

Bernd Löwe*, Robert L. Spitzer†, Stephan Zipfel*, Wolfgang Herzog*



Manual

Komplettversion und Kurzform

Autorisierte deutsche Version des
„Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)“

* Abteilung Innere Medizin II
(Allgemeine Klinische und Psychosomatische Medizin und Sektion Allgemeinmedizin)
Medizinische Universitätsklinik
Bergheimer Str. 58
D-69115 Heidelberg

† Biometrics Research
Columbia University
1051 Riverside Drive
Unit 60, NYS Psychiatric Institute
New York, NY 10032, U.S.A.

Inhalt

1 Einführung	4
2 Zielsetzung und Aufbau des PHQ-D	4
3 Anwendungsgebiete	4
4 Auswertung des PHQ-D (Komplett- und Kurzform)	5
4.1 Diagnosestellung (Kategoriale Auswertung)	6
4.2 Skalensummenwerte „Depressivität“, „somatische Symtome“ und „Stress“ (Kontinuierliche Auswertung)	7
5 Empfehlungen zum weiteren klinischen Vorgehen	7
6 Auswertungsbeispiel	8
7 Diagnostische Systeme: ICD-10 und DSM-IV	8
8 Validierung	9
9 Anmerkungen	10
10 Literatur	10

1 Einführung

Psychische Störungen liegen nach aktuellen Untersuchungen bei 20 bis 35% der Patienten vor, die wegen körperlicher Beschwerden in ärztliche Behandlung kommen.¹⁻¹¹ Sie sind eine häufige Ursache für subjektiven Leidensdruck, somatische Symptome,^{12;13} verlängerten Krankenhausaufenthalt¹⁴ und eine verringerte Produktivität am Arbeitsplatz.¹⁵ Für die Diagnostik psychischer Störungen wird ausreichend Zeit benötigt, die im ärztlichen Alltag nicht immer zur Verfügung steht. Zeitmangel kann ein Grund für die niedrige Sensitivität der primärärztlichen Diagnostik von psychischen Störungen sein: Aufgrund aktueller Analysen muss davon ausgegangen werden, dass über 50% der psychischen Störungen bei körperlich erkrankten Patienten unerkannt und damit unbehandelt bleiben.¹⁶⁻¹⁹ Gleichzeitig existieren Behandlungsmethoden, deren Effizienz sowohl hinsichtlich der subjektiven Symptomatik²⁰⁻²⁵ als auch hinsichtlich der Behandlungskosten²⁶ gesichert ist. Ein Screening auf psychische Komorbidität beim Arztbesuch kann eine adäquate Diagnostik, Behandlung und Verlaufskontrolle von betroffenen Patienten ermöglichen.²⁷ Die Durchführung eines Screenings ist insbesondere dann sinnvoll, wenn bei positivem Befund dem Patienten entsprechende Behandlungsangebote gemacht werden.^{28;29}

Mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)" liegt ein Screeninginstrument vor, welches in Kombination mit dem ärztlichen Gespräch eine valide und zeitökonomische Diagnostik psychischer Störungen ermöglicht. Damit soll ein Beitrag zur Verbesserung der Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen innerhalb und außerhalb der Primärmedizin geleistet werden. Der "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)" liegt in einer Komplettversion und in einer Kurzform vor. Es sind die autorisierten deutschen Versionen des "PRIME MD Patient Health Questionnaire (PHQ)"⁵ bzw. "PRIME MD Brief Patient Health Questionnaire (Brief PHQ)".⁵ Diese Instrumente stellen eine Weiterentwicklung des 1994 eingeführten "Prime MD"³⁰ dar. Zu dem PHQ liegen mittlerweile mehrere Validierungsstudien vor, welche die guten diagnostischen Eigenschaften des Instrumentes belegen.^{5;6;31;32} Neben der originalen amerikanischen Version und der deutschen Version des PHQ existiert eine validierte spanische Version.³³

Der PHQ-D lässt sich im Sinne eines Modulsystems flexibel an die jeweilige inhaltliche Fragestellung anpassen und besteht je nach Anzahl der ausgewählten Module aus mindestens einer bis maximal vier Seiten.

2 Zielsetzung und Aufbau des PHQ-D

Der "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)" wurde entwickelt, um die Erkennung und die Diagnostik der häufigsten psychischen Störungen in der Primärmedizin zu erleichtern. Die Komplettversion ermöglicht die Diagnostik von somatoformen Störungen, depressiven Störungen, Angststörungen, Essstörungen und Alkoholmissbrauch. Neben den Fragen zur Störungsdiagnostik finden sich Items zur psychosozialen Funktionsfähigkeit, zu Stressoren, kritischen Lebensereignissen und - für Frauen – zu Menstruation, Schwangerschaft und Geburt. Die Kurzform erfasst depressive Störungen, die Panikstörung und die psychosoziale Funktionsfähigkeit. Ergänzend zur kategorialen Diagnostik von psychischen Störungen können Schweregrade für die Bereiche Depressivität, somatische Symptome und Stress gebildet werden (kontinuierliche Diagnostik).

Entsprechend der Fragestellung können die einzelnen diagnostischen Module des kompletten PHQ-D bzw. der Kurzform flexibel zusammengesetzt werden. Tabelle 1 zeigt die wichtigsten Kombinationsmöglichkeiten. Darüber hinaus sind weitere Optionen denkbar, die von den Anwendern an die eigenen Bedürfnisse angepasst und durch flexible Zusammenstellung der benötigten Module hergestellt werden können.

3 Anwendungsgebiete

Der "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)" kann in seiner Komplett- bzw. Kurzform als psychodiagnostisches Instrument in der klinischen Praxis und im Rahmen von Forschungsfragestellungen eingesetzt werden. Er eignet sich sowohl zur Erstdiagnostik als auch zur Verlaufsbeurteilung von psychischen Störungen.

Wenn der PHQ-D als Screeninginstrument in der klinischen Praxis eingesetzt wird, sollte er möglichst allen Patienten vorgelegt werden.^{27;34} Auf diese Weise ist ein Screening psychischer Störungen möglich, welches von Vorbefunden unabhängig ist und die Diagnostik psychischer Störungen bei bisher unauffälligen Patienten ermöglicht. Sinnvollerweise werden nur diejenigen Patienten ausgeschlossen, die aufgrund des körperlichen Zustandes nicht in der Lage sind, den Fragebogen auszufüllen bzw. den Fragebogen innerhalb des letzten Jahres bereits ausgefüllt haben. Ist dieses Vorgehen nicht möglich, können alternativ natürlich auch nur die Patienten untersucht werden, bei denen der Verdacht auf eine psychische Störung besteht. Es hat sich als effizient erwiesen, allen Patienten den

Tabelle 1: Optionale Zusammensetzung des PHQ-D und seiner Kurzform nach Anforderungserfordernissen

Option	Zusammensetzung des Fragebogens	Seitenzahl	Themenbereiche
A	PHQ-D	4	<ul style="list-style-type: none"> • Somatoforme Störungen • Depressive Störungen (Major Depression und andere depressive Störungen) • Angststörungen (Panikstörung und andere Angststörungen) • Essstörungen (Bulimia nervosa und „Binge-Eating“-Störung) • Alkoholmissbrauch • Psychosoziale Funktionsfähigkeit • Psychosoziale Stressoren • Menstruation, Schwangerschaft, Geburt
B	Seiten 1-3 des PHQ-D	3	<ul style="list-style-type: none"> • Somatoforme Störungen • Depressive Störungen (Major Depression und andere depressive Störungen) • Angststörungen (Panikstörung und andere Angststörungen) • Essstörungen (Bulimia nervosa und „Binge-Eating“-Störung) • Alkoholmissbrauch • Psychosoziale Funktionsfähigkeit
C	Seiten 1 und 2 des PHQ-D	2	<ul style="list-style-type: none"> • Somatoforme Störungen • Depressive Störungen (Major Depression und andere depressive Störungen) • Angststörungen (Panikstörung und andere Angststörungen)
D	Kurzform PHQ-D	1	<ul style="list-style-type: none"> • Depressive Störungen (Major Depression und andere depressive Störungen) • Panikstörung • Psychosoziale Funktionsfähigkeit

Fragebogen beim Eintreffen in die Praxis bzw. Klinik auszuhandigen und während der Wartezeit ausfüllen zu lassen. Da der Fragebogen einfach und schnell auszuwerten ist, können die diagnostischen Informationen direkt im ärztlichen Gespräch aufgegriffen und zur Diagnostik und Planung der weiteren Behandlung verwendet werden.

4 Auswertung des PHQ-D (Komplett- und Kurzform)

Das diagnostische System des PHQ-D bzw. seiner Kurzform beruht ausschließlich auf den Selbstangaben des Patienten. Aus diesem Grund müssen die Fragebogendiagnosen auf ihre Richtigkeit im Gespräch mit dem Patienten überprüft werden. Dabei sollte geklärt werden, ob der Patient die Fragebogenitems richtig verstanden hat. Außerdem sollten

ergänzende eigen- und/oder fremdanamnestische Informationen hinzugezogen werden, um die diagnostische Sicherheit zu erhöhen. Da mit dem PHQ-D alleine nicht alle Informationen, die für eine vollständige Psychodiagnostik notwendig sind, erhoben werden können, findet eine Diagnostik auf **Syndromebene**, nicht auf **Störungsebene** statt. Beispielsweise erfordert die Diagnose einer **Major Depression (Störungsebene)** bzw. einer **anderen depressiven Störung** - anders als beim **Syndrom** - den Ausschluss einer einfachen Trauerreaktion (milde Symptome, Dauer weniger als 2 Monate), einer manischen Episode in der Vorgeschichte (Bipolare Störungen) sowie den Ausschluss von körperlichen Erkrankungen, Medikamenten oder anderen Drogen als biologische Ursache für die depressiven Symptome. Auf gleiche Weise erfordern die Diagnosen der **Panikstörung** und der **ande-**

Tabelle 2: Auswertungsalgorithmen für den PHQ-D – Komplett- und Kurzform

Syndrom	Items	Algorithmus
„Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“		
Somatoformes Syndrom	1a–1m	Mindestens drei der Fragen 1a–m sind mit „stark beeinträchtigt“ beantwortet und adäquate organische Ursachen fehlen.
Major Depressives Syndrom	2a–2i	Fünf oder mehr der Fragen 2a–i sind mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet; unter diesen befindet sich auch Frage 2a oder 2b. (2i wird auch dann mitgezählt, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist.)
Andere Depressive Syndrome	2a–2i	Zwei, drei oder vier der Fragen 2a–i sind mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet; unter diesen befindet sich auch Frage 2a oder 2b. (2i wird auch dann mitgezählt, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist.)
Paniksyndrom	3a–4k	Bei jeder der Fragen 3a–d ist „JA“ markiert und vier oder mehr der Fragen 4a–k sind mit „JA“ beantwortet.
Andere Angstsyndrome	5a–5g	Frage 5a und drei oder mehr der Fragen 5b–g sind mit „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet.
V. a. Bulimia nervosa	6a–8	Jede der Fragen 6a, 6b und 6c und Frage 8 ist mit „JA“ beantwortet.
V. a. „Binge-Eating“-Störung	6a–8	Jede der Fragen 6a, 6b und 6c ist mit „JA“ beantwortet. Bei Frage 8 ist entweder „NEIN“ angekreuzt oder sie wurde offen gelassen.
Alkoholsyndrom	9–10e	Mindestens eine der Fragen 10a–e ist mit „JA“ beantwortet.
„Gesundheitsfragebogen für Patienten (Kurzform PHQ-D)“		
Major Depressives Syndrom	1a–1i	Fünf oder mehr der Fragen 1a–i sind mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet; unter diesen befindet sich auch Frage 1a oder 1b. (1i wird auch dann mitgezählt, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist).
Andere Depressive Syndrome	1a–1i	Zwei, drei oder vier der Fragen 1a–i sind mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet; unter diesen befindet sich auch Frage 1a oder 1b. (1i wird auch dann mitgezählt, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist).
Paniksyndrom	2a–2e	Jede der Fragen 2a–e ist mit „JA“ beantwortet.

ren Angststörung den Ausschluss von medizinischen Krankheitsfaktoren oder Substanzwirkungen als organische Ursache der Angstsymptome.

4.1 Diagnosestellung (Kategoriale Auswertung)

Die Diagnosestellung auf Syndromebene kann bei der Komplettversion des PHQ-D mit Hilfe der zugehörigen Schablonen erfolgen. Alternativ ist eine Auswertung ohne Schablone möglich, wenn die in Tabelle 2 bzw. in der Kurzanleitung zusammengestellten Auswertungs-

algorithmen befolgt werden. Bei der Kurzform ist der Auswertungsalgorithmus zur schnellen Auswertung auch in der Fußzeile des Fragebogens beschrieben, eine Schablone ist deshalb nicht notwendig.

4.2 Skalensummenwerte "Depressivität", "somatische Symptome" und "Stress" (Kontinuierliche Auswertung)

Anders als bei der kategorialen Diagnostik werden bei der kontinuierlichen Diagnostik Skalensummenwerte aufgrund der numerischen Bewertung der einzelnen Items gebildet. Diese Skalensummenwerte können als Schweregrade aufgefasst werden, die u.a. auch zur Verlaufsdagnostik (z.B. Therapiekontrolle, Follow-up) eingesetzt werden können.

Der Skalensummenwert "**Depressivität**" kann unter Verwendung der neun Items des Depressionsmoduls (Komplettversion: Items 2a-2i; Kurzform: Items 1a-1i) berechnet werden und wird auch als "**PHQ-9**" bezeichnet.³¹ Dazu werden den Antwortkategorien folgende Werte zugewiesen: 0 ("Überhaupt nicht"), 1 ("An einzelnen Tagen"), 2 ("An mehr als der Hälfte der Tage") und 3 ("Beinahe jeden Tag"). Der Skalenpunktwert "Depressivität" entspricht der Summe der Punktwerte über die neun Items und variiert zwischen 0 und 27. Ein Punktwert unter 5 entspricht praktisch immer dem Fehlen einer depressiven Störung, ein Punktwert zwischen 5 und 10 wird zumeist bei Patienten mit leichten oder unterschweligen depressiven Störungen gefunden und entspricht einem milden Schweregrad. Bei Patienten mit Major Depression ist ein Punktwert von 10 und höher zu erwarten, wobei von einem mittleren (10-14), ausgeprägten (15-19) und schwersten (20-27) Ausmaß der Störung auszugehen ist.³¹

Der Skalensummenwert "**somatische Symptome**" umfasst 15 somatische Symptome, welche sowohl den 15 häufigsten körperlichen Beschwerden von ambulanten Patienten als auch den wichtigsten DSM-IV-Kriterien für die Somatisierungsstörung entsprechen. Dieser Skalensummenwert wird auch "**PHQ-15**" genannt.³² Gebildet wird der Skalensummenwert "somatische Symptome" aus den 13 Items des somatoformen Moduls (Komplettversion: Items 1a-1m) und den Items 2c und 2d des Depressionsmoduls (Komplettversion). Diese zwei Items des Depressionsmoduls werden einbezogen, da sie nach den wichtigen somatischen Symptomen Schlafstörung und

Müdigkeit/Energielosigkeit fragen. Die 13 Items des somatoformen Moduls werden mit 0 ("Nicht beeinträchtigt"), 1 ("Wenig beeinträchtigt"), bzw. 2 ("Stark beeinträchtigt") bewertet. Den beiden Items aus der Depressionssektion werden entsprechend die Werte 0 ("Überhaupt nicht"), 1 ("An einzelnen Tagen"), bzw. 2 ("An mehr als der Hälfte der Tage" oder "Beinahe jeden Tag") zugewiesen. Der Skalensummenwert liegt somit zwischen 0 und 30. Im Rahmen der Validierung des PHQ-15 wurde ein enger Zusammenhang mit dem Funktionsstatus und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität belegt.³²

Die Items 12a-12j (Komplettversion) erfragen psychosoziale Belastungsfaktoren, die Hinweise auf auslösende oder aufrechterhaltende Bedingungen der psychischen Störung geben können. Ein Schweregrad für den Bereich "**Stress**" kann durch Aufsummierung dieser zehn Items zu einem Skalensummenwert gebildet werden. Die numerische Bewertung der einzelnen Items beträgt 0 ("Nicht beeinträchtigt"), 1 ("Wenig beeinträchtigt"), bzw. 2 ("Stark beeinträchtigt"). Der Skalensummenwert "Stress" variiert dementsprechend zwischen 0 und 20.

5 Empfehlungen zum weiteren klinischen Vorgehen

Nachdem eine vorläufige Diagnose mit dem PHQ-D gestellt ist, müssen weitere klinische Faktoren in die Entscheidung über das Procedere und die Behandlung einbezogen werden. Zu diesen klinischen Kriterien gehören beispielsweise:

- Wurden die aktuellen Symptome durch psychosoziale Stressoren ausgelöst?
- Wie lange besteht die aktuelle Beeinträchtigung und erhält der Patient dafür schon eine Behandlung?
- In welchem Ausmaß ist der Patient durch seine Symptome in der Ausübung seiner Arbeit und anderer Aktivitäten eingeschränkt?
- Gab es in der Vorgeschichte ähnliche Episoden, und wie wurden diese behandelt?
- Gibt es in der Familienanamnese ähnliche Fälle?

Auswertungsbeispiel: 43-jähriger Mann, der traurig wirkt und über Müdigkeit im letzten Monat klagt.

2 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
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
h. 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 1: Fallbeispiele zur Auswertung des Depressionsmoduls

6 Auswertungsbeispiel

Zur Verdeutlichung der Auswertung wird in Abbildung 1 ein Fallbeispiel zur Diagnose einer Major Depression und zur Berechnung des Skalensummenwertes "Depressivität" dargestellt.

Bei diesem Fallbeispiel sind im PHQ-D die Kriterien für das Major Depressive Syndrom erfüllt, da fünf der Items 2a bis 2i mit "An mehr als der Hälfte der Tage" oder mit "Beinahe jeden Tag" angekreuzt sind und Item 2a darunter ist. Besondere Beachtung verdient in jedem Falle das Item 2i, welches Suizidfantasien abfragt: Es wird – wie auch im Fallbeispiel – immer dann mitgezählt, wenn der Patient Suizidfantasien angibt (bzw. etwas anderes als "Überhaupt nicht" angekreuzt hat).

Das weitere ärztliche Gespräch ergab bei diesem Patienten keine Hinweise auf eine manische Episode in der Vorgeschichte, auf eine Verursachung der Symptome durch organische Faktoren oder Medikamente bzw. Drogen. Außerdem ging die Symptomatik an Dauer und Schwere über eine einfache Trauerreaktion hinaus. Auf der Basis des PHQ-D und des ärztlichen Gesprächs konnte die Störungsdiagnose einer Major Depression gestellt werden.

Die weitere Exploration der Suizidfantasien ergab keinen Hinweis auf eine akute Suizidalität.

In der quantitativen Auswertung ergibt sich für die Depressivität ein Skalensummenwert von 17, was einem ausgeprägten Schweregrad entspricht (ein Item mit Punktwert 0; drei Items mit Punktwert 1; ein Item mit Punktwert 2 und vier Items mit Punktwert 3).

7 Diagnostische Systeme: ICD-10 und DSM-IV

Die amerikanische Originalversion des "Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D)" ist in Hinblick auf die in den USA angewendeten diagnostischen Kriterien des DSM-IV³⁵ konstruiert. Aufgrund dessen entsprechen die im PHQ-D abgefragten diagnostischen Kriterien weitgehend diesem System. Da in Deutschland und anderen europäischen Ländern – insbesondere in der ärztlichen Praxis – im Wesentlichen die ICD-10³⁶ als diagnostischer Schlüssel eingesetzt wird, sind in Tabelle 3 die diagnostischen Kategorien sowohl nach ICD-10 als auch nach DSM-IV angegeben. Mit Hilfe der Syndromdiagnose aus dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten" und dem ärztlichen Gespräch können auf Basis dieser Tabelle die entsprechenden Störungsdiagnosen gestellt werden.

Tabelle 3: Syndrome des PHQ-D mit den zugehörigen Störungskategorien nach ICD-10 bzw. DSM-IV

PHQ-D		ICD-10		DSM-IV
Somatoformes Syndrom	F45.0	Somatisierungsstörung	300.81	Somatisierungsstörung
	F45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	300.82	Undifferenzierte somatoforme Störung
	F45.3	Somatoforme autonome Funktionsstörung		
Major Depressives Syndrom	F32	Depressive Episode (erstmals) leicht: F32.0 mittelgradig: F32.1 schwer: F32.2	296.2	Major Depression, einzelne Episode leicht: 296.21 mittelgradig: 296.22 schwer: 296.23
	F33	Rezidivierende depressive Episode leicht: F33.0 mittelgradig: F33.1 schwer: F33.2	296.3	Major Depression, rezid. Episode leicht: 296.31 mittelgradig: 296.32 schwer: 296.33
Andere Depressive Syndrome	F32.9	Nicht näher bezeichnete depressive Episode (z. B. Minor Depression)	311	Nicht näher bezeichnete depressive Störung (z. B. Minor Depression)
	F33.9	Nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störung		
	F34.1	Dysthymia	300.4	Dysthyme Störung
Paniksyndrom	F41.0	Panikstörung	300.01	Panikstörung ohne Agoraphobie
	F40.01	Agoraphobie mit Panikstörung	300.21	Panikstörung mit Agoraphobie
Andere Angstsyndrome	F41.1	Generalisierte Angststörung	300.02	Generalisierte Angststörung
	F41.9	Nicht näher bezeichnete Angststörung	300.00	Nicht näher bezeichnete Angststörung (z. B. Störung mit Angst und Depression, gemischt)
V. a. Bulimia nervosa	F50.2	Bulimia nervosa	307.51	Bulimia nervosa
V. a. „Binge-Eating“-Störung	F50.9	Nicht näher bezeichnete Essstörung (z. B. „Binge-Eating“-Störung)	307.50	Nicht näher bezeichnete Essstörung (z. B. „Binge-Eating“-Störung)
Alkoholsyndrom	F10.1	Alkohol, schädlicher Gebrauch	305.00	Alkoholmissbrauch
	F10.2	Alkohol, Abhängigkeitssyndrom	303.90	Alkoholabhängigkeit

8 Validierung

Der "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)" wurde als deutsche Version des "Patient Health Questionnaire (PHQ)" durch unsere Arbeitsgruppe in Kooperation mit den Autoren der Originalversion entwickelt. Die Übersetzung erfolgte nach "State of the Art Kriterien" in mehreren Schritten von Übersetzung und Rückübersetzung.³⁷ Die Validierung des deutschen PHQ-D wurde an einer Stichprobe von ambulanten Klinikpatienten und Hausarztpatienten durchgeführt. Diagnostischer Goldstandard war

dabei das "Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID-I)".³⁸ Insgesamt wurde eine Stichprobe von 1619 Patienten mit dem PHQ-D untersucht, wobei bei einer Substichprobe von 528 Patienten das SKID-I durchgeführt wurde. Erste Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie zeigen eine gute Übereinstimmung von PHQ-D und SKID, sodass von einer guten Validität des Instrumentes bei der Diagnostik psychischer Störungen ausgegangen werden kann.³⁹⁻⁴¹

9 Anmerkungen

In diesem Manual sind Informationen aus dem Manual "Prime MD Today"⁴² und dem "Research Quick Guide to Patient Health Questionnaire (PHQ) and Brief PHQ".⁴³ enthalten. Die Validierung des "Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ)" wurde durch eine Forschungsförderung der Firma Pfizer GmbH, Karlsruhe, finanziell unterstützt.

10 Literatur

1. Ormel J, VonKorff M, Üstün TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA* 1994;272:1741-8.
2. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
3. Olfson M, Fireman B, Weissman MM, Leon AC, Sheehan DV, Kathol RG et al. Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *Am J Psychiatry* 1997;154:1734-40.
4. Philbrick JT, Connelly JE, Wofford AB. The prevalence of mental disorders in rural office practice. *J Gen Intern Med* 1996;11:9-15.
5. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA* 1999;282:1737-44.
6. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Hornyak R, McMurray J. Validity and utility of the PRIME-MD Patient Health Questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:759-69.
7. Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, Gerber PD. The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1100-6.
8. Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert O. Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland: Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Nervenarzt* 1996;67:205-15.
9. Arolt V, Driessen M, Bangert VA, Neubauer H, Schurmann A, Seibert W. Psychische Störungen bei internistischen und chirurgischen Krankenhauspatienten. *Nervenarzt* 1995;66:670-7.
10. Leon AC, Olfson M, Broadhead WE, Barrett JE, Blacklow RS, Keller MB et al. Prevalence of mental disorders in primary care. Implications for screening. *Arch Fam Med* 1995;4:857-61.
11. Tress W, Kruse J, Heckrath C, Schmitz N, Albert L. Psychogene Erkrankungen in hausärztlichen Praxen. *Zsch Psychosom Med* 1997;43:211-32.
12. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999;341:1329-35.
13. Sharpe M, Peveler R, Mayou R. The psychological treatment of patients with functional somatic symptoms: a practical guide. *J Psychosom Res* 1992;36:515-29.
14. Saravay SM, Lavin M. Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital. A critical review of outcome studies. *Psychosomatics* 1994;35:233-52.
15. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990;264:2524-8.
16. Ormel J, Koeter MW, van den Brink W, van de Willige G. Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:700-6.
17. Docherty JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry* 1997;58 Suppl 1:5-10.
18. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet* 2000;355:185-91.
19. Zimmerman M, Mattia JI. Psychiatric diagnosis in clinical practice: is comorbidity being missed? *Compr Psychiatry* 1999;40:182-91.
20. Whooley M, Simon G. Managing depression in medical outpatients. *N Engl J Med* 2000;343:1943-50.
21. Westen D, Morrison K. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:875-99.
22. Williams-JW J, Barrett J, Oxman T, Frank E, Katon W, Sullivan M et al. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: A randomized controlled trial in older adults. *JAMA* 2000;284:1519-26.

23. Dowrick C, Dunn D, Ayuso-Mateos J, Dalgard O, Page H, Lehtinen V et al. Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. *BMJ* 2000;321:1450-4.
24. Coulehan JL, Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, Rodriguez E. Treating depressed primary care patients improves their physical, mental, and social functioning. *Arch Intern Med* 1997;157:1113-20.
25. Smith GR, Jr., Rost K, Kashner TM. A trial of the effect of a standardized psychiatric consultation on health outcomes and costs in somatizing patients. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:238-43.
26. Simon G, Ormel J, VonKorff M, Barlow W. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *Am J Psychiatry* 1995;152:352-7.
27. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Depression: Recommendations and Rationale. *Ann Intern Med* 2002;136:760-4.
28. Kroenke K. Depression screening is not enough. *Ann Intern Med* 2001;134:418-20.
29. Gilbody SM, House AO, Sheldon TA. Routinely administered questionnaires for depression and anxiety: systematic review. *BMJ* 2001;322:406-9.
30. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, III, Hahn SR et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272:1749-56.
31. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16:606-13.
32. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. *Psychosom Med* 2002;64:258-66.
33. Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL. Validation and utility of the Patient Health Questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital spanish inpatients. *Psychosom Med* 2001;63:679-86.
34. Valenstein M, Vijan S, Zeber JE, Boehm K, Buttar A. The cost-utility of screening for depression in primary care. *Ann Intern Med* 2001;134:345-60.
35. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Association, 2000.
36. Dilling H, Mombour W, Schmidt M. Weltgesundheitsorganisation: *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 3. Auflage. Bern, Swiss: Huber, 1999.
37. Bracken B, Barona A. State of the art procedures for translating, validating and using psychoeducational tests in cross-cultural assessment. *School Psychol Internat* 1991;12:119-32.
38. Wittchen H, Zaudig M, Fydrich T. *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID), Achse 1*. Göttingen, Germany: Hogrefe, 1997.
39. Gräfe K, Quenter A, Buchholz C, Wild B, Zipfel S, Herzog W, Löwe B. Der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) - Wie gut diagnostiziert ein Screeningfragebogen psychische Störungen? (Abstract). *Nervenarzt* 2001;20 (Suppl 3):S99-S99.
40. Löwe B, Gräfe K, Quenter A, Buchholz C, Zipfel S, Herzog W. Screening psychischer Störungen in der Primärmedizin: Validierung des "Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D)". (Abstract). *Psychother Psych Med* 2002;52:104-5.
41. Löwe B, Gräfe K, Quenter A, Zipfel S, Herzog W. Diagnostik depressiver Störungen: Validität von Arzt Diagnosen und drei Screeninginstrumenten im Vergleich. (Abstract). In: Balck F, Berth H, Dinkel A (Hrsg.) *Medizinpsychologie.com. State of the Art der Medizinischen Psychologie 2002*, pp 102-3. Lengerich: Pabst, 2002.
42. Spitzer RL, Williams J, Kroenke K. *Prime MD today. Evaluation of mental disorders. Manual*. New York: Pfizer U.S., 1999.
43. Spitzer RL, Williams J, Kroenke K. *Research Quick Guide to Patient Health Questionnaire (PHQ) and Brief PHQ*. Unpublished Work. New York: New York State Psychiatric Institute, 1999.