

Zusammenfassung

Einführung: Verschiedene Experten forderten in den letzten Jahren im- oder explizit die Einführung von Screeningmaßnahmen für die chronischen Erkrankungen Depression, pAVK und Demenz. Die Forderungen wurden durch die Annahme begründet, dass eine verbesserte Diagnoserate auch die Versorgung der Patienten verbessern würde. In dieser Übersichtsarbeit wird die wissenschaftliche Grundlage dieser Annahme untersucht. **Methode:** Literaturrecherche und Analyse der vorliegenden Studien zur klinischen Effektivität von Screeningmaßnahmen bezüglich Depression, pAVK und Demenz. **Ergebnisse:** Für pAVK und Demenz konnten keine kontrollierten Studien gefunden werden. Bei der Depression bewirkt Screening eine Zunahme der Diagnoserate, ohne dass sich jedoch eine Verbesserung der klinischen Situation der Patienten nachweisen ließe. **Schlussfolgerung:** Es kann kein wissenschaftlicher Nachweis für einen klinischen Benefit durch Screening bzgl. pAVK, Depression und Demenz gefunden werden. Angesichts ernst zu nehmender Risiken der geforderten Screeningmaßnahmen kann ihre Einführung im hausärztlichen Bereich derzeit nicht empfohlen werden.

Schlüsselwörter

Screening · hausärztliche Versorgung

Abstract

Introduction: Over the past few years a considerable number of experts called for the implementation of screening for the chronic illnesses depression, peripheral arterial disease and dementia assuming that a better method of detection would result in better care. In this systematic review the clinical effectiveness of screening for the above mentioned disorders was assessed. **Method:** Systematic search and analysis of studies on this subject. **Result:** No controlled studies were found for peripheral arterial disease and dementia. Concerning depression, the data showed an increase in diagnosed cases but no improvement of the patients' clinical situation. **Conclusion:** There is no evidence that screening for peripheral arterial disease, depression or dementia improves the clinical outcome. In view of potential serious consequences of screening for the patients, its implementation for general practice cannot be recommended at this stage.

Key words

Screening · primary care

Einführung

In den letzten Jahren sind eine Reihe von Studien zur Qualität allgemeinmedizinischer Versorgung vorgelegt worden bzw. werden derzeit durchgeführt [1–6]. In diesen Studien wird für einige chronische Erkrankungen oder Behandlungsanlässe eine defizitäre hausärztliche Versorgung suggeriert, in der Regel unter

Zuhilfenahme inadäquater wissenschaftlicher Methodik fernab hausärztlicher Versorgungsrealität [7]. Dabei wird in erster Linie eine zu geringe Diagnoserate und daraus resultierend eine zu geringe Behandlungsrate bemängelt. Daraus ableitend wird meist explizit, z.T. aber auch nur implizit, die Forderung erhoben, in der hausärztlichen Praxis systematisches Screening für diese Erkrankungen durchzuführen. Postuliert wird die Hypothese, dass

Screening Diagnose- und Behandlungsraten verbessert und damit ein besseres klinisches Outcome für die Patienten resultiert. Wissenschaftliche Belege für diese Annahme werden jedoch nicht genannt.

Nun zeigt sich aber an einer Reihe von Beispielen, dass Screeningmaßnahmen nicht automatisch mit einer Verbesserung des klinischen Outcomes verbunden sind, selbst wenn sie nachweislich zu einer erhöhten Diagnoserate führen. So steht der Nachweis aus, dass die häufigere Erkennung des Prostata-CA durch PSA-Bestimmung Mortalität und Lebensqualität verbessert [8–11], bei der Mammographie für das Mamma-CA wird das ebenfalls bezweifelt [12]. Andere derzeit rege propagierte Methoden führen noch nicht einmal evident zu einer Verbesserung der Diagnoserate, z.B. bietet die Intima-Media-Messung der A. Carotis und die Augenhintergrundspiegelung im Vergleich zu der etablierten Screeningmethode des Risikofaktorenmodells bei Arteriosklerose keine Vorteile [13].

In diesem Beitrag möchten wir die Evidenzlage zur Effektivität von Screeningmaßnahmen bezüglich Depressionen, pAVK und Demenz darstellen, weil in den oben genannten Studien Screening bei diesen Erkrankungen gefordert wird.

Methodik

Die Literaturrecherche erfolgte zunächst über medizinische Online-Datenbanken (medline, Cochrane) im November und Dezember 2005. Suchbegriffe waren die mesh-Terme „depression“, „peripheral vascular disease“, „claudication“ und „dementia“, in Kombination mit „screening“, „primary care“, „general practitioner“ und „family physician“, mit der Einschränkung „clinical trial“, „review“ oder „meta-analysis“. Im nächsten Schritt wurden die Literaturangaben der gefundenen Artikel und von Reviews nach weiteren Arbeiten durchsucht. Zudem wurden ausgewiesene allgemeinmedizinische Experten in den Sachgebieten nach entsprechenden Studien befragt. In die Beurteilung einbezogen wurden alle randomisiert-kontrollierten Studien (RCT), systematische Reviews oder Meta-Analysen. Wenn solche nicht vorlagen (z.B. für die pAVK), wurden auch in der Evidenzhierarchie niedriger anzusiedelnde klinische Studien wie Kohortenstudien oder unsystematische Übersichtsarbeiten betrachtet.

Ergebnisse

Depression

Es finden sich 7 randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) [14–20], die die Wirkung von systematischem Screening auf die Detektions- und Therapierate von Hausärzten untersuchen, sowie fünf weitere RCTs [21–25], die darüber hinaus als klinisches Outcome Depressivität messen. Bezüglich der Detektions- und Therapierate lässt sich als Trend aussagen, dass Screening zu einer Zunahme führt. Die Mehrzahl der Studien kann hier signifikante Unterschiede ausmachen (s. Tab. 1). Bezüglich der Depressivität als klinisches Outcome zeigen die meisten Studien hingegen keine signifikanten Verbesserungen durch Screening. Zur Suizidrate wurden in keiner der Studien Aussagen gemacht. Eine kürzlich erschienene Cochrane-Meta-Analyse [26]

konnte dieses Bild bestätigen. Auch das Poolen (Zusammenrechnen) der kleinen RCTs konnte keinen signifikanten Vorteil zu Tage fördern, zudem wurde ein erheblicher publication bias (Vorhandensein unveröffentlichter Studien mit negativem Ergebnis) festgestellt. Eine weitere Meta-Analyse aus dem Jahr 2002 [27] hatte dem entgegen einen Vorteil auch bez. Depressivität errechnet. Diese Analyse zeigt aber einige methodische Schwächen und ist somit nicht gleichwertig mit der Cochrane-Analyse an zu sehen. Die größte Schwäche ist der Einschluss von zwei Studien, die neben dem Screening noch Disease-Management und Case-Management als hochkomplexe Intervention beinhalteten und deren hohe Fallzahlen die der reinen Screeningstudien deutlich übertrafen. Studien zur Kosteneffektivität von reinem Screening konnten nicht gefunden werden. Zusammenfassend lässt sich für die Depression sagen: Systematisches Screening mit Selbsteinschätzungs-Fragebogen kann die Diagnoserate erhöhen, eine klinische Verbesserung bei depressiven Symptomen lässt sich jedoch nicht nachweisen.

Anders scheint die Sachlage für komplexe Interventionen zu liegen, wenn bei der Mayor-Depression Screening durch systematisches Praxismanagement und Case-Management ergänzt wird. Hierzu sind in den letzten Jahren in den USA eine Reihe von RCTs durchgeführt worden, von denen die meisten nahe legen, dass ein positiver Effekt auch bez. Depressivität bestehen könnte [28–31]. Allerdings zeigen andere Studien, dass systematisches Praxismanagement und Case-Management auch ohne Screening positive Effekte bez. Depressivität besitzen [32, 33]. Die Datenlage ist aber zu komplex, als dass sie an dieser Stelle diskutiert werden könnte.

Demenz

In einigen wissenschaftlichen Publikationen wird eine Früherkennung und -behandlung von Alzheimer-Demenz-Erkrankungen in der Allgemeinarztpraxis gefordert, weil dadurch kognitive und Alltagskompetenzen länger zu erhalten seien [34, 35]. In der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie wird Hausärzten zur Früherkennung ein Screening bei Verdacht empfohlen [36]. Begründet wird dies u.a. mit den guten psychometrischen Eigenschaften der hierfür einsetzbaren kognitiven Tests, für die in Studien sehr gute Werte für Sensitivität und gute für Spezifität festgestellt wurden [37, 38]. Allerdings relativieren sich die guten Eigenschaften dieser Tests bei breiter Anwendung in der niedrigprävalenten Allgemeinarztpraxis. Die positiv-prädiktiven Werte sind hierbei sehr schlecht, d.h. je nach Anwendung sind positive Testergebnisse in weniger als 50% richtig [39, 40]. In unserer Literatur-Recherche konnten keine kontrollierten Studien bez. der Effektivität von Screening bei Demenz gefunden werden, es liegen weder Kohortenstudien noch RCT vor. Dem entsprechend kommen zwei nordamerikanische Leitlinien zu dem Schluss, dass derzeit keine Evidenz für Screeningmaßnahmen bei alten Menschen mit oder ohne Symptomatik besteht [41, 42].

Periphere Arterielle Verschlusskrankheit

Auch bez. der pAVK wird zunehmend über Screening-Maßnahmen mit dem Knöchel-Arm-Index auf Basis einer einfachen Arteriendoppler-Untersuchung nachgedacht, weil man in verschiedenen Querschnittsstudien eine Risikoerhöhung bez. kardiovaskulärer Erkrankungen bei asymptomatischer pAVK ermit-

Tab. 1 Klinische Studienlage zu Screening bez. Depression in der Hausarztpraxis

Ziel	Design	Intervention	Ergebnisse*	Einschränkungen	Autor
<i>Wirkung von Screening auf Detektions- und Therapierate</i>					
Effekt von Screening auf Therapie und Detektionsrate der HÄ	Pat. durch Praxis randomisiert, dann Screening	Screening und Feedback an HÄ versus Normalversorgung	n = 170, Detektions- (8 vs. 25%) und Therapierate (+ 12%) in Interventionsgruppe erhöht	sehr kleine Studie, eingeschränkte Repräsentativität	Linn 1980
Effekt von Screening auf Detektionsrate der HÄ	Screening aller Patienten, Randomisierung der HÄ	Screening und Feedback an HÄ der Interventionsgruppe	n = 1452, keine Änderung der Detektions- und Therapierate	nur in einer großen Gruppenpraxis, Depression nur eine unter mehreren psychiatr. Diagnosen	Hoeper 1984
Effekt von Screening auf Therapie und Detektionsrate der HÄ	erst Screening, dann Randomisierung der Patienten	Screening und Feedback an HÄ versus Normalversorgung	n = 270, Therapie- und Detektionsrate in Interventionsgruppe nicht erhöht	eingeschränkte Repräsentativität wg. Durchführung in einer Praxis	Shapiro 1987
Effekt von Screening auf Therapie und Detektionsrate der HÄ	Screening aller Patienten, Randomisierung der HÄ	Screening und Feedback an HÄ der Interventionsgruppe	n = 100, Therapie- (56 vs. 42%) und Detektionsrate (56 vs. 34%) in Interventionsgruppe erhöht	sehr kleine Studie, eingeschränkte Repräsentativität, Daten zum klin. Outcome erhoben, aber nicht ausgewertet	Magruder-Habib 1990
Effekt von Screening auf Therapie und Detektionsrate der HÄ	erst Screening, dann Randomisierung der Patienten	Screening und Feedback an HÄ versus Normalversorgung	N = 116, Detektions- und Therapierate nicht signifikant erhöht.	sehr kleine Studie, eingeschränkte Repräsentativität	Dowrick 1995
Effekt von Screening + spezif. Therapieempfehlung auf Therapie und Detektionsrate	erst Screening, dann Randomisierung der Patienten	Screening + spezif. Therapieempfehlung an HÄ vs. Normalversorgung	n = 222, Detektionsrate unverändert, Behandlungsintention deutl. verbessert, Behandlung aber nur von <50% der Pat. angenommen	nur in einer großen Gruppenpraxis	Callahan 1996
Effekt von Screening auf Therapie-, Überweisungs- und Detektionsrate der HÄ	Screening + Rekrutierung in stat. Setting, Cluster-Randomis. der Praxen	sofortiges Feedback vs. verzögertes Feedback (n. 6 Wochen)	n = 103 Jeweils nach Feedback deutliches Ansteigen der Therapie-, Überweisungs- und Detektionsrate	nicht primärärztliche Population, stationäre Rekrutierung, sehr alte Population (>80), kleine Studie	Soon 2002
<i>Wirkung von Screening auf Depressivität als klinisches Outcome</i>					
Effekt von Screening auf Outcome	erst Screening, dann Randomisierung der Patienten	Screening + Feedback an HÄ sowie Medik. Alprazolam vs. natürlicher Verlauf	n = 41, Symptombesserung in 66% vs. 35% Spontanbesserung	sehr kleine Studie, in Kontrollgruppe keinerlei Versorgung, unverblindet	Zung 1983
Effekt von Screening auf Outcome	Randomisierung der Ärzte, dann Screening der Patienten	Screening und Feedback an HÄ versus Normalversorgung	n = 238, in Interventionsgruppe weniger Praxisbesuche, keine Änderung des funktionalen Outcomes + der Patientenzufriedenheit n. 3 Monaten	nur in einer großen Gruppenpraxis, kurzer Beobachtungszeitraum, unverblindet	Reifler 1996
Effekt von Screening auf Outcome	erst Screening, dann Randomisierung der Patienten	Screening + schriftl. Feedback vs. Computergest. Feedback vs. Normalversorgung	n = 681, diskrete Symptombesserung (GHQ) für computergest. Feedback n. 6 Wochen, danach nicht mehr, keine Änderung der Medikationsrate	unverblindet	Lewis 1996
Effekt von Screening auf Therapie- und Detektionsrate und Outcome	erst Randomisierung der Patienten, dann Screening	Screening mit ESD-20 oder mit Frage zum Gemüt vs. Normalvers.	n = 969, leichte Besserung der Detektionsrate (39 vs. 29%), Therapierate kaum verändert, Outcome nicht verbessert	unverblindet	Williams 1999
Effekt von Screening + Assessment auf Outcome bei minor Depression > 75 Jahre	erst Screening, dann Randomisierung der Patienten	Screening + psychiatr. Assessment vs. Normalversorgung	n = 92, Outcome (GDS-15) nicht verbessert	unverblindet, kleine Studie, hohes Alter der Population	Arthur 2002
<i>Meta-Analysen zur Wirkung von Screening</i>					
Effekt auf Therapie-, Überweisungs- und Detektionsrate sowie Outcome	Meta-Analyse (Cochrane)	Detektion von RCTs zu Screening auf Depression in primärärztl. Setting	n = 12 Studien, geringer Effekt auf Detektionsrate, nicht signif. Trend bzgl. Therapierate, kein Effekt auf Outcomes, hohe Heterogenität der Studien + publication bias		Gilbody 2005
Effekt auf Therapie-, Überweisungs- und Detektionsrate sowie Outcome	Meta-Analyse	Detektion von RCTs zu Screening auf Depression in primärärztl. Setting	n = 14 Studien, Diagnoserate und Therapierate erhöht, in der Meta-Analyse signif. Outcome-Besserung (summery RR = 0,87 [CI 0,79–0,95])	hohe Heterogenität, sehr unterschiedliche Interventionen und Messinstrumente	Pignone 2002

* in dieser Spalte sind Änderungen oder Verbesserungen nur bei statistischer Signifikanz angegeben

teln konnte [43, 44] und die Untersuchungsform über akzeptable Testeigenschaften verfügt [45]. Man erwartet über eine Früherkennung der pAVK die Verringerung der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität. Mit besonderem Nachdruck werden Screening-Maßnahmen im hausärztlichen Bereich gefordert, weil sich in größeren Querschnittsstudien geringe hausärztliche Diagnoseraten [46, 47] bez. asymptomatischer pAVK zeigen und die nicht diagnostizierten Patienten seltener als bekannte KHK-Patienten bez. kardiovaskulärer Risikofaktoren behandelt werden [48]. In unserer Literatur-Recherche konnte jedoch keine kontrollierte Studie gefunden werden, die harte Endpunkte untersucht: Es liegen weder Kohortenstudien noch RCTs vor, die untersuchen, ob Screening mit dem Knöchel-Arm-Index im Vergleich zu dem derzeit praktizierten Risikofaktoren-Modell früher kardiovaskuläre Risikolagen detektieren oder, was entscheidend wäre, die kardiovaskuläre Mortalität senken kann.

Diskussion

Für keine der drei Erkrankungen, für die in den letzten Jahren ein Screening zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung propagiert wurde, kann der Nachweis der Wirksamkeit eines Screenings geführt werden. Bei der Depression ist die Fragestellung ausgiebig untersucht worden, ohne eine signifikante klinische Verbesserung bei den Patienten fest zu stellen. Für die pAVK und die Demenz fehlen bislang gänzlich systematische Untersuchungen, die die Wirkung von Screening versus hausärztlicher Normalversorgung in kontrollierten Studien darstellen können.

Seit einigen Jahrzehnten verspricht die Idee der Früherkennung, dass Erkrankungen durch regelmäßige Untersuchungen (Screening) in frühen Stadien erkannt und somit besser behandelt oder sogar geheilt werden können. Vor allem bez. Krebserkrankungen wurden große Kampagnen durchgeführt, die dieser Vorstellung in der Bevölkerung und Ärzteschaft Anerkennung und Popularität verschafften [49].

Beim genauen Hinsehen zeigt sich jedoch, dass nur wenige Früherkennungsmaßnahmen tatsächlich klinisch effektiv sind. Das liegt vor allem daran, dass durch Screening in erster Linie nur leichte Formen von Erkrankungen zusätzlich entdeckt werden. Zum einen haben diese einen wesentlich besseren natürlichen Verlauf. Ein Beispiel hierfür ist das ineffektive Screening bez. Neuroblastom im Kindesalter, bei dem es bei leichten Verläufen meist zu spontanen Heilungen kommt [50]. Ein anderes Beispiel ist das Screening mit PSA bez. Prostatakrebs, bei dem vor allem Karzinome mit sehr langsamem Wachstum detektiert werden, deren Betroffene in der Regel auch ohne Behandlung vorher an anderen Erkrankungen versterben [51]. Zum anderen ist bei leichten Erkrankungsverläufen therapeutisch ein geringerer absoluter Effekt zu erzielen. Beides führt dazu, dass in kontrollierten Studien mit harten klinischen Endpunkten kaum Unterschiede zwischen Populationen mit und ohne Screening feststellbar sind.

Es bestehen andererseits einige ernst zu nehmende Risiken, die einen Einsatz von Screening stark infrage stellen:

- Es kommt zu einer hohen Rate von falschen Verdachtsdiagnosen, da die Messgenauigkeit der Untersuchungsmethoden gering ist. Bei breiter Anwendung in der niedrigprävalenten Allgemeinarztpraxis sind positive Testergebnisse häufig nicht richtig (weniger als 30% richtig bei Depression [7], weniger als 50% richtig bei Demenz [39]).
- Die mit der Verdachtsdiagnose verbundene Verunsicherung des Patienten ist nachhaltig bis zur völligen Ausräumung des Verdachts. Durch Screeningverfahren wird eine große Zahl von Patienten in Unsicherheit gestürzt, in der Regel ein Vielfaches mehr als die Zahl von Patienten, die eine richtige Diagnose erhalten.
- Durch die Zunahme von Verdachtsdiagnosen werden zusätzliche diagnostische Untersuchungen notwendig. Das führt zum einen zu Kostensteigerungen, zum anderen ist dies mit einem erhöhten Risiko für unerwünschte Nebenwirkungen verbunden.
- Auch die Zahl der Diagnosen steigt, ohne dass sich dadurch das klinische Outcome ändern würde. Das trifft für Krebserkrankungen (z.B. Brustkrebs-Screening [52, 53]) zu, aber im besonderen Maße für nicht-maligne Erkrankungen (z.B. Screening bez. Depression [26]), da hier häufig eine Verdachtsdiagnose ohne spätere Hinterfragen bestehen bleibt und damit quasi bestätigt wird.
- Mehr Diagnosen bedeuten aber auch mehr Therapiebemühungen (z.B. durch Brustkrebs-Screening deutliche Zunahme von Bestrahlungen, Chemotherapie und Operationen [12]), was zu Kostensteigerung und häufigeren unerwünschten Nebenwirkungen führt. Dies kann auch massive Einschränkungen der Lebensqualität zur Folge haben.
- Mit der vermehrten Anzahl an Diagnosen werden auch mehr Patienten mit dem damit häufig verbundenen Stigma belastet. Besonders bei psychiatrischen Diagnosen findet sich der Patient mit einem nur schwer abzuschüttelnden Makel konfrontiert [54], der materielle Konsequenzen mit sich bringen kann (z.B. bei Versicherungs- und Einstellungsverfahren), im Allgemeinen aber vor allem das Gesundheitsbewusstsein erschüttert [55].
- Ein weiterer unerwünschter Effekt von Screening kann die negative Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens sein. Z.B. beim Screening auf Microalbuminurie werden Patienten mit sehr gutem Gesundheitsverhalten durch einen positiven Befund verunsichert, was sie noch strenger werden lässt, während noncompliance Patienten mit relevanten Risikofaktoren über ein negatives Testergebnis eine zusätzliche Begründung für ihre Nachlässigkeit in die Hand bekommen können [56].

Ein systematisches Screening stört zudem stark die Autonomie des Patienten und eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Hausarzt und Patient im Sinne eines shared-decision-making. Der Hausarzt „zwingt“ als Vertreter einer institutionalisierten Maßnahme dem Patienten eine Diagnostik und ggfs. eine Therapie auf, die dieser sonst aus verschiedenen Gründen nicht angenommen hätte.

Angesichts der beträchtlichen Risiken, das Screening als Früherkennungsmaßnahme mit sich bringen kann, muss ein gesundheitlicher Nutzen für die Teilnehmer nachgewiesen werden. Für eine positive Bewertung einer Screening-Maßnahme reicht es

nicht aus, Erkrankungen in einem frühen Stadium zu entdecken [57], sondern es müssen zur Sicherung der Evidenzlage randomisiert-kontrollierte Studien in einem primärärztlichen Setting vorgelegt werden, die nachweisen, dass dadurch der klinische Outcome der Patienten verbessert wird. Für die Erkrankungen Depression, pAVK und Demenz, für die derzeit öffentlich Screeningmaßnahmen gefordert werden, ist eine solche positive Evidenzlage zur Zeit nicht zu finden. Eher muss befürchtet werden, dass bei diesen Erkrankungen Screening einen Schaden für die Patienten bedeutet und sich ein Nutzen vornehmlich wirtschaftlich aufseiten medizinischer Dienstleister und der Pharmaindustrie ergibt. Bis auf weiteres gibt es für den Hausarzt bei der Diagnose dieser Erkrankungen keine adäquate Alternative zur wachsamem, klinisch orientierten Einzelfallbetrachtung.

Interessenkonflikte: keine.

Literatur

- 1 Wittchen HU, Krause P, Höfler M, et al. Hydra-Studie. Fortschritte der Medizin 2003; Sonderheft I
- 2 Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the depression 2000 study. Hum Psychopharmacol Clin Exp 2002; 17: S1–S11
- 3 Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, et al. Generalized Anxiety and Depression in Primary Care: Prevalence, Recognition and management. J Clin Psychiatry 2002; 63: 24–34
- 4 Diehm C, Darius H, Pittrow D, et al. Knöchel-Arm-Index. Ein wegweisender Risikomarker für die hausärztliche Praxis. Dtsch Arztebl 2005; 102: A2310–A2313
- 5 Melchinger H, Machleidt W. Werden Demenzpatienten in Hausarztpraxen lege artis behandelt? Z Allg Med 2005; 81: 191–196
- 6 PACE-PAD-Studie: Gefäßpatienten optimal hausärztlich betreuen. Der Hausarzt 2004; 2: 83
- 7 Hensler S, Wiesemann A. Diskreditierende Versorgungsstudien in deutschen Hausarztpraxen. Z Allg Med 2003; 79: 579–585
- 8 Mistry K, Cable G. Meta-analysis of prostate-specific antigen and digital rectal examination as screening tests for prostate carcinoma. J Am Board Fam Pract 2003; 16: 95–101
- 9 Hoesl CE, Altwein JE. Early detection of cancer of the prostate. Pros and cons. MMW Fortschr Med 2005; 147: 32–36
- 10 Harns R, Lohr KN. Screening for prostate cancer: an Update of the evidence for the D. S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002; 137: 917–929
- 11 Windeler J, Perleth M, Antes G. PSA-Screening – Die Zeit ist nicht reif. Dtsch Arztebl 2003; 100: 2488–2489
- 12 Olsen O, Gøtzsche PC. Screening for breast cancer with mammography. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005. Issue 4
- 13 Baum E, Hensler S, Popert U. Risikofaktoren und Risikoindikatoren für kardiovaskuläre Erkrankungen: Prognoseverbesserung als Maßstab. Z Allg Med 2004; 80: 71–76
- 14 Linn LS, Yager J. The effect of screening sensitization and feedback on notation of depression. J Med Educ 1980; 55: 942–949
- 15 Hooper EW, Nycz GR, Kessler LG, et al. The usefulness of screening for mental illness. Lancet 1984; 1: 33–35
- 16 Shapiro S, German PS, Skinner EA, et al. An experiment to change detection and management of mental morbidity in primary care. Med Care 1987; 25: 327–339
- 17 Magruder-Habib K, Zung WW, Feussner JR. Improving physicians recognition and treatment of depression in general medical care. Results of a randomized clinical trial. Med Care 1990; 28: 239–250
- 18 Dowrick C. Does testing for depression influence diagnosis or management by general practitioners? Fam Pract 1995; 12: 461–465
- 19 Callahan CM, Dittus RS, Tierney WM. Primary care Physicians' medical decision making for late-life depression. J Gen Intern Med 1996; 11: 218–225
- 20 Soon JA, Levine M. Screening for Depression in patients in long-term care facilities: a randomized controlled trial of physician response. JAM Geriatr Soc 2002; 50: 1092–1099
- 21 Zung WW, King RE. Identification and treatment of masked depression in a general medical practice. J Clin Psych 1983; 44: 365–368
- 22 Reifler DR, Kessler HS, Bernhard EJ, et al. Impact of screening for mental health concerns on health service utilization and functional status in primary care patients. Arch Intern Med 1996; 156: 2593–2599
- 23 Lewis G, Sharp D, Bartholomew J et al.. Computerized assessment of common mental disorders in primary care: effect on clinical outcome. Fam Pract 1996; 13: 120–126
- 24 Williams JW, Mulrow CD, Kroenke K, et al. Case-finding for depression in primary care. A randomized trial. Am J Med 1999; 106 (1): 36–43
- 25 Arthur AJ, Jagger C, Lindsay J, et al. Evaluating a mental health assessment for older people with depressive symptoms in general practice: a randomised controlled trial. Br J Gen Pract 2002; 52: 202–207
- 26 Gilbody S, House AO, Sheldon TA. Screening and case finding instruments for depression. Cochrane Review 2005
- 27 Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2002; 136: 765–776
- 28 Katon W, Robinson P, Korff M von, et al. A multifaceted Intervention to improve treatment of Depression in primary care. Arch Gen Psych 1996; 53: 924–932
- 29 Katzelnick DJ, Simon GE, Pearson SD, et al. Randomized Trial of a Depression Management Program in High Utilizers of Medical Care. Arch Fam Med 2000; 9: 345–351
- 30 Callahan CM, Hendrie HC, Dittus RS, et al. Improving treatment of late depression in primary care: a randomized trial. J Am Geriatr Soc 1994; 42: 839–846
- 31 Wells KB, Sherbourne C, Duan N, et al. Quality improvement for Depression in Primary Care: Do Patients with subthreshold Depression benefit in the long run? Ma J Psychiatry 2005; 162: 1149–1157
- 32 Hunkeler EM, Meresman JF, Hargreaves WA, et al. Efficacy of Nurse Telehealth Care and Peer Support in Augmenting treatment of depression in primary care. Arch Fam Med 2000; 9: 700–708
- 33 Simon GE, Korff M von, Rutter C, et al. Randomised Trial of monitoring, feedback, and management of care by Telephone to improve treatment of depression in primary care. BMJ 2000; 320: 550–554
- 34 Fuchsberger F, Padberg F, Faltraco F, et al. Alzheimertherapie möglichst im Frühstadium beginnen. So bleiben Alltagskompetenzen länger erhalten. MMW Fortschr Med 2002; 144: 36–39
- 35 Wallesch CW. Differential- und Frühdiagnose. Hausarzt Kolleg 2002; 1: 12–15
- 36 Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Diagnose und Therapie der Alzheimer-Demenz und der Demenz mit Lewy-Körperchen. <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/030-029.htm> (besucht am 2.1.06)
- 37 Park MH, Lee DH, Lee HJ, et al. The PHC-cog: a brief cognitive function screening test for the elderly. Neurol India 2005; 53: 60–64
- 38 Jorm AF. Methods of screening for dementia: a meta-analysis of studies comparing an informant questionnaire with a brief cognitive test. Alzheimer Dis Assoc Disord 1997; 11: 158–162
- 39 Brodaty H, Clarke J, Ganguli M, et al. Screening for cognitive impairment in general practice: toward a consensus. Alzheimer Dis Assoc Disord 1998; 12: 1–13
- 40 White N, Scott A, Woods RT, et al. The limited utility of the Mini-Mental State Examination in screening people over the age of 75 years for dementia in primary care. Br J Gen Pract 2002; 52: 1002–1003
- 41 U.S. Preventive Services Task Force. Screening for dementia: recommendation and rationale. Ann Intern Med 2003; 138: 925–926
- 42 Patterson CJ, Gauthier S, Bergman H, et al. The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia. CMAJ 1999; 160 (Suppl 12): S1–S15
- 43 Resnick HE, Lindsay RS, McDermott MM, et al. Relationship of high and low ankle brachial index to all-cause and cardiovascular disease mortality: the Strong Heart Study. Circulation 2004; 109: 733–739
- 44 Vogt MT, McKenna M, Anderson SJ, et al. The relationship between ankle-arm index and mortality in older men and women. J Am Geriatr Soc 1993; 41: 523–530
- 45 Belch JJ, Topol EJ, Agnelli G, et al. Critical issues in peripheral arterial disease detection and management: a call to action. Arch Intern Med 2003; 163: 884–892
- 46 Stoffers HE, Rinkens PE, Kester AD, et al. The prevalence of asymptomatic and unrecognized peripheral arterial occlusive disease. Int J Epidemiol 1996; 25: 282–290

- ⁴⁷ Diehm C, Schuster A, Allenberg JR, et al. High prevalence of peripheral arterial disease and co-morbidity in 6880 primary care patients: cross-sectional study. *Atherosclerosis* 2004; 172: 95 – 105
- ⁴⁸ Hirsch AT, Criqui MH, Treat-Jacobson D, et al. Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. *JAMA* 2001; 286: 1317 – 1324
- ⁴⁹ Schwartz LM, Woloshin S, Fowler FJ Jr, et al. Enthusiasm for cancer screening in the United States. *JAMA* 2004; 291: 71 – 78
- ⁵⁰ Schilling FH, Spix C, Berthold F, et al. Neuroblastom-Früherkennung im Alter von einem Jahr in Deutschland – eine kontrollierte populationsbezogene Studie mit unerwartetem Ausgang. *Dtsch Arztebl* 2003; 100: 1739 – 1746
- ⁵¹ Koch K. PSA-Test und Prostatakarzinom. Ein Beispiel für das Dilemma der Früherkennung. *Dtsch Arztebl* 2003; 100: 1955 – 1957
- ⁵² Mühlbauer I, Steckelberg A. Aufklärung über Krebsfrüherkennung am Beispiel Mammographie- und Darmkrebs-Screening. *Z Allg Med* 2005; 81: 523 – 527
- ⁵³ Zahl PH, Strand BH, Maehlen J. Incidence of breast cancer in Norway and Sweden during introduction of nationwide screening: prospective cohort study. *BMJ* 2004; 328: 921 – 924
- ⁵⁴ Goffmann E. Stigma – Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main 1974
- ⁵⁵ Dörner K. In der Fortschrittsfalle. *Dtsch Arztebl* 2002; 99: A2462 – A2466
- ⁵⁶ Tijmstra T, Spikers W, Broer J, et al. Psychosocial consequences of screening for microalbuminuria and for some other risk factors. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144: 2460 – 2464
- ⁵⁷ Windeler J. Prävention: Screening auf dem Prüfstand. *Dtsch Arztebl* 2002; 100: A5

Zur Person



Dr. med. Stefan Hensler,
FA für Allgemeinmedizin, von 2000 bis 2004 wiss.
Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin der
Universität Frankfurt am Main, seit 2004 stellvertret.
Sprecher der DEGAM-Sektion Versorgungsaufgaben,
derzeit hausärztliche Praxisvertretungen und Weiter-
bildung Betriebsmedizin

Arterielle Hypertonie

„Referenz-Reihe: Kardiologie“

Martin Middeke

2004, 252 S., 249 Abb., 78 Tab. Georg Thieme Verlag
Stuttgart · New York, 59,95 EUR, ISBN 3131265213

Das Buch behandelt in 10 gut lesbaren, didaktisch ansprechend gestalteten Kapiteln Epidemiologie, Ätiologie und Pathogenese, Klassifikation, Blutdrucktypen, Chronopathologie der Hochdruckkrankheit, Ursachen der Hypertonie, Risiken und Folgeschäden, Therapie sowie einen Ausblick auf ein Disease Management Hypertonie. Jedes Kapitel endet mit einem Literaturverzeichnis, die Literatur wurde bis 2004 berücksichtigt. Gut gestaltet und für uns Allgemeinärzte wichtig ist die Darstellung der 24-h-Blutdruckmessung, die Analyse der Kurven und die pharmakotherapeutischen Konsequenzen, die sich unter Berücksichtigung der

Chronopathologie ergeben. Ebenso wichtig ist das Kapitel zur Therapie der Hypertonie sowie die Differenzialdiagnose und Therapie der hypertensiven Krise und des hypertensiven Notfalls.

Es wäre zu überlegen, die historischen Abrisse zur Blutdruckmessung und Geschichte der antihypertensiven Therapie und die ausführliche Darstellung der Peak-Through-Analyse, die ja keine Bedeutung hat in einer Neuauflage wegzulassen und die Gedanken der evidenzbasierten Medizin beherrzter darzustellen. Die Darstellung der Metaanalysen ist so nicht bekannt. Die Vorbehalte des Autors gegenüber der EbM sind zu deutlich. Insgesamt aber ist das Buch Allgemeinärzten, hausärztlichen Internisten, Internisten, Nephrologen, Diabetologen und natürlich Hypertonologen sehr zu empfehlen.

Dr. med. Klaus-Heinrich Bründel, Gütersloh