



---

## Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)

---

### Anwendungsbereich

Mit der *Komplettversion des PHQ-D* können folgende Störungen diagnostiziert werden:

1. **Depressive Störungen** (Major Depression und andere depressive Störungen)
2. **Angststörungen** (Panikstörung und andere Angststörungen)
3. **Somatoforme Störungen** (Somatisierungsstörung und undifferenzierte Somatisierungsstörung).
4. **Essstörungen** (Binge-Eating-Störung und Bulimia Nervosa)
5. **Alkoholabusus bzw. -abhängigkeit**

Gleichzeitig können Schweregrade erfasst werden, die insbesondere für Verlaufsuntersuchungen wichtig sind:

1. **Schweregrad "Depressivität"**
2. **Schweregrad "somatische Symptome"**
3. **Schweregrad "Stress"**
4. **Funktionseinschränkung durch psychische Symptome**

Die *Kurzform des PHQ-D* beschränkt sich auf depressive Störungen (auch Schweregrad), die Panikstörung und die Funktionseinschränkung durch psychische Symptome.

Eine Anwendung des PHQ-D ist bei Patienten mit einem Mindestalter von 16 Jahren sinnvoll.

### Übersetzung

Die Erstellung der deutschen Version des PHQ-D erfolgte nach "State of the Art" Prinzipien von Testübersetzungen (8). Dabei wurden durch deutsche und amerikanische Muttersprachler mehrere Schritte von Übersetzung und Rückübersetzungen so lange durchgeführt, bis eine perfekte Übereinstimmung von Original und Übersetzung vorlag. Der PHQ wurde in viele Sprachen übersetzt, u.a. liegen validierte spanische, holländische, chinesische und arabische Übersetzungen des PHQ-D vor.



## Art des Verfahrens

Der PHQ-D wurde als **Selbstratinginstrument** entwickelt, wird aber auch zunehmend als **Fremdratinginstrument** eingesetzt. Beispiel für Studien, in denen der PHQ als Fremdratinginstrument eingesetzt wurde, sind die multizentrische, randomisierte Therapiestudie *IMPACT* (9;10) sowie die deutsche Untersuchung zur Änderungssensitivität des Instrumentes (11). Bei Anwendung des PHQ-D als Fremdratinginstrument werden die einzelnen Items dem Patienten vorgelesen, und der Patient gibt an, ob und in welcher Häufigkeit das entsprechende Symptom bei ihm vorhanden ist. Der PHQ-D erfragt psychische Symptome nach den diagnostischen Kriterien des DSM-IV ist aber auch nach ICD-10 auswertbar (5).

## Bearbeitungszeit

**Komplettversion des PHQ-D:** Die Bearbeitung der vierseitigen Komplettversion durch den Patienten dauert ca. 10 Minuten (Fremdrating: ca. 12 Minuten). Die Auswertung durch den Arzt nimmt weniger als 2 Minuten in Anspruch.

**Kurzversion des PHQ-D:** Für die einseitige Kurzversion wird von Patienten eine Bearbeitungszeit von etwa 3 Minuten benötigt (Fremdrating: ca. 4 Minuten). Die Auswertung durch den Arzt ist in weniger als 1 Minute abgeschlossen.

## Aufbau und Auswertung

**Die Komplettversion** des PHQ-D besteht aus insgesamt 78 Items. Das Depressionsmodul besteht aus 9 Items (auch "*PHQ-9*" genannt), das Modul zu somatoformen Syndromen aus 13 Items, das Panikmodul aus 15 Items, das Modul zu anderen Angststörungen aus 7 Items, das Essstörungsmodul aus 8 Items, das Alkoholmodul aus 6 Items, das Modul zu psychosozialen Stressoren aus 10 Items. 10 weitere Items erfragen die Funktionsfähigkeit, medikamentöse Behandlung und Fragen speziell für Frauen. In einigen Modulen existieren Sprungregeln, so dass der Patient nicht alle Fragen beantworten muss.

**Die Kurzform** des PHQ-D, bestehend aus insgesamt 15 Items, beinhaltet das Depressionsmodul (9 Items), ein gekürztes Panikmodul (5 Items) sowie die Frage zur Funktionseinschränkung.

**Antwortstufen:** Abhängig vom jeweiligen Modul, wird die Häufigkeit bzw. das Vorhandensein der Symptome mit 2, 3 oder 4 Antwortstufen abgefragt.

**Auswertung:** Die Auswertung des PHQ-D erfolgt nach den diagnostischen Kriterien des DSM-IV (Depressive Störungen: auch ICD-10), d.h. es muss pro Sektion jeweils eine vorgegebene Anzahl von Symptomen diagnostiziert werden. Die Auswertungsalgorithmen sind im Manual und Kurzmanual beschrieben. Die Auswertungsalgorithmen sind einfach, so dass ein Rückgriff auf das Manual/Kurzmanual nach kurzer Zeit nicht mehr nötig ist. Alternativ kann eine Auswertung mit Schablonen erfolgen.

## Gütekriterien

**Objektivität:** Der PHQ-D ist hinsichtlich seiner Durchführung und der Auswertung standardisiert und kann er in dieser Hinsicht als objektiv gelten.



**Reliabilität:** Die *interne Konsistenz* für die kontinuierlichen Skalen beträgt:  $r(0,945)=0,88$  für das Depressionsmodul,  $r(0,945)=0,79$  für das Somatisierungsmodul (4;6). Die *Test-Retest-Reliabilität* des Depressionsmoduls liegt zwischen  $ICC=0,81$  und  $ICC=0,96$  (10).

**Kriteriumsvalidität:** Die Kriteriumsvalidität der deutschen Version des PHQ-D wurde an 528 Patienten unter Bezug auf das "Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID-I)" als "Goldstandard" ermittelt. Dabei ergaben sich für die meisten Skalen ausgezeichnete Klassifikationseigenschaften (3-6):

*Major Depression (kategorial):* Sensitivität: 83%, Spezifität: 90%

*Major Depression (Cut-off &#8805; 11):* Sensitivität: 98%, Spezifität: 80%

*Panikstörung (modifizierter Algorithmus):* Sensitivität: 91%, Spezifität: 88%

*Alkoholabusus bzw. -abhängigkeit:* Sensitivität: 57%, Spezifität: 96%

**Kriteriumsvalidität im Vergleich:** Im direkten Vergleich mit etablierten Instrumenten ergaben sich für den PHQ-D signifikant bessere Klassifikationseigenschaften in Hinblick auf die Diagnose der Major Depression nach DSM-IV (4), in Hinblick auf die Diagnose depressiver Episoden nach ICD-10 (5) sowie in Hinblick auf die Diagnose der Panikstörung (3).

**Konstruktvalidität:** Die Konstruktvalidität des Instrumentes wird dadurch belegt, dass Patienten mit einer Diagnose im PHQ-D signifikant häufiger arbeitsunfähig und stärker psychosozial beeinträchtigt sind (6).

**Validität einzelner Items:** Für ausgewählte Items des PHQ-D wurde nachgewiesen, dass sie mit guter Treffsicherheit auf psychische Störungen hinweisen (3;12). Dies gilt zum einen für die Items des PHQ-Panikmoduls (3), andererseits auch für die ersten 2 Items des Depressionsmoduls, die gemeinsam den kurzen Depressionsfragebogen "**PHQ-2**" bilden. Für den PHQ-2 ist eine gute Reliabilität, Konstruktvalidität, Kriteriumsvalidität und Änderungssensitivität belegt (13;14). Diese Items können beispielsweise im Rahmen der Anamnese erfragt werden, wenn der komplette PHQ-D nicht angewendet werden kann.

**Änderungssensitivität:** Die Depressionsskala des PHQ-D weist eine gute Änderungssensitivität auf, so dass sie auch in Längsschnittuntersuchungen, z.B. zur Messung von Therapieeffekten, verwendet werden kann (10;11;15).

**Ökonomie:** Mit einer durchschnittlichen Auswertungszeit von weniger als 2 Minuten (Komplettversion) bzw. von weniger als 1 Minute (Kurzversion) ist der PHQ-D ein sehr zeitökonomisches Instrument. Die Anwendung des PHQ-D ist kostenlos. Fragebogen, Manual weitere Materialien können kostenfrei von dieser Seite heruntergeladen werden. Gleichzeitig wird der PHQ-D von der Firma Pfizer, Karlsruhe, kostenlos ausgegeben.

**Akzeptanz:** In der deutschen Validierungsstudie schätzten 96% der Patienten und 97% der Ärzte die Anwendung des PHQ-D als nützlich ein. Darüber hinaus glaubten 94% der Patienten und 73% der Ärzte, dass sich die Anwendung des PHQ-D günstig auf die Therapie auswirken würde (6).

## Vergleichswerte/Normen

Aufgrund der Auswertung nach den diagnostischen Kriterien des DSM-IV (bzw. ICD-10) ist der PHQ-D in erster Linie ein kriterienorientiertes Verfahren, kein normorientiertes Verfahren. Vergleichswerte für das Depressions- und das Panikmodul wurden auf der Basis einer repräsentativen Stichprobe (N=2066) der deutschen Bevölkerung erhoben (7). In dieser Studie entsprechen die durch den PHQ-D ermittelten Punktprävalenzen gut den bekannten Punktprävalenzen depressiver Störungen und der Panikstörung in



der deutschen Bevölkerung.

[\[top\]](#) | [\[zurück\]](#)

## Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) - Downloads

- [Gesundheitsfragebogen für Patienten Komplettversion \[PDF\]](#)
- [Gesundheitsfragebogen für Patienten Kurzform \[PDF\]](#)
- [Manual zum PHQ-D \[PDF\]](#)
- [Kurzanleitung zum PHQ-D \[PDF\]](#)
- [Auswertungsbogen zum PHQ-D \[PDF\]](#)
- [Schablonen zum PHQ-D \[PDF\]](#)

[\[top\]](#) | [\[zurück\]](#)



## Literatur

- (1) Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. *JAMA* 1999; 282(18):1737-1744.
- (2) Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16(9):606-613.
- (3) Löwe B, Gräfe K, Zipfel S, Spitzer RL, Hermann-Lingen C, Witte S et al. Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients: Comparative validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Patient Health Questionnaire, a screening question, and physicians' diagnosis. *J Psychosom Res* 2003; 55(6):515-519.
- (4) Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S et al. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *J Affect Disord* 2004; 78(2):131-140.
- (5) Löwe B, Gräfe K, Zipfel S, Witte S, Loerch B, Herzog W. Diagnosing ICD-10 depressive episodes: superior criterion validity of the Patient Health Questionnaire. *Psychother Psychosom* 2004; 73(6):386-390.
- (6) Gräfe K, Zipfel S, Herzog W, Löwe B. Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie. *Diagnostica* 2004; 50(4):171-181.
- (7) Rief W, Nanke A, Klaiberg A, Braehler E. Base rates for panic and depression according to the Brief Patient Health Questionnaire: a population-based study. *J Affect Disord* 2004; 82(2):271-276.
- (8) Bracken B, Barona A. State of the art procedures for translating, validating and using psychoeducational tests in cross-cultural assessment. *School Psychology International* 1991; 12:119-132.



- (9) Unützer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Jr., Hunkeler E, Harpole L et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288(22):2836-2845.
- (10) Löwe B, Unützer J, Callahan CM, Perkins AJ, Kroenke K. Monitoring depression treatment outcomes with the Patient Health Questionnaire-9. *Med Care* 2004; 42(12):1194-1201.
- (11) Löwe B, Kroenke K, Herzog W, Gräfe K. Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: Sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *J Affect Disord* 2004; 81(1):61-66.
- (12) Löwe B, Gräfe K, Kroenke K, Zipfel S, Quenter A, Wild B et al. Predictors of psychiatric comorbidity in medical outpatients. *Psychosom Med* 2003; 65(5):764-770.
- (13) Löwe B, Kroenke K, Gräfe K. Detecting and monitoring depression with a 2-item questionnaire (PHQ-2). *J Psychosom Res* 2005; 58(2):163-171.
- (14) Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care* 2003; 41(11):1284-1292.
- (15) Katon WJ, Unützer J, Simon G. Treatment of depression in primary care: where we are, where we can go. *Med Care* 2004; 42(12):1153-1157.

[\[top\]](#) | [\[zurück\]](#)