrums, die an einer Depression gemäß DSM-IV-Kriterien leiden, werden mittels des dargestellten zweistufigen Screeningmodells zuverlässig identifiziert und sind adäquat behandelt?

Hintergrund

Bereits seit einiger Zeit besteht nicht mehr nur im angloamerikanischen Raum die Forderung nach einem generellen Depressionsscreening für alle allgemeinmedizinischen Patienten. Aufgrund großer Patientenzahlen und nur begrenzter, insbesondere zeitlicher Kapazitäten ist eine zuverlässige Abgrenzung depressiver Störungen (Major-Depression) von Befindlichkeitsstörungen zu fordern, so dass geeignete Screeningprogramme erarbeitet werden müssen.

Depressionen haben einen erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität insbesondere von Krebspatienten und führen unbehandelt zu schlechterer Compliance der Patienten und schlechterem Ergebnis.

Patienten und Methodik

Im vorgestellten Studiendesign wurden im Zeitraum von 1 Jahr 5613 ambulante Patienten des Tumorthherapie-zentrums in Edinburgh mit einem neu entwickelten zweistufigen Screeningverfahren untersucht. Im ersten Schritt füllten die Patienten bei Ankunft im Therapiezentrum den HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) selbstständig mittels eines Touchscreen-Computers oder konventionell mit Stift und Papier aus. Die beiden Untersuchungsverfahren gelten als gleichwertig. Zeigten sich hier über dem Grenzwert liegende Scores, wurde zusätzlich ein telefonisches SCID-Interview (strukturiertes klinisches Interview zur Diagnostik der Major-Depression gemäß DSM-IV-Kriterien) durch speziell hierfür trainierte Mitarbeiter und nach Genehmigung durch die betreuenden Onkologen durchgeführt. Die Auswertung der Interviews erfolgte anschließend gemeinsam durch Psychiater und Interviewer anhand von Tonbandaufzeichnungen.

Wurden Depressionen diagnostiziert, so fand anschließend die Erhebung weiterer Daten zur Person und zu den Erkrankungen statt. Es erfolgte die schriftliche Information des Hausarztes, und den Patienten wurde die Teilnahme an einer weiteren Studie zur Intervention angeboten.

Die gleichmäßige Verteilung der Altersgruppen, Geschlechter und Diagnosen sollte in der Stichprobe beachtet werden. Patienten mit in Anbetracht ihrer Tumordiagnose kurzer Lebenserwartung (< 6 Monate) wurden ausgeschlossen, ebenso Patienten mit schweren psychischen Komorbiditäten (Psychosen, bipolare Störungen), chronischen Depressionen, Alkohol-/Substanzmissbrauch oder hirnorganischen Erkrankungen (zerebrale Foliae, Epilepsien).

Ergebnisse

3938/5613 Patienten ($\cong 70\%$) füllten den HADS aus. Bei 570/891 ($\cong 64\%$) wurde aufgrund hoher Belastungsscores im HADS ein telefonisches SCID-Interview durchgeführt. In 196/570 Fällen ($\cong 34\%$) ergab das Interview die Diagnose einer depressiven Störung nach DSM-IV-Kriterien.

Für die 321 fehlenden Interviews (aus organisatorischen Gründen 79, abgelehnt 18, durch Ausschluss seitens der Onkologen 224) wurde die vergleichbare Rate an Depressionen wie für die interviewten Patienten zugrunde gelegt.

Bezogen auf alle Patienten, die den HADS am ambulanten Tumortheriezentrum Edinburgh ausgefüllt hatten, errechneten die Autoren damit eine geschätzte Prävalenz der depressiven Störungen von 7,8%.

150/196 an einer Depression leidenden Tumortheriepatienten konnten auf ihre Charakteristika hin analysiert werden.

90% waren Frauen, 77% hatten ein Mammakarzinom, die mediane Erkrankungszeit seit Erst-diagnose betrug 3 (0–29) Jahre.

Die aktuelle depressive Episode dauerte im median 6 (1–216) Monate, in 49% handelte es sich um eine erste Depression. Bei 65% der Patienten setzte die Depression im Verlauf der Krebserkrankung ein, bei 24% mit der Erstdiagnose, bei 11% mit dem Rezidiv des Tumors.

Zum Zeitpunkt des Screenings erhielten lediglich 23/150 Patienten ($\cong 15\%$) eine Behandlung der Depression nach evidenzbasierten Kriterien.

50% der Patienten hatten ihrem Onkologen oder Allgemeinarzt nicht von der depressiven Stimmung berichtet. 43/150 ($\cong 29\%$) wurden Antidepressiva angeboten; von diesen erhielten lediglich 50% eine minimal adäquate Dosis (75 mg/d trizyklische Antidepressiva). Nur 11/150 Betroffene

nen ($\cong 7\%$) wurden zum Spezialisten (Psychiater oder Psychologen) überwiesen, und lediglich 7/150 ($\cong 5\%$) erhielten eine Psychotherapie.

Schlussfolgerung

Die Autoren bewerten das zweistufige Modell als geeignet, um in großen Kollektiven von Tumorpatienten jene mit depressiven Störungen gemäß DSM-IV-Kriterien zu identifizieren.

Vor dem Hintergrund des immer größer werdenden Kostendrucks im Gesundheitswesen und der steigenden Anzahl von Tumorpatienten sind Screeningprogramme zur sicheren Identifikation psychosozial belasteter Patienten sinnvoll und notwendig. Die in der Praxis noch häufig praktizierte Methode, Patienten dem psychoonkologischen Dienst erst dann vorzustellen, wenn diese durch Non-Compliance, schwere Depressionen oder Angststörungen, Aggressionen und ausgeprägte Schlafstörungen auffallen, hat sich in der Praxis als wenig hilfreich erwiesen, ist aber u.a. durch die immer noch unzureichende Verfügbarkeit von Psychoonkologen bedingt. Die Frage des geeigneten Instrumentariums für ein zuverlässiges, unkompliziertes und gut akzeptiertes Screening ist seit Jahren Gegenstand der psychoonkologischen Forschung [2, 4]. Ob die hier vorgestellte computer- und telefongestützte Methode das persönliche Interview ersetzen kann, sollte zumindest kritisch betrachtet werden [1, 5].

Die Autoren bestätigen die gute Akzeptanz der Touchscreen-Fragebogentechnik mit einer höheren Rate komplett ausgefüllter Bögen als in der konventionellen Variante mit Papier und Stift. Auch das am Telefon geführte Interview sei überraschend gut angenommen worden. Dem steht aber dennoch die nicht zu vernachlässigende Ausfallquote in der vorliegenden Untersuchung gegenüber (70% HADS-Rücklauf, 64% Interviews). Beachtet werden muss auch, dass hier Patienten, die aufgrund organisatorischer Schwierigkeiten nicht interviewt werden konnten, extrapoliert wurden. Allerdings fanden sich in dieser nicht real interviewten Gruppe 70% Patienten, die durch den betreuenden Onkologen ausgeschlossen wurden; die Gründe für die Entscheidungen sind nicht spezifiziert. Die ausführliche Betrachtung dieser Patienten wäre von großem Interesse. Auch wird es wohl nicht zu vermeiden sein, dass in automatisierten Screeningprogrammen eine

Unbefriedigend hingegen ist das Ergebnis, dass nur 15% der Tumorpatienten mit einer Depression einer adäquaten Behandlung zugeführt werden.

Korrespondenzadresse

Dr. Michael Sharpe, Division of Psychiatry, University of Edinburgh, Kennedy Tower, Royal Edinburgh Hospital, Morningside Park, Edinburgh EH10 5 HF, Großbritannien. E-Mail: michael.sharpe@ed.ac.uk

« Referat und Kommentar

nicht immer objektive Vorauswahl durch die onkologischen Teams getroffen wird. Durch dieses Verfahren werden aber weitere depressive Patienten nicht als solche erkannt. Zusätzliche Trainingsprogramme für die onkologischen Teams müssten hier initiiert werden [2–4]. Die Autoren diskutieren darüber hinaus neben der möglichen bewussten Verleugnung depressiver Symptome im Fragebogensetting die besonderen Charakteristika ihrer Stichprobe (hoher Frauenanteil, hoher Anteil von Patienten mit Mammakarzinom, ausschließlich ambulante Patienten, wenige Patienten während der akuten Tumortherapie) als weitere Gründe für die hier gefundene sehr niedrige Rate von 8% Depressionen bei Tumorpatienten.

Kritisch betrachten die Autoren selbst ihr Studiendesign bezüglich der Erhebung der Behandlungsdaten depressiver Patienten. Die unbefriedigende Zahl nur 15% adäquat behandelte depressiver Patienten könnte möglicherweise korrigiert werden, wenn alle Patienten bereits zum Zeitpunkt der HADS-Erhebung zu Begleiterkrankungen und Komedikationen befragt würden.

Für Deutschland liegen lediglich Daten aus dem Bundesgesundheitsurvey vor (Erhebung 1998–1999) mit einer Prävalenz depressiver Störungen in der Allgemeinbevölkerung von bereits 8%, von denen allerdings nur < 10% eine grob adäquate Intervention erhalten [6, 7].

Bei aller eingeschränkten Vergleichbarkeit (Allgemeinbevölkerung vs. Krebspatienten, Versorgungssysteme in Großbritannien vs. Deutschland, Diagnosekriterien DSM-IV vs. ICD-10) sind auch diese Daten alles andere als ermutigend. Die Fortführung dieser Arbeit unter repräsentativem Einschluss aller onkologischen Patienten und weiterer Sensibilisierung der onkologischen Teams für die Problematik der depressiven Komorbidität und deren Behandlungsbedarf stellt einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation von Krebspatienten dar.



Pia Heußner

Psychoonkologie am
Tumor-Therapie-Zentrum
Klinikum rechts der Isar,
München
E-Mail: heussner.pia@
ntl.chir.med.tu-muenchen.de

Literatur

1. Cull A, Gould A, House A, et al. Validating automated screening for psychological distress by means of computer touchscreens for use in routine oncology practice. *Br J Cancer* 2001;85:1842–9.
2. Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, et al. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer* 2001;84:1011–5.
3. Maguire P, Pitceathly C. Improving the psychological care of cancer patients and their relatives. The role of specialist nurses. *J Psychosom Res* 2003;55:469–74.
4. Razavi D, Merckaert I, Marchal S, et al. How to optimize physicians' communication skills in cancer care: results of a randomized study assessing the usefulness of posttraining consolidation workshops. *J Clin Oncol* 2003;21:3141–9.
5. Velikova G, Wright EP, Smith AB, et al. Automated collection of quality-of-life data: a comparison of paper and computer touch-screen questionnaires. *J Clin Oncol* 1999;17:998–1007.
6. Wittchen HU, Hofler M, Meister W. Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary settings: poorly recognized and treated? *Int Clin Psychopharmacol* 2001;16:121–35.
7. Wittchen HU, Muller N, Pfister H, et al. Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen* 1999;61:Sonderheft:5216–22.

Schlüsselwörter: Screening, Krebspatienten, Depression, Behandlungsbedarf, Antidepressiva

InfoNOTIZ

„Rauchfrei 2004 – 10 000 Euro zu gewinnen“: Über 90 000 Teilnehmer bei der größten deutschen Aktion zum Rauchstopp

Zum Welt-Nichtrauchertag am 31.05.2004 endet Deutschlands größte Aktion zum Rauchstopp „Rauchfrei 2004 – 10 000 Euro zu gewinnen“. Sie stand unter der Schirmherrschaft von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und wurde durchgeführt vom Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

In diesem Jahr haben 90 184 Raucherinnen und Raucher an der Aktion teilgenommen. Sie alle wollten mit dem Rauchen aufhören und verpflichteten sich, vom 01.05.2004 an 4 Wochen lang nicht zu rauchen. Damit konnte die Teilnehmerzahl des letzten Wettbewerbs des Jahres 2002, an dem 90458 Personen teilnahmen, wieder nahezu erreicht werden. „Der großartige Erfolg auch der diesjährigen Aktion zeigt, dass sich viele Raucherinnen und Raucher durch eine Mitmachaktion ansprechen lassen und dadurch zum Rauchstopp motiviert werden“, erklärte Dr. Martina Pötschke-Langer vom DKFZ. „Fast die Hälfte aller Raucher in Deutschland denken über einen Rauchstopp nach, schieben diesen allerdings in weite Ferne. Hier setzt unsere Aktion an: Wir schlagen einen festen Termin vor und bieten zahlreiche Unterstützungsmaßnahmen an, wie z.B. telefonische Beratungen.“ „Ich freue mich, dass wir mit dieser Aktion gezielt auch jüngere Raucherinnen und Raucher angesprochen haben“, betonte Dr. Elisabeth Pott, Direktorin der BZgA. „Der Anstieg der Raucherquote in den jüngeren Altersgruppen gibt uns ernsten Anlass zur Sorge. Deshalb konzentriert sich die Bundeszentrale mit ihren Aktivitäten verstärkt auf die Nichtraucherprävention bei jungen Menschen. Die Förderung des Rauchverzichts ist dabei ein wichtiger Bestandteil in der langfristig angelegten ‚rauchfreien‘ Kampagne der BZgA. Der diesjährige Wettbewerb ist

ein wesentliches Element unserer Gesamtstrategie und gibt einen zusätzlichen Impuls, auch tatsächlich mit dem Rauchen aufzuhören. Dabei ist die Idee, auch Unterstützer wie Freunde und Familienangehörige mit einzubeziehen und einen Preis für sie auszusetzen, gerade im Hinblick auf die jugendlichen Raucher ein überzeugendes und zielgerichtetes Konzept“, so Dr. Pott weiter.

Das Los hat die Gewinner bestimmt. Ausgeschrieben waren Geldpreise in Höhe von insgesamt 10000 Euro. Jeweils 2500 Euro wurden an je einen jugendlichen und einen erwachsenen Raucher sowie deren Helfer übergeben. Beide Exraucher haben bei ihrem Hausarzt einen Urintest durchgeführt, der zweifelsfrei belegt, dass sie Nichtraucher sind. „Bedeutsam für den Erfolg der Aktion war die Motivation der aufhörwilligen Raucher durch ihre Familienangehörigen, Freunde und Kollegen. Sie standen nicht allein da, sondern erfuhren breiteste Unterstützung durch ihr soziales Umfeld“, so Dr. Martina Pötschke-Langer. „Auch bedeutsam waren die Gewinnchancen der Mitmachaktion. Es wurde als reizvoll angesehen, sich um die ausgesetzten Geldpreise zu bewerben.“

Hintergrundmaterial zum Rauchen, zur Lebenserwartung von Rauchern und Nichtrauchern, zum gesundheitlichen Vorteil des Rauchstopps, zu Beratungstelefonen, zur Aktion „Rauchfrei 2004“ und den Suchtberatungsstellen erhalten Sie bei unten stehenden Telefonnummern.

Weitere Informationen:
Deutsches Krebsforschungszentrum
Telefon (+49/6221) 423014

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Telefon (+49/221) 8992-280