

Mentale Gesundheit in der VU: Methoden und Folgen eines Depressionsscreenings

Dr. Valerie Kirchmair
Ärztin für Allgemeinmedizin
Schulgasse 1a
6020 Innsbruck

- Epidemiologie/ Lage in Österreich
- Theoretische Rahmenbedingungen eines Depressionsscreenings
- Kurzscreeningfragebögen/Langscreeningfragebögen
- Screeningresultate, Folgen, Effektivität, Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Zusammenfassung

- Quellen: Pubmed, JAMA, Studie IQWiG, Internetpublikation Wancata, DEGS1-MH, Leitfaden für Allgemeinmedizin TGAM, ÖGPP

Epidemiologie depressiver Erkrankungen

- Prävalenz psychischer Störungen 27,7% für Erwachsene im Alter von 18-65 Jahren, Angststörungen 15,3%, unipolare Depression 7,7% (DEGS1-MH 2014)
- Punktprävalenz von ca. 6% bezogen auf die letzten 4 Wochen (Härter et al 2003)
- Frauen häufiger als Männer
- WHO Prognose „Krankheitslast“ für 2030 Depression an 1. Stelle

Versorgungslage Österreich

- in Österreich 150 Psychiater mit Kassenvertrag
- 70% aller Dg. und Verordnungen werden vom Allgemeinmediziner vorgenommen
- ca. 900 000 bekommen Antidepressiva
- 15% in psychotherapeutischer Behandlung

- Durchschnittliche Dauer einer Depression bei ca. 3, unbehandelt bei 4-6 Monaten
- ca. 1/3 anhaltende Remission
- jeder 2. Patient weitere depressive Erkrankung
- nach zweimaliger Erkrankung 70%ige Wahrscheinlichkeit
- nach der 3. Episode 90%ige Wahrscheinlichkeit für ein weiteres Rezidiv (Härter et al 2003)

Prävalenz beim praktischen Arzt

- US Preventive Task Force 2002: Punktprävalenz depressiver Episoden beim praktischen Arzt zwischen 6-8%
- WHO: Prävalenz in 15 verschiedenen Ländern beim praktischen Arzt 15%
- Österreich leider keine Prävalenzstudien
- Internationale Studien zeigen 5-10%

Erkennen depressiver Erkrankungen durch ÄrztInnen für Allgemeinmedizin

- Grossteil der Patienten, die unter Depressionen leiden, sind beim Allgemeinmediziner in Betreuung - 90% Kontakt mit Hausarzt, 7% mit Facharzt für Psychiatrie bzw. einer ambulanten oder stationären Einrichtung Kontakt (Goldberg und Huxley 1980)
- WHO Studie (Üstün & Sartorius 1995) viele falsch oder nicht als psychisch krank diagnostiziert
- Österreichische Allgemeinkrankenhäuser: nicht psychiatrischen Ärzte erkannten 45% aller psychischen Erkrankungen nicht (Wancata et al 2000)

- Depressionen haben das Risiko zu lang dauernden Einschränkungen, erhöhte Sterblichkeit (Suizide)
- erhöhte Zahl von Krankenstandstagen, das führt zu erhöhten Kosten
- weltweit zu den häufigsten Ursachen für Behinderungen
- für eine Reihe somatischer Erkrankungen (KHK, DM II, Lumbago) ist das gleichzeitige Vorliegen einer depressiven Erkrankung ein entscheidender Prognosefaktor bezüglich Chronifizierung/erhöhte Mortalität

Theoretische Rahmenbedingungen des Depressionsscreenings

- Screening Instrumente sollten möglichst exakt vorhersagen, ob jemand an einer Depression leidet (=Kriteriums-Validität) und gleichzeitig zeitökonomisch in der Anwendung sein
- die Verwendung von Screening Instrumenten und die anschließende diagnostische Abklärung soll für die Betroffenen keine nachteiligen Folgen haben
- Überprüfen des Screening-Resultates: möglichst einfach geklärt werden, ob wirklich eine Depression vorliegt

- Es sollen Möglichkeiten für eine effektive Behandlung zur Verfügung stehen
- die gesamte Intervention soll für die Betroffenen bessere Ergebnisse bringen im Vergleich zu keiner Intervention

Kriteriumsvalidität

- Kurzscreeningfragebögen bestehend aus 1-2 Fragen im Vergleich mit längeren Screening Fragebögen
- wie genau die jeweiligen Screening-Instrumente das Vorhandensein einer Depression (= PPV=Positive Predictive Value) bzw. die Abwesenheit einer Depression vorher sagen können (NPP=Negative Predictive Value)
- die Rate aller falsch zugeordneten Patienten wurde bestimmt (OMR= Overall Missclassification Rate)

2-Item Fragebogen

- „Haben Sie sich im letzten Monat niedergeschlagen, depressiv oder hoffnungslos gefühlt?“
- „Hatten Sie im letzten Monat oft wenig Interesse oder Freude an Dingen, die Ihnen früher Spass gemacht haben?“ (Whooley et. al 1997)

2-Item Fragebogen

- Sensitivität 97%, Spezifität 67% Arroll et al. (2003)

1-Item Screeningtest

- „Have you felt depressed or sad much time of the past year?“ Williams et al (1999)
- Nachteil, dass er sich auf das letzte Jahr bezieht

Kurz-Screening-Fragebögen

- der Median der Sensitivität der Kurz-Screening Fragebögen liegt mit 91% um etwa 10% über den Medianen der umfassenderen Fragebögen
- die Spezifität (Median) der Kurz-Screening Fragebögen ist aber um 15-20% niedriger als jene der umfassenderen Instrumente
- KSFB übersehen nur wenige depressive Patienten, klassifizieren aber einen deutlich höheren Anteil der psychisch Gesunden als fälschlich depressiv

- Prävalenz 5%: PPV von Kurz-Screening Fragebögen 12,5%
- Prävalenz 10%: PPV 23,1%
- rund ein Drittel der Patienten sind bei Kurzscreening Fragebögen falsch zugeordnet (OMR)

PHQ 9 Fragebogen

- umfasst neun Fragen zur Depressivität
- als Screening Instrument zur Diagnostik für den routinemässigen Einsatz entwickelt
- von US Preventive Tasc Force empfohlen zum Screening für Erwachsene (2009)

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Gesamtwert _____ = Addition _____ + _____ + _____
der Spaltensummen

Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert

Etwas erschwert

Relativ stark erschwert

Sehr stark erschwert

PHQ 9 Auswertung

- Interpretation des Summenwertes
- 1-4 minimale depressive Symptomatik
- 5-9 milde depressive Symptomatik
- 10-14 mittelgradige depressive Symptomatik
- 15-27 schwere depressive Symptomatik

PHQ 9 Auswertung

- Kategoriale Auswertung
- zur Diagnosenstellung der Major Depression
- 5 der 9 abgefragten Symptome an mehr als der Hälfte der Tage gegeben sein

PHQ 9 Auswertung

- kategoriale Auswertung PHQ9 Spezifität Major Depression 80-94% (Gräfe et al)
- Grosse Metaanalyse (Manea 2012)

CESD-R

- Allgemeine Depressionsskala (ADS wurde als CES-D-Skala (Center for Epidemiological Studies Depression Scale) vom National Institute of Mental Health entwickelt und als allgemeine Depressionsskala im deutschen Sprachraum validiert.
- Kurzform 15 Fragen, Langform 20 Fragen
- Bearbeitungszeit 5-8 Minuten

Center for Epidemiologic Studies Depression Scale – Revised (CESD-R), Deutsche Fassung

	Nachstehend finden Sie Beschreibungen, wie Sie sich möglicherweise zuletzt gefühlt oder verhalten haben. Bitte kreisen Sie rechts jeweils diejenige Zahl an, die am besten beschreibt, wie oft Sie sich in den letzten 1 bis 2 Wochen so gefühlt haben.	Letzte Woche				Letzte 2 Wochen
		überhaupt nicht oder weniger als 1 Tag	1 bis 2 Tage	3 bis 4 Tage	5 bis 7 Tage	fast jeden Tag in den letzten 2 Wochen
1.	Ich hatte kaum Appetit.	0	1	2	3	4
2.	Ich konnte meine trübsinnige Laune nicht loswerden.	0	1	2	3	4
3.	Ich hatte Mühe, mich zu konzentrieren.	0	1	2	3	4
4.	Ich fühlte mich niedergeschlagen/ deprimiert.	0	1	2	3	4
5.	Ich hatte Schlafprobleme.	0	1	2	3	4
6.	Ich war traurig.	0	1	2	3	4
7.	Ich konnte nur schwer "in Gang" kommen.	0	1	2	3	4
8.	Ich war durch nichts zu erfreuen.	0	1	2	3	4
9.	Ich fühlte mich als schlechter Mensch.	0	1	2	3	4
10.	Ich hatte kein Interesse an meinen üblichen Aktivitäten.	0	1	2	3	4
11.	Ich schlief mehr als gewöhnlich.	0	1	2	3	4
12.	Ich kam mir vor, als bewegte ich mich langsamer.	0	1	2	3	4
13.	Ich fühlte mich unruhig/ruhelos.	0	1	2	3	4
14.	Ich war ständig müde.	0	1	2	3	4
15.	Ich konnte mich selbst nicht leiden.	0	1	2	3	4
16.	Ich verlor Gewicht ohne Sport/Diät.	0	1	2	3	4
17.	Ich hatte Schwierigkeiten, einzuschlafen.	0	1	2	3	4
18.	Ich hatte Schwierigkeiten, mich auf Wichtiges zu konzentrieren.	0	1	2	3	4
19.	Ich wollte mir etwas antun/mich selbst verletzen.	0	1	2	3	4
20.	Ich habe mir gewünscht, ich sei tot.	0	1	2	3	4

Auswertung des CESD-R

- Dimensionale Auswertung:
Berechnung eines Gesamtwerts als Mass der Ausprägung depressiver Symptome
- Kategoriale Auswertung:
Auswertung anhand Schablone zur Kategorisierung Major Depression oder anderer depressiver Diagnosen

Beck-Depressions-Inventar

- Testverfahren, das den Schweregrad depressiver Symptomatik im klinischen Bereich erfasst
- zur Verlaufsdagnostik
- 21 Fragen, 4 Antwortmöglichkeiten, Summenwerte werden addiert
- 1961 vom US-amerikanischen Psychiater Aaron T. Beck entwickelt

- BDI 1a (1978) Revision der Originalversion-Patienten wurden gefragt wie sie sich rückblickend für eine Woche fühlen
- BDI-II (1996) Fragen wurden umformuliert (Schlaf/-Appetitstörungen)
- BDI-FS (2013) klammert die somatischen Kriterien einer Depression aus - für Patientengruppen mit spezifischen Krankheitsbildern MS, Krebserkrankungen, chronische Schmerzen, Suchterkrankungen, HIV gedacht

Beck-Depressions- Inventar (BDI) Chiffre Datum

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1 2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren, Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

- A Ich bin nicht traurig.
 Ich bin traurig.
 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage,
- B Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft,
 Ich sehe mutlos in die Zukunft.
 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
 Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist und das die Situation nicht besser werden kann.
- C Ich fühle mich nicht als Versager.
 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.
 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.
- D Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher,
 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt,
- E Ich habe keine Schuldgefühle,
 Ich habe häufig Schuldgefühle
 Ich habe fast immer Schuldgefühle.
 Ich habe immer Schuldgefühle,
- F Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
 Ich habe das Gefühl vielleicht bestraft zu werden.
 Ich erwarte, bestraft zu werden,
 Ich habe das Gefühl bestraft zu gehören,
- G Ich bin nicht von mir enttäuscht.
 Ich bin von mir enttäuscht.
 Ich finde mich fürchterlich.
 Ich hasse mich,
- H Ich habe nicht das Gefühl schlechter zu sein als die anderen.
 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.
 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefgeht.

Beck-Depressions-Inventar

- Durchführung dauert 5-10 Minuten
- Aussagen werden addiert
- 0-9: keine Depression
- 10-19: leichtes depressives Syndrom
- 20-29: mittelgradiges depressives Syndrom
- ≥ 30 : schweres depressives Syndrom

WHO 5 Fragebogen zum Wohlbefinden

- 5 Fragen umfassender Fragebogen
- S3-Leitlinie empfiehlt ihn zum Screening für die unipolare Depression
- bei jeder Frage Werte 0-5
- Wert kleiner < 13 Hinweis für Depression
- Bearbeitungszeit < 1 min



WHO (Fünf) - FRAGEBOGEN ZUM WOHLBEFINDEN (Version 1998)

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

<i>In den letzten zwei Wochen ...</i>	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1	0
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0

Punktberechnung

Der Rohwert kommt durch einfaches Addieren der Antworten zustande. Der Rohwert erstreckt sich von 0 bis 25, wobei 0 das geringste Wohlbefinden/niedrigste Lebensqualität und 25 grösstes Wohlbefinden, höchste Lebensqualität bezeichnen.

Den Prozentwert von 0 -100 erhält man durch Multiplikation mit 4. Der Prozentwert 0 bezeichnet das schlechteste Befinden, 100 das beste.

Langzeitscreeningfragebögen-Auswertung

- Prävalenz 5%: 15-21% Screening positiv
- Prävalenz 10%: 19-24% Screening positiv
- Der Anteil der Personen, die wirklich an einer Depression erkrankt sind, ist bei den umfassenderen Fragebögen deutlich höher

Zeitökonomische Anwendung von Screeninginstrumenten

- Kurz-Screening-Fragebögen dauern weniger als eine Minute
- Lang-Screening Fragebögen maximal 10 Minuten
- macht es Sinn im Rahmen der VU eine Kombination der beiden?
- deutlich bessere Werte PPV und OMR
- bei der Kombination wären deutlich weniger Personen vom Arzt zu untersuchen (7-12%) Wancata (2004)

Schädliche Folgen des Screenings

- Fehldiagnose: Arzt vertraut Test blind, fälschlicherweise Depression diagnostiziert, Psychopharmaka und Psychotherapie verordnet, unnötige Kosten und Stigmatisierung
- eventuell körperliche Erkrankung übersehen
- AllgemeinmedizinerIN muss die Diagnose stellen, bevor der Patient mit der Dg. konfrontiert wird.

Hinweise auf potentiell negative Folgen aus randomisiert kontrollierten Studien

- keinerlei explizite Hinweise auf negative Folgen eines Depressionsscreenings

Screening negativ

- NPV aller Studien hohe Werte, d.h. falsch neg. Anzahl ist sehr klein 1-3%
- übersehene Depression: Arzt kann somatische Untersuchungen und Tests durchführen, um eine körperliche Erkrankung zu suchen, die nicht vorhanden ist

Screening positiv

- diagnostische Abklärung durch den Arzt/die Ärztin für Allgemeinmedizin
- man kann nicht alle an spezialisierte Berufsgruppen weiterleiten
- Patient steht lange Zeit in Behandlung, Arzt kennt Lebensgeschichte, Vertrauensverhältnis

Screening Positiv

- Allgemeine Richtlinien für die Behandlung (Leitfäden TGAM, S3- Leitlinie DEGAM)
- „Problem-Solving-Therapie“ Problemorientierung, Beschreiben des Problems/erreichbare Ziele, Erstellung von Lösungsmöglichkeiten/Alternativen, Treffen einer Entscheidung, Anwendung und Evaluation
- Antidepressiva, Psychotherapie

Effektivität von Screening, gefolgt von Abklärung und Behandlung

- soll bessere Ergebnisse bringen als ohne Intervention
- US Preventive Task Force 2009 B recommendation (Erwachsene >18 Jahre, Schwangere und PP 1-2 und 4 Monate)
- Bericht der IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) Deutschland, 7/2018
- Es wurden 7 Studien eingeschlossen, Endpunkte Suizid und Depression (Ausprägung und Prävalenz) wurden untersucht

Studie IQWiG

- für die Bewertung des Nutzens einer frühen Behandlung im Vergleich zu einer späteren Behandlung von Patientinnen mit einer im Screening dedektierten Depression lagen keine verwertbaren Daten vor
- In der Gesamtbetrachtung ergibt sich für eine systematisches Screenings auf Depression kein Anhaltspunkt für Nutzen und Schaden

- Canadian Task Force on Preventive Health:
keine Empfehlung zum Screening, ausser der Verdacht
auf eine Depression liegt vor (Risikofaktoren...)

Massnahmen zur Qualitätssicherung

- Screening vom Patienten als akzeptabel erlebt?
- Wird das diagnostische und therapeutische Vorgehen als akzeptabel erlebt?
- erfolgt die Aufklärung über das Vorhandensein einer Depression auf eine Weise, die von dem Patienten als angenehm erlebt wird?

Massnahmen zur Qualitätssicherung

- Werden die Psychopharmaka regelmässig eingenommen?
- Wird eine etwaige Zuweisung zur Psychotherapie angenommen?
- Führt die angebotene Behandlung innerhalb eines gewissen Zeitraums zu einer Verminderung der Symptomatik?
- Wird das zu Verfügung stehende Praxis Manual zur Diagnostik und Behandlung von den ÄrztInnen für Allgemeinmedizin als hilfreich empfunden

Zusammenfassung

- Screeninginstrumente sollen möglichst exakt vorhersagen, ob jemand an einer Depression leidet und gleichzeitig zeitökonomisch in der Anwendung sein: gute Datenlage für PHQ 9, BDI
- die Verwendung von Screeninginstrumenten und die anschliessende Abklärung soll für die Betroffenen keine nachteiligen Folgen haben

Zusammenfassung

- Überprüfen des Screeningresultates: Arzt muss die Diagnose stellen (Stigmatisierung)
- Möglichkeiten einer effektiven Behandlung sollen zur Verfügung stehen

Depressionsscreening in der VU

- ist aufgrund der aktuellen Daten nicht empfohlen, da PHQ-9 trotz guter Validität zu lang im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung
- es gibt wenig Therapieangebote bei leichter Depression
- falsch positiv gescreeente Patienten: könnten vermehrt Psychopharmaka verschrieben bekommen
- Aufnahme von Fragen nach Wohlbefinden und Konfliktbereichen im Anamnesebogen